



LE ENVIAMOS UN DOCUMENTO IMPORTANTE SOBRE IMPUESTOS

Usted o un familiar estuvieron inscritos en un seguro médico pero no recibieron ayuda para pagarlo durante una parte o todo el año 2021 y es posible que usted necesite este formulario para su declaración de impuestos federal

Usted o un familiar obtuvieron un seguro médico mediante NY State of Health en 2021, pero no recibieron ayuda para pagar parte o todo en el mismo año. Dependiendo de sus ingresos, usted todavía puede obtener ayuda financiera para cuando deba pagar sus impuestos. La ayuda tendrá la forma de un crédito fiscal (también llamado crédito fiscal de prima o PTC) que podría aumentar su reembolso o disminuir la cantidad que debe pagar por los impuestos federales sobre los ingresos de 2021.

Cuando complete su declaración de impuestos federales sobre los ingresos, use el Formulario 8962 del IRS para determinar si puede obtener esta ayuda. Puede obtener el Formulario 8962 en www.irs.gov.

CÓMO OBTENER AYUDA

Al completar su declaración de impuestos federal, llene el Formulario 8962 del IRS usando el Formulario 1095-A adjunto y el cuadro de primas adjunto. El Formulario 8962 del IRS le indicará la ayuda que puede recibir.

ES IMPORTANTE QUE USTED SEPA...

POR QUÉ PUEDE RECIBIR OTROS FORMULARIOS

Recibirá un Formulario 1095-A por cada plan médico Bronce, Plata, Oro o Platino en el que estén inscritos usted o un familiar durante 2021. Recibirá más de un Formulario 1095-A si hizo cambios en su cobertura de NY State of Health durante 2021. El Formulario 1095-A no se envía para los planes catastróficos, Medicaid, planes Child Health Plus ni el Essential Plan porque estos planes no son elegibles para los créditos fiscales.

Además del Formulario 1095-A, es posible que reciba otros formularios fiscales importantes. Estos son los formularios 1095-B y 1095-C.

Si usted o un familiar estuvieron inscritos en los planes de Medicaid, Child Health Plus o el Essential Plan en Nueva York en algún momento de 2021, puede solicitar el formulario 1095-B al Departamento de Salud del Estado de Nueva York llamando al 1-800-541-2831. Si estuvo inscrito en otros tipos de cobertura, como un plan Catastrophic (Catastrófico), las partes A y C de Medicare, TRICARE, beneficios del Departamento de Asuntos de Veteranos (Department of Veterans Affairs) o algún seguro médico patrocinado por su empleador, puede que reciba el Formulario 1095-B o el Formulario 1095-C de otras fuentes. NY State of Health solo da el Formulario 1095-A y no da el Formulario 1095-B ni el Formulario 1095-C.

**CÓMO
OBTENER
RESPUESTAS
A SUS
PREGUNTAS**

Si usted considera que cometimos un error en su formulario 1095-A, llame a NY State of Health **tan pronto como sea posible al 1-855-766-7860** para que hagamos la corrección en el registro.

Si tiene alguna pregunta sobre el Formulario 1095-A, el crédito fiscal o el cuadro de primas adjunto, **visite <http://info.nystateofhealth.ny.gov/TaxCredits>, llame a NY State of Health al 1-855-766-7860 o llame a la Línea de Ayuda de Community Health Advocates al 1-888-614-5400.**

Si tiene alguna pregunta sobre los formularios fiscales 1095-B o 1095-C que recibió, llame al número que se indica en ellos.

Si tiene preguntas sobre el formulario 8962 u otras preguntas de impuestos, visite **www.irs.gov**.

CÓMO USAR EL CUADRO ADJUNTO PARA DETERMINAR LA PRIMA MENSUAL DEL PLAN PLATA CON EL SEGUNDO COSTO MÁS BAJO (SECOND LOWEST COST SILVER PLAN, SLCSP) PARA EL FORMULARIO 8962

Paso 1.

Encuentre el condado en donde vivió durante cada mes de 2021.

Paso 2.

Encuentre el encabezado de la columna (horizontalmente) que describa mejor su familia de cobertura. La lista de abajo lo ayudará a encontrar el encabezado correcto. Su familia de cobertura incluye a todas las personas de su grupo familiar fiscal que están inscritas en un plan médico calificado de NY State of Health, y excluye a todas las personas que eran elegibles para obtener otra cobertura, como: Medicaid, Child Health Plus, el Essential Plan, las partes A o C de Medicare, TRICARE, beneficios del Departamento de Asuntos de Veteranos (Department of Veterans Affairs) y la mayor parte de las coberturas patrocinadas por empleadores.

Paso 3.

Seleccione la cantidad en dólares en la columna opuesta a su condado. Esta cantidad es la prima mensual de SLCSP que corresponde a su condado y a su familia de cobertura para ese mes.

Si se mudó de un condado a otro durante 2021, debe elegir la prima mensual por cada mes que vivió en cada condado. Y si su familia de cobertura cambió durante 2021, debe elegir la prima correspondiente a cada mes. Para obtener más información sobre cómo llenar este formulario, lea la Publicación 974 de IRS y las instrucciones del Formulario 8962 del IRS.

SU FAMILIA DE COBERTURA INCLUYE...

USE LA COLUMNA...

A USTED. Usted es la única persona en su familia de cobertura.

INDIVIDUAL

USTED más SU CÓNYUGE. Usted y su cónyuge están en la misma familia de cobertura.

PAREJA

USTED más SU CÓNYUGE. Usted y su cónyuge están inscritos en el mismo plan, **pero uno de ustedes accedió a otra cobertura esencial mínima, como un seguro obtenido mediante su empleador.**

INDIVIDUAL

USTED más SU PAREJA DE HECHO*. Usted y su pareja de hecho están inscritos en el **mismo** plan, pero están en diferentes familias de cobertura.

INDIVIDUAL

USTED más SUS HIJOS. Usted y sus hijos están inscritos en el mismo plan.

INDIVIDUAL + HIJOS

USTED más SUS HIJOS. Usted y uno o más hijos están inscritos en el mismo plan, **pero sus hijos accedieron a otra cobertura esencial mínima.**

INDIVIDUAL

USTED, SU CÓNYUGE más SUS HIJOS.** Usted, su cónyuge y sus hijos están inscritos en el mismo plan.

PAREJA + HIJOS

Un HIJO solamente. Su hijo es menor de 21 años y está inscrito en su propio plan.

SOLO PARA HIJOS

*Si su pareja de hecho es parte de su grupo familiar fiscal, puede usar la columna "PAREJA" en lugar de la columna "INDIVIDUAL".

**Si su pareja de hecho es parte de su grupo familiar fiscal, puede usar la columna "PAREJA + HIJOS".

Primas mensuales de 2021 para los planes Plata con los segundos costos más bajos (SLCSP) por tipo de familia de cobertura

Tipo de cobertura:	Individual	Pareja	Hijos dependientes menores de 26 años		Hijos dependientes de 26 a 29 años		Solo para hijos * menores de 21 años
			Individual + hijos	Pareja + hijos	Individual + hijos	Pareja + hijos	
Condado							
Albany	\$564.80	\$1,129.59	\$960.15	\$1,609.67	\$1,008.16	\$1,690.16	\$257.00
Allegany	\$472.42	\$944.85	\$803.12	\$1,346.41	\$843.27	\$1,413.73	\$234.09
Bronx	\$623.39	\$1,246.78	\$1,059.76	\$1,776.67	\$1,070.39	\$1,794.47	\$265.03
Broome	\$559.36	\$1,118.73	\$950.92	\$1,594.18	\$998.47	\$1,673.89	\$307.88
Cattaraugus	\$472.42	\$944.85	\$803.12	\$1,346.41	\$843.27	\$1,413.73	\$234.09
Cayuga	\$559.36	\$1,118.73	\$950.92	\$1,594.18	\$998.47	\$1,673.89	\$309.42
Chautauqua	\$472.42	\$944.85	\$803.12	\$1,346.41	\$843.27	\$1,413.73	\$234.09
Chemung	\$559.36	\$1,118.73	\$950.92	\$1,594.18	\$998.47	\$1,673.89	\$309.42
Chenango	\$519.47	\$1,038.95	\$883.11	\$1,480.50	\$927.25	\$1,554.51	\$298.92
Clinton	\$594.56	\$1,189.12	\$1,036.67	\$1,721.18	\$1,038.35	\$1,724.00	\$297.70
Columbia	\$564.80	\$1,129.59	\$960.15	\$1,609.67	\$1,008.16	\$1,690.16	\$257.00
Cortland	\$559.36	\$1,118.73	\$950.92	\$1,594.18	\$998.47	\$1,673.89	\$309.42
Delaware	\$617.16	\$1,234.34	\$1,049.19	\$1,758.92	\$1,101.65	\$1,846.88	\$313.89
Dutchess	\$617.17	\$1,234.35	\$1,049.19	\$1,758.95	\$1,101.65	\$1,846.89	\$337.51
Erie	\$472.42	\$944.85	\$803.12	\$1,346.41	\$843.27	\$1,413.73	\$234.09
Essex	\$519.47	\$1,038.95	\$883.11	\$1,480.50	\$927.25	\$1,554.51	\$256.64
Franklin	\$519.47	\$1,038.95	\$883.11	\$1,480.50	\$927.25	\$1,554.51	\$298.92
Fulton	\$564.80	\$1,129.59	\$960.15	\$1,609.67	\$1,008.16	\$1,690.16	\$259.92
Genesee	\$472.42	\$944.85	\$803.12	\$1,346.41	\$843.27	\$1,413.73	\$233.86
Greene	\$564.80	\$1,129.59	\$960.15	\$1,609.67	\$1,008.16	\$1,690.16	\$259.92
Hamilton	\$519.47	\$1,038.95	\$883.11	\$1,480.50	\$927.25	\$1,554.51	\$298.92
Herkimer	\$671.58	\$1,343.17	\$1,141.69	\$1,914.02	\$1,163.59	\$1,939.62	\$308.07
Jefferson	\$519.47	\$1,038.95	\$883.11	\$1,480.50	\$927.25	\$1,554.51	\$297.70
Kings	\$623.39	\$1,246.78	\$1,059.76	\$1,776.67	\$1,070.39	\$1,794.47	\$265.03
Lewis	\$519.47	\$1,038.95	\$883.11	\$1,480.50	\$927.25	\$1,554.51	\$298.92
Livingston	\$518.10	\$1,036.21	\$880.78	\$1,476.60	\$924.67	\$1,543.04	\$234.65
Madison	\$519.47	\$1,038.95	\$883.11	\$1,480.50	\$927.25	\$1,554.51	\$298.92
Monroe	\$518.10	\$1,036.21	\$880.78	\$1,476.60	\$924.67	\$1,538.56	\$233.54

Tipo de cobertura:	Individual	Pareja	Hijos dependientes menores de 26 años		Hijos dependientes de 26 a 29 años		Solo para hijos * menores de 21 años
			Individual + hijos	Pareja + hijos	Individual + hijos	Pareja + hijos	
Condado							
Montgomery	\$594.56	\$1,189.12	\$1,038.89	\$1,721.18	\$1,040.57	\$1,724.00	\$270.94
Nassau	\$597.73	\$1,195.45	\$1,016.14	\$1,703.53	\$1,066.95	\$1,788.70	\$246.54
Nueva York	\$623.39	\$1,246.78	\$1,059.76	\$1,776.67	\$1,070.39	\$1,794.47	\$265.03
Niagara	\$472.42	\$944.85	\$803.12	\$1,346.41	\$843.27	\$1,413.73	\$234.09
Oneida	\$519.47	\$1,038.95	\$883.11	\$1,480.50	\$927.25	\$1,554.51	\$297.70
Onondaga	\$559.36	\$1,118.73	\$950.92	\$1,594.18	\$998.47	\$1,673.89	\$309.42
Ontario	\$518.10	\$1,036.21	\$880.78	\$1,476.60	\$924.67	\$1,538.56	\$233.54
Orange	\$617.17	\$1,234.35	\$1,049.19	\$1,758.95	\$1,101.65	\$1,846.89	\$337.51
Orleans	\$472.42	\$944.85	\$803.12	\$1,346.41	\$843.27	\$1,413.73	\$234.64
Oswego	\$519.47	\$1,038.95	\$883.11	\$1,480.50	\$927.25	\$1,554.51	\$306.62
Otsego	\$671.58	\$1,343.17	\$1,141.69	\$1,914.02	\$1,163.59	\$1,939.62	\$308.07
Putnam	\$617.17	\$1,234.35	\$1,049.19	\$1,758.95	\$1,101.65	\$1,846.89	\$337.51
Queens	\$623.39	\$1,246.78	\$1,059.76	\$1,776.67	\$1,070.39	\$1,794.47	\$265.03
Rensselaer	\$564.80	\$1,129.59	\$960.15	\$1,609.67	\$1,008.16	\$1,690.16	\$255.19
Richmond	\$623.39	\$1,246.78	\$1,059.76	\$1,776.67	\$1,070.39	\$1,794.47	\$265.03
Rockland	\$643.29	\$1,286.59	\$1,093.60	\$1,833.40	\$1,148.28	\$1,925.06	\$281.52
Saratoga	\$564.80	\$1,129.59	\$960.15	\$1,609.67	\$1,008.16	\$1,690.16	\$257.00
Schenectady	\$564.80	\$1,129.59	\$960.15	\$1,609.67	\$1,008.16	\$1,690.16	\$257.00
Schoharie	\$611.54	\$1,223.08	\$1,060.12	\$1,761.26	\$1,070.28	\$1,778.29	\$277.68
Schuyler	\$559.36	\$1,118.73	\$950.92	\$1,594.18	\$998.47	\$1,673.89	\$309.42
Seneca	\$518.10	\$1,036.21	\$880.78	\$1,476.60	\$924.67	\$1,543.04	\$234.65
St. Lawrence	\$519.47	\$1,038.95	\$883.11	\$1,480.50	\$927.25	\$1,554.51	\$298.92
Steuben	\$559.36	\$1,118.73	\$950.92	\$1,594.18	\$998.47	\$1,673.89	\$309.42
Suffolk	\$597.73	\$1,195.45	\$1,016.14	\$1,703.53	\$1,066.95	\$1,788.70	\$246.54
Sullivan	\$617.17	\$1,234.35	\$1,049.19	\$1,758.95	\$1,101.65	\$1,846.89	\$337.51
Tioga	\$559.36	\$1,118.73	\$950.92	\$1,594.18	\$998.47	\$1,673.89	\$309.19
Tompkins	\$662.12	\$1,324.25	\$1,125.62	\$1,887.06	\$1,147.27	\$1,923.36	\$311.24
Ulster	\$617.17	\$1,234.35	\$1,049.19	\$1,758.95	\$1,101.65	\$1,846.89	\$337.51
Warren	\$564.80	\$1,129.59	\$960.15	\$1,609.67	\$1,008.16	\$1,690.16	\$257.00
Washington	\$564.80	\$1,129.59	\$960.15	\$1,609.67	\$1,008.16	\$1,690.16	\$259.92
Wayne	\$518.10	\$1,036.21	\$880.78	\$1,476.60	\$924.67	\$1,543.04	\$234.65
Westchester	\$643.29	\$1,286.59	\$1,093.60	\$1,833.40	\$1,133.93	\$1,901.00	\$266.80
Wyoming	\$472.42	\$944.85	\$803.12	\$1,346.41	\$843.27	\$1,413.73	\$234.64
Yates	\$518.10	\$1,036.21	\$880.78	\$1,476.60	\$924.67	\$1,543.04	\$234.65

* La cantidad mensual de la prima solo para hijos es el costo por hijo, hasta 3 hijos, que todavía sean menores de 21 años. Si solo hay un hijo en el grupo familiar de la cobertura, use la cantidad de la prima mensual que indica la lista. Si solo hay dos hijos en el grupo familiar de la cobertura, multiplique por dos la cantidad de la prima mensual solo para hijos. Si hay más de tres hijos en el grupo familiar de la cobertura, multiplique por tres la cantidad de la prima mensual solo para hijos.

POLÍTICA DE NO DISCRIMINACIÓN

NY State of Health cumple las leyes federales de derechos civiles y las leyes estatales vigentes, y no discrimina por motivos de raza, color, país de origen, credo/religión, sexo, edad, estado civil/familiar, discapacidad, condición de embarazo, antecedentes penales, condenas penales, identidad de género, orientación sexual, características de predisposición genética, estado militar, estado como víctima de violencia doméstica o represalias.

Si cree que NY State of Health actuó de forma discriminatoria en su contra, puede presentar una queja; para ello, visite www.health.ny.gov/regulations/discrimination_complaints/ o envíe un email a la Oficina de Gestión de la Diversidad (Diversity Management Office) a DMO@health.ny.gov.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights) en línea en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf> o por correo a U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201; o llamando al 1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697). Puede encontrar los formularios de quejas en www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Adaptaciones

NY State of Health ofrece ayuda y presta servicios gratis para que las personas con discapacidades se puedan comunicar de manera eficaz con nosotros, como:

- TTY mediante el servicio de retransmisión de Nueva York
- Si usted es ciego o tiene problemas graves de la vista y necesita que los avisos u otros materiales escritos estén en un formato alternativo (letra grande, CD de audio o de datos, o Braille), llame al 1-855-355-5777 (TTY: 1-800-662-1220).

NY State of Health también presta servicios gratis de asistencia de idiomas para las personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:

- Intérpretes calificados
- Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios o necesita obtener más información sobre las adaptaciones razonables, llame al 1-855-355-5777 (TTY: 1-800-662-1220).