

معلومات مهمة لعام 2022

بموجب خطة الإنقاذ الأمريكية التي تم سنّها في مارس 2021، حصل المسجلون الحاليون في وكالة New York State of Health على تخفيضات ضريبية أكبر، وأصبح سكان نيويورك ذوو الدخل المرتفع مؤهلين للحصول على أقساط التخفيضات الضريبية المسبقة (APTC) لأول مرة على الإطلاق. ومدّ قانون تخفيض التضخم الذي تم سنّه في أغسطس 2022 هذه المساعدة المالية المُعززة حتى عام 2025.

تتبعكس التغييرات في التغطية والإعفاءات الضريبية المحدثة في النموذج 1095A للعملاء لجميع الأشهر المنطبقة.

تعرف على خيارات التأمين الصحي لعام 2023.

- NY State of Health: عبر الإنترنت على موقع nystateofhealth.ny.gov
- عبر الهاتف على الرقم 1-855-355-5777
- جمعية خدمة المجتمع للحصول على مساعدة شخصية مجانية اتصل بالرقم 1-888-614-5400

المساعدة المجانية متاحة



• احصل على مساعدة إضافية في اختيار ثاني أدنى خطة فضية من حيث التكلفة، أو احصل على معلومات عامة حول النموذج 1095-A أو خصم القسط الضريبي عن طريق الاتصال بـ **Community Health Advocates**

1-888-614-5400

• احصل على نموذج مصحح أو نموذج بديل عن طريق الاتصال بـ **NY State of Health**

1-855-766-7860

• للأسئلة الخاصة بالضرائب، يرجى استشارة مستشارك الضريبي أو الاتصال بدائرة الإيرادات الداخلية على www.irs.gov.

يمكن الاطلاع على المزيد من المعلومات على:

<http://info.nystateofhealth.ny.gov/TaxCredits>

دائرة الإيرادات الداخلية على www.irs.gov

• معدو الضرائب

تمتثل NY State of Health لقوانين الحقوق المدنية الفيدرالية وقوانين الولاية السارية ولا تميز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو العقيدة/الدين أو الجنس أو العمر أو الحالة الزوجية/العائلية أو الإعاقة أو سجل الاعتقال أو الإدانة (الإدانات) الجنائية أو الهوية الجنسية أو الميول الجنسية أو تهيئة الخصائص الجينية أو الوضع العسكري أو حالة ضحايا العنف الأسري و/أو الانتقام.

خدماتنا مجانية.
نحن نتحدث لغات مختلفة.

هل لديك أسئلة حول النموذج 1095-A؟

يُمكننا مساعدتك!



كيفية استخدام النموذج 1095-A من NY State of Health

كيفية التوفيق/المطالبة بخصم القسط الضريبي
الخطوة 1: سترسل لك NY State of Health
النموذج 1095-A.

الخطوة 2: استخدم النموذج 1095-A لإكمال نموذج
IRS 8962. إذا كان لديك إعفاء APTC كل شهر تم
تسجيلك فيه، فقد تم إكمال النموذج 1095-A بالكامل
من أجلك. إذا كنت مسجلاً بدون إعفاءات ضريبية،
فأنت بحاجة إلى تحديد قسط ثاني أدنى خطة فضية
من حيث التكلفة (SLCSP) لكل شهر كنت مسجلاً
بدون إعفاءات ضريبية.

الخطوة 3: قم بتقديم إقرارك الضريبي
الفيديري، باستخدام النموذج المناسب من سلسلة
Series 1040 والنموذج 8962.

هل استخدمت APTC لمدة شهر أو أكثر؟
إذا كان الأمر كذلك، فإن المبلغ الذي استخدمته
يعتمد على دخلك المقدر. أنت مطالب بتسوية مبلغ
الإعفاءات الضريبية الذي استخدمته مع المبلغ الذي
تكون مؤهلاً له بناءً على دخلك الفعلي.

هل دفعت التكلفة الكاملة لخطتك لمدة شهر أو أكثر؟
إذا كان دخلك الفعلي أقل من دخلك المقدر، فقد
تتمكن من المطالبة بخصم القسط الضريبي، حتى
إذا لم تكن قد تقدمت بطلب أو لم تستخدمه أو لم تكن
مؤهلاً للحصول على المساعدة المالية عندما كنت
مسجلاً.

هل تحتاج إلى مساعدة؟
الموارد متوفرة بعدة لغات على

<http://www.info.nystateofhealth.ny.gov/TaxCredits>

احصل على معلومات عامة حول النموذج 1095-A أو خصم القسط الضريبي عن طريق الاتصال بـ
Community Health Advocates على الرقم 1-888-614-5400.

احصل على نموذج مصحح أو نموذج بديل عن طريق الاتصال بـ NY State of Health على الرقم
1-855-766-7860.

فهم كيفية استخدام النموذج 1095-A الخاص بدائرة الإيرادات الداخلية

سيأتي هذا النموذج عبر البريد وسيتم نشره في
حساب NY State of Health الخاص بك إذا قمت
بالتسجيل في خطة Marketplace لعام 2022.*
احتفظ بهذا النموذج واقرأ التعليمات المرفقة به.

استخدم هذا النموذج لإكمال ضرائبك.

| Form 1095-A Health Insurance Marketplace Statement | | VOID | OMB No. 1545-0046 |
|--|--------------------------------------|---|--|
| Department of the Treasury Internal Revenue Service | | CORRECTED | 2022 |
| Part I Recipient Information | | | |
| 1 Marketplace identifier | 2 Marketplace assigned policy number | 3 Policy issuer's name | |
| 4 Recipient's name | 5 Recipient's SSN | 6 Recipient's date of birth | |
| 7 Recipient's spouse's name | 8 Recipient's spouse's SSN | 9 Recipient's spouse's date of birth | |
| 10 Policy start date | 11 Policy termination date | 12 Street address (including apartment no.) | |
| 13 City or town | 14 State or province | 15 County and ZIP or foreign postal code | |
| Part II Covered Individuals | | | |
| A. Covered individual name | B. Covered individual SSN | C. Covered individual date of birth | D. Coverage start date |
| E. Coverage termination date | | | |
| 16 | | | |
| 17 | | | |
| 18 | | | |
| 19 | | | |
| 20 | | | |
| Part III Coverage Information | | | |
| Months | A. Monthly enrollment premiums | B. Monthly second lowest cost silver plan (SLCSP) premium | C. Monthly advance payment of premium tax credit |
| 21 January | | | |
| 22 February | | | |
| 23 March | | | |
| 24 April | | | |
| 25 May | | | |
| 26 June | | | |
| 27 July | | | |
| 28 August | | | |
| 29 September | | | |
| 30 October | | | |
| 31 November | | | |
| 32 December | | | |
| 33 Annual Totals | | | |

*ملاحظة: الأشخاص الذين لديهم خطط كارثية لن يتلقوا هذا النموذج.