



## INVIO DI IMPORTANTE DOCUMENTO FISCALE

**Lei o un membro del Suo nucleo familiare era iscritto all'assicurazione sanitaria, ma non ha ricevuto alcun aiuto finanziario per pagarla per una parte o per tutto il 2024, e potrebbe avere bisogno del presente modulo per la dichiarazione dei redditi federale**

Lei o un membro del Suo nucleo familiare ha acquistato l'assicurazione sanitaria attraverso NY State of Health nel 2024, ma non ha ricevuto alcun aiuto finanziario per sostenerne il costo totale o parziale nel 2024. A seconda del Suo reddito, potrebbe ancora riuscire a ricevere un aiuto finanziario contestualmente al pagamento delle tasse. Gli aiuti finanziari possono assumere la forma di credito d'imposta (anche detto credito d'imposta sul premio: Premium Tax Credit, PTC), in grado di aumentare il Suo rimborso o diminuire l'importo delle imposte da Lei dovute per la dichiarazione dei redditi federale 2024.

Durante la compilazione della dichiarazione dei redditi federale, si serva del Modulo 8962 IRS dell'Agenzia delle entrate (Internal Revenue Service) per stabilire se ha diritto o meno a ricevere gli aiuti. Il Modulo 8962 è disponibile sul sito [www.irs.gov](http://www.irs.gov).

---

**MODALITÀ DI EROGAZIONE** Quando completa la dichiarazione dei redditi federale, compili il Modulo 8962 IRS utilizzando il Modulo 1095-A e il Prospetto premi allegati. Il **DELL'AIUTO FINANZIARIO** Modulo 8962 IRS Le spiegherà quanto aiuto finanziario potrebbe avere il diritto di ricevere.

---

## INFORMAZIONI UTILI

**PER QUALI MOTIVI POTREBBE RICEVERE ALTRI MODULI?** Riceverà un Modulo 1095-A per ogni programma sanitario Bronzo, Argento, Oro o Platino a cui Lei o un membro del Suo nucleo familiare si è iscritto nel corso del 2024. Se la Sua copertura NY State of Health è cambiata nel 2024, riceverà più di un Modulo 1095-A. Il Modulo 1095-A non viene inviato per i programmi Catastrophic, per i programmi Medicaid o Child Health Plus o per l'Essential Plan, poiché non danno diritto a crediti d'imposta.

Oltre al Modulo 1095-A, è possibile che Lei riceva altri importanti moduli fiscali. Si tratta dei Moduli 1095-B e 1095-C.

Se voi o un membro del vostro nucleo familiare vi siete iscritti al programma Child Health Plus o Essential Plan di Medicaid a New York nel corso del 2024, il modulo 1095-B sarà disponibile nella vostra casella di posta elettronica del Dipartimento della Salute dello Stato di New York. È inoltre possibile richiedere il modulo 1095-B al Dipartimento della Salute dello Stato di New York telefonando al numero 1-800-541-2831 o inviando un'e-mail all'indirizzo 1095B@health.ny.gov. Se eravate iscritti ad altri tipi di copertura, come un piano catastrofico, Medicare Parte A o C, TRICARE, prestazioni del Dipartimento dei servizi per i veterani (Department of Veterans Affairs) o alcune assicurazioni sanitarie sponsorizzate dal datore di lavoro, potreste ricevere il modulo 1095-B o il modulo 1095-C da altre fonti.

**COME** Se ritiene che il Suo Modulo 1095-A riporti un errore, chiami NY State of Health **RICEVERE** il **prima possibile al n. 1-855-766-7860** in modo che possiamo correggere la **ASSISTENZA** documentazione.

#### **PER LE SUE**

**DOMANDE** Per eventuali dubbi o domande in merito al modulo 1095-A, al credito d'imposta o all'allegato Prospetto dei premi, **visiti il sito <http://info.nystateofhealth.ny.gov/TaxCredits>, contatti NY State of Health al numero 1-855-766-7860** oppure **chiami il servizio di assistenza telefonica Community Health Advocates' Helpline al numero 1-888-614-5400.**

Per eventuali dubbi o domande sul modulo fiscale 1095-B o 1095-C che potrebbe avere ricevuto, chiami il numero riportato sul modulo stesso.

Per eventuali dubbi o domande in materia fiscale o in merito al Modulo 8962, consulti il sito **[www.irs.gov](http://www.irs.gov)**.

---

## **COME UTILIZZARE IL PROSPETTO ALLEGATO PER CALCOLARE IL PREMIO MENSILE SLCSP (SECOND LOWEST COST SILVER PLAN) PER IL MODULO 8962**

### **Punto 1.**

Trovi la contea in cui ha vissuto in ciascun mese del 2024.

### **Punto 2.**

Trovi la colonna (titoli in orizzontale) che meglio descriva la Sua copertura familiare. L'elenco qui sotto permette di trovare la giusta tipologia. La Sua copertura familiare comprende tutti i membri della Sua famiglia fiscale che sono stati iscritti ad un programma sanitario NY State of Health ed esclude chiunque fosse idoneo a ricevere altre coperture quali: Medicaid, Child Health Plus, Essential Plan, Medicare Parte A o C, TRICARE, sussidi da parte del

Dipartimento dei servizi per i veterani e la maggior parte delle assicurazioni sanitarie offerte dal datore di lavoro.

**Punto 3.** Selezioni l'importo in dollari nella colonna davanti alla Sua contea. Tale importo è il premio mensile SLCSP applicabile alla Sua contea e alla Sua copertura familiare per quel mese.

Se si è trasferito da una contea ad un'altra nel corso del 2024, selezioni il premio mensile per ciascun mese in cui ha vissuto nelle varie contee. E se la Sua copertura familiare è cambiata durante il 2024, selezioni il premio appropriato per ciascun mese. Per ricevere maggiori informazioni su come compilare il presente modulo, consulti la Pubblicazione 974 IRS e le istruzioni sul Modulo 8962 IRS.

## **LA SUA COPERTURA FAMILIARE COMPRENDE... USI LA COLONNA...**

---

**LEI.** Lei è l'unica persona nella Sua copertura familiare.

**SINGOLO**

---

**LEI più CONIUGE.** Lei e il/la coniuge siete nella stessa copertura familiare.

**COPPIA**

---

**LEI più CONIUGE.** Lei e il/la coniuge siete iscritti allo stesso programma, **ma uno di voi aveva accesso ad un'altra copertura minima necessaria, come l'assicurazione fornita dal datore di lavoro.**

**SINGOLO**

---

**LEI più CONVIVENTE\*.** Lei e il/la convivente siete iscritti allo **stesso** programma, ma siete in coperture familiari diverse.

**SINGOLO**

---

**LEI più PROLE.** Lei e la prole siete iscritti allo stesso programma.

**SINGOLO CON PROLE**

---

**LEI più PROLE.** Lei e Suo figlio/figlia siete iscritti allo stesso programma, **ma Suo figlio/figlia aveva accesso ad un'altra copertura minima necessaria.**

**SINGOLO**

---

**LEI, CONIUGE\*\* più PROLE.** Lei, il/la coniuge e la prole siete iscritti allo stesso programma.

**COPPIA CON PROLE**

---

**FIGLIO solo.** Suo figlio/figlia non ha ancora compiuto

**FIGLIO SOLO**

21 anni d'età ed è iscritto/a ad un proprio programma.

\*Se il/la convivente fa parte della Sua famiglia fiscale, potrà utilizzare la colonna "COPPIA" invece di "SINGOLO".

\*\*Se il/la convivente fa parte della Sua famiglia fiscale, in questa situazione potrà anche utilizzare la colonna "COPPIA CON PROLE".

### Premi mensili 2024 per i programmi SLCSF, in base al tipo di copertura familiare

Tipologia copertura:	Singolo	Coppia	Bambini e ragazzi al di sotto dei 26 anni d'età		Bambini e ragazzi di età compresa fra 26 e 29 anni;		Figlio solo * sotto 21 anni
			Singolo con prole	Coppia con prole	Singolo con prole	Coppia con prole	
Contea							
Albany	\$593.26	\$1,186.53	\$1,008.55	\$1,690.80	\$1,058.98	\$1,775.34	\$297.88
Allegany	\$512.31	\$1,024.62	\$870.92	\$1,460.08	\$914.47	\$1,533.08	\$293.98
Bronx	\$804.21	\$1,608.43	\$1,367.16	\$2,292.02	\$1,409.13	\$2,362.37	\$340.29
Broome	\$589.38	\$1,178.76	\$1,001.95	\$1,679.74	\$1,052.05	\$1,763.73	\$351.76
Cattaraugus	\$512.31	\$1,024.62	\$870.92	\$1,460.08	\$914.47	\$1,533.08	\$293.98
Cayuga	\$589.38	\$1,178.76	\$1,001.95	\$1,679.74	\$1,052.05	\$1,763.73	\$351.76
Chautauqua	\$512.31	\$1,024.62	\$870.92	\$1,460.08	\$914.47	\$1,533.08	\$293.98
Chemung	\$589.38	\$1,178.76	\$1,001.95	\$1,679.74	\$1,052.05	\$1,763.73	\$351.76
Chenango	\$559.44	\$1,118.88	\$951.05	\$1,594.40	\$998.59	\$1,674.11	\$356.61
Clinton	\$771.44	\$1,542.89	\$1,311.46	\$2,198.63	\$1,313.66	\$2,202.31	\$337.24
Columbia	\$593.26	\$1,186.53	\$1,008.55	\$1,690.80	\$1,058.98	\$1,775.34	\$297.88
Cortland	\$589.38	\$1,178.76	\$1,001.95	\$1,679.74	\$1,052.05	\$1,763.73	\$351.76
Delaware	\$743.81	\$1,487.62	\$1,264.48	\$2,119.86	\$1,327.70	\$2,225.86	\$364.11
Dutchess	\$743.81	\$1,487.63	\$1,264.49	\$2,119.87	\$1,327.71	\$2,225.87	\$385.19
Erie	\$512.31	\$1,024.62	\$870.92	\$1,460.08	\$914.47	\$1,533.08	\$293.98
Essex	\$559.44	\$1,118.88	\$951.05	\$1,594.40	\$998.59	\$1,674.11	\$333.41
Franklin	\$559.44	\$1,118.88	\$951.05	\$1,594.40	\$998.59	\$1,674.11	\$356.61
Fulton	\$593.26	\$1,186.53	\$1,008.55	\$1,690.80	\$1,058.98	\$1,775.34	\$299.72
Genesee	\$512.31	\$1,024.62	\$870.92	\$1,460.08	\$914.47	\$1,533.08	\$292.49
Greene	\$593.26	\$1,186.53	\$1,008.55	\$1,690.80	\$1,058.98	\$1,775.34	\$299.72
Hamilton	\$559.44	\$1,118.88	\$951.05	\$1,594.40	\$998.59	\$1,674.11	\$356.61
Herkimer	\$788.50	\$1,577.00	\$1,362.86	\$2,268.29	\$1,376.00	\$2,290.32	\$364.11
Jefferson	\$559.44	\$1,118.88	\$951.05	\$1,594.40	\$998.59	\$1,674.11	\$337.24
Kings	\$804.21	\$1,608.43	\$1,367.16	\$2,292.02	\$1,409.13	\$2,362.37	\$340.29
Lewis	\$559.44	\$1,118.88	\$951.05	\$1,594.40	\$998.59	\$1,674.11	\$337.31
Livingston	\$600.09	\$1,200.19	\$1,020.16	\$1,710.27	\$1,071.17	\$1,795.79	\$295.15
Madison	\$559.44	\$1,118.88	\$951.05	\$1,594.40	\$998.59	\$1,674.11	\$337.31
Monroe	\$600.09	\$1,200.19	\$1,020.16	\$1,710.27	\$1,071.17	\$1,795.79	\$295.15

Montgomery	\$688.06	\$1,376.12	\$1,184.76	\$1,979.78	\$1,196.31	\$1,999.15	\$333.41
Nassau	\$774.62	\$1,549.24	\$1,316.85	\$2,207.67	\$1,339.25	\$2,245.23	\$319.27
New York	\$804.21	\$1,608.43	\$1,367.16	\$2,292.02	\$1,409.13	\$2,362.37	\$340.29
Niagara	\$512.31	\$1,024.62	\$870.92	\$1,460.08	\$914.47	\$1,533.08	\$293.98
Oneida	\$559.44	\$1,118.88	\$951.05	\$1,594.40	\$998.59	\$1,674.11	\$337.24
Onondaga	\$589.38	\$1,178.76	\$1,001.95	\$1,679.74	\$1,052.05	\$1,763.73	\$351.76
Ontario	\$600.09	\$1,200.19	\$1,020.16	\$1,710.27	\$1,071.17	\$1,795.79	\$295.15
Orange	\$743.81	\$1,487.63	\$1,264.49	\$2,119.87	\$1,327.71	\$2,225.87	\$385.19
Orleans	\$512.31	\$1,024.62	\$870.92	\$1,460.08	\$914.47	\$1,533.08	\$293.98
Oswego	\$559.44	\$1,118.88	\$951.05	\$1,594.40	\$998.59	\$1,674.11	\$333.95
Otsego	\$802.86	\$1,605.71	\$1,401.11	\$2,334.37	\$1,414.25	\$2,356.40	\$364.11
Putnam	\$743.81	\$1,487.63	\$1,264.49	\$2,119.87	\$1,327.71	\$2,225.87	\$385.19
Queens	\$804.21	\$1,608.43	\$1,367.16	\$2,292.02	\$1,409.13	\$2,362.37	\$340.29
Rensselaer	\$593.26	\$1,186.53	\$1,008.55	\$1,690.80	\$1,058.98	\$1,775.34	\$294.19
Richmond	\$804.21	\$1,608.43	\$1,367.16	\$2,292.02	\$1,409.13	\$2,362.37	\$340.29
Rockland	\$825.97	\$1,651.94	\$1,404.16	\$2,354.02	\$1,474.36	\$2,471.73	\$390.94
Saratoga	\$593.26	\$1,186.53	\$1,008.55	\$1,690.80	\$1,058.98	\$1,775.34	\$297.88
Schenectady	\$593.26	\$1,186.53	\$1,008.55	\$1,690.80	\$1,058.98	\$1,775.34	\$297.88
Schoharie	\$689.79	\$1,379.58	\$1,188.17	\$1,979.89	\$1,199.72	\$1,999.26	\$333.41
Schuyler	\$589.38	\$1,178.76	\$1,001.95	\$1,679.74	\$1,052.05	\$1,763.73	\$351.76
Seneca	\$600.09	\$1,200.19	\$1,020.16	\$1,710.27	\$1,071.17	\$1,795.79	\$295.15
St. Lawrence	\$559.44	\$1,118.88	\$951.05	\$1,594.40	\$998.59	\$1,674.11	\$356.61
Steuben	\$589.38	\$1,178.76	\$1,001.95	\$1,679.74	\$1,052.05	\$1,763.73	\$351.76
Suffolk	\$774.62	\$1,549.24	\$1,316.85	\$2,207.67	\$1,339.25	\$2,245.23	\$319.27
Sullivan	\$743.81	\$1,487.63	\$1,264.49	\$2,119.87	\$1,327.71	\$2,225.87	\$385.19
Tioga	\$589.38	\$1,178.76	\$1,001.95	\$1,679.74	\$1,052.05	\$1,763.73	\$351.76
Tompkins	\$854.15	\$1,708.31	\$1,452.06	\$2,434.35	\$1,480.40	\$2,481.85	\$388.74
Ulster	\$743.81	\$1,487.63	\$1,264.49	\$2,119.87	\$1,327.71	\$2,225.87	\$385.19
Warren	\$593.26	\$1,186.53	\$1,008.55	\$1,690.80	\$1,058.98	\$1,775.34	\$297.88
Washington	\$593.26	\$1,186.53	\$1,008.55	\$1,690.80	\$1,058.98	\$1,775.34	\$299.72
Wayne	\$600.09	\$1,200.19	\$1,020.16	\$1,710.27	\$1,071.17	\$1,795.79	\$295.15
Westchester	\$825.97	\$1,651.94	\$1,404.16	\$2,354.02	\$1,427.01	\$2,392.35	\$342.43
Wyoming	\$512.31	\$1,024.62	\$870.92	\$1,460.08	\$914.47	\$1,533.08	\$293.98
Yates	\$600.09	\$1,200.19	\$1,020.16	\$1,710.27	\$1,071.17	\$1,795.79	\$295.15

\* L'importo del premio mensile per i soli figli è il costo per ogni figlio/figlia (fino a 3) che non hanno ancora compiuto il 21° anno di età. Se nella copertura familiare rientra solo un figlio/una figlia, utilizzare l'importo del premio mensile in elenco. Se nella copertura familiare rientrano solo due figli/figlie, moltiplicare per due l'importo del premio mensile per i soli figli. Se nella copertura familiare rientrano tre o più di tre figli/figlie, moltiplicare per tre l'importo del premio mensile per i soli figli.

## **POLITICA DI NON DISCRIMINAZIONE**

NY State of Health rispetta le leggi statali e federali applicabili in materia di diritti civili e non discrimina in base a etnia, colore della pelle, nazionalità, credo/religione, sesso, età, stato civile, disabilità, condizioni mediche legate alla gravidanza, precedenti penali, condanne penali, identità

di genere, orientamento sessuale, caratteristiche genetiche predisponenti, servizio militare, status di vittima di violenze domestiche e/o ritorsioni.

Se ritiene di avere subito discriminazioni da NY State of Health, può presentare un reclamo sul sito [www.health.ny.gov/regulations/discrimination\\_complaints/](http://www.health.ny.gov/regulations/discrimination_complaints/) o inviare un'e-mail all'Ufficio gestione diversità (Diversity Management Office) all'indirizzo [DMO@health.ny.gov](mailto:DMO@health.ny.gov).

È inoltre possibile presentare un reclamo in relazione alla violazione dei diritti civili presso il Dipartimento per la salute e l'assistenza ai cittadini (Department of Health and Human Services), Ufficio diritti civili (Office for Civil Rights) telematicamente sul sito <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf> oppure tramite posta o telefono a: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201; 1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697). I moduli per il reclamo sono disponibili sul sito [www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html).

#### Assistenza e servizi aggiuntivi

NY State of Health fornisce patrocinio e servizi gratuiti a persone con disabilità per comunicare in modo efficace con noi, come:

- TTY tramite il servizio New York Relay Service
- Non vedenti o persone gravemente ipovedenti che necessitano di avvisi o altro materiale in formati alternativi (caratteri cubitali, CD audio o dati, o Braille); contattare 1-855-355-5777 (TTY: 1-800-662-1220).

NY State of Health fornisce anche servizi di assistenza linguistica gratuiti a persone la cui lingua principale non è l'inglese, come:

- Interpreti qualificati
- Informazioni scritte in altre lingue

Per ottenere tali servizi o per maggiori informazioni sui servizi aggiuntivi, contattare il numero 1-855-355-5777 (TTY 1-800-662-1220).