



NOUS VOUS ENVOYONS UN DOCUMENT FISCAL IMPORTANT.

Vous ou un membre de votre famille avez souscrit une assurance maladie mais n'avez pas bénéficié d'aide pour le paiement tout ou partie de l'année 2024 et vous aurez peut-être besoin de ce formulaire pour votre déclaration fédérale de revenus.

Vous ou un membre de votre famille avez bénéficié d'une assurance maladie par le biais du NY State of Health en 2024, mais n'avez pas reçu d'aide pour le paiement pour tout ou partie de l'année 2024. En fonction de vos revenus, il est possible que vous puissiez bénéficier d'une aide financière au moment de la déclaration de revenus. Cette aide pourra se présenter sous la forme d'un crédit d'impôt (également appelé Crédit d'impôt pour prime, PTC) susceptible d'augmenter le montant de votre remboursement ou de diminuer le montant de vos impôts dus au titre de l'impôt fédéral de 2024.

Lors de votre déclaration fédérale de revenus, remplissez le formulaire IRS 8962 pour déterminer si vous avez droit à cette aide. Le formulaire 8962 est accessible sur www.irs.gov.

POUR OBTENIR DE L'AIDE

Lors de votre déclaration de revenus, remplissez le formulaire IRS 8962 en utilisant le formulaire 1095-A et le tableau des cotisations ci-joints. Le formulaire IRS 8962 vous indique le montant de l'aide dont vous pouvez bénéficier.

VOUS DEVEZ SAVOIR...

POURQUOI VOUS POUVEZ RECEVOIR D'AUTRES FORMULAIRES.

Vous recevrez un formulaire 1095-A pour chaque contrat d'assurance maladie Bronze, Silver, Gold ou Platinum auquel vous ou un membre de votre famille aurez souscrit en 2024. Vous recevrez plusieurs formulaires 1095-A si des changements sont intervenus au niveau de votre couverture par le biais du NY State of Health en 2024. Le formulaire 1095-A n'est pas envoyé pour les régimes de catastrophe ou les régimes Medicaid, Child Health Plus ou l'Essential Plan, car ces régimes n'ouvrent pas droit à un crédit d'impôt.

En plus du formulaire 1095-A, il est possible que vous receviez d'autres formulaires fiscaux importants. Il s'agit des formulaires 1095-B et 1095-C.

Si vous ou un membre de votre famille avez souscrit à Medicaid, à Child Health Plus ou à Essential Plan à New York en 2024, un formulaire 1095-B sera disponible dans votre boîte de réception de NY State of Health. Vous pouvez également demander le formulaire 1095-B auprès du Département de la santé de l'État de New York en appelant le 1 800 541 2831 ou en envoyant un courriel à 1095B@health.ny.gov. Si vous avez souscrit à d'autres types d'assurance tels que le régime de catastrophe, Medicare Part A ou C,

**POUR OBTENIR DES
RÉPONSES À VOS
QUESTIONS**

TRICARE, les allocations versées par le Département des anciens combattants (Department of Veterans Affairs) ou certaines assurances maladie financées en partie par l'employeur, un autre organisme pourra vous envoyer le formulaire 1095-B ou 1095-C.

Si vous pensez que votre formulaire 1095-A comporte une erreur, appelez **dès que possible** le NY State of Health au **1 855 766 7860** pour nous permettre d'apporter les corrections nécessaires.

Pour toute question concernant le formulaire 1095-A, le crédit d'impôt ou le tableau des cotisations en annexe, **consultez le site <http://info.nystateofhealth.ny.gov/TaxCredits>**, appelez le **NY State of Health** au **1 855 766 7860** ou l'**assistance téléphonique des Community Health Advocates** au **1 888 614 5400**.

Si vous avez des questions concernant le formulaire 1095-B ou 1095-C que vous avez reçu, appelez le numéro indiqué sur ce formulaire.

Pour toute question concernant le formulaire 8962 ou d'autres questions d'ordre fiscal, consultez le site **www.irs.gov**.

COMMENT UTILISER LE TABLEAU CI-JOINT POUR CONNAÎTRE LE MONTANT DE VOS COTISATIONS MENSUELLES DU DEUXIÈME RÉGIME SILVER LE MOINS CHER (SECOND LOWEST COST SILVER PLAN, SLCSP), NÉCESSAIRE POUR LE FORMULAIRE 8962

Étape 1.

Trouvez le comté où vous avez résidé chaque mois en 2024.

Étape 2.

Trouvez l'en-tête de colonne (ligne) qui décrit le mieux votre couverture familiale. La liste cidessous vous aidera à trouver l'en-tête approprié. Votre couverture familiale comprend toutes les personnes de votre foyer fiscal qui ont souscrit à un régime de soins qualifié du NY State of Health et exclut toute personne ayant droit à une autre couverture, telle que : Medicaid, Child Health Plus, l'Essential Plan, Medicare Parts A ou C, TRICARE, les allocations du Department of Veterans Affairs et la plupart des couvertures financées en partie par les employeurs.

Étape 3.

Notez le montant en dollars indiqué dans la colonne correspondant à votre comté. Il s'agit du montant de la cotisation SLCSP mensuelle qui s'applique à votre comté et votre couverture familiale pour le mois concerné.

Si vous avez changé de comté de résidence en 2024, vous devez retenir la cotisation mensuelle pour le nombre de mois de résidence dans chaque comté. Si votre couverture familiale a changé en 2024, retenez la cotisation correspondante pour chaque mois concerné. Pour plus d'informations et de l'aide pour remplir ce formulaire, consultez la Publication IRS 974 et les instructions concernant le formulaire IRS 8962.

SI VOTRE COUVERTURE UTILISEZ LA COLONNE ... FAMILIALE COMPREND ...

VOUS. Vous êtes la seule personne au sein de votre couverture familiale. **INDIVIDU**

VOUS et VOTRE ÉPOUX(SE). Vous et votre époux(se) faites partie de la même couverture familiale. **COUPLE**

VOUS et VOTRE ÉPOUX(SE). Vous et votre époux(se) avez souscrit au même plan **mais l'un d'entre vous a bénéficié d'une autre couverture essentielle minimale, par exemple une assurance maladie par le biais de votre employeur.** **INDIVIDU**

VOUS et votre CONCUBIN(E)*. Vous et votre concubin(e) avez souscrit au **même** régime, mais vous avez une couverture familiale différente. **INDIVIDU**

VOUS et VOTRE ou VOS ENFANTS. Vous et votre ou vos enfants avez souscrit au même régime. **PARENT ISOLÉ + ENFANTS**

VOUS et un ENFANT ou des ENFANTS. Vous et un enfant avez souscrit au même régime **mais votre enfant bénéficie d'une autre couverture essentielle minimale.** **INDIVIDU**

VOUS, VOTRE ÉPOUX(SE) et VOTRE ou VOS ENFANTS. Vous, votre époux(se) et votre ou vos enfants avez tous souscrit au même régime. **COUPLE + ENFANTS**

Un seul ENFANT. Votre enfant n'a pas encore atteint l'âge de **SEUL ENFANT 21** ans et a souscrit à son propre régime.

*Si votre concubin(e) fait partie de votre foyer fiscal, vous pouvez utiliser la colonne « COUPLE » au lieu de « INDIVIDU ».

*Si votre concubin(e) fait partie de votre foyer fiscal, vous pouvez aussi utiliser la colonne « COUPLE+ENFANTS » dans ce cas de figure.

Cotisations mensuelles 2024 correspondant au deuxième régime Silver le moins cher (Second Lowest Cost Silver Plan, SLCSP), par type de couverture familiale

| Type de couverture : | Individu | Couple | Enfants à charge de moins de 26 ans | | Enfants à charge de 26 à 29 ans | | Enfant seulement * de moins de 21 ans |
|----------------------|----------|------------|-------------------------------------|--------------------|---------------------------------|--------------------|---------------------------------------|
| | | | Parent isolé + enfants | Couple + enfant(s) | Parent isolé + enfants | Couple + enfant(s) | |
| Comté | | | | | | | |
| 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 |
| Type de couverture : | Individu | Couple | Enfants à charge de moins de 26 ans | | Enfants à charge de 26 à 29 ans | | Enfant seulement * |

| Comté | | | Parent isolé + enfants | Couple + enfant(s) | Parent isolé + enfants | Couple + enfant(s) | de moins de 21 ans |
|---------------------------------|-----------------|---------------|--|--------------------------|--|--------------------------|-------------------------------|
| 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 |
| Type de couverture : | Individu | Couple | Enfants à charge de moins de 26 ans | | Enfants à charge de 26 à 29 ans | | Enfant seulement * |

| Comté | | | Parent isolé + enfants | Couple + enfant(s) | Parent isolé + enfants | Comté | de moins de 21 ans |
|-------------|----------|------------|------------------------------|--------------------------|------------------------------|------------|-----------------------|
| 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 |
| | \$600.09 | \$1,200.19 | \$1,020.16 | \$1,710.27 | \$1,071.17 | \$1,795.79 | \$295.15 |

* Le montant de la prime mensuelle pour un enfant seulement correspond à la somme due par enfant de moins de 21 ans, jusqu'au nombre de trois. Si le foyer couvert ne compte qu'un seul enfant, appliquez le montant de la prime mensuelle indiqué. Si le foyer couvert compte deux enfants, multipliez par deux le montant de la prime mensuelle pour un enfant seulement. Si le foyer couvert compte trois enfants ou plus, multipliez par trois le montant de la prime mensuelle pour un enfant seulement.

NOTRE POLITIQUE CONTRE LA DISCRIMINATION

Le NY State of Health est en conformité avec les lois étatiques et les droits civils fédéraux en vigueur, et ne pratique aucune discrimination pour des raisons de race, de couleur, d'origine nationale, de croyance/religion, de sexe, d'âge, de situation matrimoniale/familiale, de handicap, de grossesse, de casier judiciaire, de condamnation(s) au pénal, d'identité de genre, d'orientation sexuelle, de facteurs génétiques prédisposants, de statut militaire, de statut de victime de violence domestique et/ou de représailles.

Si vous pensez que vous êtes victime de discrimination de la part du NY State of Health, vous pouvez déposer une réclamation sur le site www.health.ny.gov/regulations/discrimination_complaints/ ou en envoyant un courriel au Diversity Management Office à l'adresse DMO@health.ny.gov.

Vous pouvez également déposer une réclamation pour discrimination de droits civiques auprès de l'Office for Civil Rights du U.S. Department of Health and Human Services par voie électronique à l'adresse suivante : <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>, ou par courrier postal à l'adresse U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201 ; ou appelez le 1 800 368 1019 (téléscripteur : 1 800 537 7697). Les formulaires pour déposer une réclamation sont disponibles sur le site hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Aménagements

Le NY State of Health fournit gratuitement des aides et des services aux personnes handicapées pour leur permettre de communiquer efficacement avec nous, par exemple :

- téléscripateur par l'intermédiaire de New York Relay Service ;
- si vous êtes aveugle ou malvoyant(e) et que vous avez besoin de recevoir les avis ou autres documents écrits sous un autre format (gros caractères, documents audio, CD de données ou braille), contactez le 1 855 355 5777 (téléscripteur : 1 800 662 1220).

Le NY State of Health offre des services d'aide linguistique gratuits aux personnes dont la langue maternelle n'est pas l'anglais, par exemple :

- Des interprètes qualifiés
- Des informations écrites dans d'autres langues

Si vous avez besoin de ces services ou souhaitez recevoir de plus amples renseignements à propos des aménagements, veuillez contacter le 1 855 355 5777 (téléscripteur : 1 800 662 1220).