



МЫ НАПРАВЛЯЕМ ВАМ ВАЖНЫЙ НАЛОГОВЫЙ ДОКУМЕНТ

Вы или член вашей семьи были зачислены в программу медицинского страхования, но не получили помощь в оплате за часть года или весь 2024 год, и для подачи федеральной налоговой декларации вам может понадобиться данная форма

Вы или член вашей семьи приобрели медицинскую страховку через биржу NY State of Health в 2024 году, но не получили помощи для выплаты части или всей суммы страховых взносов за 2024 год. В зависимости от Вашего дохода Вы можете получить финансовую помощь во время подачи налоговых деклараций. Помощь будет предоставлена в виде налогового зачета (также называемого налоговым зачетом за страховые взносы (Premium Tax Credit, PTC)), в связи с чем может быть увеличена сумма возвращаемых налогов или сокращена сумма федеральных подоходных налогов, которые вы должны уплатить в 2024 году.

После заполнения федеральной декларации на подоходный налог с помощью формы 8962 Федеральной налоговой службы (Internal Revenue Service, IRS) определите, можете ли Вы получить эту помощь. Получить форму 8962 можно на веб-сайте **www.irs.gov**.

ПРОЦЕДУРА ПОЛУЧЕНИЯ ПОМОЩИ	Заполняя федеральную налоговую декларацию, также заполните форму 8962 IRS, используя прилагаемые форму 1095-A и Таблицы взносов. Форма 8962 IRS поможет Вам определить размер помощи, на которую Вы можете претендовать.
---	--

ВЫ ДОЛЖНЫ ЗНАТЬ...

**ПОЧЕМУ ВЫ
МОЖЕТЕ
ПОЛУЧИТЬ
ДРУГИЕ
ФОРМЫ**

Вы получите по одной форме 1095-A для каждого бронзового, серебряного, золотого или платинового плана медицинского страхования, участниками которого вы либо член вашей семьи стали в течение 2024 года. Вы получите более одной формы 1095-A, если в течение 2024 года в страховом покрытии, приобретенном вами через NY State of Health, произошли изменения. Форма 1095-A не предоставляется для таких программ медицинского страхования, как «катастрофические» планы, Medicaid, Child Health Plus или Essential Plan, поскольку они не предусматривают права на налоговые льготы. Помимо формы 1095-A, Вы можете получить и другие важные налоговые формы. Это формы 1095-B и 1095-C.

Если когда-либо в течение 2024 года вы или член вашей семьи были участниками программы Medicaid, Child Health Plus и Essential Plan в г. Нью-Йорке, вы получите форму 1095-B на свой почтовый ящик от администрации NY State of Health. Форму 1095-B также можно запросить у сотрудника New York State Department of Health по номеру 1-800-541-2831 или по адресу электронной почты 1095B@health.ny.gov. Если вы пользовались другими видами страхового покрытия, например в рамках программы страхования на случай катастроф, части A или C Medicare, TRICARE, программы Управления по делам ветеранов (Department of Veterans Affairs) либо определенной программы медицинского страхования, финансируемой работодателем, вы можете получить форму 1095-B или 1095-C из других источников.

**КАК
ПОЛУЧИТЬ
ОТВЕТЫ
НА СВОИ
ВОПРОСЫ**

Если Вы считаете, что мы допустили ошибку в Вашей форме 1095-A, позвоните в NY State of Health **по номеру 1-855-766-7860 как можно скорее**, чтобы мы исправили запись.

Если у Вас есть вопросы по поводу формы 1095-A или налогового зачета, **зайдите на веб-страницу <http://info.nystateofhealth.ny.gov/TaxCredits> или позвоните в NY State of Health по номеру 1-855-766-7860 или на горячую линию организации Community Health Advocates по номеру 1-888-614-5400.**

Если у Вас есть вопросы относительно налоговых форм 1095-B или 1095-C, которые Вы могли получить, позвоните по номеру, указанному на этих формах.

Если у Вас есть вопросы по поводу формы 8962 или другие связанные с налогами вопросы, посетите веб-сайт www.irs.gov.

КАК ИСПОЛЬЗОВАТЬ ПРИЛАГАЕМУЮ ТАБЛИЦУ, ЧТОБЫ ОПРЕДЕЛИТЬ РАЗМЕР СВОИХ ЕЖЕМЕСЯЧНЫХ СТРАХОВЫХ ВЗНОСОВ ПО ВТОРОМУ ПО ВЫГОДНОСТИ СЕРЕБРЯНОМУ ПЛАНУ (SECOND LOWEST COST SILVER PLAN, SLCSP) ДЛЯ ФОРМЫ 8962

Шаг 1.

Найдите округ, в котором вы жили в течение каждого месяца 2024 года.

Шаг 2.

Найдите заголовок столбца (по горизонтали), который точнее всего характеризует Вашу застрахованную семью. Представленный ниже список поможет Вам найти нужный заголовок. Ваша застрахованная семья включает в себя каждого члена Вашей «налоговой семьи», указанного в полученном от NY State of Health плане медицинского страхования, соответствующем установленным критериям, но исключает всех, на кого распространяется другой вид страхования, например: Medicaid, Child Health Plus, Essential Plan, части A и C Medicare, TRICARE, льготы от Управления по делам ветеранов и большинство планов страхования, финансируемых работодателями.

Шаг 3.

Выберите сумму в долларах в столбце напротив своего округа. Эта сумма — ежемесячные страховые взносы SLCSF, которые действуют в Вашем округе и соответствуют страховому покрытию Вашей семьи за этот месяц.

Если в течение 2024 года вы переехали из одного округа в другой, необходимо выбрать ежемесячный взнос за каждый месяц, который вы прожили в каждом округе. А если состав вашей застрахованной семьи изменился за 2024 год, вы должны выбрать соответствующий взнос за каждый месяц. Для получения более подробной информации о том, как заполнить эту форму, ознакомьтесь с публикацией IRS № 974 и инструкциями к форме 8962 IRS.

ВЫ. Вы — единственный человек в составе застрахованной семьи.	ОТДЕЛЬНОЕ ЛИЦО
ВЫ и СУПРУГ (-А). Вы и Ваш (-а) супруг (-а) входите в состав одной и той же застрахованной семьи.	СЕМЕЙНАЯ ПАРА
ВЫ и СУПРУГ (-А). Вы и Ваш (-а) супруг (-а) участвуете в одном и том же плане медицинского страхования, но кто-либо из Вас участвовал и в другой программе минимально необходимого медицинского страхования, такой как страхование, предоставляемое работодателем.	ОТДЕЛЬНОЕ ЛИЦО
ВЫ и СОЖИТЕЛЬ (-НИЦА)*. Вы и Ваш (-а) сожитель (-ница) участвуете в одном и том же плане, но в разных застрахованных семьях.	ОТДЕЛЬНОЕ ЛИЦО
ВЫ и РЕБЕНОК (ДЕТИ). Вы и Ваш (-и) ребенок (дети) участвуете в одном и том же плане медицинского страхования.	ОТДЕЛЬНОЕ ЛИЦО + ДЕТИ
ВЫ + РЕБЕНОК (ДЕТИ). Вы и Ваш ребенок участвуете в одном и том же плане, но Ваш ребенок также участвовал в другой программе минимально необходимого медицинского страхования.	ОТДЕЛЬНОЕ ЛИЦО
ВЫ, СУПРУГ (-А)** и РЕБЕНОК (ДЕТИ). Вы, Ваш (-а) супруг (-а) и Ваш (-и) ребенок (дети) участвуете в одном и том же плане.	СЕМЕЙНАЯ ПАРА + ДЕТИ
ВАША ЗАСТРАХОВАННАЯ СЕМЬЯ ВКЛЮЧАЕТ...	ИСПОЛЬЗУЙТЕ СТОЛБЕЦ...

Только РЕБЕНОК. Вашему ребенку еще не

исполнился 21 год, и он участвует в отдельном плане медицинского страхования.

ТОЛЬКО РЕБЕНОК

* Если Ваш (-а) сожитель (-ница) входит в Вашу «налоговую семью», Вы можете использовать столбец «СЕМЕЙНАЯ ПАРА» вместо «ОТДЕЛЬНОЕ ЛИЦО».

** Если Ваш (-а) сожитель (-ница) входит в Вашу «налоговую семью», Вы можете также использовать в этом случае столбец «СЕМЕЙНАЯ ПАРА + ДЕТИ».

Ежемесячные страховые взносы по вторым по выгодности серебряным планам (Second Lowest Cost Silver Plans, SLCSP) за 2024 г. на основании страхового покрытия семьи

Тип страхового покрытия			Находящиеся на иждивении дети младше 26 лет		Находящиеся на иждивении дети в возрасте 26–29 лет		Только ребенок* младше
Округ	Отдельное лицо	Семейная пара	Отдельное лицо + ребенок (дети)	Семейная пара + ребенок (дети)	Отдельное лицо + ребенок (дети)	Семейная пара + ребенок (дети)	21 года
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

* Размер ежемесячных страховых взносов только на ребенка — это сумма, приходящаяся на одного ребенка, которому еще не исполнился 21 год (но не более чем для троих детей). Если медицинская страховка распространяется только на одного ребенка в семье, используйте указанный размер ежемесячных страховых взносов. Если медицинская страховка распространяется на двух детей в семье, умножьте указанный размер ежемесячных страховых взносов в графе «Только ребенок» на два. Если медицинская страховка распространяется на трех или более детей в семье, умножьте указанный размер ежемесячных страховых взносов в графе «Только ребенок» на три.

УВЕДОМЛЕНИЕ О ПОЛИТИКЕ НЕДОПУЩЕНИЯ ДИСКРИМИНАЦИИ

NY State of Health соблюдает действующее законодательство о гражданских правах и законы штата и не допускает дискриминации по таким признакам, как расовая принадлежность, цвет кожи, национальное происхождение, вероисповедание и религиозные убеждения, пол, возраст, семейное положение, наличие ограниченных возможностей, состояние, связанное с беременностью, наличие арестов или судимостей, гендерная идентичность, сексуальная ориентация, предрасполагающие генетические характеристики, отношение к воинской службе, статус жертвы домашнего насилия и (или) ответные действия в связи с нарушением прав.

Если Вы считаете, что NY State of Health предпринимает в отношении Вас дискриминационные действия, Вы можете подать жалобу, посетив веб-страницу www.health.ny.gov/regulations/discrimination_complaints/ или отправив письмо в отдел по управлению многообразием (Diversity Management Office, DMO) на электронный адрес DMO@health.ny.gov.

Вы также можете подать жалобу об ущемлении гражданских прав в Управление по гражданским правам (Office for Civil Rights) при Министерстве здравоохранения и социальных служб США (U.S. Department of Health and Human Services) на веб-странице <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>, по почте или по телефону: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201; тел. 1-800-368-1019 (телетайп: 1-800-537-7697). Формы для подачи жалобы можно найти на веб-странице www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Предоставление особых услуг

NY State of Health предоставляет бесплатную помощь и услуги людям с ограниченными возможностями для обеспечения эффективного общения с нами, например:

- доступны услуги телетайпа для лиц с нарушениями слуха посредством службы текстовой связи штата Нью-Йорк;
- если Вы незрячий или у Вас имеются серьезные нарушения зрения и Вам нужно получать уведомления или письменные материалы в другом формате (напечатанные крупным шрифтом или шрифтом Брайля, в аудиоформате или на компьютерном компакт-диске), позвоните по номеру 1-855-355-5777 (телетайп: 1-800-662-1220).

NY State of Health также предоставляет бесплатные услуги перевода лицам, чей родной язык не английский, в частности:

- услуги квалифицированных переводчиков; • письменную информацию на других языках.

Если Вам требуются эти услуги или дополнительная информация об особых условиях, позвоните по номеру 1-855-355-5777 (телетайп: 1-800-662-1220).