

Che succede se per il 2017 non disponeva di un'assicurazione sanitaria?

A partire da gennaio 2014, lei e la sua famiglia siete tenuti a:

- avere una copertura assicurativa sanitaria valida tutto l'anno, oppure
- avere i requisiti per un'esenzione dalla copertura, oppure
- versare una penale alla presentazione della dichiarazione dei redditi.

La penale è la quota di condivisione di responsabilità personale (Individual Shared Responsibility Payment).

- Per il 2017, la penale è pari all'importo maggiore fra 695 \$ per adulto e il 2,5% del suo reddito.
- La commissione forfettaria varia ogni anno in base all'inflazione.

Scopra le opzioni sull'assicurazione sanitaria per il 2018.

- NY State of Health:
Online sul sito nystateofhealth.ny.gov
Chiamando il numero 1-855-355-5777
- Community Service Society per assistenza gratuita di persona
Chiami il numero 1-888-614-5400

È disponibile assistenza gratuita



- Può ottenere ulteriore assistenza nella scelta del programma SLCSP o richiedere ulteriori informazioni sul modulo 1095-A o sul credito d'imposta sui premi chiamando il **Centro Salute Comunità (Community Health Advocates)** al numero **1-888-614-5400**.
- Può richiedere un modulo corretto o sostitutivo chiamando **NY State of Health** al numero **1-855-766-7860**.
- Per domande di natura fiscale, consulti il suo commercialista o si rivolga all'**IRS** visitando il sito www.irs.gov.

Ulteriori informazioni sono reperibili presso:

- <http://info.nystateofhealth.ny.gov/TaxCredits>
- IRS sul sito www.irs.gov
- Commercialisti

I nostri servizi sono gratuiti e offerti in diverse lingue.

Ha domande sul suo modulo 1095-A?

Possiamo aiutarla!



Community Service Society | Fighting Poverty
Strengthening New York

nystateofhealth
The Official Health Plan Marketplace

Come utilizzare il modulo IRS 1095-A

Questo modulo viene spedito per posta e sarà accessibile nel suo account NY State of Health se ha sottoscritto un programma di mercato nel 2017.*

Conservi questo modulo e legga le istruzioni allegate.

Può usare questo modulo per compilare la dichiarazione dei redditi.

Form **1095-A** Health Insurance Marketplace Statement VOID CORRECTED **2017** OMB No. 1545-0232

Department of the Treasury Internal Revenue Service

Do not attach to your tax return. Keep for your records. Go to www.irs.gov/Form1095A for instructions and the latest information.

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 Country 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

Month	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			

For Privacy Act and Paperwork Reduction Act Notice, see separate instructions. Cat. No. 60703Q Form 1095-A (2017)

*Nota: I titolari di programmi a condizioni vantaggiose (catastrophic plan) non riceveranno questo modulo.

Come utilizzare il modulo 1095-A di NY State of Health

Ha usufruito del sussidio APTC per uno o più mesi?

Se sì, l'importo di cui ha usufruito si basava sul suo reddito stimato. È tenuto a conciliare il totale dei crediti d'imposta usufruiti con l'importo previsto in base al suo reddito effettivo.

Ha versato integralmente il costo del programma sanitario per uno o più mesi?

Se il suo reddito effettivo è inferiore o pari al 400% delle direttive FPL, lei potrebbe avere i requisiti per richiedere il credito d'imposta sui premi, anche se non aveva fatto richiesta, non aveva usufruito o non aveva i requisiti per ottenere aiuti finanziari al momento della sottoscrizione.

Come conciliare/richiedere i crediti d'imposta sui premi

Passaggio 1: NY State of Health le invierà il modulo 1095-A.

Passaggio 2: Usi il modulo 1095-A per compilare il modulo IRS 8962. Se ha ricevuto sussidi APTC per ogni mese di iscrizione al programma, il modulo 1095-A viene fornito già compilato. Se si è iscritto senza crediti d'imposta, dovrà indicare il premio SLCSP (Second Lowest Cost Silver Plan, SLCSP) per ogni mese di iscrizione al programma senza crediti d'imposta.

Passaggio 3: Compili la dichiarazione dei redditi federale, usando l'apposito modulo della serie 1040 e il modulo 8962.

Ha bisogno di aiuto?

Sono disponibili risorse in **diverse lingue** sul sito <http://www.info.nystateofhealth.ny.gov/TaxCredits>

Può richiedere ulteriori informazioni sul modulo 1095-A o sul credito d'imposta sui premi chiamando **Centro Salute Comunità** al numero **1-888-614-5400**.

Può richiedere un modulo corretto o sostitutivo chiamando **NY State of Health** al numero **1-855-766-7860**.