

2017년 건강 보험에 가입하지 않았다면?

2014년 1월부터 귀하 및 귀하의 가족 구성원은 다음 중 하나를 반드시 이행해야 합니다.

- 연간 적용되는 건강 보험 가입, 또는
- 건강 보험 면제 요건에 부합하는 자격 획득
- 세금 신고 시 벌금 납부.

벌금은 개인 공동 책임금(Individual Shared Responsibility Payment)입니다.

- 2017년 벌금은 소득의 2.5% 또는 성인 1인당 \$695 중 더 큰 금액입니다.
- 고정 수수료는 매년 인플레이션에 맞게 조정됩니다.

2018년에 적용되는 건강 보험 선택사항 확인하기

- NY State of Health: 웹사이트 nystateofhealth.ny.gov 전화 1-855-355-5777
- Community Service Society의 무료 대면 상담의 무료 대면 상담 전화: 1-888-614-5400.

무료 지원이 가능합니다



- SLCSP 획득 시 도움이 필요하거나, 1095-A 양식 또는 보험료 세금 공제에 관한 일반적인 정보를 원하시면 **Community Health Advocates**에 **1-888-614-5400**번으로 전화하십시오.
- 수정 양식 혹은 대체 양식이 필요하시면 **NY State of Health**에 **1-855-766-7860**번으로 전화하십시오.
- 세금 관련 문의사항은 세무 전문가와 상담하거나 www.irs.gov를 통해 **IRS**에 연락하십시오.

자세한 정보는 다음에서 확인하실 수 있습니다.

- <http://info.nystateofhealth.ny.gov/TaxCredits>
- IRS 웹 사이트 www.irs.gov
- 세무 대행사

이 서비스는 무료입니다.
다국어를 이용하실 수 있습니다.

1095-A 양식에 관한 문의사항이 있습니까?

저희가 도와드리겠습니다!



IRS 양식 1095-A의 이용 방법 알기

이 양식은 우편으로 발송되며, 2017년 마켓플레이스 플랜에 등록한 경우 NY State of Health 계정에 게시됩니다.*

이 양식을 보관하시고 동봉된 지침을 확인하십시오.

세무 신고 시 이 양식을 활용하십시오.

Form **1095-A** Health Insurance Marketplace Statement ☐ VOID ☐ CORRECTED **2017**

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 premium	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)

*참고: 재난 보험 가입자에게는 이 양식이 제공되지 않습니다.

NY State of Health 1095-A 양식 이용 방법

APTC를 한 달 이상 이용했습니까?

그렇다면, 사용 금액은 예상 소득에 기반합니다. 사용한 세금 공제 금액을 실제 소득에 근거하여 이용할 수 있는 금액에 맞추어야 합니다.

한 달 이상에 대한 보험료를 전액 납부했습니까?

실소득이 FPL의 400%와 동일하거나 그 이하일 경우, 가입 시 재정 보조를 신청하지 않았거나, 재정 보조를 사용하지 않았거나, 대상 자격이 아니었더라도 보험료 세금 공제를 요청하실 수 있습니다.

보험료 세금 공제 조정/요청 방법

1단계: NY State of Health에서 양식 1095-A를 보내드립니다.

2단계: 양식 1095-A를 사용해 IRS 양식 8962를 작성하십시오. APTC 정액제에 등록해 이용 중인 경우, 양식 1095-A는 작성되어 제공됩니다. 세금 공제를 제외하고 등록한 경우, 차하위 비용 실버 플랜(Second Lowest Cost Silver Plan, SLCSP) 공제 정액제에 세금 공제를 제외하고 등록했다는 것을 증명해야 합니다.

3단계: 1040 시리즈의 적절한 양식 및 양식 8962를 사용하여 연방 세금 환급을 신청하십시오.

도움이 필요하세요?

<http://www.info.nystateofhealth.ny.gov/TaxCredits>에서 다국어로 정보를 확인할 수 있습니다.

1095-A 양식 또는 보험료 세금 공제에 관한 일반적인 정보를 원하시면 **Community Health Advocates**에 1-888-614-5400번으로 전화하십시오.

수정 양식 혹은 대체 양식이 필요하시면 **NY State of Health**에 1-855-766-7860번으로 전화하십시오.