

如果在 2017 年末 申请健康保险， 该怎么办？

自 2014 年 1 月起，您和您的家人
必须：

- 投保全年健康保险，或者
- 拥有保险豁免资格，或者
- 报税时支付罚金。

罚金是个人共同责任付款 (Individual
Shared Responsibility Payment)。

- 2017 年的罚金为您收入的 2.5% 或
695 美元/成年人（选取数额较大
者）。
- 固定罚金每年将根据通货膨胀进行
调整。

了解 2018 年的健康保险方案。

- NY State of Health:
访问 nystateofhealth.ny.gov
上的在线服务
致电 1-855-355-5777
- 提供免费现场协助的
Community Service Society
请致电 1-888-614-5400

提供免费帮助



- 通过致电**社区健康倡导者**
(Community Health Advocates)，获
得关于选择 SLCSP 的更多帮助或获
取表 1095-A 或保费税收抵免的一
般信息，电话号码：
1-888-614-5400。
- 通过致电 **NY State of Health** 获取修
正表或更换表，电话号码：
1-855-766-7860。
- 有关税务的疑问，请咨询税务顾
问，或者联系 **IRS**，网址：
www.irs.gov。

可以通过以下方式了解更多信息：

- 访问
<http://info.nystateofhealth.ny.gov/TaxCredits>
- 访问 www.irs.gov 网站上的 IRS
- 咨询报税员

**我们的服务都是免费的。
我们提供各种语言服务。**

关于表 1095-A， 您是否有任何 疑问？

我们可以帮您 解答！



**Community
Service
Society** | Fighting Poverty
Strengthening
New York

nystateofhealth
The Official Health Plan Marketplace

了解如何使用 IRS 表 1095-A

如果您在 2017 年加入了交易市场计划，则此表会通过邮件寄送，并发布在您的 NY State of Health 帐户中。*

保存此表，并阅读随附的说明。

在此表中填写您的税款。

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)

*注意：灾难险投保人不会收到此表。

如何使用 NY State of Health 提供的表 1095-A

使用 APTC 的时间是否长达一个月或多个月？

如果是，您使用的金额是基于您的估计收入。您需要核对所用的税收抵免金额与基于您的实际收入您有资格获得的金额。

支付计划全额费用的时间是否长达一个月或多个月？

如果您的实际收入低于或等于 400% FPL，您可能有资格申请保费税收抵免，即使您不申请、不使用或在加入计划时没有申请财务帮助的资格，也是如此。

如何核对/申请保费税收抵免

步骤 1：NY State of Health 将向您发送表 1095-A。

步骤 2：使用表 1095-A 完成 IRS 表 8962。如果您投保的每个月都有 APTC，则您的表 1095-A 已为您相应地填写完毕。如果您投保时没有税收抵免，则需要确认您投保期间无税收抵免的每个月的次低费用白银计划 (Second Lowest Cost Silver Plan, SLCSP) 保费。

步骤 3：使用 1040 系列中相应的表与表 8962，提交您的联邦纳税申报单。

是否需要帮助？

可通过访问以下网站获取多种语言的相关资源：

<http://www.info.nystateofhealth.ny.gov/TaxCredits>

通过致电社区健康倡导者，获取表 1095-A 或保费税收抵免的一般信息，电话号码：1-888-614-5400。

通过致电 NY State of Health 获取修正表或更换表，电话号码：1-855-766-7860。