

如果您在 2017 年 並沒有健康保險該 怎麼辦？

自 2014 年 1 月份起，您與家人必須：

- 投保全年度健康保險，或
- 符合豁免保險資格，或
- 在報稅時支付罰金。

罰金為個人分責稅 (Individual Shared Responsibility Payment)。

- 2017 年的罰金為每位成人 695 美元或您收入的 2.5%，以金額較高者為準。
- 固定罰金會隨每年通膨調整。

瞭解您 2018 年的健康保險選項。

- NY State of Health：
上網請至：nystateofhealth.ny.gov
來電請撥：1-855-355-5777
- Community Service Society
提供免費的專人現場協助
請致電 1-888-614-5400

您可使用以 下免費協助



- 若想在選擇 SLCSPP 時獲得額外協助，或是取得表單 1095-A 或保費抵減稅額的一般資訊，請致電 **社區健康倡導者 (Community Health Advocates)**，電話號碼：**1-888-614-5400**。
- 要獲得已更正的表單或替代表單，請致電 **NY State of Health**，電話號碼：**1-855-766-7860**。
- 稅務問題請洽您的稅務顧問，或造訪 **IRS** 網站，網址為 www.irs.gov。

如需詳細資訊，請造訪：

- <http://info.nystateofhealth.ny.gov/TaxCredits>
- IRS 網站，網址為 www.irs.gov
- 報稅代理人

我們免費提供服務。
可使用不同語言。

是否對 1095-A 表單 有疑問？

我們可協助您！



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

nystateofhealth
The Official Health Plan Marketplace

瞭解如何使用 IRS 的表單 1095-A

若您在 2017 年投保了交易市場計畫，則此表單會通過郵件寄送，也會在您的 NY State of Health 帳戶中看到附帶這份表單。*

請保存此表單，並詳閱信中的說明。

使用此表單完成報稅。

Form 1095-A		Health Insurance Marketplace Statement		☐ VOID	OMB No. 1545-0047
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.		☐ CORRECTED	2017
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					

* 注意：已投保重大傷病計畫者不會收到此表單。

如何使用 NY State of Health 提供的 1095-A 表單

您是否曾使用一個月或更久的 APTC？

如果是，您所使用的金額將基於您的預估收入。您必須協調所使用的抵減稅額，使其符合根據您實際收入所符合資格的抵減金額。

您是否已支付一個月或更久的全額計畫費用？

若您的實際收入少於或等於 400% FPL，便符合申請保費抵減稅額的資格 (即使在您投保時並不適用或並未使用財務協助，或是不符合取得財務協助的資格)。

如何協調/申請保費抵減稅額

步驟 1：NY State of Health 會寄給您表單 1095-A。

步驟 2：請使用表單 1095-A 完成 IRS 的表單 8962。若您在投保期間每月皆使用 APTC，您的表單 1095-A 便已全部填寫完成。若您投保時並沒有抵減稅額，您需要找出您投保期間沒有抵減稅額時，每個月的次低費用白銀計畫 (Second Lowest Cost Silver Plan, SLCSPP) 保費。

步驟 3：繳交您的聯邦納稅申報單 (使用 1040 系列中的適當表單與表單 8962)。

需要幫助嗎？

我們提供多種語言版本的資源，請洽網址 <http://www.info.nystateofhealth.ny.gov/TaxCredits>

如需索取表單 1095-A 或保費抵減稅額的一般資訊，請致電社區健康倡導者，電話號碼：1-888-614-5400。

要獲得已更正的表單或替代表單，請致電 NY State of Health，電話號碼：1-855-766-7860。