

2019-এর জন্য গুরুত্বপূর্ণ তথ্য

2019 থেকে শুরু করে, কোনো ব্যক্তিগত বাধ্যতামূলক জরিমানা কার্যকরী থাকবে না। এই পরিবর্তনটি ডিসেম্বর 2017 সালে পাশকৃত ট্যাক্স কর্তন ও চাকরি আইনের (Tax Cuts and Jobs Act) অংশ হিসেবে এই পরিবর্তনটি ফেডারেল পর্যায়ে করা হয়েছিল।

কিন্তু একটি স্বাস্থ্য প্ল্যানে নথিভুক্ত হওয়ার জন্য একাধিক আর্থিক এবং স্বাস্থ্যগত কারণ আছে।

ট্যাক্স ক্রেডিট পুনঃস্থাপিত করতে ব্যর্থ হলে

আপনার ট্যাক্স ফাইল করার সময় ফর্ম 8962 সম্পূর্ণ করার জন্য আপনাকে 1095-A অবশ্যই ব্যবহার করতে হবে। যদি আপনি না করেন তাহলে আপনি পরের বছর আর্থিক সহায়তা (APTC) নাও পেতে পারেন।

আপনি ফর্ম 8962 ফাইল করার পরও যদি APTC না পান তাহলে আপনি দুটি পদক্ষেপ নিতে পারেন:

- (1) IRS-এর থেকে একটি ট্রান্সক্রিপ্ট জমা করুন যা প্রমাণ করে যে, আপনি ফর্ম 8962 ফাইল করেছেন, অথবা
- (2) NY State of Health-এ ফোন করুন এবং ফোনের সাহায্যে এই তথ্য প্রদান করুন।

2020-এর জন্য আপনার স্বাস্থ্য বীমার বিকল্প সম্পর্কে জানুন।

- NY State of Health:
অনলাইন: nystateofhealth.ny.gov
ফোন: 1-855-355-5777
- সামনা-সামনি সহায়তার কমিউনিটি
সার্ভিস সোসাইটি
ফোন: 1-888-614-5400

বিনামূল্যে সহায়তা উপলভ্য



- আপনার দ্বিতীয় সর্বনিম্ন মূল্যের সিলভার পরিকল্পনা বেছে নেওয়ার জন্য অতিরিক্ত সাহায্য পান, অথবা কমিউনিটি হেল্থ অ্যাডভোকেটকে: **1-888-614-5400** নম্বরে ফোন করার মাধ্যমে ফর্ম 1095-A অথবা প্রিমিয়াম ট্যাক্স ক্রেডিটের ব্যাপারে সাধারণ তথ্য পান।
- সংশোধিত ফরম পান বা ফরম পরিবর্তন করুন **NY State of Health** কে কল করে একটি সংশোধিত ফর্ম বা প্রতিস্থাপন ফর্ম পান: **1-855-766-7860**।
- কর সংক্রান্ত প্রশ্নের জন্য, অনুগ্রহ করে আপনার কর পরামর্শদাতার সঙ্গে পরামর্শ করুন অথবা **IRS** এর সঙ্গে যোগাযোগ করুন www.irs.gov।

আরও তথ্য এখানে পাওয়া যা:

- <http://info.nystateofhealth.ny.gov/TaxCredits>
- IRS: www.irs.gov
- কর প্রস্তুতকারী

NY State of Health প্রযোজ্য ফেডারেল নাগরিক অধিকার এবং স্টেটের আইন মেনে চলে এবং জাতি, বর্ণ, জাতীয় মূল, ধর্মবিশ্বাস/ধর্ম, লিঙ্গ, বয়স, বৈবাহিক/পারিবারিক অবস্থা, অক্ষমতা, গ্রেপ্তারের রেকর্ড, অপরাধের জন্য দোষী সাব্যস্ত, লিঙ্গ পরিচয়, যৌন প্রবৃত্তি, প্রিডিসপোজিং জেনেটিক, মিলিটারি অবস্থা, গার্হস্থ্য সহিংসতার শিকার এবং/অথবা প্রতিশোধের ভিত্তিতে বৈষম্যতা করে না।

আমাদের পরিষেবা বিনামূল্যের।
আমরা সমস্ত ভাষায় সহায়তা
প্রদান করি।

আপনার 1095-A
ফরম সম্পর্কে
কোনো প্রশ্ন আছে?

আমরা আপনাকে
সাহায্য করতে
পারি!



IRS 1095-A ফর্ম কীভাবে ব্যবহার করবেন তা জানা

আপনি 2019-এ মার্কেটপ্লেস প্ল্যানে নথিভুক্ত হলে এই ফর্মটি ডাকযোগে আসবে এবং আপনার NY State of Health অ্যাকাউন্টে পোস্ট করা হবে।*

এই ফর্মটি রেখে দিন এবং এর সঙ্গে থাকা নির্দেশনা পড়ুন।

আপনার ট্যাক্স সম্পূর্ণ করতে এই ফর্মটি ব্যবহার করুন।

Form 1095-A Health Insurance Marketplace Statement		OMB No. 1545-0047																																																								
Department of the Treasury Internal Revenue Service		2019																																																								
Part I Recipient Information 1. Recipient's name 2. Recipient's SSN 3. Recipient's date of birth 4. Recipient's spouse's name 5. Recipient's spouse's SSN 6. Recipient's spouse's date of birth 7. Policy start date 8. Policy termination date 9. Street address (including apartment no.) 10. City or town 11. State or province 12. Country and ZIP or foreign postal code																																																										
Part II Covered Individuals <table border="1"> <thead> <tr> <th>A. Covered individual name</th> <th>B. Covered individual SSN</th> <th>C. Coverage start date</th> <th>D. Coverage termination date</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>13</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>14</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>15</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>16</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>17</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>18</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>19</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>20</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>			A. Covered individual name	B. Covered individual SSN	C. Coverage start date	D. Coverage termination date	13				14				15				16				17				18				19				20																							
A. Covered individual name	B. Covered individual SSN	C. Coverage start date	D. Coverage termination date																																																							
13																																																										
14																																																										
15																																																										
16																																																										
17																																																										
18																																																										
19																																																										
20																																																										
Part III Coverage Information <table border="1"> <thead> <tr> <th>Month</th> <th>A. Monthly enrollment premium</th> <th>B. Monthly second lowest cost silver plan (SLCSP) premium</th> <th>C. Monthly advance payment of premium tax credit</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>21 January</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>22 February</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>23 March</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>24 April</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>25 May</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>26 June</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>27 July</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>28 August</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>29 September</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>30 October</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>31 November</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>32 December</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>33 Annual Totals</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>			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			
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																																																										

*দ্রষ্টব্য: যে সকল মানুষদের catastrophic plans রয়েছে তারা এই ফর্মটি পাবে না।

আপনার NY State of Health এর থেকে প্রাপ্ত 1095-A ফর্মটি কীভাবে ব্যবহার করবেন

আপনি কি এক বা একাধিক মাসের জন্য APTC ব্যবহার করেছেন?

যদি তাই হয়, আপনি যে পরিমাণ ব্যবহার করেছেন তা আপনার আনুমানিক আয়ের ভিত্তিতে করেছেন। আপনার প্রকৃত আয়ের ভিত্তিতে আপনি যে পরিমাণ ব্যবহারের জন্য যোগ্য ছিলেন তার সঙ্গে আপনার ট্যাক্স ক্রেডিট সামঞ্জস্য করতে হবে।

আপনি কি এক বা একাধিক মাসের আপনার প্ল্যানের সম্পূর্ণ খরচ পেমেন্ট করতে চান?

যদি আপনার প্রকৃত আয় 400% FPL এর কম বা সমান (একজন ব্যক্তির জন্য \$49,560, চারজনের একটি পরিবারের জন্য \$100,300), হয়ে থাকলে, আপনি প্রিমিয়াম ট্যাক্স ক্রেডিটের দাবির জন্য যোগ্য হতে পারেন, এমনকি আপনি আবেদন না করলেও, ব্যবহার না করলেও বা যখন আপনি নথিভুক্ত হয়েছিলেন তখন আর্থিক সহায়তার জন্য যোগ্য না থাকলেও।

সহায়তা প্রয়োজন?

এখানে বিভিন্ন ভাষাতে সংস্থানগুলি উপলব্ধ রয়েছে:

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

ফর্ম 1095-A বা প্রিমিয়াম ট্যাক্স ক্রেডিট সম্পর্কে কমিউনিটি হেলথ অ্যাডভোকেটস এ 1-888-614-5400 নম্বরে ফোন করে তথ্য পান।

1-855-766-7860 এ NY State of Health কে কল করে একটি সংশোধিত ফর্ম বা প্রতিস্থাপন ফর্ম পান।

কীভাবে সামঞ্জস্য করতে হয়/প্রিমিয়াম ট্যাক্স ক্রেডিটের দাবি করতে হয়

ধাপ 1: NY State of Health আপনাকে 1095-A ফর্মটি পাঠাবে।

ধাপ 2: IRS ফর্ম 8962 সম্পূর্ণ করতে ফর্ম 1095-A ব্যবহার করুন। যদি আপনাকে প্রতি মাসে APTC-এর জন্য নথিভুক্ত হতে হতো তাহলে ফর্ম 1095-A আপনার জন্য সম্পূর্ণ থাকত। আপনি যদি ট্যাক্স ক্রেডিট ছাড়াই তালিকাভুক্ত থাকতেন, তাহলে ট্যাক্স ক্রেডিট ছাড়াই আপনি নথিভুক্ত ছিলেন এমন প্রতি মাসের আপনার দ্বিতীয় সর্বনিম্ন ব্যয় সিলভার পরিকল্পনা (SLCSP) প্রিমিয়ামটি আপনাকে সনাক্ত করতে হতো।

ধাপ 3: 1040 সিরিজ এবং ফর্ম 8962 থেকে উপযুক্ত ফর্ম ব্যবহার করে আপনার ফেডেরাল ট্যাক্স রিটার্ন ফাইল করুন।