



VOUS TROUVEREZ EN ANNEXE UN DOCUMENT FISCAL IMPORTANT.

Vous ou un membre de votre famille n'avez pas bénéficié d'une aide financière pour le paiement de votre assurance maladie pour toute l'année 2017 ou seulement une partie de l'année et vous devez peut-être remplir ce formulaire pour votre déclaration fédérale de revenus

Vous ou un membre de votre famille avez bénéficié d'une assurance maladie via le NY State of Health en 2017, mais n'avez pas bénéficié d'aide pour le paiement des cotisations pour tout ou partie de 2017. En fonction de vos revenus, il est possible que vous puissiez bénéficier d'une aide au moment de la déclaration de revenus. Cette aide pourra se présenter sous la forme d'un crédit d'impôt (également appelé Crédit d'impôt pour prime) susceptible d'augmenter le montant de votre remboursement ou de diminuer le montant de vos impôts dus au titre de l'impôt fédéral de 2017.

Lors de votre déclaration fédérale de revenus, utilisez le formulaire IRS 8962 pour déterminer si vous avez droit à cette aide. Si le formulaire IRS 8962 indique que vos revenus sont supérieurs à 400 % du seuil fédéral de pauvreté, vous n'êtes pas éligible au versement d'une aide. Le formulaire 8962 est accessible via le site www.irs.gov.

VOICI COMMENT OBTENIR DE L'AIDE

Si vos revenus correspondent ou sont inférieurs à 400 % du seuil fédéral de pauvreté (Federal Poverty Level, FPL), ce document vous explique comment obtenir une aide. Lors de votre déclaration de revenus, remplissez le formulaire IRS 8962 en utilisant le formulaire 1095-A et l'un des tableaux de cotisations ci-joints. Le formulaire IRS 8962 vous indique le montant de l'aide dont vous pouvez bénéficier.

VOUS DEVEZ SAVOIR...

POURQUOI VOUS RECEVREZ PEUT-ÊTRE D'AUTRES FORMULAIRES

Vous recevrez un formulaire 1095-A pour chaque contrat d'assurance maladie Bronze, Silver, Gold ou Platinum auquel vous ou un membre de votre famille aurez souscrit en 2017. Vous recevrez plusieurs formulaires 1095-A si des changements sont intervenus au niveau de votre couverture via le NY State of Health en 2017. Le formulaire 1095-A n'est pas envoyé pour les régimes de catastrophe ou les régimes Medicaid, Child Health Plus ou Essentiel, car ces régimes n'ouvrent pas droit à un crédit d'impôt.

**POURQUOI
VOUS
RECEVREZ
PEUT-ÊTRE
D'AUTRES
FORMULAIRES**
suite

En plus du formulaire 1095-A, il est possible que vous receviez d'autres formulaires fiscaux importants. Il s'agit des formulaires 1095-B et 1095-C.

Si vous ou un membre de votre famille avez souscrit au régime Medicaid, Child Health Plus ou Essentiel à New York en 2017, l'État de New York vous enverra directement le formulaire 1095-B. Si vous avez souscrit à d'autres types de régimes tels que le régime de catastrophe, Medicare Parts A ou C, TRICARE, les allocations versées par le Ministère des Anciens combattants ou certaines assurances maladie financées en partie par l'employeur, un autre organisme vous enverra le formulaire 1095-B ou 1095-C. Le NY State of Health assure uniquement l'envoi du formulaire 1095-A et ne fournit ni le formulaire 1095-B ni le formulaire 1095-C.

**POUR
OBTENIR DES
RÉPONSES
À VOS
QUESTIONS**

Si vous pensez que votre formulaire 1095-A comporte une erreur, appelez le NY State of Health **dès que possible au 1 855 766 7860** pour nous permettre d'effectuer les corrections nécessaires.

Pour toute question concernant le formulaire 1095-A, le crédit d'impôt ou le tableau des cotisations, **consultez le site <http://info.nystateofhealth.ny.gov/TaxCredits>, appelez le NY State of Health au 1 855 766 7860, ou la ligne d'assistance des avocats du secteur de la santé communautaire au 1 888 614 5400.**

Si vous avez des questions concernant le formulaire 1095-B ou 1095-C que vous avez reçu, appelez le numéro indiqué sur ce formulaire.

Pour toute question concernant le formulaire 8962 ou d'autres questions d'ordre fiscal, consultez le site **www.irs.gov**.

COMMENT UTILISER LE TABLEAU CI-JOINT POUR CONNAÎTRE LE MONTANT DE VOS COTISATIONS MENSUELLES DU DEUXIÈME RÉGIME ARGENT LE MOINS CHER (SECOND LOWEST COST SILVER PLAN, SLCSP), NÉCESSAIRE POUR LE FORMULAIRE 8962

Étape 1.

Déterminez quel tableau vous devriez utiliser en fonction de l'âge des enfants à charge de votre ménage en 2017. Utilisez le tableau I si vous n'aviez pas d'enfants à charge en 2017 ou si vos enfants à charge étaient âgés de moins de 26 ans. Utilisez le tableau II si vous aviez des enfants à charge âgés de 26 à 29 ans en 2017.

Étape 2.

Localisez le comté où vous avez résidé chaque mois en 2017.

Étape 3.

Localisez l'en-tête de colonne (ligne) qui décrit le mieux votre couverture familiale. La liste ci-dessous vous aidera à trouver l'en-tête approprié. Votre couverture familiale comprend toutes les personnes de votre foyer fiscal qui ont souscrit à un régime d'assurance maladie du NY State of Health et exclut toute personne éligible à une autre couverture, telle que : Medicaid, Child Health Plus, Essential, Medicare Parts A ou C, TRICARE, les allocations du Ministère des Anciens combattants et la plupart des couvertures financées en partie par les employeurs.

Étape 4.

Notez le montant en dollars indiqué dans la colonne correspondant à votre comté. Il s'agit du montant de la cotisation SLCSP mensuelle qui s'applique à votre comté et votre couverture familiale.

Si vous aviez un changement au cours de l'année, vous pourriez avoir des cotisations différentes pour différents mois. Si vous avez changé de comté de résidence au cours de 2017, vous devez retenir la cotisation mensuelle pour le nombre de mois de résidence dans chaque comté. Si votre couverture familiale a changé en 2017, retenez la cotisation appropriée pour chaque mois concerné dans la colonne appropriée. Pour plus d'informations et de l'aide pour remplir ce formulaire, consultez la Publication IRS 974 et les instructions concernant le formulaire IRS 8962.

SI VOTRE COUVERTURE FAMILIALE COMPREND ...

UTILISEZ LA COLONNE ...

VOUS. Vous êtes la seule personne au sein de votre couverture familiale.

PARENT ISOLÉ

VOUS et VOTRE ÉPOUX(SE). Vous et votre époux(se) faites partie de la même couverture familiale.

COUPLE

VOUS et VOTRE ÉPOUX(SE). Vous et votre époux(se) avez souscrit au même régime **mais l'un d'entre vous bénéficie d'une autre couverture essentielle minimale, par exemple une assurance-maladie via votre employeur.**

PARENT ISOLÉ

VOUS et votre PARTENAIRE. Vous et votre partenaire avez souscrit au **même** régime, mais vous avez une couverture familiale différente.

PARENT ISOLÉ

VOUS et VOTRE/VOS ENFANT(S). Vous et votre/vos enfant(s) avez souscrit au même régime.

PARENT ISOLÉ + ENFANTS

VOUS et un ENFANT. Vous et un enfant avez souscrit au même régime **mais votre enfant bénéficie d'une autre couverture essentielle minimale.**

PARENT ISOLÉ

VOUS, VOTRE ÉPOUX(SE) et VOTRE/VOS ENFANT(S). Vous, votre époux(se) et votre/vos enfant(s) avez tous souscrit au même régime.

COUPLE + ENFANTS

Un SEUL ENFANT. Votre enfant n'a pas encore atteint l'âge de 21 ans et a souscrit à son propre régime.

UN SEUL ENFANT

*Si votre partenaire fait partie de votre foyer fiscal, vous pouvez utiliser la colonne « COUPLE » au lieu de « INDIVIDUEL ».

*Si votre partenaire fait partie de votre foyer fiscal, vous pouvez aussi utiliser la colonne « COUPLE+ENFANTS » dans ce scénario.

Tableau I : Cotisations mensuelles 2017 correspondant au deuxième régime Argent le moins cher (Second Lowest Cost Silver Plan, SLCSP), par type de couverture familiale

*UTILISEZ CE TABLEAU SI VOUS N'AVEZ PAS D'ENFANT(S) À CHARGE DU POINT DE VUE FISCAL OU SI VOUS AVEZ UN OU DES ENFANTS À CHARGE ÂGÉS DE MOINS DE 26 ANS SUR VOTRE POLICE D'ASSURANCE.

COMTÉ	Parent isolé	Couple	Parent isolé + enfant(s)	Couple + enfant(s)	Un seul enfant*
Albany	440,32	880,63	748,54	1254,90	198,47
Allegany	415,00	830,00	705,50	1182,75	180,22
Bronx	456,46	912,91	775,97	1300,90	188,06
Broome	513,26	1026,52	872,54	1462,78	227,85
Cattaraugus	415,00	830,00	705,50	1182,75	180,22
Cayuga	513,26	1026,52	872,54	1462,78	231,36
Chautauqua	415,00	830,00	705,50	1182,75	180,22
Chemung	562,52	1125,03	956,27	1603,17	262,53
Chenango	481,04	962,08	817,77	1370,97	216,83
Clinton	496,57	993,14	844,17	1415,23	217,67
Columbia	440,32	880,63	748,54	1254,90	198,47
Cortland	513,26	1026,52	872,54	1462,78	231,36
Delaware	522,14	1044,29	887,64	1488,11	227,94
Dutchess	553,26	1106,52	940,55	1576,79	227,94
Erie	396,98	793,96	674,86	1131,40	180,22
Essex	481,04	962,08	817,77	1370,97	216,83
Franklin	481,04	962,08	817,77	1370,97	216,83
Fulton	440,32	880,63	748,54	1254,90	198,47
Genesee	408,10	816,20	693,77	1163,08	180,22
Greene	440,32	880,63	748,54	1254,90	198,47
Hamilton	481,04	962,08	817,77	1370,97	216,83
Herkimer	496,57	993,14	844,17	1415,23	217,67
Jefferson	481,04	962,08	817,77	1370,97	216,83
Kings	456,46	912,91	775,97	1300,90	188,06
Lewis	481,04	962,08	817,77	1370,97	216,83
Livingston	390,79	781,58	664,34	1113,76	170,64
Madison	481,04	962,08	817,77	1370,97	216,83
Monroe	390,79	781,58	664,34	1113,76	170,64
Montgomery	454,53	909,07	772,71	1295,42	199,24
Nassau	453,37	906,77	770,75	1292,15	186,80
New York	456,46	912,91	775,97	1300,90	188,06
Niagara	396,98	793,96	674,86	1131,40	180,22

* Le montant de la cotisation mensuelle par enfant correspond à la somme due par enfant pour les enfants qui n'ont pas encore atteint l'âge de 21 ans. Si la couverture familiale ne compte qu'un seul enfant, appliquez le montant de cotisation mensuelle indiqué. Si la couverture familiale compte deux enfants, multipliez par deux le montant de la cotisation mensuelle par enfant.

(suite)

COMTÉ	Parent isolé	Couple	Parent isolé + enfant(s)	Couple + enfant(s)	Un seul enfant*
Oneida	481,04	962,08	817,77	1370,97	216,83
Onondaga	513,26	1026,52	872,54	1462,78	231,36
Ontario	390,79	781,58	664,34	1113,76	170,64
Orange	470,66	941,33	800,13	1341,39	204,74
Orleans	408,10	816,20	693,77	1163,08	180,22
Oswego	481,04	962,08	817,77	1370,97	216,83
Otsego	496,57	993,14	844,17	1415,23	217,67
Putnam	553,26	1106,52	940,55	1576,79	227,94
Queens	456,46	912,91	775,97	1300,90	188,06
Rensselaer	440,32	880,63	748,54	1254,90	198,47
Richmond	456,46	912,91	775,97	1300,90	188,06
Rockland	461,49	922,98	784,54	1315,25	190,13
St. Lawrence	481,04	962,08	817,77	1370,97	216,83
Saratoga	440,32	880,63	748,54	1254,90	198,47
Schenectady	440,32	880,63	748,54	1254,90	198,47
Schoharie	454,53	909,07	772,71	1295,42	199,24
Schuyler	562,52	1125,03	956,27	1603,17	262,53
Seneca	390,79	781,58	664,34	1113,76	170,64
Steuben	513,26	1026,52	872,54	1462,78	231,36
Suffolk	453,37	906,77	770,75	1292,15	186,80
Sullivan	553,26	1106,52	940,55	1576,79	227,94
Tioga	513,26	1026,52	872,54	1462,78	231,36
Tompkins	529,83	1059,65	900,71	1510,01	232,25
Ulster	566,06	1132,13	962,30	1613,28	255,15
Warren	440,32	880,63	748,54	1254,90	198,47
Washington	440,32	880,63	748,54	1254,90	198,47
Wayne	390,79	781,58	664,34	1113,76	170,64
Westchester	461,49	922,98	784,54	1315,25	190,13
Wyoming	408,10	816,20	693,77	1163,08	180,22
Yates	390,79	781,58	664,34	1113,76	170,64

* Le montant de la cotisation mensuelle par enfant correspond à la somme due par enfant pour les enfants qui n'ont pas encore atteint l'âge de 21 ans. Si la couverture familiale ne compte qu'un seul enfant, appliquez le montant de cotisation mensuelle indiqué. Si la couverture familiale compte deux enfants, multipliez par deux le montant de la cotisation mensuelle par enfant.

Tableau II : Cotisations mensuelles 2017 correspondant au deuxième régime Argent le moins cher (Second Lowest Cost Silver Plan, SLCSP), par type de couverture familiale (familles avec des enfants à charge âgés de 26 à 29 ans)

*UTILISEZ CE TABLEAU SI VOUS AVEZ DES ENFANTS ÂGÉS DE 26 À 29 ANS SUR VOTRE POLICE D'ASSURANCE

COMTÉ	Parent isolé + enfant(s)	Couple + enfant(s)	COMTÉ	Parent isolé + enfant(s)	Couple + enfant(s)
Albany	775,09	1299,40	Niagara	682,84	1144,76
Allegany	713,85	1196,74	Oneida	825,95	1384,68
Bronx	808,07	1354,70	Onondaga	881,27	1477,41
Broome	881,27	1477,41	Ontario	670,98	1124,90
Cattaraugus	713,85	1196,74	Orange	865,84	1451,55
Cayuga	881,27	1477,41	Orleans	700,71	1174,71
Chautauqua	713,85	1196,74	Oswego	825,95	1384,68
Chemung	974,45	1633,64	Otsego	852,60	1429,38
Chenango	825,95	1384,68	Putnam	968,76	1624,11
Clinton	852,60	1429,38	Queens	808,07	1354,70
Columbia	775,09	1299,40	Rensselaer	775,09	1299,40
Cortland	881,27	1477,41	Richmond	808,07	1354,70
Delaware	904,51	1516,37	Rockland	814,77	1365,93
Dutchess	968,76	1624,11	St. Lawrence	825,95	1384,68
Erie	682,84	1144,76	Saratoga	775,09	1299,40
Essex	825,95	1384,68	Schenectady	775,09	1299,40
Franklin	825,95	1384,68	Schoharie	780,44	1308,38
Fulton	775,09	1299,40	Schuyler	974,45	1633,64
Genesee	700,71	1174,71	Seneca	670,98	1124,90
Greene	775,09	1299,40	Steuben	881,27	1477,41
Hamilton	825,95	1384,68	Suffolk	796,30	1334,96
Herkimer	852,60	1429,38	Sullivan	968,76	1624,11
Jefferson	825,95	1384,68	Tioga	881,27	1477,41
Kings	808,07	1354,70	Tompkins	909,72	1525,11
Lewis	825,95	1384,68	Ulster	971,92	1629,41
Livingston	670,98	1124,90	Warren	775,09	1299,40
Madison	825,95	1384,68	Washington	775,09	1299,40
Monroe	670,98	1124,90	Wayne	670,98	1124,90
Montgomery	780,44	1308,38	Westchester	814,77	1365,93
Nassau	796,30	1334,96	Wyoming	700,71	1174,71
New York	808,07	1354,70	Yates	670,98	1124,90

NOTRE POLITIQUE CONTRE LA DISCRIMINATION

Le NY State of Health est en conformité aux lois fédérales en vigueur en matière de droits civiques et n'applique aucune discrimination sur la base des origines, de la couleur, de la nationalité, du sexe, de l'âge ou du handicap dans ses programmes et activités de santé.

Le NY State of Health est également en conformité aux lois d'État applicables, et ne pratique aucune discrimination pour des raisons de race, couleur, nationalité, croyance/religion, âge, sexe, situation matrimoniale/familiale, handicap, arrestations, condamnations, identité sexuelle, orientation sexuelle, facteurs génétiques prédisposants, statut militaire, statut de victime de violence conjugale et/ou représailles.

Le NY State of Health :

Fournit gratuitement des aides et des services aux personnes handicapées pour leur permettre de communiquer efficacement avec nous, par exemple :

- le service TTY via le Service de relais de New York
- des informations écrites dans d'autres formats, comme les gros caractères, les documents audio, les formats électroniques accessibles et d'autres formats.

Offre des services d'aide linguistique gratuits aux personnes dont la langue maternelle n'est pas l'anglais, par exemple :

- des interprètes qualifiés
- des informations écrites dans d'autres langues

Si vous avez besoin de ces services ou souhaitez recevoir de plus amples renseignements, contactez le 1 855 355 5777 (TTY 1 800 662 1220).

Si vous pensez que vous êtes victime de discrimination de la part du NY State of Health, vous pouvez déposer une plainte sur le site http://www.health.ny.gov/regulations/discrimination_complaints/ ou en appelant le 518 473 1703 ou 518 473 7883.

Vous pouvez également déposer une plainte pour discrimination de droits civiques auprès du bureau des droits civiques (Office for Civil Rights) du Département de la Santé et des Services sociaux américains (U.S. Department of Health and Human Services, HHS) par voie électronique à l'adresse suivante : <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, ou par courrier postal à l'adresse U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201 ; ou appelez le 800 368 1019 (TTY 800 537 7697). Les formulaires pour déposer une plainte sont disponibles sur le site hhs.gov/ocr/office/file/index.html.