



NOUS VOUS ENVOYONS UN DOCUMENT FISCAL IMPORTANT

Vous ou un membre de votre famille étiez affilié à l'assurance-maladie mais n'avez pas obtenu d'aide pour payer une partie ou la totalité de 2018 et vous pourriez avoir besoin de ce formulaire pour votre déclaration de revenus fédérale

Vous ou un membre de la famille a obtenu une assurance maladie auprès de NY State of Health en 2018 mais n'a reçu aucune aide pour payer la totalité ou une partie de celle-ci en 2018. Selon votre revenu, vous pourriez encore avoir droit à une aide financière à au moment de la déclaration d'impôt. L'aide viendra sous la forme d'un crédit d'impôt (aussi appelé la prime de crédit d'impôts ou PTC) qui pourrait augmenter votre remboursement ou diminuer le montant des impôts fédéraux sur le revenu que vous devrez payer pour vos revenus 2018.

Lorsque vous remplissez votre déclaration d'impôt sur le revenu fédérale, utilisez le formulaire IRS 8962 pour déterminer si vous pouvez obtenir cette aide. Si le formulaire IRS 8962 vous indique que votre revenu est plus que 400% du seuil de pauvreté fédérale (FPL), vous n'êtes pas admissible pour l'aide. Vous pouvez obtenir le formulaire 8962 sur www.irs.gov.

VOICI COMMENT OBTENIR DE L'AIDE.	Si votre revenu est égal ou en dessous de 400 % du seuil de pauvreté fédéral, voici comment obtenir de l'aide. Lorsque vous remplissez votre déclaration de revenus fédérale, remplissez le formulaire de l'IRS 8962 en utilisant le formulaire ci-joint 1095-A et le tableau des primes. Le Formulaire IRS 8962 vous informera de la hauteur de l'aide à laquelle vous avez droit.
---	--

IL EST IMPORTANT POUR VOUS DE SAVOIR...

POURQUOI VOUS POURRIEZ RECEVOIR D'AUTRES FORMULAIRES	Vous recevrez un formulaire 1095-A pour chaque plan de santé Bronze, Argent, Or ou Platine auquel vous ou un membre de votre famille a souscrit en 2018. Vous recevrez plus d'un formulaire 1095-A s'il y a eu des changements à votre couverture NY State of Health en 2018. Le formulaire 1095-A n'est pas envoyé pour les plans onéreux, ou pour Medicaid, Child Health Plus, ou le plan Essentiel parce que ces plans ne donnent pas droit à des crédits d'impôt. Outre le formulaire 1095-A, il est possible que vous receviez d'autres formulaires fiscaux importants. Ces sont les Formulaires 1095-B et 1095-C. Si vous ou un membre de votre famille étiez affilié à Medicaid, Child Health Plus ou au plan Essentiel de New York à un moment donné en 2018, vous recevrez le formulaire 1095-B de l'État de New York. Si vous étiez affilié à d'autres types d'assurance - comme un plan onéreux, Medicare A ou C, TRICARE, des prestations du Department of Veterans Affairs (ministère des Anciens Combattants) ou certains régimes d'assurance-maladie offerts par votre employeur - vous recevrez le formulaire 1095-B ou 1095-C d'autres sources. Le NY State of Health ne fournit que le formulaire 1095-A et non le formulaire 1095-B ou le formulaire 1095-C.
---	--

**COMMENT
OBTENIR DES
RÉPONSES
À VOS
QUESTIONS**

Si vous pensez que nous avons fait une erreur sur votre formulaire 1095-A, appelez le NY State of Health **dès que possible au 1-855-766-7860**, afin que nous puissions corriger votre dossier.

Si vous avez des questions à propos du Formulaire 1095-A, le crédit d'impôt ou le tableau des primes ci-joint, **visitez <http://info.nystateofhealth.ny.gov/TaxCredits>, Appeler le NY State of Health au 1-855-766-7860, ou appelez le Service d'assistance téléphonique pour les défenseurs de la santé communautaire au 1-888-614-5400.**

Si vous avez une question sur les formulaires fiscaux 1095-B ou 1095-C que vous avez peut-être reçus, appelez le numéro inscrit sur ces formulaires.

Si vous avez des questions sur le formulaire 8962 ou d'autres questions relatives à l'impôt, visitez **www.irs.gov**.

COMMENT UTILISER LE TABLEAU CI-JOINT AFIN DE TROUVER LE MONTANT DE LA PRIME DU DEUXIÈME PLAN MENSUEL ARGENT LE MOINS CHER (SLCSP) POUR LE FORMULAIRE 8962

Étape 1.

Trouvez le comté dans lequel vous avez vécu durant chaque mois de 2018.

Étape 2.

Trouvez la rubrique de la colonne (en face) qui décrit le mieux votre famille de couverture. La liste ci-dessous vous aidera à trouver la bonne rubrique. Votre famille de couverture comprend toutes les personnes de votre ménage fiscal qui étaient affiliées à un plan de santé certifié par NY State of Health et exclut toute personne qui était admissible à d'autres protections telles que : Medicaid, Child Health Plus, le plan Essentiel, Medicare Parties A ou C, TRICARE, de prestations du Department of Veterans Affairs (ministère des Anciens Combattants) et de la plupart des régimes d'assurance maladie offerts par les employeurs.

Étape 3.

Sélectionnez le montant en dollars dans la colonne en face de votre comté. Ce montant correspond à la prime mensuelle du deuxième plan Argent le moins cher (SLCSP) qui s'applique à votre comté et à votre famille de couverture pour ce mois-là.

Si vous avez déménagé d'un comté à un autre en 2018, vous devez choisir la prime mensuelle pour chaque mois où vous avez vécu dans chaque comté. Et si votre famille de couverture a changé en 2018, vous devez choisir la prime appropriée pour chaque mois. Pour en savoir plus sur la façon de remplir ce formulaire, lisez la publication 974 de l'IRS et les instructions relatives au formulaire 8962 de l'IRS.

VOTRE COUVERTURE FAMILIALE INCLUT...

UTILISER LA COLONNE...

VOUS. Vous êtes la seule personne dans votre famille de couverture.

INDIVIDUEL

VOUS plus VOTRE CONJOINT. Vous et votre conjoint êtes dans la même famille de couverture.

COUPLE

VOUS et votre CONJOINT. Vous et votre conjoint êtes affiliés au même plan **mais l'un de vous avait accès à une autre couverture essentielle minimale, par exemple une assurance avec votre employeur.**

INDIVIDUEL

VOUS plus votre PARTENAIRE DOMESTIQUE*. Vous et votre partenaire domestique êtes affiliés dans **le même** plan mais dans des familles de couvertures différentes.

INDIVIDUEL

VOUS plus ENFANT(S). Vous et votre/vos enfant(s) êtes affiliés au même plan.

INDIVIDUEL + ENFANT(S)

VOUS plus un ou des ENFANT(S). Vous et un enfant êtes affiliés au même plan **mais votre enfant avait accès à une autre couverture minimale essentielle.**

INDIVIDUEL

VOUS, VOTRE CONJOINT plus ENFANT(S).** Vous, votre conjoint et votre/vos enfant(s) sont affiliés au même plan.

COUPLE + ENFANTS

UN ENFANT Seulement. Votre enfant n'a pas encore 21 ans et est affilié à son propre plan.

ENFANT SEULEMENT

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

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

Cotisations mensuelles 2018 du deuxième plan Argent le moins coûteux (SLCSP), selon le type de famille de couverture

Type de couverture :	Individuel	Couple	Enfants à charge de moins de 26 ans		Enfants à charge de 26 à 29 ans		Enfant seulement *Moins de 21 ans
Comté			Individuel + Enfant(s)	Couple + Enfant(s)	Individuel + Enfant(s)	Couple + Enfant(s)	
Albany	\$522.62	\$1,045.24	\$888.45	\$1,489.46	\$897.34	\$1,504.36	\$227.69
Allegany	\$520.91	\$1,041.82	\$885.55	\$1,484.59	\$899.89	\$1,508.63	\$229.65
Bronx	\$509.30	\$1,018.60	\$865.81	\$1,451.51	\$892.63	\$1,496.47	\$210.10
Broome	\$599.92	\$1,199.84	\$1,019.86	\$1,709.76	\$1,039.23	\$1,742.25	\$254.61
Cattaraugus	\$520.91	\$1,041.82	\$885.55	\$1,484.59	\$899.89	\$1,508.63	\$229.65
Cayuga	\$599.92	\$1,199.84	\$1,019.86	\$1,709.76	\$1,039.23	\$1,742.25	\$265.36
Chautauqua	\$520.91	\$1,041.82	\$885.55	\$1,484.59	\$899.89	\$1,508.63	\$229.65
Chemung	\$599.92	\$1,199.84	\$1,019.86	\$1,709.76	\$1,039.23	\$1,742.25	\$270.40
Chenango	\$570.71	\$1,141.43	\$970.21	\$1,626.53	\$979.91	\$1,642.80	\$248.65
Clinton	\$575.29	\$1,150.58	\$978.00	\$1,639.59	\$987.78	\$1,655.98	\$254.29
Columbia	\$522.62	\$1,045.24	\$888.45	\$1,489.46	\$897.34	\$1,504.36	\$227.69
Cortland	\$599.92	\$1,199.84	\$1,019.86	\$1,709.76	\$1,039.23	\$1,742.25	\$265.36
Delaware	\$539.48	\$1,078.96	\$917.11	\$1,537.52	\$952.11	\$1,596.19	\$254.72
Dutchess	\$618.25	\$1,236.50	\$1,051.02	\$1,762.01	\$1,082.56	\$1,814.89	\$254.72
Erie	\$520.91	\$1,041.82	\$885.55	\$1,484.59	\$899.89	\$1,508.63	\$229.65
Essex	\$570.71	\$1,141.43	\$970.21	\$1,626.53	\$979.91	\$1,642.80	\$248.65
Franklin	\$570.71	\$1,141.43	\$970.21	\$1,626.53	\$979.91	\$1,642.80	\$248.65
Fulton	\$522.62	\$1,045.24	\$888.45	\$1,489.46	\$897.34	\$1,504.36	\$227.69
Genesee	\$484.24	\$968.48	\$823.21	\$1,380.09	\$831.44	\$1,393.89	\$210.97
Greene	\$522.62	\$1,045.24	\$888.45	\$1,489.46	\$897.34	\$1,504.36	\$227.69
Hamilton	\$570.71	\$1,141.43	\$970.21	\$1,626.53	\$979.91	\$1,642.80	\$248.65
Herkimer	\$570.71	\$1,141.43	\$970.21	\$1,626.53	\$979.91	\$1,642.80	\$254.29
Jefferson	\$570.71	\$1,141.43	\$970.21	\$1,626.53	\$979.91	\$1,642.80	\$248.65
Kings	\$509.30	\$1,018.60	\$865.81	\$1,451.51	\$892.63	\$1,496.47	\$210.10
Lewis	\$570.71	\$1,141.43	\$970.21	\$1,626.53	\$979.91	\$1,642.80	\$248.65
Livingston	\$449.12	\$898.23	\$763.49	\$1,279.98	\$774.68	\$1,298.73	\$195.66
Madison	\$570.71	\$1,141.43	\$970.21	\$1,626.53	\$979.91	\$1,642.80	\$248.65
Monroe	\$449.12	\$898.23	\$763.49	\$1,279.98	\$774.68	\$1,298.73	\$195.66
Montgomery	\$526.81	\$1,053.61	\$895.57	\$1,501.40	\$904.53	\$1,516.42	\$232.87
Nassau	\$536.95	\$1,073.89	\$912.81	\$1,530.29	\$917.03	\$1,537.37	\$229.37

Type de couverture :	Individuel	Couple	Enfants à charge de moins de 26 ans		Enfants à charge de 26 à 29 ans		Enfant seulement * Moins de 21 ans
Comté			Individuel + Enfant(s)	Couple + Enfant(s)	Individuel + Enfant(s)	Couple + Enfant(s)	
New York	\$509.30	\$1,018.60	\$865.81	\$1,451.51	\$892.63	\$1,496.47	\$210.10
Niagara	\$520.91	\$1,041.82	\$885.55	\$1,484.59	\$899.89	\$1,508.63	\$229.65
Oneida	\$539.48	\$1,078.96	\$917.11	\$1,537.52	\$934.54	\$1,566.72	\$248.65
Onondaga	\$576.12	\$1,152.23	\$979.40	\$1,641.93	\$998.01	\$1,673.14	\$265.36
Ontario	\$449.12	\$898.23	\$763.49	\$1,279.98	\$774.68	\$1,298.73	\$195.66
Orange	\$618.25	\$1,236.50	\$1,051.02	\$1,762.01	\$1,082.56	\$1,814.89	\$254.72
Orleans	\$484.24	\$968.48	\$823.21	\$1,380.09	\$831.44	\$1,393.89	\$210.97
Oswego	\$570.71	\$1,141.43	\$970.21	\$1,626.53	\$979.91	\$1,642.80	\$248.65
Otsego	\$570.71	\$1,141.43	\$970.21	\$1,626.53	\$979.91	\$1,642.80	\$254.29
Putnam	\$618.25	\$1,236.50	\$1,051.02	\$1,762.01	\$1,082.56	\$1,814.89	\$254.72
Queens	\$509.30	\$1,018.60	\$865.81	\$1,451.51	\$892.63	\$1,496.47	\$210.10
Rensselaer	\$522.62	\$1,045.24	\$888.45	\$1,489.46	\$897.34	\$1,504.36	\$227.69
Richmond	\$509.30	\$1,018.60	\$865.81	\$1,451.51	\$892.63	\$1,496.47	\$210.10
Rockland	\$515.72	\$1,031.43	\$876.72	\$1,469.79	\$910.24	\$1,525.99	\$212.47
Saratoga	\$522.62	\$1,045.24	\$888.45	\$1,489.46	\$897.34	\$1,504.36	\$227.69
Schenectady	\$522.62	\$1,045.24	\$888.45	\$1,489.46	\$897.34	\$1,504.36	\$227.69
Schoharie	\$526.81	\$1,053.61	\$895.57	\$1,501.40	\$904.53	\$1,516.42	\$232.87
Schuyler	\$599.92	\$1,199.84	\$1,019.86	\$1,709.76	\$1,039.23	\$1,742.25	\$270.40
Seneca	\$449.12	\$898.23	\$763.49	\$1,279.98	\$774.68	\$1,298.73	\$195.66
St Lawrence	\$570.71	\$1,141.43	\$970.21	\$1,626.53	\$979.91	\$1,642.80	\$248.65
Steuben	\$599.92	\$1,199.84	\$1,019.86	\$1,709.76	\$1,039.23	\$1,742.25	\$265.36
Suffolk	\$536.95	\$1,073.89	\$912.81	\$1,530.29	\$917.03	\$1,537.37	\$229.37
Sullivan	\$618.25	\$1,236.50	\$1,051.02	\$1,762.01	\$1,082.56	\$1,814.89	\$254.72
Tioga	\$599.92	\$1,199.84	\$1,019.86	\$1,709.76	\$1,039.23	\$1,742.25	\$265.36
Tompkins	\$609.09	\$1,218.18	\$1,035.46	\$1,735.91	\$1,045.82	\$1,753.26	\$270.40
Ulster	\$618.25	\$1,236.50	\$1,051.02	\$1,762.01	\$1,082.56	\$1,814.89	\$254.72
Warren	\$522.62	\$1,045.24	\$888.45	\$1,489.46	\$897.34	\$1,504.36	\$227.69
Washington	\$522.62	\$1,045.24	\$888.45	\$1,489.46	\$897.34	\$1,504.36	\$227.69
Wayne	\$449.12	\$898.23	\$763.49	\$1,279.98	\$774.68	\$1,298.73	\$195.66
Westchester	\$515.72	\$1,031.43	\$876.72	\$1,469.79	\$910.24	\$1,525.99	\$212.47
Wyoming	\$484.24	\$968.48	\$823.21	\$1,380.09	\$831.44	\$1,393.89	\$210.97
Yates	\$449.12	\$898.23	\$763.49	\$1,279.98	\$774.68	\$1,298.73	\$195.66

Le montant de la prime mensuelle pour enfant seulement correspond au coût par enfant, jusqu'à trois enfants, pour les enfants qui n'ont pas encore 21 ans. Si un seul enfant fait partie du ménage couvert, utilisez le montant de la prime mensuelle indiqué. Si seulement deux enfants font partie du ménage assuré, multipliez par deux le montant de la prime mensuelle pour enfants seulement. Si il y a trois enfants ou plus dans le ménage assuré, multipliez le montant de la prime mensuelle pour enfants seulement par trois.

AVIS DE POLITIQUE DE NON-DISCRIMINATION

Le NY State of Health se conforme aux lois fédérales applicables en matière de droits civiques et n'exerce aucune discrimination fondée sur la race, la couleur, l'origine nationale, le sexe, l'âge ou le handicap dans ses programmes et activités de santé.

Le NY State of Health se conforme également aux lois applicables de l'État et ne fait pas de discrimination fondée sur la race, la couleur, le pays d'origine, la croyance/religion, le sexe, l'état civil, le handicap, le casier judiciaire, les antécédents pénaux, l'identité de genre, l'orientation sexuelle, les prédispositions génétiques, la situation militaire, le statut de victime de violences conjugales et/ou les représailles.

NY State of Health :

Fournit des aides et des services gratuits aux personnes handicapées pour communiquer efficacement avec nous, tels que :

- ATS par l'intermédiaire du service de relais de NY
- Renseignements écrits dans d'autres formats tels que les gros caractères, les documents audio, les documents électroniques accessibles et d'autres formats.

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

- Interprètes qualifiés
- Informations écrites dans d'autres langues

Si vous avez besoin de ces services ou pour de plus amples renseignements, composez le 1-855-355-5777 (ATS 1-800-662-1220).

Si vous pensez que le NY State of Health a fait preuve de discrimination, vous pouvez déposer une plainte en vous rendant au : http://www.health.ny.gov/regulations/discrimination_complaints/ ou en composant le 518-473-1703 ou le 518-473-7883.

Vous pouvez également déposer une plainte en matière de droits civiques auprès du U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights (Ministère de la santé et des services sociaux des États-Unis, Bureau des droits civiques), par voie électronique à l'adresse <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, par courrier à l'adresse suivante : U.S. Department of Health and Human Services (Ministère de la Santé et des Services sociaux), 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201; ou par téléphone au 800-368-1019 (ATS 800-537-7697). Les formulaires de plainte sont disponibles à l'adresse hhs.gov/ocr/office/file/index.html.