



VOUS TROUVEREZ EN ANNEXE UN DOCUMENT FISCAL IMPORTANT.

Vous ou un membre de votre famille avez souscrit une assurance maladie mais n'avez pas bénéficié d'aide pour le paiement des cotisations tout ou partie de l'année 2019 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 par le biais du NY State of Health en 2019, mais n'avez pas reçu d'aide pour le paiement des cotisations pour tout ou partie de l'année 2019. En fonction de vos revenus, il est possible que vous puissiez bénéficier d'une aide financière 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, PTC) susceptible d'augmenter le montant de votre remboursement ou de diminuer le montant de vos impôts dus au titre de l'impôt fédéral de 2019.

Lors de votre déclaration fédérale de revenus, remplissez 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 (FPL), vous n'êtes pas admissible au versement d'une aide. Le formulaire 8962 est accessible sur le site www.irs.gov.

POUR OBTENIR DE L'AIDE Si vos revenus sont égaux ou 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 le tableau des cotisations ci-joints. Le formulaire IRS 8962 vous indique le montant de l'aide dont vous pouvez bénéficier.

VOUS DEVEZ SAVOIR...

POURQUOI VOUS POUVEZ RECEVOIR D'AUTRES FORMULAIRES

Vous recevrez un formulaire 1095-A pour chaque contrat d'assurance maladie Bronze, Argent, Or ou Platine auquel vous ou un membre de votre famille aurez souscrit en 2019. Vous recevrez plusieurs formulaires 1095-A si des changements sont intervenus au niveau de votre couverture par le biais du NY State of Health en 2019. Le formulaire 1095-A n'est pas envoyé pour les régimes de catastrophe ou les régimes Medicaid, Child Health Plus ou l'Essential Plan, car ces régimes n'ouvrent pas droit à un crédit d'impôt.

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 l'Essential Plan à New York en 2019, 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 Department of Veterans Affairs 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 **dès que possible** le NY State of Health 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 en annexe, **consultez le site <http://info.nystateofhealth.ny.gov/TaxCredits>**, appelez le NY State of Health au **1 855 766 7860**, ou l'assistance téléphonique des Community Health Advocates 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.

Trouvez le comté où vous avez résidé chaque mois en 2019.

Étape 2.

Trouvez 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 de soins qualifié du NY State of Health et exclut toute personne ayant droit à une autre couverture, telle que : Medicaid, Child Health Plus, l'Essential Plan, Medicare Parts A ou C, TRICARE, les allocations du Department of Veterans Affairs et la plupart des couvertures financées en partie par les employeurs.

Étape 3.

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 pour le mois concerné.

Si vous avez changé de comté de résidence au cours de 2019, vous devez retenir la cotisation mensuelle pour le nombre de mois de résidence dans chaque comté. Si votre couverture familiale a changé en 2019, retenez la cotisation appropriée pour chaque mois concerné. 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.

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 a bénéficié d'une autre couverture essentielle minimale, par exemple une assurance maladie par le biais de votre employeur.**

PARENT ISOLÉ

VOUS et votre CONJOINT(E)*. Vous et votre conjoint(e) avez souscrit au **même** régime, mais vous avez une couverture familiale différente.

PARENT ISOLÉ

VOUS et VOTRE ou VOS ENFANTS. Vous et votre ou vos enfants avez souscrit au même régime.

PARENT ISOLÉ + ENFANTS

VOUS et un ENFANT ou des ENFANTS. 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 ou VOS ENFANTS. Vous, votre époux(se) et votre ou vos enfants 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 conjoint(e) fait partie de votre foyer fiscal, vous pouvez utiliser la colonne « COUPLE » au lieu de « PARENT ISOLÉ ».

*Si votre conjoint(e) fait partie de votre foyer fiscal, vous pouvez aussi utiliser la colonne « COUPLE+ENFANTS » dans ce cas de figure.

Cotisations mensuelles 2019 correspondant au deuxième régime Argent le moins cher (Second Lowest Cost Silver Plan, SLCSF), par type de couverture familiale

Type de couverture :	Parent isolé	Couple	Enfants à charge de moins de 26 ans		Enfants à charge de 26 à 29 ans		Enfant seulement * de moins de 21 ans
			Parent isolé + enfants	Couple + enfants	Parent isolé + enfants	Couple + enfants	
Comté							
Albany	\$546.26	\$1,092.53	\$939.58	\$1,568.12	\$947.35	\$1,581.16	\$240.19
Allegany	\$523.46	\$1,046.91	\$906.04	\$1,512.04	\$922.10	\$1,538.98	\$238.88
Bronx	\$575.18	\$1,150.36	\$977.81	\$1,639.27	\$1,004.82	\$1,684.56	\$236.97
Broome	\$632.53	\$1,265.07	\$1,091.17	\$1,822.55	\$1,101.77	\$1,840.32	\$283.98
Cattaraugus	\$523.46	\$1,046.91	\$906.04	\$1,512.04	\$922.10	\$1,538.98	\$238.88
Cayuga	\$632.53	\$1,265.07	\$1,091.17	\$1,822.55	\$1,101.77	\$1,840.32	\$288.98
Chautauqua	\$523.46	\$1,046.91	\$906.04	\$1,512.04	\$922.10	\$1,538.98	\$238.88
Chemung	\$636.38	\$1,272.77	\$1,097.71	\$1,833.52	\$1,117.97	\$1,867.49	\$301.30
Chenango	\$627.15	\$1,254.31	\$1,086.21	\$1,805.36	\$1,096.64	\$1,822.84	\$285.21
Clinton	\$622.15	\$1,244.30	\$1,072.80	\$1,792.06	\$1,083.23	\$1,809.54	\$285.21
Columbia	\$546.26	\$1,092.53	\$939.58	\$1,568.12	\$947.35	\$1,581.16	\$240.19
Cortland	\$632.53	\$1,265.07	\$1,091.17	\$1,822.55	\$1,101.77	\$1,840.32	\$288.98
Delaware	\$625.37	\$1,250.73	\$1,063.12	\$1,782.29	\$1,116.28	\$1,871.41	\$284.10
Dutchess	\$689.57	\$1,379.15	\$1,172.28	\$1,965.29	\$1,207.45	\$2,024.25	\$284.10
Erie	\$503.59	\$1,007.17	\$872.25	\$1,455.41	\$874.04	\$1,458.41	\$238.88
Essex	\$550.90	\$1,101.80	\$956.57	\$1,588.03	\$958.50	\$1,591.28	\$246.09
Franklin	\$627.15	\$1,254.31	\$1,086.21	\$1,805.36	\$1,096.64	\$1,822.84	\$285.21
Fulton	\$547.78	\$1,095.57	\$951.74	\$1,579.57	\$959.51	\$1,592.61	\$246.09
Genesee	\$505.08	\$1,010.15	\$874.78	\$1,459.65	\$883.21	\$1,473.78	\$232.80
Greene	\$547.78	\$1,095.57	\$951.74	\$1,579.57	\$959.51	\$1,592.61	\$245.19
Hamilton	\$627.15	\$1,254.31	\$1,086.21	\$1,805.36	\$1,096.64	\$1,822.84	\$285.21
Herkimer	\$627.15	\$1,254.31	\$1,086.21	\$1,805.36	\$1,096.64	\$1,822.84	\$301.52
Jefferson	\$622.15	\$1,244.30	\$1,072.80	\$1,792.06	\$1,083.23	\$1,809.54	\$285.21
Kings	\$575.18	\$1,150.36	\$977.81	\$1,639.27	\$1,004.82	\$1,684.56	\$236.97
Lewis	\$624.75	\$1,249.51	\$1,082.13	\$1,798.53	\$1,096.64	\$1,822.84	\$285.21
Livingston	\$482.19	\$964.38	\$839.64	\$1,392.08	\$847.59	\$1,405.43	\$217.39
Madison	\$627.15	\$1,254.31	\$1,086.21	\$1,805.36	\$1,096.64	\$1,822.84	\$285.21
Monroe	\$477.66	\$955.32	\$828.24	\$1,381.59	\$836.19	\$1,394.94	\$217.39

Type de couverture :	Parent isolé	Couple	Enfants à charge de moins de 26 ans		Enfants à charge de 26 à 29 ans		Enfant seulement * de moins de 21 ans
			Parent isolé + enfants	Couple + enfants	Parent isolé + enfants	Couple + enfants	
Comté							
Montgomery	\$546.39	\$1,092.77	\$945.42	\$1,577.91	\$947.35	\$1,581.16	\$258.66
Nassau	\$587.69	\$1,175.39	\$999.08	\$1,674.94	\$1,004.82	\$1,684.56	\$249.33
New York	\$575.18	\$1,150.36	\$977.81	\$1,639.27	\$1,004.82	\$1,684.56	\$236.97
Niagara	\$503.59	\$1,007.17	\$872.25	\$1,455.41	\$874.04	\$1,458.41	\$238.88
Oneida	\$573.23	\$1,146.45	\$989.62	\$1,652.62	\$1,003.95	\$1,676.62	\$285.21
Onondaga	\$611.32	\$1,222.64	\$1,055.11	\$1,762.09	\$1,074.57	\$1,794.71	\$289.68
Ontario	\$477.66	\$955.32	\$828.24	\$1,381.59	\$836.19	\$1,394.94	\$217.39
Orange	\$689.57	\$1,379.15	\$1,172.28	\$1,965.29	\$1,207.45	\$2,024.25	\$284.10
Orleans	\$508.98	\$1,017.96	\$884.45	\$1,467.78	\$892.88	\$1,481.91	\$244.07
Oswego	\$622.15	\$1,244.30	\$1,072.80	\$1,792.06	\$1,083.23	\$1,809.54	\$284.51
Otsego	\$627.15	\$1,254.31	\$1,086.21	\$1,805.36	\$1,096.64	\$1,822.84	\$285.21
Putnam	\$689.57	\$1,379.15	\$1,172.28	\$1,965.29	\$1,207.45	\$2,024.25	\$284.10
Queens	\$575.18	\$1,150.36	\$977.81	\$1,639.27	\$1,004.82	\$1,684.56	\$236.97
Rensselaer	\$546.26	\$1,092.53	\$939.58	\$1,568.12	\$947.35	\$1,581.16	\$235.44
Richmond	\$575.18	\$1,150.36	\$977.81	\$1,639.27	\$1,004.82	\$1,684.56	\$236.97
Rockland	\$587.69	\$1,175.39	\$999.08	\$1,674.94	\$1,007.13	\$1,688.44	\$246.32
Saratoga	\$546.26	\$1,092.53	\$939.58	\$1,568.12	\$947.35	\$1,581.16	\$240.19
Schenectady	\$546.26	\$1,092.53	\$939.58	\$1,568.12	\$947.35	\$1,581.16	\$240.19
Schoharie	\$557.15	\$1,114.31	\$967.67	\$1,606.27	\$976.90	\$1,621.75	\$268.51
Schuyler	\$641.21	\$1,282.43	\$1,110.22	\$1,845.53	\$1,130.48	\$1,879.50	\$301.30
Seneca	\$482.19	\$964.38	\$839.64	\$1,392.08	\$847.59	\$1,405.43	\$217.39
St Lawrence	\$627.15	\$1,254.31	\$1,086.21	\$1,805.36	\$1,096.64	\$1,822.84	\$285.21
Steuben	\$637.36	\$1,274.73	\$1,103.68	\$1,834.56	\$1,114.28	\$1,852.33	\$289.68
Suffolk	\$587.69	\$1,175.39	\$999.08	\$1,674.94	\$1,004.82	\$1,684.56	\$249.33
Sullivan	\$689.57	\$1,379.15	\$1,172.28	\$1,965.29	\$1,207.45	\$2,024.25	\$284.10
Tioga	\$637.36	\$1,274.73	\$1,103.68	\$1,834.56	\$1,114.28	\$1,852.33	\$289.68
Tompkins	\$636.38	\$1,272.77	\$1,097.71	\$1,833.52	\$1,117.97	\$1,867.49	\$300.60
Ulster	\$689.57	\$1,379.15	\$1,172.28	\$1,965.29	\$1,207.45	\$2,024.25	\$284.10
Warren	\$546.26	\$1,092.53	\$939.58	\$1,568.12	\$947.35	\$1,581.16	\$240.19
Washington	\$547.78	\$1,095.57	\$951.74	\$1,579.57	\$959.51	\$1,592.61	\$245.69
Wayne	\$482.19	\$964.38	\$839.64	\$1,392.08	\$847.59	\$1,405.43	\$228.14
Westchester	\$587.69	\$1,175.39	\$999.08	\$1,674.94	\$1,007.13	\$1,688.44	\$246.32
Wyoming	\$508.98	\$1,017.96	\$884.45	\$1,467.78	\$892.88	\$1,481.91	\$244.07
Yates	\$482.19	\$964.38	\$839.64	\$1,392.08	\$847.59	\$1,405.43	\$217.39

* Le montant de la cotisation mensuelle pour enfant seulement correspond à la somme due par enfant (jusqu'à trois enfants, 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. Si la couverture familiale compte trois enfants ou plus, multipliez par trois le montant de la cotisation mensuelle par enfant.

NOTRE POLITIQUE CONTRE LA DISCRIMINATION

Le NY State of Health est en conformité avec les lois étatiques et les droits civils fédéraux en vigueur, et ne pratique aucune discrimination pour des raisons de race, de couleur, d'origine nationale, de croyance/religion, de sexe, d'âge, de situation matrimoniale/familiale, de handicap, de casier judiciaire, de condamnation(s) au pénal, d'identité de genre, d'orientation sexuelle, de facteurs génétiques prédisposants, de statut militaire, de statut de victime de violence domestique et/ou de représailles.

Si vous pensez que vous êtes victime de discrimination de la part du NY State of Health, vous pouvez déposer une réclamation sur le site www.health.ny.gov/regulations/discrimination_complaints/ ou en envoyant un courriel au Diversity Management Office à l'adresse DMO@health.ny.gov.

Vous pouvez également déposer une réclamation pour discrimination de droits civiques auprès de l'Office for Civil Rights du U.S. Department of Health and Human Services par voie électronique à l'adresse suivante : <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.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 1 800 368 1019 (téléscripteur : 1 800 537 7697). Les formulaires pour déposer une réclamation sont disponibles sur le site hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Aménagements

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 :

- téléscripteur par l'intermédiaire de New York Relay Service ;
- si vous êtes aveugle ou malvoyant(e) et que vous avez besoin de recevoir les avis ou autres documents écrits sous un autre format (gros caractères, documents audio, CD de données ou braille), contactez le 1 855 355 5777 (téléscripteur : 1 800 662 1220).

Le NY State of Health 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 à propos des arrangements, veuillez contacter le 1 855 355 5777 (téléscripteur : 1 800 662 1220).