



## INVIO DI UN IMPORTANTE DOCUMENTO FISCALE

**Lei o un membro del Suo nucleo familiare non ha ricevuto alcun aiuto finanziario per il pagamento totale o parziale dell'assicurazione sanitaria per il 2017 e potrebbe avere bisogno del presente modulo per la dichiarazione dei redditi federale**

Lei o un membro del Suo nucleo familiare ha acquistato l'assicurazione sanitaria attraverso NY State of Health nel 2017, ma non ha ricevuto alcun aiuto finanziario per sostenerne il costo totale o parziale nel 2017. A seconda del Suo reddito, potrebbe ancora riuscire a ricevere un aiuto finanziario contestualmente al pagamento delle tasse. Gli aiuti finanziari possono assumere la forma di credito d'imposta (anche detto credito d'imposta sul premio: Premium Tax Credit, PTC), in grado di aumentare il Suo rimborso o diminuire l'importo delle imposte da Lei dovute per la dichiarazione dei redditi federale 2017.

Quando compila la dichiarazione dei redditi federale, si serva del Modulo 8962 dell'Agenzia delle entrate (Internal Revenue Service, IRS) per stabilire se ha diritto o meno a ricevere gli aiuti. Se dal Modulo 8962 dell'IRS risulta che il Suo reddito è superiore al 400% della soglia di povertà federale (Federal Poverty Line, FPL), non avrà diritto agli aiuti. Il Modulo 8962 è disponibile sul sito [www.irs.gov](http://www.irs.gov).

---

### COME OTTENERE IL NOSTRO AIUTO

**Se il Suo reddito è pari o inferiore al 400% della soglia di povertà federale, troverà di seguito tutte le informazioni necessarie ad ottenere l'aiuto finanziario.** Quando completa la dichiarazione dei redditi federale, compili il Modulo 8962 dell'IRS utilizzando il Modulo 1095-A e uno dei Prospetti dei premi allegati. Il Modulo 8962 dell'IRS Le spiegherà quanto aiuto finanziario potrà ricevere.

---

## INFORMAZIONI UTILI

### PERCHÉ POTREBBE RICEVERE ALTRI MODULI

Riceverà un Modulo 1095-A per ogni programma sanitario Bronze, Silver, Gold o Platinum a cui Lei o un membro del Suo nucleo familiare si è iscritto/a nel corso del 2017. Se la Sua copertura NY State of Health è cambiata nel 2017, riceverà più di un Modulo 1095-A. Il Modulo 1095-A non viene inviato per i programmi Catastrophic o per i programmi Medicaid o Child Health Plus o il programma Essential, poiché non danno diritto a crediti d'imposta.

Oltre al Modulo 1095-A, è possibile che Lei riceva altri importanti moduli fiscali. Si tratta dei Moduli 1095-B e 1095-C.

**PERCHÉ  
POTREBBE  
RICEVERE  
ALTRI MODULI**  
*continua*

Nel caso in cui Lei o un membro del Suo nucleo familiare si fosse iscritto al programma Medicaid, Child Health Plus o Essential di New York nel corso del 2017, riceverà il Modulo 1095-B dallo Stato di New York. Se era iscritto ad altre tipologie di copertura, ad esempio il programma Catastrophic, Medicare Parte A o C, TRICARE, sussidi da parte del Dipartimento dei servizi per i veterani, o alcune assicurazioni sanitarie offerte dal datore di lavoro, riceverà il Modulo 1095-B o il Modulo 1095-C da altre fonti. NY State of Health fornisce soltanto il Modulo 1095-A e non il Modulo 1095-B né il Modulo 1095-C.

**COME  
RICEVERE  
ASSISTENZA  
PER LE SUE  
DOMANDE**

Se ritiene che il Suo Modulo 1095-A riporti un errore, chiami NY State of Health **il prima possibile al n. 1-855-766-7860** in modo che possiamo correggere la documentazione.

Per eventuali dubbi o domande in merito al modulo 1095-A, al credito d'imposta o al Prospetto dei premi, **visiti il sito <http://info.nystateofhealth.ny.gov/TaxCredits>, contatti NY State of Health al numero 1-855-766-7860, oppure chiami il servizio di assistenza telefonica Community Health Advocates' Helpline al n. 1-888-614-5400.**

Per eventuali dubbi o domande sul modulo fiscale 1095-B o 1095-C che potrebbe avere ricevuto, chiami il numero riportato sul modulo stesso.

Per eventuali dubbi o domande in materia fiscale o in merito al modulo 8962, consulti il sito **[www.irs.gov](http://www.irs.gov)**.

---

## **COME UTILIZZARE I PROSPETTI ALLEGATI PER CALCOLARE IL PREMIO MENSILE SLCSP (SECOND LOWEST COST SILVER PLAN) PER IL MODULO 8962**

### **Punto 1.**

Determini la tabella da utilizzare sulla base delle età dei figli a carico della Sua famiglia nel 2017. Utilizzi la Tabella I se per il 2017 non erano presenti figli a carico oppure se i figli a carico erano di età inferiore a 26 anni. Utilizzi la Tabella II se per il 2017 erano presenti figli a carico di età compresa tra 26 e 29 anni.

### **Punto 2.**

Trovi la contea in cui ha vissuto in ciascun mese del 2017.

**Punto 3.**

Trovi la colonna (titoli in orizzontale) che meglio descrive la Sua copertura familiare. L'elenco seguente permette di trovare la giusta tipologia. La Sua copertura familiare comprende tutti i membri della Sua famiglia fiscale che sono stati iscritti ad un programma sanitario NY State of Health ed esclude chiunque fosse idoneo a ricevere altre coperture quali: Medicaid, Child Health Plus, programma Essential, Medicare Parte A o C, TRICARE, sussidi da parte del Dipartimento dei servizi per i veterani e la maggior parte delle assicurazioni sanitarie offerte dal datore di lavoro.

**Punto 4.**

Selezioni l'importo in dollari nella colonna della riga della contea di residenza. Tale importo è il premio mensile SLCSP applicabile alla Sua contea e alla Sua copertura familiare ogni mese.

Se c'è stata una variazione nel corso dell'anno, potrebbe avere premi diversi per mesi diversi. Se si è trasferito/a da una contea ad un'altra nel corso del 2017, selezioni il premio mensile per ciascun mese in cui ha vissuto nelle varie contee. E se la Sua copertura familiare è cambiata durante il 2017, selezioni il premio nella colonna appropriata per ciascun mese. Per avere ulteriori informazioni su come compilare il presente modulo, consulti la Pubblicazione 974 dell'IRS e le istruzioni sul Modulo 8962 dell'IRS.

## LA SUA COPERTURA FAMILIARE COMPRENDE ...

## USI LA COLONNA...

---

**LEI.** Lei è l'unica persona nella Sua copertura familiare.

**SINGOLO**

---

**LEI più CONIUGE.** Lei e il/la coniuge siete nella stessa copertura familiare.

**COPPIA**

---

**LEI più CONIUGE.** Lei e il/la coniuge siete iscritti allo stesso programma, **ma uno di voi aveva accesso ad un'altra Copertura minima necessaria (Minimum Essential Coverage, MEC), come l'assicurazione fornita dal datore di lavoro.**

**SINGOLO**

---

**LEI più CONVIVENTE\*.** Lei e il/la convivente siete iscritti allo **stesso** programma, ma siete in coperture familiari diverse.

**SINGOLO**

---

**LEI più PROLE.** Lei e la prole siete iscritti allo stesso programma.

**SINGOLO CON PROLE**

---

**LEI più FIGLIO/FIGLIA.** Lei e Suo figlio/Sua figlia siete iscritti allo stesso programma **ma Suo figlio/Sua figlia aveva accesso ad un'altra MEC.**

**SINGOLO**

---

**LEI, CONIUGE\*\* più PROLE.** Lei, il/la coniuge e la prole siete iscritti allo stesso programma.

**COPPIA CON PROLE**

---

**FIGLIO solo.** Suo figlio/Sua figlia non ha ancora compiuto 21 anni d'età ed è iscritto/a ad un proprio programma.

**FIGLIO SOLO**

\*Se il/la convivente fa parte della sua famiglia fiscale, potrà utilizzare la colonna "COPPIA" invece di "SINGOLO".

\*\*Se il/la convivente fa parte della sua famiglia fiscale, in questa situazione potrà anche utilizzare la colonna "COPPIA CON PROLE".

**Tabella I: Premi mensili 2017 per i programmi SLCSP (Second Lowest Cost Silver Plan), in base al tipo di copertura familiare**

\*USI QUESTA TABELLA SE NON HA FIGLI A CARICO O SE HA FIGLI A CARICO AL DI SOTTO DEI 26 ANNI DI ETÀ SULLA SUA POLIZZA

<b>CONTEA</b>	<b>Singolo</b>	<b>Coppia</b>	<b>Singolo con prole</b>	<b>Coppia con prole</b>	<b>Figlio solo*</b>
<b>Albany</b>	440.32	880.63	748.54	1254.90	198.47
<b>Allegany</b>	415.00	830.00	705.50	1182.75	180.22
<b>Bronx</b>	456.46	912.91	775.97	1300.90	188.06
<b>Broome</b>	513.26	1026.52	872.54	1462.78	227.85
<b>Cattaraugus</b>	415.00	830.00	705.50	1182.75	180.22
<b>Cayuga</b>	513.26	1026.52	872.54	1462.78	231.36
<b>Chautauqua</b>	415.00	830.00	705.50	1182.75	180.22
<b>Chemung</b>	562.52	1125.03	956.27	1603.17	262.53
<b>Chenango</b>	481.04	962.08	817.77	1370.97	216.83
<b>Clinton</b>	496.57	993.14	844.17	1415.23	217.67
<b>Columbia</b>	440.32	880.63	748.54	1254.90	198.47
<b>Cortland</b>	513.26	1026.52	872.54	1462.78	231.36
<b>Delaware</b>	522.14	1044.29	887.64	1488.11	227.94
<b>Dutchess</b>	553.26	1106.52	940.55	1576.79	227.94
<b>Erie</b>	396.98	793.96	674.86	1131.40	180.22
<b>Essex</b>	481.04	962.08	817.77	1370.97	216.83
<b>Franklin</b>	481.04	962.08	817.77	1370.97	216.83
<b>Fulton</b>	440.32	880.63	748.54	1254.90	198.47
<b>Genesee</b>	408.10	816.20	693.77	1163.08	180.22
<b>Greene</b>	440.32	880.63	748.54	1254.90	198.47
<b>Hamilton</b>	481.04	962.08	817.77	1370.97	216.83
<b>Herkimer</b>	496.57	993.14	844.17	1415.23	217.67
<b>Jefferson</b>	481.04	962.08	817.77	1370.97	216.83
<b>Kings</b>	456.46	912.91	775.97	1300.90	188.06
<b>Lewis</b>	481.04	962.08	817.77	1370.97	216.83
<b>Livingston</b>	390.79	781.58	664.34	1113.76	170.64
<b>Madison</b>	481.04	962.08	817.77	1370.97	216.83
<b>Monroe</b>	390.79	781.58	664.34	1113.76	170.64
<b>Montgomery</b>	454.53	909.07	772.71	1295.42	199.24
<b>Nassau</b>	453.37	906.77	770.75	1292.15	186.80
<b>New York</b>	456.46	912.91	775.97	1300.90	188.06
<b>Niagara</b>	396.98	793.96	674.86	1131.40	180.22

\* L'importo del premio mensile per figlio solo è il costo per ogni figlio/a di età inferiore a 21 anni. Se nella copertura familiare rientra solo un figlio/una figlia, utilizzare l'importo del premio mensile in elenco. Se nella copertura familiare rientrano solo due figli, moltiplicare per due l'importo del premio mensile per figlio solo.

(Cont.)

<b>CONTEA</b>	<b>Singolo</b>	<b>Coppia</b>	<b>Singolo con prole</b>	<b>Coppia con prole</b>	<b>Figlio solo*</b>
<b>Oneida</b>	481.04	962.08	817.77	1370.97	216.83
<b>Onondaga</b>	513.26	1026.52	872.54	1462.78	231.36
<b>Ontario</b>	390.79	781.58	664.34	1113.76	170.64
<b>Orange</b>	470.66	941.33	800.13	1341.39	204.74
<b>Orleans</b>	408.10	816.20	693.77	1163.08	180.22
<b>Oswego</b>	481.04	962.08	817.77	1370.97	216.83
<b>Otsego</b>	496.57	993.14	844.17	1415.23	217.67
<b>Putnam</b>	553.26	1106.52	940.55	1576.79	227.94
<b>Queens</b>	456.46	912.91	775.97	1300.90	188.06
<b>Rensselaer</b>	440.32	880.63	748.54	1254.90	198.47
<b>Richmond</b>	456.46	912.91	775.97	1300.90	188.06
<b>Rockland</b>	461.49	922.98	784.54	1315.25	190.13
<b>St. Lawrence</b>	481.04	962.08	817.77	1370.97	216.83
<b>Saratoga</b>	440.32	880.63	748.54	1254.90	198.47
<b>Schenectady</b>	440.32	880.63	748.54	1254.90	198.47
<b>Schoharie</b>	454.53	909.07	772.71	1295.42	199.24
<b>Schuyler</b>	562.52	1125.03	956.27	1603.17	262.53
<b>Seneca</b>	390.79	781.58	664.34	1113.76	170.64
<b>Steuben</b>	513.26	1026.52	872.54	1462.78	231.36
<b>Suffolk</b>	453.37	906.77	770.75	1292.15	186.80
<b>Sullivan</b>	553.26	1106.52	940.55	1576.79	227.94
<b>Tioga</b>	513.26	1026.52	872.54	1462.78	231.36
<b>Tompkins</b>	529.83	1059.65	900.71	1510.01	232.25
<b>Ulster</b>	566.06	1132.13	962.30	1613.28	255.15
<b>Warren</b>	440.32	880.63	748.54	1254.90	198.47
<b>Washington</b>	440.32	880.63	748.54	1254.90	198.47
<b>Wayne</b>	390.79	781.58	664.34	1113.76	170.64
<b>Westchester</b>	461.49	922.98	784.54	1315.25	190.13
<b>Wyoming</b>	408.10	816.20	693.77	1163.08	180.22
<b>Yates</b>	390.79	781.58	664.34	1113.76	170.64

\* L'importo del premio mensile per figlio solo è il costo per ogni figlio/a di età inferiore a 21 anni. Se nella copertura familiare rientra solo un figlio/una figlia, utilizzare l'importo del premio mensile in elenco. Se nella copertura familiare rientrano solo due figli, moltiplicare per due l'importo del premio mensile per figlio solo.

**Tabella II: Premi mensili 2017 per i programmi SLCSP (Second Lowest Cost Silver Plan), in base al tipo di copertura familiare (famiglie con figli a carico di età compresa tra 26 e 29 anni di età)**

\*UTILIZZI QUESTA TABELLA SE HA FIGLI A CARICO DI ETÀ COMPRESA TRA 26 E 29 ANNI DI ETÀ SULLA SUA POLIZZA

<b>CONTEA</b>	<b>Singolo con prole</b>	<b>Coppia con prole</b>	<b>CONTEA</b>	<b>Singolo con prole</b>	<b>Coppia con prole</b>
<b>Albany</b>	775.09	1299.40	<b>Niagara</b>	682.84	1144.76
<b>Allegany</b>	713.85	1196.74	<b>Oneida</b>	825.95	1384.68
<b>Bronx</b>	808.07	1354.70	<b>Onondaga</b>	881.27	1477.41
<b>Broome</b>	881.27	1477.41	<b>Ontario</b>	670.98	1124.90
<b>Cattaraugus</b>	713.85	1196.74	<b>Orange</b>	865.84	1451.55
<b>Cayuga</b>	881.27	1477.41	<b>Orleans</b>	700.71	1174.71
<b>Chautauqua</b>	713.85	1196.74	<b>Oswego</b>	825.95	1384.68
<b>Chemung</b>	974.45	1633.64	<b>Otsego</b>	852.60	1429.38
<b>Chenango</b>	825.95	1384.68	<b>Putnam</b>	968.76	1624.11
<b>Clinton</b>	852.60	1429.38	<b>Queens</b>	808.07	1354.70
<b>Columbia</b>	775.09	1299.40	<b>Rensselaer</b>	775.09	1299.40
<b>Cortland</b>	881.27	1477.41	<b>Richmond</b>	808.07	1354.70
<b>Delaware</b>	904.51	1516.37	<b>Rockland</b>	814.77	1365.93
<b>Dutchess</b>	968.76	1624.11	<b>St. Lawrence</b>	825.95	1384.68
<b>Erie</b>	682.84	1144.76	<b>Saratoga</b>	775.09	1299.40
<b>Essex</b>	825.95	1384.68	<b>Schenectady</b>	775.09	1299.40
<b>Franklin</b>	825.95	1384.68	<b>Schoharie</b>	780.44	1308.38
<b>Fulton</b>	775.09	1299.40	<b>Schuyler</b>	974.45	1633.64
<b>Genesee</b>	700.71	1174.71	<b>Seneca</b>	670.98	1124.90
<b>Greene</b>	775.09	1299.40	<b>Steuben</b>	881.27	1477.41
<b>Hamilton</b>	825.95	1384.68	<b>Suffolk</b>	796.30	1334.96
<b>Herkimer</b>	852.60	1429.38	<b>Sullivan</b>	968.76	1624.11
<b>Jefferson</b>	825.95	1384.68	<b>Tioga</b>	881.27	1477.41
<b>Kings</b>	808.07	1354.70	<b>Tompkins</b>	909.72	1525.11
<b>Lewis</b>	825.95	1384.68	<b>Ulster</b>	971.92	1629.41
<b>Livingston</b>	670.98	1124.90	<b>Warren</b>	775.09	1299.40
<b>Madison</b>	825.95	1384.68	<b>Washington</b>	775.09	1299.40
<b>Monroe</b>	670.98	1124.90	<b>Wayne</b>	670.98	1124.90
<b>Montgomery</b>	780.44	1308.38	<b>Westchester</b>	814.77	1365.93
<b>Nassau</b>	796.30	1334.96	<b>Wyoming</b>	700.71	1174.71
<b>New York</b>	808.07	1354.70	<b>Yates</b>	670.98	1124.90

## **POLITICA DI NON DISCRIMINAZIONE**

NY State of Health rispetta le leggi sui diritti civili federali pertinenti e nei propri programmi e attività di assistenza sanitaria non discrimina in base a etnia, colore della pelle, origine nazionale, sesso, età o disabilità.

NY State of Health rispetta inoltre le leggi applicabili dello stato e non discrimina in base a etnia, colore della pelle, nazionalità, credo religioso, sesso, stato civile, disabilità, precedenti penali, condanne penali, identità sessuale, orientamento sessuale, caratteristiche genetiche predisponenti, servizio militare, status di vittima di violenze domestiche e/o ritorsione.

NY State of Health:

Fornisce patrocinio e servizi gratuiti a persone con disabilità per comunicare in modo efficace con noi, come:

- TTY tramite il servizio di videotrasmissione dello Stato di New York
- Informazioni scritte con caratteri grandi, in modalità audio, in formati elettronici accessibili e altri formati

Fornisce servizi di assistenza linguistica gratuiti a persone la cui lingua principale non è l'inglese, come:

- Interpreti qualificati
- Informazioni scritte in altre lingue

Per ottenere tali servizi o per reperire ulteriori informazioni, contattare il numero 1-855-355-5777 (TTY 1-800-662-1220).

Se ritiene di avere subito discriminazioni da NY State of Health, può presentare un reclamo sul sito [http://www.health.ny.gov/regulations/discrimination\\_complaints/](http://www.health.ny.gov/regulations/discrimination_complaints/) oppure può chiamare il numero 518-473-1703 o 518-473-7883.

Può anche presentare un reclamo in relazione alla violazione dei diritti civili all'Ufficio per I diritti civili (Office for Civil Rights) del Dipartimento della sanità e dei servizi sociali degli Stati Uniti (U.S. Department of Health and Human Services) in forma elettronica sul sito <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> oppure telefonicamente o a mezzo posta ai seguenti recapiti: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201; 800-368-1019 (TTY 800-537-7697). I moduli per il reclamo sono disponibili sul sito [hhs.gov/ocr/office/file/index.html](https://hhs.gov/ocr/office/file/index.html).