세금 관련 중요 서류를 발송해 드립니다.

귀하 또는 가족 구성원이 2017년의 일정 기간 또는 일 년 내내 건강 보험료를 지원받지 못한 경우, 귀하는 연방 소득세 신고를 위해 이 양식을 작성해야 할 수 있습니다.

귀하 또는 가족 구성원은 2017년 NY State of Health(보건부)에서 건강 보험에 가입했으나 2017년의 일정 기간 또는 일 년 내내 건강 보험료를 지원받지 못했습니다. 귀하는 소득에 따라 세금 정산 시기에 지원받을 수도 있습니다. 지원은 세금 공제 양식(보험료 세금 공제 또는 PTC라고도 함)의 형태로 이루어지며, 그에 따라 환급액이 증가하거나 2017년 연방 소득세에 대해 납부해야 할 세금이 감소할 수 있습니다.

연방 소득세 환급 신청서를 작성한 경우, 해당 지원 자격 대상 여부를 판단하기 위해 IRS 양식 8962를 이용하십시오. IRS 양식 8962에 귀하의 소득이 Federal Poverty Line(연방 빈곤선, FPL) 대비 400% 이상으로 기재되어 있는 경우에는 지원받을 자격이 없습니다. 양식 8962는 다음 웹사이트에서 받을 수 있습니다: **www.irs.gov**.

지원받는 방법은 다음과 같습니다.

소득이 Federal Poverty Level(연방정부 빈곤선, FPL) 대비 400% 이하인 경우 지원받는 방법은 다음과 같습니다. 연방 소득세 환급 신청서를 작성하신 경우, 동봉된 양식 1095-A 및 동봉된 보험료표를 사용해 IRS 양식 8962를 작성하십시오. IRS 양식 8962를 통해 귀하가 얼마나 많은 지원받을 수 있는지 파악하실 수 있습니다.

숙지해야 할 중요한 사항...

다른 양식을 받게 되는 이유

2017년 동안 귀하 또는 가족 구성원이 가입한 각각의 브론즈, 실버, 골드, 플래티넘 건강 보험에 대한 양식 1095-A 한 부를 발송해드릴 것입니다. 2017년 동

안 NY State of Health의 보장 내역에 변동이 발생하는 경우 양식 1095-A 한 부 이외에 다른 양식도 발송해드릴 것입니다. 재난 보험 또는 Medicaid, Child Health Plus(아동 건강 플러스), Essential Plan(필수 보험)은 세금 공제 대상이 아니므로 이를 위해 양식 1095-A가 발송되지는 않습니다.

양식 1095-A 외에 다른 중요한 세금 신고 양식을 받을 수도 있습니다. 그러한 양식에는 양식 1095-B와 1095-C가 있습니다.

귀하 또는 가족 구성원이 2017년 일정 시점에 뉴욕에서 Medicaid, Child Health Plus 또는 Essential Plan에 가입했다면, 뉴욕 주에서 양식 1095-B를 받게 됩니다. 다른 유형의 보장(재난 보험, Medicare Part A 또는 C, TRICARE, Department of Veterans Affairs(재향 군인 담당 부서)의 혜택 또는 특정 고용주 후원 건강 보험)에 가입했다면 다른 출처를 통해 양식 1095-B 또는 양식 1095-C를 받게 됩니다. NY State of Health에서는 양식 1095-A만 제공하며, 양식 1095-B 또는 양식 1095-C는 제공하지 않습니다.

문의 사항에 대한 답변을 제공받는 방법

귀하의 양식 1095-A에 오류가 있다고 생각되시면 NY State of Health에 **1-855-766-7860번으로 가급적 바로** 문의하셔서 기록 내용을 변경하시면 됩니다.

양식 1095-A 또는 세금 공제, 보험료표에 관한 질문이 있는 경우에는 **http://info.nystateofhealth.ny.gov/TaxCredits를 방문하거나 NY State of Health에 1-855-766-7860번** 또는 **Community Health Advocates' Helpline(지역사회 건강 지원 헬프라인)에 1-888-614-5400번으로 전화하십시오.**

귀하에게 발송되었을 수 있는 1095-B 또는 1095-C 세금 양식에 관한 질문이 있는 경우에는 이 양식에 기재된 전화번호로 문의하십시오.

양식 8962 또는 기타 세금 관련 문의는 다음 웹 사이트를 참조하십시오: **www.irs.gov**.

동봉된 표를 사용하여 양식 8962에 대한 월별 SECOND LOWEST COST SILVER PLAN(차하위 비용 실버 플랜, SLCSP) 보험료를 확인하는 방법

1단계

2017년 귀하의 가구 내 세금 피부양 자녀의 연령에 따라 어떤 표를 사용해야 하는지 결정하십시오. 2017년 세금 피부양 자녀가 없는 경우 또는 피부양 자녀가 26세 미만인 경우 표1을 사용하십시오. 세금 피부양 자녀가 2017년에 26~29세인 경우 표2를 사용하십시오.

2단계

2017년에 해당 월에 거주했던 카운티를 확인하십시오.

3단계

"보장 가족"을 가장 적절하게 설명하는 제목 열(맞은 편)을 확인하십시오. 아래의 목록은 적절한 제목을 찾는 데 도움이 됩니다. 보장 가족에는 NY State of Health 건강 보험에 가입된 세금 가구에 해당하는 모든 구성원은 포함되고 다른 보장 자격 (즉, Medicaid, Child Health Plus, Essential Plan, Medicare Part A, C, TRICARE, 재향 군인의 담당 부서의 혜택 및 고용주 대부분이 부담하는 보장)에 해당되었던 모든 구성원은 제외됩니다.

단계 4:

귀하의 카운티 열에서 금액($)을 선택하십시오. 이 금액은 매달 귀하의 카운티와 보장 가족에 적용되는 월별 SLCSP 보험료입니다.

해당 연도 중 변동 사항이 발생하는 경우 해당 개월에 대해 보험료가 다르게 적용될 수 있습니다. 2017년 동안 한 카운티에서 다른 카운티로 이동한 경우에는 각 카운티에 거주한 각 해당 개월에 대한 월 보험료를 선택하셔야 합니다. 또한 2017년에 보장 가족이 변경된 경우에는 각 개월에 대한 적절한 보험료를 선택하셔야 합니다. 이 양식을 작성하는 방법에 대한 자세한 내용은 IRS 간행물 974 및 IRS 양식 8962에 대한 지침을 읽으십시오.

귀하의 보장 가족 포함...	열 사용...
귀하. 귀하의 보장 가족에서 귀하는 유일한 구성원인 경우.	**개인**
귀하와 배우자. 귀하와 배우자는 같은 보장 가족에 속합니다.	**부부**
귀하와 배우자. 귀하와 배우자가 같은 보험**에 가입되어 있으나 그중 1명이 고용주를 통한 보험 등 기타 "minimum essential coverage"(최소한의 필수 보장, MEC)를 이용한 경우.**	**개인**
귀하와 동거 파트너*. 귀하와 동거 파트너가 **같은** 보험에 가입되어 있으나 다른 보장 가족에 속하는 경우.	**개인**
귀하와 자녀(들). 귀하와 자녀는 같은 보험에 등록되어 있습니다.	**개안+자녀**
귀하와 1인 자녀. 귀하와 1인 자녀가 같은 보험**에 가입되어 있으나 자녀가 다른 MEC를 이용한 경우.**	**개인**
귀하, 배우자 및 자녀(들).** 귀하, 배우자 및 자녀(들)는 같은 보험에 등록되어 있습니다.	**부부+자녀들**
1인 자녀. 귀하의 자녀가 아직 21세 미만이며 본인의 보험에 가입되어 있는 경우.	**개인**

**귀하의 동거 파트너가 귀하의 세금 가구원에 속하는 경우 이 상황에서는 "부부+자녀들" 열을 이용하실 수 있습니다.

*귀하의 동거 파트너가 귀하의 세금 가구원에 속하는 경우 "개인" 열 이 아닌 "부부" 열을 이용하실 수 있습니다.

개인

부부 + 자녀

자녀만

표 I: 2017년 Second Lowest Cost Silver Plan(차하위 비용 실버 플랜, SLCSP)의 월 보험료(보장 가족 유형별)

*세금 피부양 자녀(들)가 없는 경우 또는 보험 증권에서 26세 미만의 세금 피부양 자녀(들)가 있는 경우 이 표를 사용하십시오.

카운티	개인	부부	개인 + 자녀(들)	부부 + 자녀(들)	자녀만*
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

*자녀에게만 해당하는 월 보험료 금액은 아직 21세가 되지 않은 자녀를 대상으로 하는 자녀 1인당 비용입니다. 보장 가

구 내에 해당하는 자녀가 1명뿐인 경우, 제시된 월 보험료 금액을 이용하십시오. 보장 가구 내에 해당하는 자녀가 2명뿐일 경우, 자녀에게만 해당하는 월 보험료 금액에 2를 곱합니다.

(계속)

카운티	개인	부부	개인 + 자녀(들)	부부 + 자녀(들)	자녀만*
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

*자녀에게만 해당하는 월 보험료 금액은 아직 21세가 되지 않은 자녀를 대상으로 하는 자녀 1인당 비용입니다. 보장 가구 내에 해당하는 자녀가 1명뿐인 경우, 제시된 월 보험료 금액을 이용하십시오. 보장 가구 내에 해당하는 자녀가 2명뿐일 경우, 자녀에게만 해당하는 월 보험료 금액에 2를 곱합니다.

표 II: 2017년 Second Lowest Cost Silver Plan(차하위 비용 실버 플랜, SLCSP)의 보장 가족 유형별 월 보험료(26~29세 사이의 세금 피부양자를 포함하고 있는 가족)

*보험 증권에서 26~29세 사이의 세금 피부양 자녀(들)가 있는 경우 이 표를 사용하십시오.

카운티	개인 + 자녀(들)	부부 + 자녀(들)	카운티	개인 + 자녀(들)	부부 + 자녀(들)
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

비차별 정책 공지

NY State of Health는 해당 연방 민권법을 준수하며, 해당 보건 프로그램이나 활동에서 인종, 피부색, 국적, 성별, 연령 또는 장애 여부를 이유로 차별하지 않습니다.

NY State of Health는 해당 주법 또한 준수하며 인종, 피부색, 출신 국가, 신념/종교, 성별, 결혼 여부/가족 상태, 장애 여부, 체포 기록, 전과, 성적 정체성, 성적 지향, 소인성 유전적 특징, 군 복무 여부, 가정 폭력 피해 여부 및/또는 보복을 이유로 차별하지 않습니다.

NY State of Health는

당국과 효과적인 소통을 위해 장애를 가진 사람에게 무료 지원과 서비스를 제공합니다. 이에 대한 예로는

- NY 릴레이 서비스를 통한 TTY 서비스
- 큰 글자, 오디오, 접근 가능한 전자 형태 및 기타 형태로 된 지면 정보 등이 있습니다.

주 언어가 영어가 아닌 사용자에게 무료 언어 지원 서비스를 제공합니다. 이에 대한 예로는

- 자질 있는 통역사,
- 다른 언어로 된 지면 정보 등이 있습니다.

이러한 서비스나 추가 정보를 원하시면 1-855-355-5777(TTY 1-800-662-1220)번으로 문의하십시오.

NY State of Health에서 차별을 받았다는 생각이 드시면 다음을 이용하여 민원을 제기하실 수 있습니다. http://www.health.ny.gov/regulations/discrimination_complaints/ 방문 또는 518-473-1703번 또는 518-473-7883번으로 전화 문의.

시민권에 관한 민원은 U.S. Department of Health and Human Services(미국 보건복지부), Office for Civil Rights(시민권 사무소)에 https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf 상으로 전자 문의하시거나 U.S. Department of Health and Human Services(미국 건강보건국)에 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201의 주소나 800-368-1019(TTY 800-537-7697)번으로 우편 또는 전화로 문의하실 수도 있습니다. 민원 제기 양식은 hhs.gov/ocr/office/file/index.html에서 이용하실 수 있습니다.