



## **МЫ НАПРАВЛЯЕМ ВАМ ВАЖНЫЙ НАЛОГОВЫЙ ДОКУМЕНТ**

**Вы или член вашей семьи не получили помощь в оплате медицинского страхования за часть или весь 2017 год, и для подачи федеральной налоговой декларации вам может понадобиться данная форма**

В 2017 году вы или член вашей семьи приобрели медицинское страхование через NY State of Health, однако не получили в этом году помощь в частичной или полной оплате за него. В зависимости от вашего дохода вы можете получить помощь во время подачи налоговых деклараций. Помощь будет предоставлена в виде налогового зачета (также называемого налоговым зачетом за страховые взносы (Premium Tax Credit, PTC)), который может увеличить сумму возвращаемых налогов или сократить сумму федеральных подоходных налогов, которые вы должны уплатить в 2017 году.

После заполнения федеральной налоговой декларации воспользуйтесь формой 8962 Федеральной налоговой службы (Internal Revenue Service, IRS), чтобы определить, можете ли вы получить эту помощь. Если в форме 8962 IRS будет сказано, что ваш доход превышает 400% от федерального прожиточного минимума (Federal Poverty Line, FPL), вы не имеете права на получение помощи. Получить форму 8962 можно на веб-сайте [www.irs.gov](http://www.irs.gov).

---

### **ПРОЦЕДУРА ПОЛУЧЕНИЯ ПОМОЩИ**

**Если ваш доход не превышает 400% от федерального прожиточного минимума, получить помощь вы можете следующим образом.** Когда вы заполните федеральную налоговую декларацию, также заполните форму 8962 IRS с помощью прилагаемых формы 1095-A и одной из таблиц взносов. Форма 8962 IRS поможет вам определить размер помощи, на которую вы можете рассчитывать.

---

## **ВЫ ДОЛЖНЫ ЗНАТЬ...**

### **ПОЧЕМУ ВЫ МОЖЕТЕ ПОЛУЧИТЬ ДРУГИЕ ФОРМЫ**

Вы получите по одной форме 1095-A для каждого бронзового, серебряного, золотого или платинового плана медицинского страхования, на который вы или член вашей семьи подписались в 2017 году. Вы получите более одной формы 1095-A, если в течение 2017 года в страховом покрытии, приобретенном вами через NY State of Health, произошли изменения. Форма 1095-A не предоставляется для таких программ медицинского страхования, как «катастрофический» план, Medicaid, Child Health Plus или Essential Plan, поскольку они не предусматривают права на налоговые льготы.

**ПОЧЕМУ ВЫ  
МОЖЕТЕ  
ПОЛУЧИТЬ  
ДРУГИЕ  
ФОРМЫ**  
*продолжение*

Помимо формы 1095-А вы можете получить и другие важные налоговые формы. Это форма 1095-В и форма 1095-С.

Если в любое время в течение 2017 года вы или член вашей семьи стали участниками программы Medicaid, Child Health Plus или Essential Plan в Нью-Йорке, вы получите форму 1095-В от штата Нью-Йорк. Если вы пользовались другими видами страхового покрытия, например в рамках «катастрофического» плана, части А или С Medicare, TRICARE, программы Управления по делам ветеранов (Department of Veterans Affairs) либо определенной программы медицинского страхования, финансируемой работодателем, вы получите форму 1095-В или форму 1095-С из других источников. NY State of Health предоставляет только форму 1095-А, но не форму 1095-В и не форму 1095-С.

**КАК ПОЛУЧИТЬ  
ОТВЕТЫ  
НА СВОИ  
ВОПРОСЫ**

Если вы считаете, что мы допустили ошибку в вашей форме 1095-А, позвоните в NY State of Health **по номеру 1-855-766-7860 как можно скорее**, чтобы мы исправили запись.

Если у вас есть вопросы по поводу формы 1095-А, налогового зачета или таблицы взносов, **зайдите на веб-сайт**

**<http://info.nystateofhealth.ny.gov/TaxCredits> или позвоните в NY State of Health по номеру 1-855-766-7860, или на горячую линию организации Community Health Advocates по номеру 1-888-614-5400.**

Если у вас есть вопросы относительно налоговых форм 1095-В или 1095-С, которые вы могли получить, позвоните по номеру, указанному на этих формах.

Если у вас есть вопросы по поводу формы 8962 или другие связанные с налогами вопросы, посетите веб-сайт **[www.irs.gov](http://www.irs.gov)**.

---

## **КАК ИСПОЛЬЗОВАТЬ ПРИЛАГАЕМЫЕ ТАБЛИЦЫ, ЧТОБЫ ОПРЕДЕЛИТЬ СУММУ СВОИХ ЕЖЕМЕСЯЧНЫХ СТРАХОВЫХ ВЗНОСОВ ПО ВТОРОМУ ПО ВЫГОДНОСТИ СЕРЕБРЯНОМУ ПЛАНУ (SECOND LOWEST COST SILVER PLAN, SLCSP) ДЛЯ ФОРМЫ 8962**

### **Шаг 1.**

Определите, какой таблицей вы будете пользоваться, исходя из возраста детей-иждивенцев в вашей семье, подлежащих льготному налогообложению в 2017 г. Используйте Таблицу I, если у вас в 2017 г. отсутствовали дети-иждивенцы, подлежащие льготному налогообложению, или ваши дети-иждивенцы были младше 26 лет. Используйте Таблицу II, если в 2017 г. ваши дети-иждивенцы, подлежащие льготному налогообложению, были в возрасте 26—29 лет.

**Шаг 2.**

Найдите округ, в котором вы жили в течение каждого месяца 2017 года.

**Шаг 3.**

Найдите заголовок столбца (по горизонтали), который точнее всего характеризует вашу застрахованную семью. Представленный ниже список поможет вам найти нужный заголовок. Ваша застрахованная семья включает в себя каждого члена вашей «налоговой семьи», указанного в полученном от NY State of Health плане медицинского страхования, но исключает всех, на кого распространяется другой вид страхования, например Medicaid, Child Health Plus, Essential Plan, части A и C Medicare, TRICARE, льготы от Управления по делам ветеранов и большинство планов страхования, финансируемых работодателями.

**Шаг 4.**

Выберите сумму в долларах в столбце строки своего округа. Эта сумма — ежемесячные страховые взносы SLCSP, которые действуют в вашем округе и соответствуют ежемесячному страховому покрытию вашей семьи.

Если в течение года происходили изменения, для разных месяцев у вас может быть разный размер страховых выплат. Если в течение 2017 года вы переехали из одного округа в другой, необходимо выбрать ежемесячный взнос за каждый месяц, который вы прожили в каждом округе. А если в течение 2017 года состав вашей застрахованной семьи изменился, вы должны выбрать взнос в соответствующем столбце для каждого месяца. Для получения более подробной информации о том, как заполнить эту форму, ознакомьтесь с публикацией IRS № 974 и инструкциями к форме 8962 IRS.

## ВАША ЗАСТРАХОВАННАЯ СЕМЬЯ ВКЛЮЧАЕТ...

## ИСПОЛЬЗУЙТЕ СТОЛБЕЦ...

**Вы.** Вы — единственный человек в составе застрахованной семьи.

**ОТДЕЛЬНОЕ ЛИЦО**

**Вы и СУПРУГ (-А).** Вы и ваш (-а) супруг (-а) входите в состав одной и той же застрахованной семьи.

**СЕМЕЙНАЯ ПАРА**

**Вы и СУПРУГ (-А).** Вы и ваш (-а) супруг (-а) участвуете в одном и том же плане медицинского страхования, но кто-либо из вас имел доступ к другой программе минимально необходимого медицинского страхования (minimum essential coverage, МЕС), такой как страхование, предоставляемое вашим работодателем.

**ОТДЕЛЬНОЕ ЛИЦО**

**Вы и СОЖИТЕЛЬ (-НИЦА)\*.** Вы и ваш (-а) сожитель (-ница) участвуете в одном и том же плане, но в разных застрахованных семьях.

**ОТДЕЛЬНОЕ ЛИЦО**

**Вы и РЕБЕНОК (ДЕТИ).** Вы и ваш (-и) ребенок (дети) участвуете в одном и том же плане медицинского страхования.

**ОТДЕЛЬНОЕ ЛИЦО + ДЕТИ**

**Вы и РЕБЕНОК.** Вы и ваш ребенок участвуете в одном и том же плане, но ваш ребенок имел доступ к другой программе МЕС.

**ОТДЕЛЬНОЕ ЛИЦО**

**Вы, СУПРУГ (-А)\*\* и РЕБЕНОК (ДЕТИ).** Вы, ваш (-а) супруг (-а) или сожитель (-ница) и ваш (-и) ребенок (дети) участвуете в одном и том же плане.

**СЕМЕЙНАЯ ПАРА + РЕБЕНОК (ДЕТИ)**

**Только РЕБЕНОК.** Вашему ребенку еще не исполнился 21 год, и он участвует в отдельном плане медицинского страхования.

**ТОЛЬКО РЕБЕНОК**

\* Если ваш (-а) сожитель (-ница) входит в вашу «налоговую семью», вы можете использовать столбец «СЕМЕЙНАЯ ПАРА» вместо «ОТДЕЛЬНОЕ ЛИЦО».

\*\* Если ваш (-а) сожитель (-ница) входит в вашу «налоговую семью», вы можете также использовать в этом случае столбец «СЕМЕЙНАЯ ПАРА + ДЕТИ».

**Таблица I. Ежемесячные страховые взносы по вторым по выгодности серебряным планам (Second Lowest Cost Silver Plans, SLCSP) за 2017 г. по типам семей, на которые распространяется страховое покрытие**

\* ИСПОЛЬЗУЙТЕ ЭТУ ТАБЛИЦУ, ЕСЛИ У ВАС НЕТ ДЕТЕЙ-ИЖДИВЕНЦЕВ, ПОДЛЕЖАЩИХ НАЛОГОВЫМ ЛЬГОТАМ, ИЛИ В ВАШЕМ ПОЛИСЕ УКАЗАНЫ ДЕТИ-ИЖДИВЕНЦЫ, ПОДЛЕЖАЩИЕ НАЛОГОВЫМ ЛЬГОТАМ, В ВОЗРАСТЕ МЛАДШЕ 26 ЛЕТ

ОКРУГ	Отдельное лицо	Семейная пара	Отдельное лицо + ребенок (дети)	Семейная пара + ребенок (дети)	Только ребенок*
Олбани	440,32	880,63	748,54	1254,90	198,47
Аллегейни	415,00	830,00	705,50	1182,75	180,22
Бронкс	456,46	912,91	775,97	1300,90	188,06
Брум	513,26	1026,52	872,54	1462,78	227,85
Катарогас	415,00	830,00	705,50	1182,75	180,22
Кайюга	513,26	1026,52	872,54	1462,78	231,36
Чатоква	415,00	830,00	705,50	1182,75	180,22
Шиманг	562,52	1125,03	956,27	1603,17	262,53
Шенанго	481,04	962,08	817,77	1370,97	216,83
Клинтон	496,57	993,14	844,17	1415,23	217,67
Колумбия	440,32	880,63	748,54	1254,90	198,47
Кортленд	513,26	1026,52	872,54	1462,78	231,36
Делавэр	522,14	1044,29	887,64	1488,11	227,94
Датчесс	553,26	1106,52	940,55	1576,79	227,94
Эри	396,98	793,96	674,86	1131,40	180,22
Эссекс	481,04	962,08	817,77	1370,97	216,83
Франклин	481,04	962,08	817,77	1370,97	216,83
Фултон	440,32	880,63	748,54	1254,90	198,47
Дженеси	408,10	816,20	693,77	1163,08	180,22
Грин	440,32	880,63	748,54	1254,90	198,47
Хамильтон	481,04	962,08	817,77	1370,97	216,83
Херкимер	496,57	993,14	844,17	1415,23	217,67
Джефферсон	481,04	962,08	817,77	1370,97	216,83
Кингс	456,46	912,91	775,97	1300,90	188,06
Льюис	481,04	962,08	817,77	1370,97	216,83
Ливингстон	390,79	781,58	664,34	1113,76	170,64
Мэдисон	481,04	962,08	817,77	1370,97	216,83
Монро	390,79	781,58	664,34	1113,76	170,64
Монтгомери	454,53	909,07	772,71	1295,42	199,24
Нассо	453,37	906,77	770,75	1292,15	186,80

\* Размер ежемесячных страховых взносов только на ребенка — это сумма, приходящаяся на одного ребенка для детей, которым еще не исполнился 21 год. Если медицинская страховка распространяется только на одного ребенка в семье, используйте указанный размер ежемесячных страховых взносов. Если медицинская страховка распространяется на двух детей в семье, умножьте указанный размер ежемесячных страховых взносов на два.

(Продолжение)

ОКРУГ	Отдельное лицо	Семейная пара	Отдельное лицо + ребенок (дети)	Семейная пара + ребенок (дети)	Только ребенок*
Нью-Йорк	456,46	912,91	775,97	1300,90	188,06
Ниагара	396,98	793,96	674,86	1131,40	180,22
Онейда	481,04	962,08	817,77	1370,97	216,83
Онондага	513,26	1026,52	872,54	1462,78	231,36
Онтарио	390,79	781,58	664,34	1113,76	170,64
Оранж	470,66	941,33	800,13	1341,39	204,74
Орлеанс	408,10	816,20	693,77	1163,08	180,22
Осуго	481,04	962,08	817,77	1370,97	216,83
Отсего	496,57	993,14	844,17	1415,23	217,67
Патнам	553,26	1106,52	940,55	1576,79	227,94
Куинс	456,46	912,91	775,97	1300,90	188,06
Ренсселер	440,32	880,63	748,54	1254,90	198,47
Ричмонд	456,46	912,91	775,97	1300,90	188,06
Рокленд	461,49	922,98	784,54	1315,25	190,13
Сент-Лоуренс	481,04	962,08	817,77	1370,97	216,83
Саратога	440,32	880,63	748,54	1254,90	198,47
Скенекади	440,32	880,63	748,54	1254,90	198,47
Скохари	454,53	909,07	772,71	1295,42	199,24
Скайлер	562,52	1125,03	956,27	1603,17	262,53
Сенека	390,79	781,58	664,34	1113,76	170,64
Стюбен	513,26	1026,52	872,54	1462,78	231,36
Саффолк	453,37	906,77	770,75	1292,15	186,80
Салливан	553,26	1106,52	940,55	1576,79	227,94
Тайога	513,26	1026,52	872,54	1462,78	231,36
Томпкинс	529,83	1059,65	900,71	1510,01	232,25
Олстер	566,06	1132,13	962,30	1613,28	255,15
Уоррен	440,32	880,63	748,54	1254,90	198,47
Вашингтон	440,32	880,63	748,54	1254,90	198,47
Уэйн	390,79	781,58	664,34	1113,76	170,64
Уэстчестер	461,49	922,98	784,54	1315,25	190,13
Вайоминг	408,10	816,20	693,77	1163,08	180,22
Йейтс	390,79	781,58	664,34	1113,76	170,64

\* Размер ежемесячных страховых взносов только на ребенка — это сумма, приходящаяся на одного ребенка для детей, которым еще не исполнился 21 год. Если медицинская страховка распространяется только на одного ребенка в семье, используйте указанный размер ежемесячных страховых взносов. Если медицинская страховка распространяется на двух детей в семье, умножьте указанный размер ежемесячных страховых взносов на два.

**Таблица II. Ежемесячные страховые взносы по вторым по выгодности серебряным планам (Second Lowest Cost Silver Plans, SLCSP) за 2017 г. по типам семей, на которые распространяется страховое покрытие (семьи с детьми-иждивенцами в возрасте 26—29 лет, подлежащими льготному налогообложению)**

\* ИСПОЛЬЗУЙТЕ ЭТУ ТАБЛИЦУ, ЕСЛИ В ВАШЕМ ПОЛИСЕ УКАЗАН (-Ы) РЕБЕНОК (ДЕТИ)-ИЖДИВЕНЕЦ (-ЦЫ) В ВОЗРАСТЕ 26—29 ЛЕТ, ПОДЛЕЖАЩИЕ ЛЬГОТНОМУ НАЛОГООБЛОЖЕНИЮ

<b>ОКРУГ</b>	<b>Отдельное лицо + ребенок (дети)</b>	<b>Семейная пара + ребенок (дети)</b>	<b>ОКРУГ</b>	<b>Отдельное лицо + ребенок (дети)</b>	<b>Семейная пара + ребенок (дети)</b>
Олбани	775,09	1299,40	Ниагара	682,84	1144,76
Аллегейни	713,85	1196,74	Онейда	825,95	1384,68
Бронкс	808,07	1354,70	Онондага	881,27	1477,41
Брум	881,27	1477,41	Онтарио	670,98	1124,90
Катарогас	713,85	1196,74	Оранж	865,84	1451,55
Кайюга	881,27	1477,41	Орлеанс	700,71	1174,71
Чатоква	713,85	1196,74	Осуиго	825,95	1384,68
Шиманг	974,45	1633,64	Отсега	852,60	1429,38
Шенанго	825,95	1384,68	Патнам	968,76	1624,11
Клинтон	852,60	1429,38	Куинс	808,07	1354,70
Колумбия	775,09	1299,40	Ренсселер	775,09	1299,40
Кортленд	881,27	1477,41	Ричмонд	808,07	1354,70
Делавэр	904,51	1516,37	Рокленд	814,77	1365,93
Датчесс	968,76	1624,11	Сент-Лоуренс	825,95	1384,68
Эри	682,84	1144,76	Саратога	775,09	1299,40
Эссекс	825,95	1384,68	Скенектади	775,09	1299,40
Франклин	825,95	1384,68	Скохари	780,44	1308,38
Фултон	775,09	1299,40	Скайлер	974,45	1633,64
Дженеси	700,71	1174,71	Сенека	670,98	1124,90
Грин	775,09	1299,40	Стюбен	881,27	1477,41
Хамильтон	825,95	1384,68	Саффолк	796,30	1334,96
Херкимер	852,60	1429,38	Салливан	968,76	1624,11
Джефферсон	825,95	1384,68	Тайога	881,27	1477,41
Кингс	808,07	1354,70	Томпкинс	909,72	1525,11
Льюис	825,95	1384,68	Олстер	971,92	1629,41
Ливингстон	670,98	1124,90	Уоррен	775,09	1299,40
Мэдисон	825,95	1384,68	Вашингтон	775,09	1299,40
Монро	670,98	1124,90	Уэйн	670,98	1124,90
Монтгомери	780,44	1308,38	Уэстчестер	814,77	1365,93
Нассо	796,30	1334,96	Вайоминг	700,71	1174,71
Нью-Йорк	808,07	1354,70	Йейтс	670,98	1124,90

## УВЕДОМЛЕНИЕ О ПОЛИТИКЕ НЕДОПУЩЕНИЯ ДИСКРИМИНАЦИИ

NY State of Health в своей программе и мероприятиях в области здравоохранения соблюдает соответствующие федеральные законы о гражданских правах и не допускает дискриминации по расовой принадлежности, цвету кожи, национальному происхождению, полу, возрасту и недееспособности.

NY State of Health также соблюдает соответствующие законы штата и не допускает дискриминации по расовой принадлежности, цвету кожи, национальному происхождению, вероисповеданию, полу, возрасту, семейному положению, недееспособности, досье арестов, наличию судимостей, гендерной идентичности, сексуальной ориентации, генетической предрасположенности к определенным заболеваниям, отношению к военной службе, статусу жертвы бытового насилия и/или репрессий.

NY State of Health:

Предоставляет бесплатную помощь и услуги людям с ограниченными возможностями для обеспечения эффективного общения с нами, например:

- телетайп посредством службы текстовой связи штата Нью-Йорк;
- письменную информацию в других форматах, например информацию, напечатанную крупным шрифтом, аудиозаписи, информацию в электронном формате, доступном для лиц с ограниченными возможностями, и других форматах.

Предоставляет бесплатные услуги перевода лицам, чей родной язык не английский, такие как:

- услуги квалифицированных переводчиков;
- письменную информацию на других языках.

Если вам требуются эти услуги или больше информации, позвоните по номеру 1-855-355-5777 (телетайп 1-800-662-1220).

Если вы считаете, что NY State of Health дискриминирует вас, вы можете подать жалобу, зайдя на веб-сайт [http://www.health.ny.gov/regulations/discrimination\\_complaints/](http://www.health.ny.gov/regulations/discrimination_complaints/) или позвонив по номеру 518-473-1703 или 518-473-7883.

Вы также можете подать жалобу об ущемлении гражданских прав в Управление по гражданским правам (Office for Civil Rights) при Министерстве здравоохранения и социальных служб (U.S. Department of Health and Human Services) на веб-сайте <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> или по почте или телефону U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, ННН Building, Washington, D.C. 20201; 800-368-1019 (телетайп 800-537-7697). Формы для подачи жалобы можно получить на веб-сайте [hhs.gov/ocr/office/file/index.html](https://hhs.gov/ocr/office/file/index.html).