



МЫ НАПРАВЛЯЕМ ВАМ ВАЖНЫЙ НАЛОГОВЫЙ ДОКУМЕНТ

Вы или член вашей семьи были включены в программу медицинского страхования, но не получили помощь в ее оплате за весь 2018 год или его части. Для заполнения федеральной налоговой декларации вам может потребоваться эта форма.

В 2018 году вы или член вашей семьи получили медицинскую страховку от NY State of Health, но не получили полной или частичной помощи в ее оплате. В зависимости от размера вашего дохода, вы можете рассчитывать на получение помощи за налоговый период. Помощь поступает в форме налоговой субсидии (также известной как Премияльная налоговая субсидия или ПНС), которая может увеличить сумму вашего возмещения или уменьшить сумму федерального подоходного налога за 2018 год.

При заполнении декларации по федеральному подоходному налогу используйте форму IRS 8962, чтобы определить, сможете ли вы получить эту помощь. Если форма IRS 8962 указывает на то, что ваш доход более чем на 400% превышает государственный прожиточный минимум, вы не можете претендовать на получение помощи. Форма IRS 8962 доступна на сайте www.irs.gov.

КАК ПОЛУЧИТЬ ПОМОЩЬ

Если ваш доход находится на уровне, не превышающем 400% от государственного прожиточного минимума, получить помощь вы сможете следующим образом. При заполнении декларации по федеральному подоходному налогу заполните форму IRS 8962, используя форму 1095-A и приложенную таблицу премиальных выплат. Форма IRS 8962 укажет вам, в каком размере вы можете получить помощь.

ВАЖНО ЗНАТЬ...

ПОЧЕМУ ВЫ МОЖЕТЕ ПОЛУЧАТЬ ДРУГИЕ ФОРМЫ

Вы получите по одной форме 1095-A по каждой бронзовой, серебряной, золотой или платиновой программе медицинского страхования, на которую вы или член вашей семьи были подписаны в 2018 году. Вы получите дополнительные формы 1095-A, если в объеме вашего страхового покрытия за 2018 год происходили изменения. Форма 1095-A не направляется при участии в программах Catastrophic, Medicaid, Child Health Plus, Essential Plan, поскольку на эти программы не распространяются налоговые субсидии.

Кроме формы 1095-A вы можете получить другие важные налоговые формы. Это формы 1095-B и 1095-C.

Если вы или члены вашей семьи в течение 2018 года были включены в программы Medicaid, Child Health Plus или Essential Plan в Нью-Йорке, вы получите форму 1095-B от New York State. Если вы были включены в другие виды покрытия, например, программы Catastrophic, Medicare A или C, TRICARE, выплаты от Department of Veterans Affairs или какую-либо программу медицинского страхования, предоставляемую работодателем, то вы получите форму 1095-B или форму 1095-C из других источников. NY State of Health предоставляет только форму 1095-A и не предоставляет формы 1095-B и 1095-C.

КАК ПОЛУЧИТЬ ОТВЕТЫ НА СВОИ ВОПРОСЫ Если вам кажется, что мы допустили ошибку в вашей форме 1095-A, **как можно раньше** позвоните в NY State of Health по телефону **1-855-766-7860**, чтобы мы смогли исправить записи.

Если у вас есть вопросы по форме 1095-A, налоговой субсидии или прилагаемой таблице премиальных выплат, посетите сайт <http://info.nystateofhealth.ny.gov/TaxCredits>, позвоните по телефону 1-855-766-7860 или телефону «горячей линии» адвокатов социально-ориентированного здравоохранения 1-888-614-5400.

Если у вас есть вопрос по налоговым формам 1095-B или 1095-C, которые вы могли получить, позвоните по номеру телефона, указанному в этих формах.

Если у вас есть вопросы по форме 8962 или другие вопросы по налогам, посетите сайт www.irs.gov.

КАК ИСПОЛЬЗОВАТЬ ПРИЛОЖЕННУЮ ТАБЛИЦУ ДЛЯ ПОИСКА ЕЖЕМЕСЯЧНОЙ ПРЕМИАЛЬНОЙ ВЫПЛАТЫ В РАМКАХ ПРОГРАММЫ SECOND LOWEST COST SILVER PLAN (SLCSP) ПО ФОРМЕ 8962

Шаг 1.

Найдите округа, в которых вы жили в каждом месяце 2018 года.

Шаг 2.

Найдите заголовок столбца, который лучше всего описывает страховое покрытие вашей семьи. Приведенный ниже список поможет вам найти правильный заголовок. Страховое покрытие семьи включает каждого в вашем налоговом домовладении, кто подписан на программу медицинского страхования, одобренную NY State of Health, и исключает каждого, на кого распространяются другие программы такие как: Medicaid, Child Health Plus, the Essential Plan, Medicare A или C, TRICARE, выплаты от Department of Veterans Affairs и большинство программ медицинского страхования, предоставляемых работодателем

Шаг 3.

Выберите сумму в долларах в столбце, который соответствует вашему округу. Эта сумма соответствует ежемесячной премии по программе SLCSP, которая применима к вашему округу и страховому покрытию семьи за этот месяц.

Если в течение 2018 года вы переезжали из одного округа в другой, вы должны выбрать ежемесячную премию за каждый месяц проживания в каждом округе. А также если страховое покрытие вашей семьи изменялось на протяжении 2018 года, вы должны выбрать соответствующую премиальную выплату за каждый месяц. Для получения более подробной информации о заполнении данной формы, прочтите документ IRS 974 и инструкцию к форме IRS 8962.

**СТРАХОВОЕ ПОКРЫТИЕ
ВАШЕЙ СЕМЬИ ВКЛЮЧАЕТ...**

ИСПОЛЬЗУЙТЕ СТОЛБЕЦ...

ВЫ. Вы единственный член, включенный в страховое покрытие вашей семьи.

ИНДИВИДУАЛ

ВЫ и СУПРУГ (СУПРУГА). Вы и ваш супруг (супруга) имеете общее страховое покрытие семьи.

СУПРУЖЕСКАЯ ПАРА

ВЫ и СУПРУГ (СУПРУГА). Вы и ваш супруг (супруга) включены в одну и ту же программу, **но у одного из вас был открыт доступ к другому минимальному основному страховому покрытию, например, предоставляемому работодателем.**

ИНДИВИДУАЛ

ВЫ и СОЖИТЕЛЬ (СОЖИТЕЛЬНИЦА).* Вы и ваш сожитель (сожительница) подписаны на одну и ту же программу, но включены в разные группы покрытия.

ИНДИВИДУАЛ

ВЫ и РЕБЕНОК (ДЕТИ). Вы и ваш ребенок (дети) подписаны на одну и ту же программу.

ИНДИВИДУАЛ + ДЕТИ

ВЫ и РЕБЕНОК (ДЕТИ). Вы и ребенок подписаны на одну и ту же программу, **но у вашего ребенка был доступ к другому основному минимальному покрытию.**

ИНДИВИДУАЛ

ВЫ, СУПРУГ (СУПРУГА) и РЕБЕНОК (ДЕТИ).** Вы, ваш супруг (супруга) и ребенок (дети) подписаны на одну и ту же программу.

**СУПРУЖЕСКАЯ
ПАРА + ДЕТИ**

Только РЕБЕНОК. Ваш ребенок еще не достиг 21 года и подписан на свою собственную программу.

ТОЛЬКО РЕБЕНОК

*Если ваш сожитель (сожительница) является членом вашего налогового домохозяйства, вы можете использовать столбец «СУПРУЖЕСКАЯ ПАРА» вместо «ИНДИВИДУАЛ».

**Если ваш сожитель (сожительница) является членом вашего налогового домохозяйства, в данном случае вы также можете использовать столбец «СУПРУЖЕСКАЯ ПАРА + ДЕТИ».

Ежемесячные премиальные выплаты 2018 года по программам Second Lowest Cost Silver Plans (SLCSP) по видам страхового покрытия семьи

Тип покрытия:	Индивидуал	Супружеская пара	Дети-иждивенцы в возрасте младше 26 лет		Дети-иждивенцы в возрасте от 26 до 29 лет		Только один ребенок *младше 21 года
Округ			Индивидуал + ребенок (дети)	Супружеская пара + ребенок (дети)	Индивидуал + ребенок (дети)	Супружеская пара + ребенок (дети)	
Олбани	\$522.62	\$1,045.24	\$888.45	\$1,489.46	\$897.34	\$1,504.36	\$227.69
Аллегейни	\$520.91	\$1,041.82	\$885.55	\$1,484.59	\$899.89	\$1,508.63	\$229.65
Бронкс	\$509.30	\$1,018.60	\$865.81	\$1,451.51	\$892.63	\$1,496.47	\$210.10
Брум	\$599.92	\$1,199.84	\$1,019.86	\$1,709.76	\$1,039.23	\$1,742.25	\$254.61
Катарогас	\$520.91	\$1,041.82	\$885.55	\$1,484.59	\$899.89	\$1,508.63	\$229.65
Кайюга	\$599.92	\$1,199.84	\$1,019.86	\$1,709.76	\$1,039.23	\$1,742.25	\$265.36
Чатоква	\$520.91	\$1,041.82	\$885.55	\$1,484.59	\$899.89	\$1,508.63	\$229.65
Шиманг	\$599.92	\$1,199.84	\$1,019.86	\$1,709.76	\$1,039.23	\$1,742.25	\$270.40
Шенанго	\$570.71	\$1,141.43	\$970.21	\$1,626.53	\$979.91	\$1,642.80	\$248.65
Клинтон	\$575.29	\$1,150.58	\$978.00	\$1,639.59	\$987.78	\$1,655.98	\$254.29
Колумбия	\$522.62	\$1,045.24	\$888.45	\$1,489.46	\$897.34	\$1,504.36	\$227.69
Кортленд	\$599.92	\$1,199.84	\$1,019.86	\$1,709.76	\$1,039.23	\$1,742.25	\$265.36
Делавер	\$539.48	\$1,078.96	\$917.11	\$1,537.52	\$952.11	\$1,596.19	\$254.72
Датчесс	\$618.25	\$1,236.50	\$1,051.02	\$1,762.01	\$1,082.56	\$1,814.89	\$254.72
Эри	\$520.91	\$1,041.82	\$885.55	\$1,484.59	\$899.89	\$1,508.63	\$229.65
Эссекс	\$570.71	\$1,141.43	\$970.21	\$1,626.53	\$979.91	\$1,642.80	\$248.65
Франклин	\$570.71	\$1,141.43	\$970.21	\$1,626.53	\$979.91	\$1,642.80	\$248.65
Фултон	\$522.62	\$1,045.24	\$888.45	\$1,489.46	\$897.34	\$1,504.36	\$227.69
Дженеси	\$484.24	\$968.48	\$823.21	\$1,380.09	\$831.44	\$1,393.89	\$210.97
Грин	\$522.62	\$1,045.24	\$888.45	\$1,489.46	\$897.34	\$1,504.36	\$227.69
Хамильтон	\$570.71	\$1,141.43	\$970.21	\$1,626.53	\$979.91	\$1,642.80	\$248.65
Херкимер	\$570.71	\$1,141.43	\$970.21	\$1,626.53	\$979.91	\$1,642.80	\$254.29
Джефферсон	\$570.71	\$1,141.43	\$970.21	\$1,626.53	\$979.91	\$1,642.80	\$248.65
Кингс	\$509.30	\$1,018.60	\$865.81	\$1,451.51	\$892.63	\$1,496.47	\$210.10
Льюис	\$570.71	\$1,141.43	\$970.21	\$1,626.53	\$979.91	\$1,642.80	\$248.65
Ливингстон	\$449.12	\$898.23	\$763.49	\$1,279.98	\$774.68	\$1,298.73	\$195.66
Мэдисон	\$570.71	\$1,141.43	\$970.21	\$1,626.53	\$979.91	\$1,642.80	\$248.65
Монро	\$449.12	\$898.23	\$763.49	\$1,279.98	\$774.68	\$1,298.73	\$195.66
Монтгомери	\$526.81	\$1,053.61	\$895.57	\$1,501.40	\$904.53	\$1,516.42	\$232.87
Нассо	\$536.95	\$1,073.89	\$912.81	\$1,530.29	\$917.03	\$1,537.37	\$229.37

Тип покрытия:	Индивидуал	Супружеская пара	Дети-иждивенцы в возрасте младше 26 лет		Дети-иждивенцы в возрасте от 26 до 29 лет		Только ребенок *младше 21 года
Округ			Индивидуал + ребенок (дети)	Супружеская пара + ребенок (дети)	Индивидуал + ребенок (дети)	Супружеская пара + ребенок (дети)	
Нью-Йорк	\$509.30	\$1,018.60	\$865.81	\$1,451.51	\$892.63	\$1,496.47	\$210.10
Ниагара	\$520.91	\$1,041.82	\$885.55	\$1,484.59	\$899.89	\$1,508.63	\$229.65
Онейда	\$539.48	\$1,078.96	\$917.11	\$1,537.52	\$934.54	\$1,566.72	\$248.65
Онондага	\$576.12	\$1,152.23	\$979.40	\$1,641.93	\$998.01	\$1,673.14	\$265.36
Онтарио	\$449.12	\$898.23	\$763.49	\$1,279.98	\$774.68	\$1,298.73	\$195.66
Ориндж	\$618.25	\$1,236.50	\$1,051.02	\$1,762.01	\$1,082.56	\$1,814.89	\$254.72
Орлеанс	\$484.24	\$968.48	\$823.21	\$1,380.09	\$831.44	\$1,393.89	\$210.97
Осуго	\$570.71	\$1,141.43	\$970.21	\$1,626.53	\$979.91	\$1,642.80	\$248.65
Отсего	\$570.71	\$1,141.43	\$970.21	\$1,626.53	\$979.91	\$1,642.80	\$254.29
Патнам	\$618.25	\$1,236.50	\$1,051.02	\$1,762.01	\$1,082.56	\$1,814.89	\$254.72
Куинс	\$509.30	\$1,018.60	\$865.81	\$1,451.51	\$892.63	\$1,496.47	\$210.10
Ренсселер	\$522.62	\$1,045.24	\$888.45	\$1,489.46	\$897.34	\$1,504.36	\$227.69
Ричмонд	\$509.30	\$1,018.60	\$865.81	\$1,451.51	\$892.63	\$1,496.47	\$210.10
Рокленд	\$515.72	\$1,031.43	\$876.72	\$1,469.79	\$910.24	\$1,525.99	\$212.47
Саратога	\$522.62	\$1,045.24	\$888.45	\$1,489.46	\$897.34	\$1,504.36	\$227.69
Скенектади	\$522.62	\$1,045.24	\$888.45	\$1,489.46	\$897.34	\$1,504.36	\$227.69
Скохари	\$526.81	\$1,053.61	\$895.57	\$1,501.40	\$904.53	\$1,516.42	\$232.87
Скайлер	\$599.92	\$1,199.84	\$1,019.86	\$1,709.76	\$1,039.23	\$1,742.25	\$270.40
Сенека	\$449.12	\$898.23	\$763.49	\$1,279.98	\$774.68	\$1,298.73	\$195.66
Сент-Лоуренс	\$570.71	\$1,141.43	\$970.21	\$1,626.53	\$979.91	\$1,642.80	\$248.65
Стюбен	\$599.92	\$1,199.84	\$1,019.86	\$1,709.76	\$1,039.23	\$1,742.25	\$265.36
Саффолк	\$536.95	\$1,073.89	\$912.81	\$1,530.29	\$917.03	\$1,537.37	\$229.37
Салливан	\$618.25	\$1,236.50	\$1,051.02	\$1,762.01	\$1,082.56	\$1,814.89	\$254.72
Тайога	\$599.92	\$1,199.84	\$1,019.86	\$1,709.76	\$1,039.23	\$1,742.25	\$265.36
Томпкинс	\$609.09	\$1,218.18	\$1,035.46	\$1,735.91	\$1,045.82	\$1,753.26	\$270.40
Олстер	\$618.25	\$1,236.50	\$1,051.02	\$1,762.01	\$1,082.56	\$1,814.89	\$254.72
Уоррен	\$522.62	\$1,045.24	\$888.45	\$1,489.46	\$897.34	\$1,504.36	\$227.69
Вашингтон	\$522.62	\$1,045.24	\$888.45	\$1,489.46	\$897.34	\$1,504.36	\$227.69
Уэйн	\$449.12	\$898.23	\$763.49	\$1,279.98	\$774.68	\$1,298.73	\$195.66
Уэстчестер	\$515.72	\$1,031.43	\$876.72	\$1,469.79	\$910.24	\$1,525.99	\$212.47
Вайоминг	\$484.24	\$968.48	\$823.21	\$1,380.09	\$831.44	\$1,393.89	\$210.97
Йейтс	\$449.12	\$898.23	\$763.49	\$1,279.98	\$774.68	\$1,298.73	\$195.66

* Размер премиальной выплаты только на ребенка — это стоимость в расчете на одного ребенка, не более чем для троих детей, не достигших возраста 21 года. Если в домовладении, попадающем под покрытие, есть только один ребенок, используйте приведенный в списке размер ежемесячной премиальной выплаты. Если в домовладении только два ребенка попадают под покрытие, умножьте на два размер ежемесячной премии только ребенка. Если в домовладении три или более детей попадают под покрытие, умножьте на три размер ежемесячной премии только ребенка.

УВЕДОМЛЕНИЕ О ПОЛИТИКЕ НЕДОПУЩЕНИЯ ДИСКРИМИНАЦИИ

NY State of Health придерживается применимых федеральных законов о гражданских правах и не допускает в своих здравоохранительных программах и мероприятиях дискриминации по расовому признаку, цвету кожи, национальному происхождению, половому признаку, возрасту или дискриминации, связанной с ограниченными возможностями человека.

NY State of Health также придерживается применимых государственных законов и не допускает дискриминации по расовому признаку, цвету кожи, национальному происхождению, вероисповеданию/религиозным убеждениям, половому признаку, семейному статусу, ограниченным возможностям, на основе досье арестов, имеющейся судимости, половой идентичности, сексуальной ориентации, генетической предрасположенности, воинского статуса, статуса жертвы домашнего насилия и (или) карательных мер.

NY State of Health:

Предоставляет бесплатную помощь и услуги людям с ограниченными возможностями, чтобы они могли эффективно взаимодействовать с нами, например:

- телетайп в NY Relay Service;
- информацию в других форматах, таких как крупный шрифт, аудиозапись, доступные электронные и другие форматы.

Предоставляет бесплатные языковые услуги людям, чей родной язык не является английским, такие как:

- квалифицированный переводчик,
- письменная информация на других языках.

Если вам необходимы эти услуги или дополнительная информация, позвоните по телефону 1-855-355-5777 (телетайп 1-800-662-1220).

Если вы считаете, что в отношении вас допущена дискриминация со стороны NY State of Health, вы можете подать жалобу на сайте http://www.health.ny.gov/regulations/discrimination_complaints/ или позвонив по телефонам 518-473-1703 и 518-473-7883.

Вы можете также подать жалобу о нарушении гражданских прав в Министерство здравоохранения и социального обеспечения США (U.S. Department of Health and Human Services), Управление по гражданским правам (Office for Civil Rights), в электронном виде на сайте <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, написав в Министерство здравоохранения и социального обеспечения США по адресу 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201 или позвонив по телефону 800-368-1019 (телетайп 800-537-7697). Формы жалоб доступны на сайте hhs.gov/ocr/office/file/index.html.