



## 我们向您发送一份重要的税务文件

### 您或您的家人因购买 2017 年的健康保险而获取援助，您需要本税表来完成联邦纳税申报

您或您的家人因去年通过 NY State of Health 购买的健康计划而获取援助。它以报税“之前”*也就是说，您加入健康计划之前税收抵免的方式实现。*因此，RS 要求您提交联邦纳税申报表以及 IRS 税表 8962 以结算您 2017 年的纳税帐户。您可从 [www.irs.gov](http://www.irs.gov) 获取税表 8962，并使用所附的税表 1095-A 填写它。

---

#### 援助基于您的收入

您的预先税收抵免金额基于您的预估家庭收入以及您在加入之时提供的信息。在您完成 IRS 税表 8962 之时，您的总保费税收抵免金额将基于您的实际收入以及您所居住县的次低费用银色计划的费用。

**如果您的 IRS 税表 8962 的总保费税收抵免金额小于您的预先保费税收抵免金额，则您可能需要以提高纳税金额或降低退税的方式返回一部分税收抵免。**

**如果您的 IRS 税表 8962 的总保费税收抵免金额大于您的预先保费税收抵免金额，则您或许能以提高退税或降低纳税金额的方式获得更多财务援助。**

---

## 您务必要知道...

#### 为何您会收到其他税表

对于您本人或您的家人于 2017 年加入的每个铜牌、银牌、金牌或铂金健康计划，您均将收到一份税表 1095-A。如果您于 2017 年已对自己的 NY State of Health 保险作出更改，则将收到多份 1095-A 税表。将不针对灾难计划或 Medicaid、Child Health Plus 或 Essential Plan 计划发送税表 1095-A，因为这些计划没有资格获取税收抵免。

除了税表

1095-A，您可

能还将收到其

他重要税表。

即**税表 1095-**

**B 和税表**

**1095-C。**

**为何您会收到其他税表** (续) 如果您或您的家人于 2017 年的某一时间在纽约加入了 Medicaid、Child Health Plus 或 Essential Plan 计划，则您将从 New York State 收到税表 1095-B。如果您加入的是其他类型的保险 – 如灾难计划、Medicare 的 A 或 C 部分、美军卫生保健计划 (TRICARE)、由退伍军人事务署 (Department of Veterans Affairs) 提供的福利或某一雇主赞助的健康保险，则您将收到其他来源的税表 1095-B 或税表 1095-C。NY State of Health 只提供税表 1095-A，而不提供税表 1095-B 或税表 1095-C。

---

**如何获取援助** 如果您认为我们弄错了您的税表 1095-A，请尽快拨打 **1-855-766-7860** 致电 NY State of Health，以便我们纠正记录。

如对税表 1095-A 或税收抵免有任何疑问，**请访问**

**<http://info.nystateofhealth.ny.gov/TaxCredits>**，或拨打 **1-855-766-7860** 致电 NY State of Health，或**致电社区健康倡导热线 1-888-614-5400**。

有关已收到税表 1095-B 或 1095-C 的问题，请致电对应税表上的电话。

有关税表 8962 或其他税务问题，请访问：**[www.irs.gov](http://www.irs.gov)**。

## 无歧视政策通告

NY State of Health 遵守适用的联邦民权法，在其健康计划和活动中不因种族、肤色、国籍、性别、年龄或残疾歧视任何人。

NY State of Health 也遵守适用的州法律，不基于以下性质作出歧视：种族、肤色、国籍、信仰/宗教、性别、婚姻/家庭状况、残障、逮捕记录、犯罪判决、性别认同、性取向、发病基因特征、服役状况、家庭暴力受害人身份和/或报复历史。

NY State of Health :

为残障人士提供免费援助和服务，以便其有效与我们进行沟通，比如：

- TTY，通过 NY 中断服务。
- 其他形式的书面信息，比如，大字印刷、音频、可访问的电子格式和其他格式

向母语非英语的人士提供免费语言援助服务，比如：

- 合格的口译人员
- 其他语言的书面信息

如果您需要这些服务或需要更多信息，请联系 1-855-355-5777 (TTY 1-800-662-1220)。

如果您认为 NY State of Health 对您作出歧视，则可提交诉状，只需转至：

[http://www.health.ny.gov/regulations/discrimination\\_complaints/](http://www.health.ny.gov/regulations/discrimination_complaints/)，或致电 518-473-1703 或 518-473-7883。

您也可用电子方式向美国卫生与公共服务部民权办公室 (U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights) 提交民权诉状，其网址为：

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>，或通过邮件或电话联系美国卫生与公共服务部（其地址为：200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201，电话为 800-368-1019 (TTY 800-537-7697)）。诉状表单可从 [hhs.gov/ocr/office/file/index.html](https://hhs.gov/ocr/office/file/index.html) 获取。