



## 我们向您发送一份重要的税务文件

**您或您的家人未因购买健康保险而获得 2017 全年或部分月份的援助，您可能需要本税表来完成联邦纳税申报。**

您或您的家人于 2017 年通过 NY State of Health 购买健康保险，但未获取 2017 年全年或部分月份的援助。具体视乎您的收入，在纳税之时您仍可获取援助。援助将以税收抵免的形式实现。税收抵免也叫做保费税收抵免 (Premium Tax Credit, PTC)，它可提高您的退税或降低您 2017 年应缴的联邦个人所得税金额。

完成您的联邦个人所得税申报之后，请使用 IRS 税表 8962 确定是否可以获取援助。如果 IRS 税表 8962 显示您的收入高于联邦贫困水平 (Federal Poverty Line, FPL) 的 400%，则您没有资格获取援助。您可以通过 [www.irs.gov](http://www.irs.gov) 获取税表 8962。

---

### 以下讲述如何 获取援助

**如果您的收入等于或低于联邦贫困水平 (FPL) 的 400%，以下即为获取援助的方法。**完成联邦纳税申报之后，请使用随附的税表 1095-A 和保费图表填写 IRS 税表 8962。IRS 税表 8962 将显示您可获取的援助金额。

---

## 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。如果您在 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。

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) 提供的福利或雇主赞助的某份健康保险，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 您问题的答案

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、税收抵免或保税图表有任何疑问，**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)**。

---

## 如何使用随附图表在税表 8962 中找到您的每月次低费用银色计划 (SECOND LOWEST COST SILVER PLAN, SLCSP) 保费

### 步骤 1。

根据 2017 年您的家庭中依赖税收抚养子女的年龄确定应使用哪种表格。如果您在 2017 年没有任何依赖税收抚养子女或您的受抚养子女未满 26 岁，请使用表格 I。如果您在 2017 年依赖税收抚养子女的年龄介于 26 与 29 岁之间，请使用表格 II。

### 步骤 2。

找到您在 2017 年每个月份所居住的县。

### 步骤 3。

找到最能描述您的“投保家庭”的列标题。以下列表将帮助您找到正确的标题。您的投保家庭包括您的税收户籍中加入 NY State of Health 健康计划的每个人，但不包括有资格享有其他保险的任何人员，比如：Medicaid、Child Health Plus、Essential Plan、Medicare 的 A 部分或 C 部分、由退伍军人事务署 (Department of Veterans Affairs) 提供的福利和大部分雇主赞助的保险。

### 步骤 4。

在您所属县行的对应列中选择美元金额。该金额为每月 SLCSP 保费，适用于您所在县以及投保家庭。

如果您在该年遭遇任何变故，则可能每个月份的保费有所不同。如果您在 2017 年间从一个县

迁至另一个县，您必须为您居住过的每个县的每个月份选择每月保费。如果在 2017 年间您的投保家庭类型有变更，则您必须在对应列中为每个月选择保费。有关如何填写本税表的更多信息，请查阅 IRS 出版物 974 及 IRS 税表 8962 的说明。

## 您的投保 家庭包括 ...

## 使用列 ...

---

**您本人。** 您是您投保家庭中的唯一成员。

个人

---

**您和配偶。** 您和您的配偶属于同一个投保家庭。

夫妇

---

**您和配偶。** 您和您的配偶加入了相同的计划，**但您们其中一个人已获取其他“最低基本保险”(MEC)，比如，通过雇主购买的保险。**

个人

---

**您和同居伴侣\*。** 您和您的同居伴侣加入了**相同**的计划，但您们属于不同的投保家庭。

个人

---

**您和子女。** 您和子女均加入了相同的计划。

个人 + 子女

---

**您和一个子女。** 您和一个子女加入了相同的计划，**但您的子女已获得其他 MEC。**

个人

---

**您、配偶\*\*和子女。** 您、您的配偶和您的子女均加入了相同的计划。

夫妇 + 子女

---

**仅子女。** 您的子女未满 21 岁，并且加入了自己的计划。

仅子女

\*如果您的同居伴侣是您的税务户籍的一部分，则您可使用“夫妇”列，而不是“个人”列。

\*\*如果您的同居伴侣是您的税务户籍的一部分，则在此情况下，您也可使用“夫妇 + 子女”列。

**表 I：2017 年次低费用白银计划 (Second Lowest Cost Silver Plans, SLCSP) 月保费，按投保家庭类型划分**

\*如果您没有依赖税收抚养子女或如果您的保单上依赖税收抚养子女未满 26 岁，请使用此表格。

县	个人	夫妇	个人 + 子女	夫妇 + 子女	仅子女*
奥尔巴尼	440.32	880.63	748.54	1254.90	198.47
阿勒格尼	415.00	830.00	705.50	1182.75	180.22
布朗克斯	456.46	912.91	775.97	1300.90	188.06
布隆	513.26	1026.52	872.54	1462.78	227.85
卡特罗格斯	415.00	830.00	705.50	1182.75	180.22
卡尤加	513.26	1026.52	872.54	1462.78	231.36
肖托夸	415.00	830.00	705.50	1182.75	180.22
希芒	562.52	1125.03	956.27	1603.17	262.53
契南戈	481.04	962.08	817.77	1370.97	216.83
克林顿	496.57	993.14	844.17	1415.23	217.67
哥伦比亚	440.32	880.63	748.54	1254.90	198.47
科特兰	513.26	1026.52	872.54	1462.78	231.36
特拉华	522.14	1044.29	887.64	1488.11	227.94
达奇斯	553.26	1106.52	940.55	1576.79	227.94
伊利	396.98	793.96	674.86	1131.40	180.22
埃塞克斯	481.04	962.08	817.77	1370.97	216.83
富兰克林	481.04	962.08	817.77	1370.97	216.83
富尔顿	440.32	880.63	748.54	1254.90	198.47
杰纳西	408.10	816.20	693.77	1163.08	180.22
格林	440.32	880.63	748.54	1254.90	198.47
汉密尔顿	481.04	962.08	817.77	1370.97	216.83
赫基默	496.57	993.14	844.17	1415.23	217.67
杰斐逊	481.04	962.08	817.77	1370.97	216.83
国王	456.46	912.91	775.97	1300.90	188.06
刘易斯	481.04	962.08	817.77	1370.97	216.83
利文斯顿	390.79	781.58	664.34	1113.76	170.64
麦迪逊	481.04	962.08	817.77	1370.97	216.83
门罗	390.79	781.58	664.34	1113.76	170.64

蒙哥马利	454.53	909.07	772.71	1295.42	199.24
纳苏	453.37	906.77	770.75	1292.15	186.80
纽约	456.46	912.91	775.97	1300.90	188.06
尼亚加拉	396.98	793.96	674.86	1131.40	180.22

\*仅子女每月保费金额是未满 21 岁的每个子女的每月保费。如果投保家庭中只有一个子女，请使用所列的每月保费金额。如果投保家庭中有两个子女，请将仅子女每月保费金额乘以二。

(续)

县	个人	夫妇	个人 + 子女	夫妇 + 子女	仅子女*
奥奈达	481.04	962.08	817.77	1370.97	216.83
奥内达加	513.26	1026.52	872.54	1462.78	231.36
安大略	390.79	781.58	664.34	1113.76	170.64
奥兰治	470.66	941.33	800.13	1341.39	204.74
奥尔良	408.10	816.20	693.77	1163.08	180.22
奥斯威戈	481.04	962.08	817.77	1370.97	216.83
奥齐戈	496.57	993.14	844.17	1415.23	217.67
帕特南	553.26	1106.52	940.55	1576.79	227.94
皇后	456.46	912.91	775.97	1300.90	188.06
伦斯勒	440.32	880.63	748.54	1254.90	198.47
里士满	456.46	912.91	775.97	1300.90	188.06
洛克兰	461.49	922.98	784.54	1315.25	190.13
圣劳伦斯	481.04	962.08	817.77	1370.97	216.83
萨拉托加	440.32	880.63	748.54	1254.90	198.47
斯克内克塔迪	440.32	880.63	748.54	1254.90	198.47
斯科哈里	454.53	909.07	772.71	1295.42	199.24
斯凯勒	562.52	1125.03	956.27	1603.17	262.53
塞内卡	390.79	781.58	664.34	1113.76	170.64
斯图本	513.26	1026.52	872.54	1462.78	231.36
苏福克	453.37	906.77	770.75	1292.15	186.80
沙利文	553.26	1106.52	940.55	1576.79	227.94
泰奥加	513.26	1026.52	872.54	1462.78	231.36
汤普金斯	529.83	1059.65	900.71	1510.01	232.25

阿尔斯特	566.06	1132.13	962.30	1613.28	255.15
沃伦	440.32	880.63	748.54	1254.90	198.47
华盛顿	440.32	880.63	748.54	1254.90	198.47
韦恩	390.79	781.58	664.34	1113.76	170.64
威彻斯特	461.49	922.98	784.54	1315.25	190.13
怀俄明	408.10	816.20	693.77	1163.08	180.22
耶茨	390.79	781.58	664.34	1113.76	170.64

\*仅子女每月保费金额是未满 21 岁的每个子女的每月保费。如果投保家庭中只有一个子女，请使用所列的每月保费金额。如果投保家庭中有两个子女，请将仅子女每月保费金额乘以二。

**表 II：2017 年次低费用白银计划 (Second Lowest Cost Silver Plans, SLCSP) 每月保费，按投保家庭类型划分（依赖税收抚养子女年龄在 26-29 岁之间的家庭）**

\*如果您的保单上有依赖税收抚养子女年龄在 26-29 岁之间，请使用此表格

县	个人 + 子女	夫妇 + 子女	县	个人 + 子女	夫妇 + 子女
奥尔巴尼	775.09	1299.40	尼亚加拉	682.84	1144.76
阿勒格尼	713.85	1196.74	奥奈达	825.95	1384.68
布朗克斯	808.07	1354.70	奥内达加	881.27	1477.41
布隆	881.27	1477.41	安大略	670.98	1124.90
卡特罗格斯	713.85	1196.74	奥尔治	865.84	1451.55
卡尤加	881.27	1477.41	奥尔良	700.71	1174.71
肖托夸	713.85	1196.74	奥斯威戈	825.95	1384.68
希芒	974.45	1633.64	奥齐戈	852.60	1429.38
契南戈	825.95	1384.68	帕特南	968.76	1624.11
克林顿	852.60	1429.38	皇后	808.07	1354.70
哥伦比亚	775.09	1299.40	伦斯勒	775.09	1299.40
科特兰	881.27	1477.41	里士满	808.07	1354.70
特拉华	904.51	1516.37	洛克兰	814.77	1365.93
达奇斯	968.76	1624.11	圣劳伦斯	825.95	1384.68

伊利	682.84	1144.76	萨拉托加	775.09	1299.40
埃塞克斯	825.95	1384.68	斯克内克塔迪	775.09	1299.40
富兰克林	825.95	1384.68	斯科哈里	780.44	1308.38
富尔顿	775.09	1299.40	斯凯勒	974.45	1633.64
杰纳西	700.71	1174.71	塞内卡	670.98	1124.90
格林	775.09	1299.40	斯图本	881.27	1477.41
汉密尔顿	825.95	1384.68	苏福克	796.30	1334.96
赫基默	852.60	1429.38	沙利文	968.76	1624.11
杰斐逊	825.95	1384.68	泰奥加	881.27	1477.41
国王	808.07	1354.70	汤普金斯	909.72	1525.11
刘易斯	825.95	1384.68	阿尔斯特	971.92	1629.41
利文斯顿	670.98	1124.90	沃伦	775.09	1299.40
麦迪逊	825.95	1384.68	华盛顿	775.09	1299.40
门罗	670.98	1124.90	韦恩	670.98	1124.90
蒙哥马利	780.44	1308.38	威彻斯特	814.77	1365.93
纳苏	796.30	1334.96	怀俄明	700.71	1174.71
纽约	808.07	1354.70	耶茨	670.98	1124.90

## 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。