



## 我们为您寄来一份重要的税务文件

您或您的家庭成员在 **2018** 年享受了医疗保险援助，您可能需要本税表来完成联邦纳税申报。

您或您的家庭成员享受了由您在去年通过 **NY State of Health** 购买的医疗计划。这笔医疗援助的形式是报税“之前”的税收抵免- 即在您参加健康计划时。因此，美国国家税务局 (**IRS**) 要求您提交 **IRS** 税表 **8962** 以及您的联邦纳税申报表以结算您 **2018** 年的纳税账户。您可以通过 **www.irs.gov** 来获取税表 **8962**，并且要使用随附的税表 **1095-A** 来填写该税表。

---

### 援助取决于您的个人收入状况

预付保险费税收抵免金额取决于您参加计划时的预估家庭收入及您提供的的相关信息。在填写 **IRS** 税表 **8962** 时，最终保险费税收抵免将以您的实际收入以及您所居住县的次低费用银计划的费用为准。

如果 **IRS** 税表 **8962** 中的最终保险费税收抵免低于您的预付保险费税收抵免，则您可能必须以多缴纳税款或少退税的形式退还部分税收抵免。

如果 **IRS** 税表 **8962** 中的最终保险费税收抵免高于您的预付保险费税收抵免，则您能以少缴纳税款或多退税的形式享受更多医疗援助。

---

### 您务必要知道...

#### 为什么您可能会收到其他援助税表

对于您本人或您的家人于 **2018** 年年参加的每个铜牌、银牌、金牌或铂金健康计划，您均会收到一份 **1095-A** 税表。如果您在 **2018** 年已对自己的 **NY State of Health** 保险作出更改，则会收到多份税表 **1095-A**。**1095-A** 税表的寄送对象不包含灾难计划或 **Medicaid**、**Child Health Plus** 或 **Essential Plan** 计划，因为这些计划没有资格享受税收抵免。

除了税表 **1095-A**，您可能还会收到其他重要税表，即税表 **1095-B** 和 **1095-C**。

为什么您可能会  
收到其他援助  
税表续

如果您或您的家人于 2018 年的某一时间在纽约参加了 Medicaid、Child Health Plus 或 Essential Plan 计划，则您会从纽约州收到税表 1095-B。如果您参加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，则您将收到其他地方寄送的税表 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。

---

如何获得  
帮助

如果您认为您的税表 1095-A 有误，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>**，拨打 **1-855-766-7860** 致电 NY State of Health，或者拨打社区健康倡导热线 **1-888-614-5400**。

如对已收到的税表 1095-B 或 1095-C 存在疑问，请致电<1>对应税表上的电话。

如对税表 8962 或其他税务相关问题存在疑问，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，不基于以下情况而有所歧视：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，以便与我们进行有效沟通，例如：

- TTY，通过 NY 中断服务
- 其他形式的书面信息，例如大字印刷、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，例如：

- 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。

您也可以通过网站<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> 以电子方式向美国卫生与公众服务部的民权办公室提出民权投诉，或者通过信函或电话投诉，地址：Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C.20201；电话 800-368-1019 (TTY 800-537-7697)。可从网站上下载投诉表格，网址是[hhs.gov/ocr/office/file/index.html](https://hhs.gov/ocr/office/file/index.html)。