



## 我们向您发送一份重要的税务文件

您或您的家人购买了健康保险但未因此而获得 **2020** 年全部或部分保险支付援助，您可能需要本表单来完成联邦纳税申报

您或您的家人于 2020 年通过 NY State of Health 购买健康保险，但未获得 2020 年全部或部分保险支付援助。根据您的收入，在纳税时您仍可获取财务援助。援助将以税收抵免的形式提供。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 2020 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 确定您是否可以获得援助。如果 IRS 税表 8962 显示您的收入高于联邦贫困线 (Federal Poverty Line, FPL) 的 400%，则您没有资格获得援助。您可以通过 [www.irs.gov](http://www.irs.gov) 获取税表 8962。

---

以下说明如何获得援助 如果您的收入等于或低于联邦贫困水平 (FPL) 的 400%，以下即为获得援助的方法。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 将显示您可获得的援助金额。

---

## 您务必要知道.....

**为何您会收到其他表单** 对于您本人或您的家人于 2020 年加入的每个青铜、白银、黄金或白金健康计划，您均将收到一份税表 1095-A。如果您已于 2020 年对自己的 NY State of Health 保险作出更改，则将收到多份税表 1095-A。将不针对灾难计划、Medicaid、Child Health Plus 或 Essential Plan 发送税表 1095-A，因为这些计划不符合税收抵免资格。

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 2020 年在纽约加入了 Medicaid、Child Health Plus 或 Essential Plan，您可能会收到纽约州发来的税表 1095-B。如果您加入的是其他类型的保险 – 如灾难计划、Medicare Part A 或 C、TRICARE、由 Department of Veterans Affairs 提供的福利或某个雇主赞助的健康保险，则您可能会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。

**如何获取问题答案** 如果您认为您的税表 1095-A 有误，请尽快致电 **1-855-766-7860** 与 NY State of Health 联系，以便我们更正记录。

如果您对税表 1095-A、税收抵免或随附的保费图表有任何疑问，请访问 <http://info.nystateofhealth.ny.gov/TaxCredits>、致电 **1-855-766-7860** 联系 NY State of Health 或致电社区健康倡导热线 **1-888-614-5400**。

如果您对已收到税表 1095-B 或 1095-C 有疑问，请致电税表上的电话。

有关税表 8962 或其他税务相关的疑问，请访问 [www.irs.gov](http://www.irs.gov)。

---

## 如何使用随附图表找到税表 8962 所需的次低费用白银计划 (SECOND LOWEST COST SILVER PLAN, SLCSP) 月保费

### 步骤 1。

找出您在 2020 年每个月份所居住的县。

### 步骤 2。

找到最符合您投保家庭类型的列标题。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 合格健康计划的每个人，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 Part A 或 C、TRICARE、由 Department of Veterans Affairs 提供的福利和大部分雇主赞助的保险。

### 步骤 3。

选择您所在县对应列中的美元金额。该金额是适用于您所在县和投保家庭当月的 SLCSP 月保费。

如果您在 2020 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月保费。如果 2020 年间您的投保家庭类型有变更，您必须选择每个月的保费。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.....

## 应使用的列.....

---

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。

夫妇或同居伴侣

---

您和配偶。您和您的配偶加入了相同的计划，但你们其中一个人已获得其他最低基本保险，比如雇主提供的保险。

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。您和您的子女加入了相同的计划。

个人 + 子女

---

您和一个或多个子女。您和一个子女加入了相同的计划，但您的子女已获得其他最低基本保险。

个人

---

您、配偶\*\*和子女。您、您的配偶和您的子女加入了相同的计划。

夫妇 + 子女

---

仅一个子女。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。

2020 年次低费用白银计划 (SLCSP) 月保费，按投保家庭类型划分

投保类型:			26 岁以下的受抚养子女		26-29 岁的受抚养子女		
县	个人	夫妇或同居伴侣	个人 + 子女	夫妇或同居伴侣 + 一个或多个子女	个人 + 子女	夫妇或同居伴侣 + 一个或多个子女	仅一个 * 21 岁以下的子女
Albany	\$568.17	\$1,136.34	\$965.89	\$1,619.28	\$1,006.28	\$1,668.21	\$257.80
Allegany	\$498.38	\$996.76	\$847.31	\$1,420.50	\$889.62	\$1,491.42	\$246.65
Bronx	\$619.08	\$1,238.16	\$1,052.44	\$1,764.39	\$1,085.07	\$1,819.09	\$255.06
Broome	\$571.74	\$1,143.48	\$971.96	\$1,629.46	\$1,020.56	\$1,710.94	\$288.32
Cattaraugus	\$498.38	\$996.76	\$847.31	\$1,420.50	\$889.62	\$1,491.42	\$246.65
Cayuga	\$571.74	\$1,143.48	\$971.96	\$1,629.46	\$1,020.56	\$1,710.94	\$305.15
Chautauqua	\$498.38	\$996.76	\$847.31	\$1,420.50	\$889.62	\$1,491.42	\$246.65
Chemung	\$571.74	\$1,143.48	\$971.96	\$1,629.46	\$1,020.56	\$1,710.94	\$329.97
Chenango	\$549.69	\$1,099.38	\$934.47	\$1,566.62	\$981.19	\$1,644.93	\$286.22
Clinton	\$639.63	\$1,279.26	\$1,108.65	\$1,845.13	\$1,113.79	\$1,853.75	\$285.00
Columbia	\$568.17	\$1,136.34	\$965.89	\$1,619.28	\$1,007.56	\$1,673.15	\$257.80
Cortland	\$571.74	\$1,143.48	\$971.96	\$1,629.46	\$1,020.56	\$1,710.94	\$305.15
Delaware	\$650.40	\$1,300.80	\$1,105.68	\$1,853.64	\$1,160.96	\$1,946.32	\$325.11
Dutchess	\$650.44	\$1,300.88	\$1,105.75	\$1,853.75	\$1,161.05	\$1,946.46	\$325.11
Erie	\$498.38	\$996.76	\$847.31	\$1,420.50	\$879.85	\$1,458.91	\$246.65
Essex	\$549.69	\$1,099.38	\$934.47	\$1,566.62	\$981.19	\$1,644.93	\$277.71
Franklin	\$549.69	\$1,099.38	\$934.47	\$1,566.62	\$981.19	\$1,644.93	\$286.22
Fulton	\$568.17	\$1,136.34	\$965.89	\$1,619.28	\$1,012.46	\$1,683.09	\$260.72
Genesee	\$498.38	\$996.76	\$847.31	\$1,420.50	\$889.62	\$1,491.42	\$245.52
Greene	\$568.17	\$1,136.34	\$965.89	\$1,619.28	\$1,012.46	\$1,683.09	\$260.72
Hamilton	\$549.69	\$1,099.38	\$934.47	\$1,566.62	\$981.19	\$1,644.93	\$286.22
Herkimer	\$646.47	\$1,292.94	\$1,109.94	\$1,849.20	\$1,115.08	\$1,857.82	\$302.07
Jefferson	\$549.69	\$1,099.38	\$934.47	\$1,566.62	\$981.19	\$1,644.93	\$300.85
Kings	\$619.08	\$1,238.16	\$1,052.44	\$1,764.39	\$1,085.07	\$1,819.09	\$255.06
Lewis	\$549.69	\$1,099.38	\$934.47	\$1,566.62	\$981.19	\$1,644.93	\$302.07
Livingston	\$522.37	\$1,044.75	\$898.67	\$1,495.53	\$907.22	\$1,509.87	\$230.09
Madison	\$549.69	\$1,099.38	\$934.47	\$1,566.62	\$981.19	\$1,644.93	\$286.22
Monroe	\$516.91	\$1,033.83	\$897.69	\$1,491.05	\$906.24	\$1,505.39	\$228.98

投保类型:			26岁以下的受抚养子女		26-29岁的受抚养子女		
县	个人	夫妇或同居伴侣	个人 + 子女	夫妇或同居伴侣 + 一个或多个子女	个人 + 子女	夫妇或同居伴侣 + 一个或多个子女	仅一个 * 21岁以下的子女
Montgomery	\$576.09	\$1,152.19	\$1,002.93	\$1,665.39	\$1,007.56	\$1,673.15	\$269.42
Nassau	\$584.86	\$1,169.72	\$994.26	\$1,666.85	\$1,043.99	\$1,750.21	\$262.73
New York	\$619.08	\$1,238.16	\$1,052.44	\$1,764.39	\$1,085.07	\$1,819.09	\$255.06
Niagara	\$498.38	\$996.76	\$847.31	\$1,420.50	\$879.85	\$1,458.91	\$246.65
Oneida	\$549.69	\$1,099.38	\$934.47	\$1,566.62	\$981.19	\$1,644.93	\$285.00
Onondaga	\$571.74	\$1,143.48	\$971.96	\$1,629.46	\$1,020.56	\$1,710.94	\$305.38
Ontario	\$516.91	\$1,033.83	\$897.69	\$1,491.05	\$906.24	\$1,505.39	\$228.98
Orange	\$650.44	\$1,300.88	\$1,105.75	\$1,853.75	\$1,161.05	\$1,946.46	\$325.11
Orleans	\$498.42	\$996.84	\$847.31	\$1,420.50	\$889.62	\$1,491.42	\$246.30
Oswego	\$549.69	\$1,099.38	\$934.47	\$1,566.62	\$981.19	\$1,644.93	\$300.62
Otsego	\$646.47	\$1,292.94	\$1,109.94	\$1,849.20	\$1,115.08	\$1,857.82	\$302.07
Putnam	\$650.44	\$1,300.88	\$1,105.75	\$1,853.75	\$1,161.05	\$1,946.46	\$325.11
Queens	\$619.08	\$1,238.16	\$1,052.44	\$1,764.39	\$1,085.07	\$1,819.09	\$255.06
Rensselaer	\$568.17	\$1,136.34	\$965.89	\$1,619.28	\$1,006.28	\$1,668.21	\$255.99
Richmond	\$619.08	\$1,238.16	\$1,052.44	\$1,764.39	\$1,085.07	\$1,819.09	\$255.06
Rockland	\$621.82	\$1,243.64	\$1,057.09	\$1,772.19	\$1,109.96	\$1,860.82	\$271.18
Saratoga	\$568.17	\$1,136.34	\$965.89	\$1,619.28	\$1,007.56	\$1,673.15	\$257.80
Schenectady	\$568.17	\$1,136.34	\$965.89	\$1,619.28	\$1,006.28	\$1,668.21	\$257.80
Schoharie	\$577.89	\$1,155.79	\$1,007.83	\$1,675.33	\$1,012.46	\$1,683.09	\$272.34
Schuyler	\$571.74	\$1,143.48	\$971.96	\$1,629.46	\$1,020.56	\$1,710.94	\$331.28
Seneca	\$522.37	\$1,044.75	\$898.67	\$1,495.53	\$907.22	\$1,509.87	\$230.09
St Lawrence	\$549.69	\$1,099.38	\$934.47	\$1,566.62	\$981.19	\$1,644.93	\$302.07
Steuben	\$571.74	\$1,143.48	\$971.96	\$1,629.46	\$1,020.56	\$1,710.94	\$306.69
Suffolk	\$584.86	\$1,169.72	\$994.26	\$1,666.85	\$1,043.99	\$1,750.21	\$262.73
Sullivan	\$650.44	\$1,300.88	\$1,105.75	\$1,853.75	\$1,161.05	\$1,946.46	\$325.11
Tioga	\$571.74	\$1,143.48	\$971.96	\$1,629.46	\$1,020.56	\$1,710.94	\$289.63
Tompkins	\$672.93	\$1,345.85	\$1,162.59	\$1,935.90	\$1,183.88	\$1,971.59	\$329.74
Ulster	\$650.44	\$1,300.88	\$1,105.75	\$1,853.75	\$1,161.05	\$1,946.46	\$325.11
Warren	\$568.17	\$1,136.34	\$965.89	\$1,619.28	\$1,007.56	\$1,673.15	\$257.80
Washington	\$568.17	\$1,136.34	\$965.89	\$1,619.28	\$1,012.46	\$1,683.09	\$260.72
Wayne	\$522.37	\$1,044.75	\$898.67	\$1,495.53	\$907.22	\$1,509.87	\$230.09
Westchester	\$621.82	\$1,243.64	\$1,057.09	\$1,772.19	\$1,109.87	\$1,860.67	\$257.01
Wyoming	\$498.42	\$996.84	\$847.31	\$1,420.50	\$889.62	\$1,491.42	\$246.30
Yates	\$522.37	\$1,044.75	\$898.67	\$1,495.53	\$907.22	\$1,509.87	\$230.09

\* “仅一个子女”月保费是指每个未满 21 岁子女的费用，但最多只计入三个子女。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“仅一个子女”月保费金额乘以二。如果投保家庭有三个及三个以上的子女，则将“仅一个子女”月保费金额乘以三。

## 非歧视政策声明

**NY State of Health** 遵守适用的联邦民权法和州法律，不得因种族、肤色、原国籍、信仰/宗教、性别、年龄、婚姻/家庭状况、残障、怀孕相关情况、刑事逮捕记录、定罪记录、性别认同、性取向、先天遗传特征、服役状况、家庭暴力受害者身份和/或报复行为而歧视他人。

如果您认为 **NY State of Health** 歧视您，您可以访问 [www.health.ny.gov/regulations/discrimination\\_complaints/](http://www.health.ny.gov/regulations/discrimination_complaints/) 或发送电子邮件至 **Diversity Management Office (DMO@health.ny.gov)** 提出投诉。

您也可用电子方式向 **U.S. Department of Health and Human Services** 的 **Office for Civil Rights** 提交民权投诉，网址为 <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf> 或通过邮寄或电话方式联系 **U.S. Department of Health and Human Services**，地址为 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201，电话为 1-800-368-1019（TTY: 1-800-537-7697）。可通过网址 [www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html) 获取投诉表格。

## 便利措施

**NY State of Health** 为残障人士提供免费援助和服务，以便其与我们进行有效沟通，比如：

- 通过纽约转接服务 (**New York Relay Service**) 提供 TTY 服务
- 如果您是失明或视力严重受损人士，并且需要其他格式（大字印刷版本、音频或数据 CD 或盲文）的通知或其他书面资料，请联系 1-855-355-5777（TTY: 1-800-662-1220）。

**NY State of Health** 还为主要语言为非英语的人士提供免费的语言协助服务，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更多有关合理便利措施的信息，请致电 1-855-355-5777（TTY: 1-800-662-1220）。