



LE ESTAMOS ENVIANDO UN DOCUMENTO FISCAL IMPORTANTE

Usted o un miembro de su familia no recibió ayuda para pagar el seguro médico de parte o todo el 2017 y podría necesitar este formulario para su declaración de impuestos federal

Usted o un miembro de su familia obtuvo un seguro médico a través del NY State of Health en 2017, pero no obtuvo ayuda para pagar parte o todo en el 2017. Dependiendo de sus ingresos, usted todavía puede obtener ayuda en la época de impuestos. La ayuda tendrá la forma de un crédito fiscal (también llamado crédito de fiscal por primas o PTC) que podría aumentar su reembolso o disminuir la cantidad que debe pagar por los impuestos federales sobre la renta de 2017.

Al completar su declaración de impuestos federal, use el formulario 8962 de IRS para determinar si puede obtener esta ayuda. Si el formulario 8962 de IRS le indica que su ingreso es superior al 400 % del nivel federal de pobreza (FPL), no califica para recibir ayuda. Puede obtener el formulario 8962 de IRS en www.irs.gov.

ESTA ES LA FORMA COMO PUEDE OBTENER AYUDA

Si su ingreso es igual o inferior al 400 % del nivel federal de pobreza (FPL), esta es la forma de obtener ayuda. Al completar su declaración de impuestos federal, llene el formulario 8962 de IRS utilizando el formulario 1095-A adjunto y uno de los cuadros de primas adjunto. El formulario 8962 le indicará cuánta ayuda puede obtener.

ES IMPORTANTE QUE USTED SEPA...

POR QUÉ PODRÍA RECIBIR OTROS FORMULARIOS

Recibirá un formulario 1095-A por cada plan de salud Bronce (Bronze), Plata (Silver), Oro (Gold) y Platino (Platinum) en que esté inscrito usted o un miembro de su familia en 2017. Recibirá más de un formulario 1095-A si realizó cambios en su cobertura en NY State of Health durante 2017. El formulario 1095-A no se envía para los planes catastróficos, Medicaid, planes Child Health Plus ni planes Esencial (Essential) porque estos planes no son elegibles para los créditos fiscales.

Aparte del formulario 1095-A, es posible que reciba otros formularios fiscales importantes. Estos son los formularios 1095-B y 1095-C.

Si usted o un miembro de la familia estuvo inscrito en los planes de Medicaid, Child Health Plus o Essential en Nueva York en algún momento de 2017, recibirá el formulario 1095-B del estado de Nueva York. Si estuvo inscrito en otros tipos de cobertura tales como un plan catastrófico, las Partes A y C de Medicare, TRICARE, beneficios del Department of Veterans Affairs o algún seguro de salud patrocinado por el empleador recibirá el formulario 1095-B o el formulario 1095-C de otras

fuentes. El NY
State of Health
solo
proporciona el
formulario
1095-A y no
proporciona el
formulario
1095-B ni el
formulario
1095-C.

**CÓMO
OBTENER
RESPUESTAS
A SUS
PREGUNTAS**

Si usted considera que cometimos un error en su formulario 1095-A, llame al NY State of Health **tan pronto como sea posible, al 1-855-766-7860** para que hagamos la corrección en el registro.

Si tiene alguna pregunta sobre el formulario 1095-A, el crédito fiscal o el cuadro de primas, **visite <http://info.nystateofhealth.ny.gov/TaxCredits>, llame a NY State of Health al 1-855-766-7860 o llame a la Línea de Ayuda de Community Health Advocates al 1-888-614-5400.**

Si tiene alguna pregunta acerca de los formularios 1095-B o 1095-C que recibió, llame al número que se indica en los formularios.

Si tiene preguntas sobre el formulario 8962 de IRS u otras preguntas relacionadas con impuestos, visite **www.irs.gov**.

CÓMO UTILIZAR LOS CUADROS ADJUNTOS PARA DETERMINAR LA PRIMA MENSUAL DEL PLAN SILVER CON SEGUNDO COSTO MÁS BAJO (SLCSP) PARA EL FORMULARIO 8962

Paso 1.

Determine qué tabla debe utilizar según las edades de los hijos dependientes fiscales de su grupo familiar en 2017. Utilice la Tabla I si no tiene ningún hijo dependiente fiscal en 2017 o si sus hijos dependientes tenían menos de 26 años. Utilice la Tabla II si tenía hijos dependientes entre 26 y 29 años de edad en 2017.

Paso 2.

Encuentre el condado en el que vivió durante cada mes de 2017

Paso 3.

Encuentre el encabezado de la columna (horizontalmente) que describa mejor su “familia de cobertura”. La siguiente lista le ayudará a encontrar el encabezado correcto. Su familia de cobertura incluye a todas las personas de su familia fiscal que están inscritas en un plan de salud de NY State of Health y excluye a todas las personas que eran elegibles para obtener otra cobertura, por ejemplo: Los beneficios de Medicaid, Child Health Plus, Essential Plan, las Partes A o C de Medicare, TRICARE, beneficios del Departamento de Asuntos de Veteranos (Department of Veterans Affairs) y la mayor parte de la cobertura patrocinada por empleadores.

Paso 4.

Seleccione el monto en dólares en la columna de la fila del condado. Este monto es la prima mensual de SLCSP que corresponde a su condado y a la familia de cobertura, cada mes.

Si hubo un cambio durante el año, podrían aparecer diferentes primas para distintos meses. Si se mudó de un condado a otro durante 2017, debe seleccionar la prima mensual de cada mes que vivió en cada condado. Y si su familia de cobertura cambió durante 2017, debe seleccionar la prima en la columna correspondiente para cada mes. Para obtener más información sobre cómo llenar este formulario, lea la publicación 974 de IRS y las instrucciones del formulario 8962 de IRS.

SU FAMILIA DE COBERTURA INCLUYE A...

USE LA COLUMNA...

USTED. Usted es la única persona en su familia de cobertura.

INDIVIDUAL

USTED más SU CÓNYUGE. Usted y su cónyuge están en la misma familia de cobertura.

PAREJA

USTED más SU CÓNYUGE. Usted y su cónyuge están inscritos en el mismo plan, **pero uno de ustedes tuvo acceso a otra “cobertura esencial mínima” (MEC), como un seguro obtenido a través de su empleador.**

INDIVIDUAL

USTED más SU PAREJA EN UNIÓN LIBRE.* Usted y su pareja en unión libre están inscritos en el **mismo** plan, pero están en diferentes familias de cobertura.

INDIVIDUAL

USTED más SU(S) HIJO(S). Usted y su(s) hijo(s) están inscritos en el mismo plan.

INDIVIDUAL + HIJOS

USTED más un HIJO. Usted y su hijo están inscritos en el mismo plan, **pero su hijo tuvo acceso a otra MEC.**

INDIVIDUAL

USTED, SU CÓNYUGE más SU(S) HIJO(S).** Usted, su cónyuge y su(s) hijo(s) están inscritos en el mismo plan.

PAREJA + HIJOS

Un HIJO solamente. Su hijo es menor de 21 años de edad y está inscrito en su propio plan.

SOLAMENTE HIJO

*Si su pareja en unión libre es parte de su familia fiscal, puede utilizar la columna “PAREJA” en lugar de la columna “INDIVIDUAL”.

**Si su pareja en unión libre es parte de su familia fiscal, puede utilizar la columna “PAREJA+HIJOS” en este escenario.

Tabla I: Primas mensuales de 2017 para los planes Plata (Silver) (Second Lowest Cost Silver Plans, SLCSF), por tipo de familia de cobertura

*UTILICE ESTA TABLA SI NO TIENE HIJOS DEPENDIENTES PARA FINES FISCALES O SI EN SU PÓLIZA TIENE HIJOS DEPENDIENTES MENORES DE 26 AÑOS DE EDAD.

CONDADO	Individual	Pareja	Individual + hijo(s)	Pareja + hijo(s)	Solamente hijo*
Albany	440.32	880.63	748.54	1254.90	198.47
Allegany	415.00	830.00	705.50	1182.75	180.22
Bronx	456.46	912.91	775.97	1300.90	188.06
Broome	513.26	1026.52	872.54	1462.78	227.85
Cattaraugus	415.00	830.00	705.50	1182.75	180.22
Cayuga	513.26	1026.52	872.54	1462.78	231.36
Chautauqua	415.00	830.00	705.50	1182.75	180.22
Chemung	562.52	1125.03	956.27	1603.17	262.53
Chenango	481.04	962.08	817.77	1370.97	216.83
Clinton	496.57	993.14	844.17	1415.23	217.67
Columbia	440.32	880.63	748.54	1254.90	198.47
Cortland	513.26	1026.52	872.54	1462.78	231.36
Delaware	522.14	1044.29	887.64	1488.11	227.94
Dutchess	553.26	1106.52	940.55	1576.79	227.94
Erie	396.98	793.96	674.86	1131.40	180.22
Essex	481.04	962.08	817.77	1370.97	216.83
Franklin	481.04	962.08	817.77	1370.97	216.83
Fulton	440.32	880.63	748.54	1254.90	198.47
Genesee	408.10	816.20	693.77	1163.08	180.22
Greene	440.32	880.63	748.54	1254.90	198.47
Hamilton	481.04	962.08	817.77	1370.97	216.83
Herkimer	496.57	993.14	844.17	1415.23	217.67
Jefferson	481.04	962.08	817.77	1370.97	216.83
Kings	456.46	912.91	775.97	1300.90	188.06
Lewis	481.04	962.08	817.77	1370.97	216.83
Livingston	390.79	781.58	664.34	1113.76	170.64
Madison	481.04	962.08	817.77	1370.97	216.83
Monroe	390.79	781.58	664.34	1113.76	170.64
Montgomery	454.53	909.07	772.71	1295.42	199.24
Nassau	453.37	906.77	770.75	1292.15	186.80
New York	456.46	912.91	775.97	1300.90	188.06
Niagara	396.98	793.96	674.86	1131.40	180.22

* El monto mensual de la prima solo para hijos es el costo por hijo, para hijos que aún no cumplen 21 años de edad. Si solo un hijo está en el grupo familiar de la cobertura, use el monto de la prima mensual que indica la lista. Si solo dos hijos están en el grupo familiar de la cobertura, multiplique el monto de la prima mensual de solo un hijo por dos.

(continuación)

CONDADO	Individual	Pareja	Individual + hijo(s)	Pareja + hijo(s)	Solamente hijo*
Oneida	481.04	962.08	817.77	1370.97	216.83
Onondaga	513.26	1026.52	872.54	1462.78	231.36
Ontario	390.79	781.58	664.34	1113.76	170.64
Orange	470.66	941.33	800.13	1341.39	204.74
Orleans	408.10	816.20	693.77	1163.08	180.22
Oswego	481.04	962.08	817.77	1370.97	216.83
Otsego	496.57	993.14	844.17	1415.23	217.67
Putnam	553.26	1106.52	940.55	1576.79	227.94
Queens	456.46	912.91	775.97	1300.90	188.06
Rensselaer	440.32	880.63	748.54	1254.90	198.47
Richmond	456.46	912.91	775.97	1300.90	188.06
Rockland	461.49	922.98	784.54	1315.25	190.13
St. Lawrence	481.04	962.08	817.77	1370.97	216.83
Saratoga	440.32	880.63	748.54	1254.90	198.47
Schenectady	440.32	880.63	748.54	1254.90	198.47
Schoharie	454.53	909.07	772.71	1295.42	199.24
Schuyler	562.52	1125.03	956.27	1603.17	262.53
Seneca	390.79	781.58	664.34	1113.76	170.64
Steuben	513.26	1026.52	872.54	1462.78	231.36
Suffolk	453.37	906.77	770.75	1292.15	186.80
Sullivan	553.26	1106.52	940.55	1576.79	227.94
Tioga	513.26	1026.52	872.54	1462.78	231.36
Tompkins	529.83	1059.65	900.71	1510.01	232.25
Ulster	566.06	1132.13	962.30	1613.28	255.15
Warren	440.32	880.63	748.54	1254.90	198.47
Washington	440.32	880.63	748.54	1254.90	198.47
Wayne	390.79	781.58	664.34	1113.76	170.64
Westchester	461.49	922.98	784.54	1315.25	190.13
Wyoming	408.10	816.20	693.77	1163.08	180.22
Yates	390.79	781.58	664.34	1113.76	170.64

* El monto mensual de la prima solo para hijos es el costo por hijo, para hijos que aún no cumplen 21 años de edad. Si solo un hijo está en el grupo familiar de la cobertura, use el monto de la prima mensual que indica la lista. Si solo dos hijos están en el grupo familiar de la cobertura, multiplique el monto de la prima mensual de solo un hijo por dos.

Tabla II: Primas mensuales de 2017 para los planes Plata (Silver) (Second Lowest Cost Silver Plans, SLCSP), por tipo de familia de cobertura (familias con dependientes fiscales de 26 a 29 años de edad)

*UTILICE ESTA TABLA SI NO TIENE HIJOS DEPENDIENTES PARA FINES FISCALES O SI EN SU PÓLIZA TIENE HIJOS DEPENDIENTES MENORES DE 26 29 AÑOS DE EDAD

CONDADO	Individual + hijo(s)	Pareja + hijo(s)	CONDADO	Individual + hijo(s)	Pareja + hijo(s)
Albany	775.09	1299.40	Niagara	682.84	1144.76
Allegany	713.85	1196.74	Oneida	825.95	1384.68
Bronx	808.07	1354.70	Onondaga	881.27	1477.41
Broome	881.27	1477.41	Ontario	670.98	1124.90
Cattaraugus	713.85	1196.74	Orange	865.84	1451.55
Cayuga	881.27	1477.41	Orleans	700.71	1174.71
Chautauqua	713.85	1196.74	Oswego	825.95	1384.68
Chemung	974.45	1633.64	Otsego	852.60	1429.38
Chenango	825.95	1384.68	Putnam	968.76	1624.11
Clinton	852.60	1429.38	Queens	808.07	1354.70
Columbia	775.09	1299.40	Rensselaer	775.09	1299.40
Cortland	881.27	1477.41	Richmond	808.07	1354.70
Delaware	904.51	1516.37	Rockland	814.77	1365.93
Dutchess	968.76	1624.11	St. Lawrence	825.95	1384.68
Erie	682.84	1144.76	Saratoga	775.09	1299.40
Essex	825.95	1384.68	Schenectady	775.09	1299.40
Franklin	825.95	1384.68	Schoharie	780.44	1308.38
Fulton	775.09	1299.40	Schuyler	974.45	1633.64
Genesee	700.71	1174.71	Seneca	670.98	1124.90
Greene	775.09	1299.40	Steuben	881.27	1477.41
Hamilton	825.95	1384.68	Suffolk	796.30	1334.96
Herkimer	852.60	1429.38	Sullivan	968.76	1624.11
Jefferson	825.95	1384.68	Tioga	881.27	1477.41
Kings	808.07	1354.70	Tompkins	909.72	1525.11
Lewis	825.95	1384.68	Ulster	971.92	1629.41
Livingston	670.98	1124.90	Warren	775.09	1299.40
Madison	825.95	1384.68	Washington	775.09	1299.40
Monroe	670.98	1124.90	Wayne	670.98	1124.90
Montgomery	780.44	1308.38	Westchester	814.77	1365.93
Nassau	796.30	1334.96	Wyoming	700.71	1174.71
New York	808.07	1354.70	Yates	670.98	1124.90

AVISO DE LA POLÍTICA DE NO DISCRIMINACIÓN

NY State of Health cumple con la legislación federal sobre derechos civiles y en sus programas y actividades de salud no discrimina sobre la base de raza, color, nacionalidad de origen, sexo, edad o discapacidad.

NY State of Health también debe cumplir con las leyes estatales respectivas y no puede discriminar con base en la raza, color, país de origen, credo/religión, sexo, estado civil/familiar, discapacidad, antecedentes penales, condenas penales, identidad sexual, orientación sexual, características de predisposición genética, estado militar, estado como víctima de violencia doméstica y/o represalias.

NY State of Health:

Ofrece ayuda y servicios gratuitos para que las personas con discapacidades se pueden comunicar efectivamente con nosotros, como:

- TTY por medio del Servicio de Retransmisión de NY
- Información escrita en otros formatos, como en letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos

Ofrece servicios gratuitos de asistencia de idiomas para las personas cuyo idioma materno no es el inglés, como:

- Intérpretes cualificados
- Información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios o si desea obtener más información, comuníquese llamando al 1-855-355-5777 (TTY 1-800-662-1220).

Si cree que NY State of Health lo ha discriminado, puede presentar una queja si visita: http://www.health.ny.gov/regulations/discrimination_complaints/ o si llama al 518-473-1703 o al 518-473-7883.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights), en línea en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> o por correo o teléfono en U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201; o llamando al 800-368-1019 (TTY 800-537-7697). Los formularios de quejas están disponibles en hhs.gov/ocr/office/file/index.html.