



LE ENVIAMOS UN DOCUMENTO IMPORTANTE SOBRE IMPUESTOS

Usted o un familiar se inscribieron en el seguro médico pero no obtuvieron ayuda para el pago durante algún período o todo 2018, y usted podría necesitar este formulario para su declaración de impuestos federales.

Usted o un familiar obtuvieron un seguro médico a través de NY State of Health en 2018 pero no obtuvieron ayuda para el pago durante algún período o todo 2018. Según el ingreso que tenga, usted aún podría necesitar ayuda financiera para pagar los impuestos. La ayuda se proporcionará a través de un crédito fiscal (también llamado crédito fiscal para la prima o PTC), que podría aumentar el monto de los reembolsos o disminuir el de los impuestos que usted debe pagar en 2018 por los impuestos federales.

Cuando complete su declaración del impuesto a la renta federal, utilice el Formulario 8962 del IRS para determinar si puede acceder a esa ayuda. Si el Formulario 8962 del IRS determina que su ingreso excede el 400% del Índice federal de pobreza (FPL, por sus siglas en inglés), usted no reúne las condiciones para recibir la ayuda. Puede obtener el Formulario 8962 en www.irs.gov.

CÓMO OBTENER AYUDA

Si su ingreso alcanza o está por debajo del 400% del Índice federal de pobreza (FPL), conseguirá ayuda aquí. Cuando termine su declaración de impuestos, complete el Formulario 8962 del IRS usando el formulario 1095-A adjunto y la Carta de Prima adjunta. El Formulario 8962 del IRS le indicará qué monto de ayuda puede obtener.

ES IMPORTANTE QUE USTED SEPA...

POR QUÉ PUEDE RECIBIR OTROS FORMULARIOS

Usted obtendrá un Formulario 1095-A por cada plan de salud Bronce, Plata, Oro o Platino en el cual usted o un miembro de su familia se inscribieron en 2018. Usted obtendrá más de un Formulario 1095-A si tuvo cambios en su cobertura de NY State of Health durante 2018. El Formulario 1095-A no se envía para los planes Catastróficos, Medicaid, Child Health Plus o el Plan Esencial, porque estos planes no reúnen las condiciones para créditos fiscales.

Además del Formulario 1095-A, posiblemente obtenga otros formularios importantes de impuestos. Estos son los Formularios 1095-B y 1095-C.

Si usted o un miembro de su familia se inscribieron en Medicaid, Child Health Plus o el Plan Esencial en Nueva York durante 2018, recibirá el Formulario 1095-B del estado de Nueva York. Si se inscribió en otros tipos de coberturas –como un plan Catastrófico, Partes A o C de Medicare, TRICARE, beneficios del Departamento de Asuntos de los Veteranos de los Estados Unidos o determinados seguros médicos patrocinados por el empleador– recibirá el Formulario 1095-B o el Formulario 1095-C de otras fuentes. NY State of Health solo proporciona el Formulario 1095-A y no proporciona el Formulario 1095-B o el Formulario 1095-C.

**CÓMO
OBTENER
RESPUESTAS
A SUS
PREGUNTAS**

Si considera que cometimos un error en su Formulario 1095-A, llame a NY State of Health **lo antes posible al 1-855-766-7860** para que podamos corregir el registro.

Si tiene consultas sobre el Formulario 1095-A o sobre el crédito fiscal o la Carta de Prima adjunta, **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 Advocate al **1-888-614-5400**.

Si tiene preguntas sobre los Formularios 1095-B o 1095-C que pueda haber recibido, llame al número que se encuentra en esos formularios.

Si tiene preguntas sobre el Formulario 8962 u otras preguntas relacionadas con los impuestos, **visite** www.irs.gov.

**CÓMO USAR LA CARTA ADJUNTA PARA DETERMINAR
LA SEGUNDA PRIMA MENSUAL MÁS BAJA PARA EL PLAN
PLATA (SLCSP, por sus siglas en inglés) PARA EL
FORMULARIO 8962**

Paso 1:

Busque el condado donde vivió durante todos los meses de 2018.

Paso 2:

Busque el título de la columna (horizontal) que mejor describa su cobertura familiar. La siguiente lista lo ayudará a encontrar el título correcto. Su cobertura familiar incluye a todos los miembros de su hogar que se inscribieron en el Plan de Salud Calificado de NY State of Health y excluye a todas las personas elegibles de su hogar para otra cobertura, como por ejemplo, Medicaid, Child Health Plus, el Plan Esencial, Medicare Partes A o C, TRICARE, beneficios del Departamento de Asuntos de los Veteranos de los Estados Unidos y la mayor parte de las coberturas patrocinadas por los empleadores.

Paso 3:

Seleccione el importe en dólares en la columna opuesta a su condado. Ese importe es la prima de SLCSP mensual que se aplica a su condado y la cobertura familiar para ese mes.

Si se mudó a otro condado durante 2018, deberá seleccionar la prima mensual para cada mes que vivió en cada condado. Y si su cobertura familiar cambió durante 2018, deberá seleccionar la prima correspondiente para cada mes. Para mayor información sobre cómo completar este formulario, lea la Publicación 974 del IRS y las indicaciones del Formulario 8962 del IRS.

SU COBERTURA FAMILIAR INCLUYE...

UTILICE LA COLUMNA...

USTED. Usted es el único integrante de su cobertura familiar.

INDIVIDUAL

USTED más su CÓNYUGE. Usted y su cónyuge pertenecen a la misma cobertura familiar.

MATRIMONIAL

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, como un seguro a través del empleador.**

INDIVIDUAL

USTED más su PAREJA DE HECHO*. Usted y su pareja de hecho están inscritos en el **mismo** plan, pero están en diferentes coberturas familiares.

INDIVIDUAL

USTED más sus HIJOS Usted y sus hijos están inscritos en el mismo plan.

INDIVIDUAL + HIJOS

USTED más un HIJO Usted y un hijo están inscritos en el mismo plan, **pero su hijo tuvo acceso a una cobertura esencial mínima.**

INDIVIDUAL

USTED, SU CÓNYUGE más HIJOS.** Usted, su cónyuge y sus hijos están inscritos en el mismo plan.

MATRIMONIO + HIJOS

UN HIJO únicamente. Su hijo aún no tiene 21 años y está inscrito en su propio plan.

UN HIJO ÚNICAMENTE.

*Si su pareja de hecho es parte de los miembros de su hogar que tributan impuestos, puede usar la columna titulada "MATRIMONIO" en lugar de la columna titulada "INDIVIDUAL".

*Si su pareja de hecho es parte de los miembros de su hogar que tributan impuestos, también puede usar la columna titulada "MATRIMONIO + HIJOS" si corresponde.

Primas mensuales 2018 para los segundos planes Plata más bajos (SLCSP), por tipo de cobertura familiar

Tipo de cobertura:	Individual	Matrimonial	Hijo dependiente menor de 26 años		Hijo dependiente entre 26 y 29 años		Un solo hijo únicamente* menor de 21 años
Condado			Individual + Hijos	Matrimonial + Hijos	Individual + Hijos	Matrimonial + Hijos	
Albany	\$522.62	\$1,045.24	\$888.45	\$1,489.46	\$897.34	\$1,504.36	\$227.69
Allegany	\$520.91	\$1,041.82	\$885.55	\$1,484.59	\$899.89	\$1,508.63	\$229.65
Bronx	\$509.30	\$1,018.60	\$865.81	\$1,451.51	\$892.63	\$1,496.47	\$210.10
Broome	\$599.92	\$1,199.84	\$1,019.86	\$1,709.76	\$1,039.23	\$1,742.25	\$254.61
Cattaraugus	\$520.91	\$1,041.82	\$885.55	\$1,484.59	\$899.89	\$1,508.63	\$229.65
Cayuga	\$599.92	\$1,199.84	\$1,019.86	\$1,709.76	\$1,039.23	\$1,742.25	\$265.36
Chautauqua	\$520.91	\$1,041.82	\$885.55	\$1,484.59	\$899.89	\$1,508.63	\$229.65
Chemung	\$599.92	\$1,199.84	\$1,019.86	\$1,709.76	\$1,039.23	\$1,742.25	\$270.40
Chenango	\$570.71	\$1,141.43	\$970.21	\$1,626.53	\$979.91	\$1,642.80	\$248.65
Clinton	\$575.29	\$1,150.58	\$978.00	\$1,639.59	\$987.78	\$1,655.98	\$254.29
Columbia	\$522.62	\$1,045.24	\$888.45	\$1,489.46	\$897.34	\$1,504.36	\$227.69
Cortland	\$599.92	\$1,199.84	\$1,019.86	\$1,709.76	\$1,039.23	\$1,742.25	\$265.36
Delaware	\$539.48	\$1,078.96	\$917.11	\$1,537.52	\$952.11	\$1,596.19	\$254.72
Dutchess	\$618.25	\$1,236.50	\$1,051.02	\$1,762.01	\$1,082.56	\$1,814.89	\$254.72
Erie	\$520.91	\$1,041.82	\$885.55	\$1,484.59	\$899.89	\$1,508.63	\$229.65
Essex	\$570.71	\$1,141.43	\$970.21	\$1,626.53	\$979.91	\$1,642.80	\$248.65
Franklin	\$570.71	\$1,141.43	\$970.21	\$1,626.53	\$979.91	\$1,642.80	\$248.65
Fulton	\$522.62	\$1,045.24	\$888.45	\$1,489.46	\$897.34	\$1,504.36	\$227.69
Genesee	\$484.24	\$968.48	\$823.21	\$1,380.09	\$831.44	\$1,393.89	\$210.97
Greene	\$522.62	\$1,045.24	\$888.45	\$1,489.46	\$897.34	\$1,504.36	\$227.69
Hamilton	\$570.71	\$1,141.43	\$970.21	\$1,626.53	\$979.91	\$1,642.80	\$248.65
Herkimer	\$570.71	\$1,141.43	\$970.21	\$1,626.53	\$979.91	\$1,642.80	\$254.29
Jefferson	\$570.71	\$1,141.43	\$970.21	\$1,626.53	\$979.91	\$1,642.80	\$248.65
Kings	\$509.30	\$1,018.60	\$865.81	\$1,451.51	\$892.63	\$1,496.47	\$210.10
Lewis	\$570.71	\$1,141.43	\$970.21	\$1,626.53	\$979.91	\$1,642.80	\$248.65
Livingston	\$449.12	\$898.23	\$763.49	\$1,279.98	\$774.68	\$1,298.73	\$195.66
Madison	\$570.71	\$1,141.43	\$970.21	\$1,626.53	\$979.91	\$1,642.80	\$248.65
Monroe	\$449.12	\$898.23	\$763.49	\$1,279.98	\$774.68	\$1,298.73	\$195.66
Montgomery	\$526.81	\$1,053.61	\$895.57	\$1,501.40	\$904.53	\$1,516.42	\$232.87
Nassau	\$536.95	\$1,073.89	\$912.81	\$1,530.29	\$917.03	\$1,537.37	\$229.37

Tipo de cobertura:	Individual	Matrimonial	Hijo dependiente menor de 26 años		Hijo dependiente entre 26 y 29 años		Un solo hijo únicamente* menor de 21 años
Condado			Individual + Hijos	Matrimonial + Hijos	Individual + Hijos	Matrimonial + Hijos	
New York	\$509.30	\$1,018.60	\$865.81	\$1,451.51	\$892.63	\$1,496.47	\$210.10
Niagara	\$520.91	\$1,041.82	\$885.55	\$1,484.59	\$899.89	\$1,508.63	\$229.65
Oneida	\$539.48	\$1,078.96	\$917.11	\$1,537.52	\$934.54	\$1,566.72	\$248.65
Onondaga	\$576.12	\$1,152.23	\$979.40	\$1,641.93	\$998.01	\$1,673.14	\$265.36
Ontario	\$449.12	\$898.23	\$763.49	\$1,279.98	\$774.68	\$1,298.73	\$195.66
Orange	\$618.25	\$1,236.50	\$1,051.02	\$1,762.01	\$1,082.56	\$1,814.89	\$254.72
Orleans	\$484.24	\$968.48	\$823.21	\$1,380.09	\$831.44	\$1,393.89	\$210.97
Oswego	\$570.71	\$1,141.43	\$970.21	\$1,626.53	\$979.91	\$1,642.80	\$248.65
Otsego	\$570.71	\$1,141.43	\$970.21	\$1,626.53	\$979.91	\$1,642.80	\$254.29
Putnam	\$618.25	\$1,236.50	\$1,051.02	\$1,762.01	\$1,082.56	\$1,814.89	\$254.72
Queens	\$509.30	\$1,018.60	\$865.81	\$1,451.51	\$892.63	\$1,496.47	\$210.10
Rensselaer	\$522.62	\$1,045.24	\$888.45	\$1,489.46	\$897.34	\$1,504.36	\$227.69
Richmond	\$509.30	\$1,018.60	\$865.81	\$1,451.51	\$892.63	\$1,496.47	\$210.10
Rockland	\$515.72	\$1,031.43	\$876.72	\$1,469.79	\$910.24	\$1,525.99	\$212.47
Saratoga	\$522.62	\$1,045.24	\$888.45	\$1,489.46	\$897.34	\$1,504.36	\$227.69
Schenectady	\$522.62	\$1,045.24	\$888.45	\$1,489.46	\$897.34	\$1,504.36	\$227.69
Schoharie	\$526.81	\$1,053.61	\$895.57	\$1,501.40	\$904.53	\$1,516.42	\$232.87
Schuyler	\$599.92	\$1,199.84	\$1,019.86	\$1,709.76	\$1,039.23	\$1,742.25	\$270.40
Seneca	\$449.12	\$898.23	\$763.49	\$1,279.98	\$774.68	\$1,298.73	\$195.66
St Lawrence	\$570.71	\$1,141.43	\$970.21	\$1,626.53	\$979.91	\$1,642.80	\$248.65
Steuben	\$599.92	\$1,199.84	\$1,019.86	\$1,709.76	\$1,039.23	\$1,742.25	\$265.36
Suffolk	\$536.95	\$1,073.89	\$912.81	\$1,530.29	\$917.03	\$1,537.37	\$229.37
Sullivan	\$618.25	\$1,236.50	\$1,051.02	\$1,762.01	\$1,082.56	\$1,814.89	\$254.72
Tioga	\$599.92	\$1,199.84	\$1,019.86	\$1,709.76	\$1,039.23	\$1,742.25	\$265.36
Tompkins	\$609.09	\$1,218.18	\$1,035.46	\$1,735.91	\$1,045.82	\$1,753.26	\$270.40
Ulster	\$618.25	\$1,236.50	\$1,051.02	\$1,762.01	\$1,082.56	\$1,814.89	\$254.72
Warren	\$522.62	\$1,045.24	\$888.45	\$1,489.46	\$897.34	\$1,504.36	\$227.69
Washington	\$522.62	\$1,045.24	\$888.45	\$1,489.46	\$897.34	\$1,504.36	\$227.69
Wayne	\$449.12	\$898.23	\$763.49	\$1,279.98	\$774.68	\$1,298.73	\$195.66
Westchester	\$515.72	\$1,031.43	\$876.72	\$1,469.79	\$910.24	\$1,525.99	\$212.47
Wyoming	\$484.24	\$968.48	\$823.21	\$1,380.09	\$831.44	\$1,393.89	\$210.97
Yates	\$449.12	\$898.23	\$763.49	\$1,279.98	\$774.68	\$1,298.73	\$195.66

* El Importe de la prima mensual por Un solo hijo únicamente es el costo por hijo hasta tres hijos, para aquellos que aún no hayan cumplido 21 años. Si solo un hijo pertenece a la cobertura del hogar, utilice el importe mensual de prima indicado. Si solo dos hijos pertenecen a la cobertura del hogar, multiplique el monto del importe mensual de prima indicado por dos. Si tres o más hijos pertenecen a la cobertura del hogar, multiplique el monto del importe mensual de prima indicado por tres.

AVISO DE POLÍTICA DE NO DISCRIMINACIÓN

NY State of Health cumple con las leyes federales pertinentes de derechos civiles y en sus programas y actividades de sanidad no discrimina por motivo de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad.

NY State of Health también cumple con las leyes estatales pertinentes y no discrimina por motivo de raza, color, nacionalidad, credo/religión, sexo, estado civil/familiar, discapacidad, antecedentes de detenciones, condenas por delitos, identidad de género, orientación sexual, características de predisposición genética, condición de militar, condición de víctima de violencia doméstica o represalias.

NY State of Health:

Proporciona dispositivos de ayuda y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen con nosotros sin dificultad, por ejemplo:

- TTY mediante NY Relay Service (Servicio de retransmisión de Nueva York);
- información escrita en otros formatos, como letra de imprenta grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos.

Proporciona servicios gratuitos de asistencia con el idioma para las personas que no tienen el inglés como lengua materna, por ejemplo:

- intérpretes calificados;
- información redactada en otros idiomas.

Si necesita estos servicios o para recibir más información, comuníquese al 1-855-355-5777 (TTY 1-800-662-1220).

Si usted cree que NY State of Health lo ha discriminado, puede presentar una demanda legal en la página http://www.health.ny.gov/regulations/discrimination_complaints/ o por teléfono al 518-473-1703 o al 518-473-7883.

También puede presentar una queja por derechos civiles ante el U. S. Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos), Oficina de Derechos Civiles, de forma electrónica en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> o por correo electrónico o telefónicamente al U.S. Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos), 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201; 800-368-1019 (TTY 800-537-7697). Puede obtener formularios de quejas en hhs.gov/ocr/office/file/index.html.