



LE ESTAMOS ENVIANDO UN DOCUMENTO FISCAL IMPORTANTE

Usted o un familiar estuvieron inscritos en un seguro médico pero no recibieron ayuda para pagarlo durante una parte o todo el año 2019 y es posible que necesite este formulario para su declaración de impuestos federal

Usted o un familiar obtuvieron un seguro médico a través del NY State of Health en 2019, pero no recibieron ayuda para pagar parte o todo en el mismo año. Dependiendo de sus ingresos, usted todavía puede obtener ayuda financiera para cuando deba pagar sus impuestos. La ayuda tendrá la forma de un crédito fiscal (también llamado crédito fiscal de prima o PTC) que podría aumentar su reembolso o disminuir la cantidad que debe pagar por los impuestos federales sobre la renta de 2019.

Cuando complete su declaración de impuestos federal, use el Formulario 8962 del IRS para determinar si puede obtener esta ayuda. Si el Formulario 8962 del IRS le indica que sus ingresos son superiores al 400 % del nivel federal de pobreza (FPL, Federal Poverty Line), usted no califica para recibir ayuda. Puede obtener el Formulario 8962 del IRS en www.irs.gov.

CÓMO OBTENER AYUDA Si sus ingresos son equivalentes o inferiores 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 del IRS utilizando el Formulario 1095-A adjunto y el cuadro de primas adjunto. El Formulario 8962 le indicará cuánta ayuda puede obtener.

ES IMPORTANTE QUE USTED SEPA...

POR QUÉ PUEDE RECIBIR OTROS FORMULARIOS

Recibirá un Formulario 1095-A por cada plan médico Bronce, Plata, Oro o Platino en el que estén inscritos usted o un familiar durante 2019. Recibirá más de un Formulario 1095-A si hizo cambios en su cobertura en NY State of Health durante 2019. El Formulario 1095-A no se envía para los planes catastróficos, Medicaid, planes Child Health Plus ni el Plan Esencial 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 familiar estuvieron inscritos en los planes de Medicaid, Child Health Plus o el Plan Esencial en Nueva York en algún momento de 2019, recibirán 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 Departamento de Asuntos de Veteranos (Department of Veterans Affairs) o algún seguro médico 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 adjunto, **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 sobre los formularios 1095-B o 1095-C que recibió, llame al número que se indica en ellos.
- Si tiene preguntas sobre el Formulario 8962 u otras preguntas relacionadas con impuestos, visite **www.irs.gov**.
-

CÓMO UTILIZAR EL CUADRO ADJUNTO PARA DETERMINAR LA PRIMA MENSUAL DEL PLAN PLATA CON SEGUNDO COSTO MÁS BAJO (SLCSP) PARA EL FORMULARIO 8962

Paso 1.

Encuentre el condado en donde vivió durante cada mes de 2019

Paso 2.

Encuentre el encabezado de la columna (horizontalmente) que describa mejor su familia de cobertura. La lista de abajo le ayudará a encontrar el encabezado correcto. Su familia de cobertura incluye a todas las personas de su grupo familiar fiscal que están inscritas en un plan médico calificado 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, Plan Esencial, las partes A o C de Medicare, TRICARE, beneficios del Departamento de Asuntos de Veteranos (Department of Veterans Affairs) y la mayor parte de las coberturas patrocinadas por empleadores.

Paso 3.

Seleccione la cantidad en dólares en la columna opuesta a su condado. Esta cantidad es la prima mensual de SLCSP que corresponde a su condado y a su familia de cobertura para ese mes.

Si se mudó de un condado a otro durante 2019, debe seleccionar la prima mensual de cada mes que vivió en cada condado. Y si su familia de cobertura cambió durante 2019, debe seleccionar la prima correspondiente a 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...

USE LA COLUMNA...

A 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 accedió a otra cobertura esencial mínima, como un seguro obtenido a través de su empleador.**

INDIVIDUAL

USTED más SU PAREJA DE HECHO.* Usted y su pareja de hecho 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 SU(S) HIJOS. Usted y uno o más hijos están inscritos en el mismo plan, **pero sus hijos accedieron a otra cobertura esencial mínima.**

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.

SOLO HIJO

*Si su pareja de hecho es parte de su grupo familiar fiscal, puede utilizar la columna "PAREJA" en lugar de la columna "INDIVIDUAL".

**Si su pareja de hecho es parte de su grupo familiar fiscal, puede utilizar la columna "PAREJA+HIJOS".

Primas mensuales de 2019 para los planes Plata (Second Lowest Cost Silver Plans, SLCSP) por tipo de familia de cobertura

Tipo de cobertura:			Hijos dependientes menores de 26 años		Hijos dependientes de 26 a 29 años		
Condado	Individual	Pareja	Individual + hijo(s)	Pareja + hijos	Individual + hijo(s)	Pareja + hijos	Solo hijo * Menor de 21 años
Albany	\$546.26	\$1,092.53	\$939.58	\$1,568.12	\$947.35	\$1,581.16	\$240.19
Allegany	\$523.46	\$1,046.91	\$906.04	\$1,512.04	\$922.10	\$1,538.98	\$238.88
Bronx	\$575.18	\$1,150.36	\$977.81	\$1,639.27	\$1,004.82	\$1,684.56	\$236.97
Broome	\$632.53	\$1,265.07	\$1,091.17	\$1,822.55	\$1,101.77	\$1,840.32	\$283.98
Cattaraugus	\$523.46	\$1,046.91	\$906.04	\$1,512.04	\$922.10	\$1,538.98	\$238.88
Cayuga	\$632.53	\$1,265.07	\$1,091.17	\$1,822.55	\$1,101.77	\$1,840.32	\$288.98
Chautauqua	\$523.46	\$1,046.91	\$906.04	\$1,512.04	\$922.10	\$1,538.98	\$238.88
Chemung	\$636.38	\$1,272.77	\$1,097.71	\$1,833.52	\$1,117.97	\$1,867.49	\$301.30
Chenango	\$627.15	\$1,254.31	\$1,086.21	\$1,805.36	\$1,096.64	\$1,822.84	\$285.21
Clinton	\$622.15	\$1,244.30	\$1,072.80	\$1,792.06	\$1,083.23	\$1,809.54	\$285.21
Columbia	\$546.26	\$1,092.53	\$939.58	\$1,568.12	\$947.35	\$1,581.16	\$240.19
Cortland	\$632.53	\$1,265.07	\$1,091.17	\$1,822.55	\$1,101.77	\$1,840.32	\$288.98
Delaware	\$625.37	\$1,250.73	\$1,063.12	\$1,782.29	\$1,116.28	\$1,871.41	\$284.10
Dutchess	\$689.57	\$1,379.15	\$1,172.28	\$1,965.29	\$1,207.45	\$2,024.25	\$284.10
Erie	\$503.59	\$1,007.17	\$872.25	\$1,455.41	\$874.04	\$1,458.41	\$238.88
Essex	\$550.90	\$1,101.80	\$956.57	\$1,588.03	\$958.50	\$1,591.28	\$246.09
Franklin	\$627.15	\$1,254.31	\$1,086.21	\$1,805.36	\$1,096.64	\$1,822.84	\$285.21
Fulton	\$547.78	\$1,095.57	\$951.74	\$1,579.57	\$959.51	\$1,592.61	\$246.09
Genesee	\$505.08	\$1,010.15	\$874.78	\$1,459.65	\$883.21	\$1,473.78	\$232.80
Greene	\$547.78	\$1,095.57	\$951.74	\$1,579.57	\$959.51	\$1,592.61	\$245.19
Hamilton	\$627.15	\$1,254.31	\$1,086.21	\$1,805.36	\$1,096.64	\$1,822.84	\$285.21
Herkimer	\$627.15	\$1,254.31	\$1,086.21	\$1,805.36	\$1,096.64	\$1,822.84	\$301.52
Jefferson	\$622.15	\$1,244.30	\$1,072.80	\$1,792.06	\$1,083.23	\$1,809.54	\$285.21
Kings	\$575.18	\$1,150.36	\$977.81	\$1,639.27	\$1,004.82	\$1,684.56	\$236.97
Lewis	\$624.75	\$1,249.51	\$1,082.13	\$1,798.53	\$1,096.64	\$1,822.84	\$285.21
Livingston	\$482.19	\$964.38	\$839.64	\$1,392.08	\$847.59	\$1,405.43	\$217.39
Madison	\$627.15	\$1,254.31	\$1,086.21	\$1,805.36	\$1,096.64	\$1,822.84	\$285.21
Monroe	\$477.66	\$955.32	\$828.24	\$1,381.59	\$836.19	\$1,394.94	\$217.39

Tipo de cobertura:			Hijos dependientes menores de 26 años		Hijos dependientes de 26 a 29 años		
Condado	Individual	Pareja	Individual + hijo(s)	Pareja + hijos	Individual + hijo(s)	Pareja + hijos	Solo hijo * Menor de 21 años
Montgomery	\$546.39	\$1,092.77	\$945.42	\$1,577.91	\$947.35	\$1,581.16	\$258.66
Nassau	\$587.69	\$1,175.39	\$999.08	\$1,674.94	\$1,004.82	\$1,684.56	\$249.33
Nueva York	\$575.18	\$1,150.36	\$977.81	\$1,639.27	\$1,004.82	\$1,684.56	\$236.97
Niagara	\$503.59	\$1,007.17	\$872.25	\$1,455.41	\$874.04	\$1,458.41	\$238.88
Oneida	\$573.23	\$1,146.45	\$989.62	\$1,652.62	\$1,003.95	\$1,676.62	\$285.21
Onondaga	\$611.32	\$1,222.64	\$1,055.11	\$1,762.09	\$1,074.57	\$1,794.71	\$289.68
Ontario	\$477.66	\$955.32	\$828.24	\$1,381.59	\$836.19	\$1,394.94	\$217.39
Naranja	\$689.57	\$1,379.15	\$1,172.28	\$1,965.29	\$1,207.45	\$2,024.25	\$284.10
Orleans	\$508.98	\$1,017.96	\$884.45	\$1,467.78	\$892.88	\$1,481.91	\$244.07
Oswego	\$622.15	\$1,244.30	\$1,072.80	\$1,792.06	\$1,083.23	\$1,809.54	\$284.51
Otsego	\$627.15	\$1,254.31	\$1,086.21	\$1,805.36	\$1,096.64	\$1,822.84	\$285.21
Putnam	\$689.57	\$1,379.15	\$1,172.28	\$1,965.29	\$1,207.45	\$2,024.25	\$284.10
Queens	\$575.18	\$1,150.36	\$977.81	\$1,639.27	\$1,004.82	\$1,684.56	\$236.97
Rensselaer	\$546.26	\$1,092.53	\$939.58	\$1,568.12	\$947.35	\$1,581.16	\$235.44
Richmond	\$575.18	\$1,150.36	\$977.81	\$1,639.27	\$1,004.82	\$1,684.56	\$236.97
Rockland	\$587.69	\$1,175.39	\$999.08	\$1,674.94	\$1,007.13	\$1,688.44	\$246.32
Saratoga	\$546.26	\$1,092.53	\$939.58	\$1,568.12	\$947.35	\$1,581.16	\$240.19
Schenectady	\$546.26	\$1,092.53	\$939.58	\$1,568.12	\$947.35	\$1,581.16	\$240.19
Schoharie	\$557.15	\$1,114.31	\$967.67	\$1,606.27	\$976.90	\$1,621.75	\$268.51
Schuyler	\$641.21	\$1,282.43	\$1,110.22	\$1,845.53	\$1,130.48	\$1,879.50	\$301.30
Seneca	\$482.19	\$964.38	\$839.64	\$1,392.08	\$847.59	\$1,405.43	\$217.39
St. Lawrence	\$627.15	\$1,254.31	\$1,086.21	\$1,805.36	\$1,096.64	\$1,822.84	\$285.21
Steuben	\$637.36	\$1,274.73	\$1,103.68	\$1,834.56	\$1,114.28	\$1,852.33	\$289.68
Suffolk	\$587.69	\$1,175.39	\$999.08	\$1,674.94	\$1,004.82	\$1,684.56	\$249.33
Sullivan	\$689.57	\$1,379.15	\$1,172.28	\$1,965.29	\$1,207.45	\$2,024.25	\$284.10
Tioga	\$637.36	\$1,274.73	\$1,103.68	\$1,834.56	\$1,114.28	\$1,852.33	\$289.68
Tompkins	\$636.38	\$1,272.77	\$1,097.71	\$1,833.52	\$1,117.97	\$1,867.49	\$300.60
Ulster	\$689.57	\$1,379.15	\$1,172.28	\$1,965.29	\$1,207.45	\$2,024.25	\$284.10
Warren	\$546.26	\$1,092.53	\$939.58	\$1,568.12	\$947.35	\$1,581.16	\$240.19
Washington	\$547.78	\$1,095.57	\$951.74	\$1,579.57	\$959.51	\$1,592.61	\$245.69
Wayne	\$482.19	\$964.38	\$839.64	\$1,392.08	\$847.59	\$1,405.43	\$228.14
Westchester	\$587.69	\$1,175.39	\$999.08	\$1,674.94	\$1,007.13	\$1,688.44	\$246.32
Wyoming	\$508.98	\$1,017.96	\$884.45	\$1,467.78	\$892.88	\$1,481.91	\$244.07
Yates	\$482.19	\$964.38	\$839.64	\$1,392.08	\$847.59	\$1,405.43	\$217.39

* La cantidad mensual de la prima solo para hijos es el costo por hijo, hasta 3 hijos, que todavía sea menor de 21 años de edad. Si solo un hijo está en el grupo familiar de la cobertura, use la cantidad de la prima mensual que indica la lista. Si solo dos hijos están en el grupo familiar de la cobertura, multiplique la cantidad de la prima mensual de solo un hijo por dos. Si hay tres o más hijos en el grupo familiar de la cobertura, multiplique la cantidad de la prima mensual de solo un hijo por tres.

POLÍTICA DE NO DISCRIMINACIÓN

NY State of Health cumple las leyes federales de derechos civiles y las leyes estatales aplicables, y no discrimina por motivos de raza, color, país de origen, credo/religión, sexo, edad, estado civil/familiar, discapacidad, antecedentes penales, condenas penales, identidad de género, orientación sexual, características de predisposición genética, estado militar, estado como víctima de violencia doméstica o represalias.

Si cree que NY State of Health ha actuado de forma discriminatoria en su contra, puede presentar una queja; para ello, visite: www.health.ny.gov/regulations/discrimination_complaints/ o envíe un correo electrónico a la Oficina de Gestión de la Diversidad (Diversity Management Office) a DMO@health.ny.gov.

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/smartscreen/main.jsf> o por correo a U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201; o llamando al 1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697). Los formularios de quejas están disponibles en www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Adaptaciones

NY State of Health ofrece ayuda y servicios gratis para que las personas con discapacidades se puedan comunicar de manera eficaz con nosotros, como:

- TTY a través del servicio de retransmisión de Nueva York
- Si usted es ciego o tiene problemas graves de la vista y necesita que los avisos u otros materiales escritos estén en un formato alternativo (letra grande, CD de datos o de audio, o Braille), llame al 1-855-355-5777 (TTY: 1-800-662-1220).

NY State of Health también ofrece servicios gratis de asistencia de idiomas para las personas cuyo idioma materno no es el inglés, como:

- Intérpretes calificados
- Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios o para obtener más información sobre las adaptaciones razonables, llame al 1-855-355-5777 (TTY: 1-800-662-1220).