



LE ESTAMOS ENVIANDO UN IMPORTANTE DOCUMENTO FISCAL

Usted o un miembro de su familia estaba inscrito en un seguro médico, pero no recibió ayuda para pagarlo durante parte o todo el año 2020 y es posible que necesite este formulario para su declaración de impuestos federales.

Usted o un miembro de su familia obtuvo un seguro médico a través del NY State of Health en 2020, pero no recibió ayuda para pagar parte o la totalidad del mismo en 2020. Dependiendo de sus ingresos, es posible que aún pueda obtener ayuda financiera en la temporada de impuestos. La ayuda vendrá en forma de un crédito fiscal (también llamado Crédito Fiscal de Prima o PTC) que podría aumentar su reembolso o disminuir la cantidad de impuestos que debe por sus impuestos federales sobre los ingresos en el 2020.

Cuando complete su declaración del impuesto federal sobre los ingresos, use el Formulario 8962 del IRS para determinar si puede recibir esta ayuda. Si el Formulario 8962 del IRS le indica que sus ingresos superan el 400 % del Índice Federal de Pobreza (FPL), no califica para recibir la ayuda. Puede obtener el Formulario 8962 en www.irs.gov.

ASÍ ES COMO PUEDE CONSEGUIR AYUDA

Si sus ingresos son iguales o inferiores al 400% del Índice Federal de Pobreza (FPL), aquí le indicamos cómo obtener ayuda. Cuando complete su declaración de impuestos federales, complete el Formulario 8962 del IRS utilizando el Formulario 1095-A adjunto y la Tabla de primas adjunta. El Formulario 8962 del IRS le dirá cuánta ayuda puede obtener.

ES IMPORTANTE QUE SEPA...

POR QUÉ PUEDE OBTENER OTROS FORMULARIOS

Recibirá un Formulario 1095-A por cada plan médico Bronze, Silver, Gold o Platinum en el que usted o un miembro de su familia se inscriba durante el 2020. Recibirá más de un Formulario 1095-A si tuvo cambios en su cobertura de NY State of Health durante el 2020. El formulario 1095-A no se envía para planes catastróficos, Medicaid, Child Health Plus o Essential Plan porque estos planes no son elegibles para créditos fiscales.

Además del Formulario 1095-A, es posible que reciba otros formularios de impuestos importantes. Estos son los Formularios 1095-B y 1095-C.

Si usted o un miembro de su familia estaba inscrito en Medicaid, Child Health Plus o Essential Plan en Nueva York en algún momento de 2020, puede recibir el Formulario 1095-B del estado de Nueva York. Si estaba inscrito en otro tipo de cobertura, como un plan catastrófico, Partes A o C de Medicare, TRICARE, beneficios del Departamento de Administración de Veteranos o cierto seguro médico patrocinado por un empleador, puede recibir 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 ni el Formulario 1095-C.

**CÓMO
OBTENER
RESPUESTAS
A SUS
PREGUNTAS**

Si cree 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 podamos corregir el registro.

Si tiene preguntas sobre el Formulario 1095-A, el crédito fiscal o la Tabla de primas adjunta, **visite <http://info.nystateofhealth.ny.gov/TaxCredits>, llame al 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 una pregunta sobre los formularios de impuestos 1095-B o 1095-C que puede haber recibido, llame al número que aparece en esos formularios.

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

CÓMO USAR LA TABLA ADJUNTA PARA ENCONTRAR LA PRIMA MENSUAL DEL PLAN SILVER CON EL SEGUNDO COSTO MÁS BAJO (SLCSP) PARA EL FORMULARIO 8962

Paso 1.

Encuentre el condado en el que vivió durante cada mes de 2020.

Paso 2.

Encuentre el encabezado de la columna (transversalmente) que mejor describa su cobertura familiar. La siguiente lista le ayudará a encontrar el encabezado correcto. Su cobertura familiar incluye a todos en su grupo familiar fiscal que estuvieron inscritos en un plan médico calificado de NY State of Health y excluye a cualquier persona que haya sido elegible para otra cobertura, como, por ejemplo: Medicaid, Child Health Plus, Essential Plan, Partes A o C de Medicare, TRICARE, beneficios del Departamento de Administración de Veteranos y la mayoría de las coberturas patrocinadas por los empleadores.

Paso 3.

Seleccione la cantidad en dólares en la columna opuesta a su condado. Esta cantidad es la prima mensual del SLCSP que se aplica a su condado y a su cobertura familiar para ese mes.

Si se mudó de un condado a otro durante el 2020, debe elegir la prima mensual por cada mes que vivió en cada condado Y si la cobertura familiar cambió durante 2020, debe elegir la prima correspondiente para cada mes. Para obtener más información sobre cómo completar este formulario, lea la Publicación 974 del IRS y las instrucciones del Formulario 8962 del IRS.

SU FAMILIA DE COBERTURA INCLUYE ... UTILICE LA COLUMNA ...

USTED. Usted es la única persona en su cobertura familiar. **INDIVIDUAL**

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

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

USTED más la PAREJA DE HECHO*. Usted y su pareja de hecho están inscritos en el **mismo** plan, pero están en diferente cobertura familiar. **INDIVIDUAL**

USTED más HIJO(S). Usted y su(s) hijo(s) están inscritos en el mismo plan. **INDIVIDUAL + HIJOS**

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

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

UN HIJO Solamente. Su hijo aún no tiene 21 años y está inscrito en su propio plan. **SOLO PARA HIJOS**

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

** Si su pareja de hecho es parte de su grupo familiar fiscal, también puede usar la columna "PAREJA + HIJOS" en este escenario.

Primas mensuales del 2020 para los Planes Silver con el segundo costo más bajo (SLCSP), por tipo de familia de cobertura

Tipo de cobertura: Condado	Individual	Pareja	Hijos dependientes menores de 26 años		Hijos dependientes de 26 a 29 años		Solo para hijos * Menores de 21
			Individual + Hijo(s)	Pareja + Hijo(s)	Individual + Hijo(s)	Pareja + Hijo(s)	
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

Tipo de cobertura:	Individual	Pareja	Hijos dependientes menores de 26 años		Hijos dependientes de 26 a 29 años		Solo para hijos * Menores de 21
			Individual + Hijo(s)	Pareja + Hijo(s)	Individual + Hijo(s)	Pareja + Hijo(s)	
Condado							
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

* El monto de la prima mensual solo para hijos es el costo por hijo, hasta 3 hijos, para hijos que aún no han cumplido 21 años. Si solo hay un hijo en el grupo familiar de cobertura, use la cantidad de la prima mensual indicada. Si solo hay dos hijos en el grupo familiar de cobertura, multiplique el Monto de la prima mensual Solo para hijos por dos. Si hay tres o más hijos en el grupo familiar de cobertura, multiplique el Monto de la prima mensual Solo para hijos por tres.

AVISO SOBRE LA POLÍTICA DE NO DISCRIMINACIÓN

NY State of Health cumple con las leyes federales de derechos civiles y con las leyes estatales aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad de origen, credo/religión, sexo, edad, estado civil/familiar, discapacidad, condición relacionada con el embarazo, antecedentes de arresto, condenas penales, identidad de género, orientación sexual, características genéticas predisponentes, estado militar, estado de víctima de violencia doméstica o represalias.

Si cree que NY State of Health lo ha discriminado, puede presentar una queja en: www.health.ny.gov/regulations/discrimination_complaints/ o enviando un correo electrónico a la Oficina de Gestión de la Diversidad a DMO@health.ny.gov.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles, electrónicamente en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf> o por correo regular o por teléfono al U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201; 1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697). Los formularios de reclamos están disponibles en www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Adaptaciones

NY State of Health brinda asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera efectiva con nosotros, como:

- TTY a través del Servicio de retransmisión de Nueva York.
- Si es ciego o tiene una discapacidad visual grave y necesita avisos u otros materiales escritos en un formato alternativo (letra grande, CD de audio o datos, o Braille), llame al 1-855-355-5777 (TTY: 1-800-662-1220).

NY State of Health también ofrece servicios de asistencia lingüística gratuitos a las personas cuyo idioma principal 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, por favor, llame al 1-855-355-5777 (TTY: 1-800-662-1220).