



## 我們向您寄送一份重要的稅務文件

您或您的家人未獲得支付 **2017** 年全部或部分健康保險的援助，您可能需要本稅表來完成聯邦納稅申報

您或您的家人于 2017 年透過 NY State of Health 購買健康保險，但未獲取 2017 年全年或部分月份的援助。具體視乎您的收入，在納稅之時您仍可獲取援助。援助將以稅收抵免的形式實現。稅收抵免也叫做保費稅收抵免 (Premium Tax Credit, PTC)，它可提高您的退稅或降低您 2017 年應繳的聯邦個人所得稅金額。

完成您的聯邦個人所得稅申報之後，請使用 IRS 稅表 8962 確定是否可以獲取援助。如果 IRS 稅表 8962 顯示您的收入高於聯邦貧困水準 (Federal Poverty Line, FPL) 的 400%，則您沒有資格獲取援助。您可到 [www.irs.gov](http://www.irs.gov) 獲取稅表 8962。

---

### 以下說明如何 獲取協助

如果您的收入等於或低於聯邦貧困水平 (FPL) 的 **400%**，以下即為獲取援助之方法。完成聯邦納稅申報之後，請使用隨附的稅表 1095-A 和保費圖表填寫 IRS 稅表 8962。IRS 稅表 8962 將顯示您可獲取的援助金額。

---

## 重要須知...

### 為何您會收到 其他稅表

對於您本人或您的家人于 2017 年加入的每個銅牌、銀牌、金牌或鉑金健康計畫，您皆會收到一份稅表 1095-A。如果您於 2017 年已對自己的 NY State of Health 保險做出變更，則會收到多份 1095-A 稅表。不會針對災難計畫或 Medicaid、Child Health Plus 或 Essential Plan 計畫寄送稅表 1095-A，因為這些計畫沒有資格獲取稅收抵免。

除了稅表 1095-A，您可能還將收到其他重要稅表。即稅表 1095-B 和稅表 1095-C。

如果您或您的家人于 2017 年的某一時間在紐約加入了 Medicaid、Child Health Plus 或 Essential Plan 計畫，則您將從 New York State 收到稅表 1095-B。如果您加入的是其他類型的保險 – 如災難計畫、Medicare 的 A 或 C 部分、美軍衛生保健計畫 (TRICARE)、由退伍軍人事務署 (Department of Veterans Affairs) 提供的福利或某一雇主贊助的健康保險，則您將收到其他來源的稅表 1095-B 或稅表 1095-C。NY State of Health 只提供

稅表 1095-A，而不提供稅表 1095-B 或稅表 1095-C。

## 如何取得 疑問解答

如果您認為我們弄錯了您的稅表 1095-A，請儘快致電 NY State of Health **1-855-766-7860**，以便我們更正記錄。

如對稅表 1095-A、稅收抵免或保費表有任何疑問，請造訪

**<http://info.nystateofhealth.ny.gov/TaxCredits>**，致電 NY State of Health **(1-855-766-7860)** 或致電社群健康宣傳熱線 **1-888-614-5400**。

如果對已收到的稅表 1095-B 或 1095-C 有疑問，請致電對應稅表上的電話。

如果對稅表 8962 或其他稅務有疑問，請造訪 **[www.irs.gov](http://www.irs.gov)**。

---

## 如何使用隨附圖表在稅表 8962 中找到您的每月次低費用銀色計畫 (SECOND LOWEST COST SILVER PLAN, SLCSP) 保費

### 步驟 1.

根據 2017 年您的家庭中依賴稅收撫養子女的年齡確定應使用哪種表格。如果您在 2017 年沒有任何依賴稅收撫養子女或您的受撫養子女未滿 26 歲，請使用表格 I。如果您在 2017 年依賴稅收撫養子女的年齡介於 26 與 29 歲之間，請使用表格 II。

### 步驟 2.

找到您在 2017 年每個月份所居住的縣。

### 步驟 3.

找到最能描述您的「投保家庭」的欄標題。以下清單可協助您找到正確的標題。您的投保家庭包括您的稅收戶籍中加入 NY State of Health 健康計畫的每個人，但不包括有資格享有其他保險的任何人，如：Medicaid、Child Health Plus、Essential Plan、Medicare 的 A 部分或 C 部分、由退伍軍人事務署 (Department of Veterans Affairs) 提供的福利和大部分雇主贊助的保險。

### 步驟 4.

在您所屬縣行的對應列中選擇美元金額。該金額為每月 SLCSP 保費，適用於您所在縣以及投保家庭。

如果您在該年遭遇任何變故，則可能每個月份的保費有所不同。如果您在 2017 年間從一個縣遷至另一個縣，您必須為您居住過的每個縣的每個月份選擇每月保費。如果在 2017 年間您的

投保家庭類型有變更，則您必須在對應列中為每個月選擇保費。如需如何填寫本稅表的更多資訊，請查閱 IRS 出版物 974 及 IRS 稅表 8962 的說明。

## 您的投保 家庭包括...

## 使用欄...

---

您。您是您投保家庭中的唯一成員。

本人

---

您和配偶。您和您的配偶屬於同一個投保家庭。

夫妻

---

您和配偶。您和您的配偶加入了相同的計畫，但您們其中一個人已獲取其他「最低基本保險」(MEC)，如透過雇主購買的保險。

本人

---

您和同居伴侶\*。您和您的同居伴侶加入了相同的計畫，但您們屬於不同的投保家庭。

本人

---

您和子女。您和子女均加入了相同的計畫。

本人 + 子女

---

您和一個子女。您和一個子女加入了相同的計畫，但您的子女已獲得其他 MEC。

個人

---

您、配偶\*\*和子女。您、配偶和子女均加入了相同的計畫。

夫妻 + 子女

---

僅子女。您的子女未滿 21 歲，並且加入了自己的計畫。

僅子女

\*如果您的同居伴侶是您的稅務戶籍的一部分，則您可使用「夫妻」欄，而不是「本人」欄。

\*\*如果您的同居伴侶是您的稅務戶籍的一部分，則在此情況下，您也可使用「夫妻 + 子女」欄。

**表 I：2017 年次低費用白銀計畫 (Second Lowest Cost Silver Plans, SLCSP) 月保費，按投保家庭類型劃分**

\*如果您沒有依賴稅收撫養子女或如果您的保單上依賴稅收撫養子女未滿 26 歲，請使用此表格。

郡縣	本人	夫妻	本人 + 子女	夫妻 + 子女	僅子女*
奧爾巴尼	440.32	880.63	748.54	1254.90	198.47
亞利加尼	415.00	830.00	705.50	1182.75	180.22
布朗克斯區	456.46	912.91	775.97	1300.90	188.06
布魯母	513.26	1026.52	872.54	1462.78	227.85
卡塔勞格斯	415.00	830.00	705.50	1182.75	180.22
卡尤加	513.26	1026.52	872.54	1462.78	231.36
沙托克瓦	415.00	830.00	705.50	1182.75	180.22
切芒	562.52	1125.03	956.27	1603.17	262.53
切南哥	481.04	962.08	817.77	1370.97	216.83
克靈頓	496.57	993.14	844.17	1415.23	217.67
哥倫比亞	440.32	880.63	748.54	1254.90	198.47
科特蘭	513.26	1026.52	872.54	1462.78	231.36
德拉瓦	522.14	1044.29	887.64	1488.11	227.94
達切斯	553.26	1106.52	940.55	1576.79	227.94
伊利	396.98	793.96	674.86	1131.40	180.22
艾色克斯	481.04	962.08	817.77	1370.97	216.83
富蘭克林	481.04	962.08	817.77	1370.97	216.83
福頓	440.32	880.63	748.54	1254.90	198.47
日內西	408.10	816.20	693.77	1163.08	180.22
格林	440.32	880.63	748.54	1254.90	198.47
漢米頓	481.04	962.08	817.77	1370.97	216.83
赫基麥	496.57	993.14	844.17	1415.23	217.67
傑弗孫	481.04	962.08	817.77	1370.97	216.83
京斯	456.46	912.91	775.97	1300.90	188.06
路易斯	481.04	962.08	817.77	1370.97	216.83
利文斯頓	390.79	781.58	664.34	1113.76	170.64
馬迪孫	481.04	962.08	817.77	1370.97	216.83
門羅	390.79	781.58	664.34	1113.76	170.64

蒙哥馬利	454.53	909.07	772.71	1295.42	199.24
拿索	453.37	906.77	770.75	1292.15	186.80
稅務的	456.46	912.91	775.97	1300.90	188.06
尼加拉	396.98	793.96	674.86	1131.40	180.22

\*僅子女每月保費金額是未滿 21 歲的每個子女的每月保費。如果投保家庭中只有一個子女，請使用所列的每月保費金額。如果投保家庭中有兩個子女，請將僅子女每月保費金額乘以二。

(續)

郡縣	本人	夫妻	本人 + 子女	夫妻 + 子女	僅子女*
奧奈達	481.04	962.08	817.77	1370.97	216.83
俄濃達格	513.26	1026.52	872.54	1462.78	231.36
安大略	390.79	781.58	664.34	1113.76	170.64
奧倫吉	470.66	941.33	800.13	1341.39	204.74
奧略昂	408.10	816.20	693.77	1163.08	180.22
奧斯威哥	481.04	962.08	817.77	1370.97	216.83
奧奇哥	496.57	993.14	844.17	1415.23	217.67
普特南	553.26	1106.52	940.55	1576.79	227.94
皇后區	456.46	912.91	775.97	1300.90	188.06
連瑟勒	440.32	880.63	748.54	1254.90	198.47
里奇蒙	456.46	912.91	775.97	1300.90	188.06
洛克蘭	461.49	922.98	784.54	1315.25	190.13
聖羅倫斯	481.04	962.08	817.77	1370.97	216.83
沙拉托加	440.32	880.63	748.54	1254.90	198.47
斯克內塔第	440.32	880.63	748.54	1254.90	198.47
斯科哈里	454.53	909.07	772.71	1295.42	199.24
斯開勒	562.52	1125.03	956.27	1603.17	262.53
塞內卡	390.79	781.58	664.34	1113.76	170.64
斯圖本	513.26	1026.52	872.54	1462.78	231.36
薩弗克	453.37	906.77	770.75	1292.15	186.80
蘇利文	553.26	1106.52	940.55	1576.79	227.94
提歐加	513.26	1026.52	872.54	1462.78	231.36
湯姆金斯	529.83	1059.65	900.71	1510.01	232.25

阿爾斯特	566.06	1132.13	962.30	1613.28	255.15
沃倫	440.32	880.63	748.54	1254.90	198.47
華盛頓	440.32	880.63	748.54	1254.90	198.47
威恩	390.79	781.58	664.34	1113.76	170.64
韋斯切斯特	461.49	922.98	784.54	1315.25	190.13
懷俄明	408.10	816.20	693.77	1163.08	180.22
耶芝	390.79	781.58	664.34	1113.76	170.64

\*僅子女每月保費金額是未滿 21 歲的每個子女的每月保費。如果投保家庭中只有一個子女，請使用所列的每月保費金額。如果投保家庭中有兩個子女，請將僅子女每月保費金額乘以二。

**表 II：2017 年次低費用白銀計畫 (Second Lowest Cost Silver Plans, SLCSP) 每月保費，按投保家庭類型劃分 (依賴稅收撫養子女年齡在 26-29 歲之間的家庭)**

\*如果您的保單上有依賴稅收撫養子女年齡在 26-29 歲之間，請使用此表格

郡縣	本人 + 子女	夫妻 + 子女	郡縣	本人 + 子女	夫妻 + 子女
奧爾巴尼	775.09	1299.40	尼加拉	682.84	1144.76
亞利加尼	713.85	1196.74	奧奈達	825.95	1384.68
布朗克斯區	808.07	1354.70	俄濃達格	881.27	1477.41
布魯母	881.27	1477.41	安大略	670.98	1124.90
卡塔勞格斯	713.85	1196.74	奧倫吉	865.84	1451.55
卡尤加	881.27	1477.41	奧略昂	700.71	1174.71
沙托克瓦	713.85	1196.74	奧斯威哥	825.95	1384.68
切芒	974.45	1633.64	奧奇哥	852.60	1429.38
切南哥	825.95	1384.68	普特南	968.76	1624.11
克靈頓	852.60	1429.38	皇后區	808.07	1354.70
哥倫比亞	775.09	1299.40	連瑟勒	775.09	1299.40
科特蘭	881.27	1477.41	里奇蒙	808.07	1354.70
德拉瓦	904.51	1516.37	洛克蘭	814.77	1365.93
達切斯	968.76	1624.11	聖羅倫斯	825.95	1384.68

伊利	682.84	1144.76	沙拉托加	775.09	1299.40
艾色克斯	825.95	1384.68	斯克內塔第	775.09	1299.40
富蘭克林	825.95	1384.68	斯科哈里	780.44	1308.38
福頓	775.09	1299.40	斯開勒	974.45	1633.64
日內西	700.71	1174.71	塞內卡	670.98	1124.90
格林	775.09	1299.40	斯圖本	881.27	1477.41
漢米頓	825.95	1384.68	薩弗克	796.30	1334.96
赫基麥	852.60	1429.38	蘇利文	968.76	1624.11
傑弗孫	825.95	1384.68	提歐加	881.27	1477.41
京斯	808.07	1354.70	湯姆金斯	909.72	1525.11
路易斯	825.95	1384.68	阿爾斯特	971.92	1629.41
利文斯頓	670.98	1124.90	沃倫	775.09	1299.40
馬迪孫	825.95	1384.68	華盛頓	775.09	1299.40
門羅	670.98	1124.90	威恩	670.98	1124.90
蒙哥馬利	780.44	1308.38	韋斯切斯特	814.77	1365.93
拿索	796.30	1334.96	懷俄明	700.71	1174.71
稅務的	808.07	1354.70	耶芝	670.98	1124.90

## 無歧視政策通告

NY State of Health 遵守適用的聯邦民權法律，不因種族、膚色、國籍、性別、年齡或身心障礙，而在其健康計畫和活動有歧視行為。

NY State of Health 亦遵守適用的州法律，不基於以下性質作出歧視：種族、膚色、國籍、信仰/宗教、性別、婚姻/家庭狀況、殘障、逮捕記錄、犯罪判決、性別認同、性取向、發病基因特徵、服役狀況、家庭暴力受害人身份和/或報復歷史。

### NY State of Health :

為殘障人士提供免費援助和服務，以便其有效與我們進行溝通，如：

- TTY，透過 NY 中斷服務。
- 其他形式的書面資訊，比如，大字印刷、音訊、可存取的電子格式和其他格式

向母語非英語之人士提供免費語言援助服務，如：

- 合格的口譯
- 其他語言的書面資訊

如果您需要這些服務或需要更多資訊，請聯絡 1-855-355-5777 (TTY 1-800-662-1220)。

如果您認為 NY State of Health 對您有歧視，則可提交投訴，請前往：

[http://www.health.ny.gov/regulations/discrimination\\_complaints/](http://www.health.ny.gov/regulations/discrimination_complaints/)，或者致電 518-473-1703 或 518-473-7883。

您亦可用電子方式向美國衛生與公共服務部民權辦公室 (U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights) 提交民權投訴，網址為：

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>，或者透過郵件或電話聯絡美國衛生與公共服務部，地址為 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201；電話為 800-368-1019 (TTY 800-537-7697)。投訴表可從 [hhs.gov/ocr/office/file/index.html](https://hhs.gov/ocr/office/file/index.html) 獲取。