



我們正在給您發送一份重要且經過更正的稅務文件

您或您的家人在 **2018** 年健康險購買中獲得了補助，您的聯邦稅申報需要用到這個表格。

您或您的家人去年透過 NY State of Health 購買的健康計畫獲得了補助。這個財政補助是以稅務申報裡面的「預先」給予的稅務抵扣的形式給您的 - 亦即 *在您購買您的健康計畫時*。作為補助的結果，IRS 要求您申報聯邦稅的同時填寫 IRS Form 8962 以結清您 2018 年的稅務賬戶。您可以在網站 www.irs.gov 獲得 Form 8962，並使用隨附的 Form 1095-A 來填寫內容。

補助發放是
以您的收入為基礎

您的預付優先稅務抵扣數額是基於預估的家庭收入以及您投保時能夠獲取的資訊加以計算。當您完成 IRS Form 8962 後，您的最終優先稅務抵扣將根據實際收入以及所居住的縣的第二低消費水準銀牌計畫的消費金額來確定。

如果您來自 IRS Form 8962 的最終優先稅務抵扣低於您的預付優先稅務抵扣，您可能必須以更高的納稅額或更少的退稅額的形式返還一部分稅務抵扣。

如果您來自 IRS Form 8962 的最終優先稅務抵扣高於您的預付優先稅務抵扣，您可能獲得更多的財政補助，以更高的退稅額或更少的納稅額的形式。

瞭解這些對您很重要...

為什麼您可能獲得其他的表格
對於

您或您的家人在 2018 年參加了的每個銅級、銀級、金級或鉑金級健康計畫，您都會獲得一份 Form 1095-A。如果您在 2018 年變更了 NY State of Health 健康險給付範圍，您將會獲得超過一份 Form 1095-A。Form 1095-A 並非針對 Catastrophic plan 或 Medicaid、Child Health Plus 或 Essential Plan 而發送，因為這些計畫沒有資格獲得稅務抵扣。

除了 Form 1095-A，您還有可能獲得其他重要的稅務表格。分別是是 **Form 1095-B** 和 **Form 1095-C**。

為什麼您可能獲得其他的表格續下頁

如果您或您的家人在 2018 年的某個時間點在紐約投保了 Medicaid、Child Health Plus 或 Essential Plan，則可能收到來自紐約州的 Form 1095-B。如果您投保其它類型的保障 – 例如 Catastrophic plan、Medicare Parts A 或 C、TRICARE 等，收到來自 Department of Veterans Affairs 或其他雇主的福利-受贊助的健康險-您會從其他來源收到 Form 1095-B 或 Form 1095-C。NY State of Health 僅提供 Form 1095-A，而不提供 Form 1095-B 或 Form 1095-C。

如何取得幫助

如果您認為我們的 Form 1095-A 內容有錯誤，請儘快致電 NY State of Health，電話號碼：**1-855-766-7860**，以便我們糾正記錄。

如果您對 Form 1095-A 或稅務抵扣有疑問，請造訪網站 <http://info.nystateofhealth.ny.gov/TaxCredits>，致電 NY State of Health (電話號碼 **1-855-766-7860**)，或致電 Community Health Advocate 的協助熱線 **1-888-614-5400**。

如果您對您可能收到的 1095-B 或 1095-C 稅務表格有疑問，致電那些表格上的電話號碼。

如果您對 IRS Form 8962 或其他稅務相關問題有疑問，請造訪網站：www.irs.gov。

關於非歧視政策的通知

NY State of Health 遵循適用的聯邦民權法律，而且不會因種族、膚色、祖籍國、性別、年齡的不同或殘疾與否，而在其健康項目和活動中有所歧視。

NY State of Health 也遵循適用的州法，不會因種族、膚色、祖籍國、族群/宗教、性別、年齡、婚姻/家庭狀況、殘疾狀況、逮捕記錄、刑事定罪、性別認同、性傾向、易感基因特徵、兵役狀況、家庭暴力受害者身份及/或報復而歧視他人。

NY State of Health :

為殘疾人士提供免費的援助和服務以便和我們有效溝通，例如：

- 透過 NY Relay Service 提供傳真服務
- 其他格式的書面資訊，例如大字印刷、音訊、可存取的電子格式以及其他格式

為母語不是英語的人士提供以下免費的語言輔助服務：

- 合格的口譯員
- 其他語言的書面資訊

如果您需要這些服務或者想瞭解更多資訊，請致電 1-855-355-5777 (傳真：1-800-662-1220)。

如果您認為 NY State of Health 對您有所歧視，請至網站

http://www.health.ny.gov/regulations/discrimination_complaints/ 進行投訴，或致電 518-473-1703 或 518-473-7883 投訴。

您也可以透過電子方式向 U.S. Department of Health and Human Services 的民權辦公室提出民事投訴 (網址：<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>)，或者郵寄郵件或致電 U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C.20201; 800-368-1019 (TTY 800-537-7697)。投訴表格可於網址 hhs.gov/ocr/office/file/index.html 取得。