



## 我們向您寄送了一份重要的稅務文件

您或您的家人已投保健康保險，但未獲得 **2019** 年全年或部分月份保費支付方面的援助，因此，您可能需要使用這份稅表來完成聯邦納稅申報

您或您的家人於 **2019** 年透過 NY State of Health 投保健康保險，但在 **2019** 年未獲得其全部或部分費用支付的援助。視乎您的收入而定，在納稅之時您可能仍可獲得財務援助。援助形式將是稅額抵減，亦稱保費稅額抵減 (Premium Tax Credit, PTC)。透過這項援助，您的退稅額可獲提高或者您於 **2019** 年應繳的聯邦個人所得稅金額可予以減少。

完成您的聯邦個人所得稅申報之後，請使用 IRS 稅表 **8962** 確定自己是否可以獲得此項援助。如果 IRS 稅表 **8962** 顯示您的收入高於聯邦貧窮線 (Federal Poverty Line, FPL) 的 **400%**，則您沒有資格獲得此項援助。您可至 [www.irs.gov](http://www.irs.gov) 獲取稅表 **8962**。

---

以下是如何獲取援助的說明 如果您的收入等於或低於聯邦貧窮線 (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** 和保費表填寫 IRS 稅表 **8962**。IRS 稅表 **8962** 將顯示您可獲取的援助金額。

---

## 您必須知道.....

### 為何您會收到其他稅表

對於您本人或您的家人於 **2019** 年期間加入的每個銅級、銀級、黃金級或白金級健康計畫，您或家人都會收到一份稅表 **1095-A**。如果您於 **2019** 年對自己的 NY State of Health 保險做出變更，則會收到多份稅表 **1095-A**。稅表 **1095-A** 不會針對重大傷病計畫或 Medicaid、Child Health Plus 或 Essential Plan 寄出，因為這些計畫並無獲得稅額抵減的資格。

除稅表 **1095-A** 之外，您可能還會收到其他重要稅表，即稅表 **1095-B** 和稅表 **1095-C**。

如果您或您的家人於 **2019** 年的某一時間在紐約加入了 Medicaid、Child Health Plus 或 Essential Plan，則您將從紐約州收到稅表 **1095-B**。如果您加入的是其他類型的保險 – 如重大傷病計畫、Medicare Part A 或 C、TRICARE、由 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**。

**如何獲得問題的解答** 如您認為我們對您稅表 1095-A 的處理有誤，請盡快撥 **1-855-766-7860** 與 NY State of Health 聯絡，以便我們修正記錄。

如您對稅表 1095-A、稅額抵減或隨附的保費表有疑問，請造訪 <http://info.nystateofhealth.ny.gov/TaxCredits>、撥打 NY State of Health 電話 **1-855-766-7860** 或撥打社群健康宣傳熱線 **1-888-614-5400**。

如對收到的稅表 1095-B 或 1095-C 有疑問，請撥打對應稅表上的電話。

如對稅表 8962 有疑問或有其他稅務相關問題，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級計畫 (SECOND LOWEST COST SILVER PLAN, SLCSP) 保費

### 步驟 1.

找到您在 2019 年每個月份所居住的縣。

### 步驟 2.

找到最能描述您的「投保家庭」的欄標題（全部）。以下清單可協助您找到正確的標題。您的投保家庭包括您稅務戶籍中已加入 NY State of Health 合格健康計畫的每個人，但不包括有資格享有下列其他保險的任何人，如：Medicaid、Child Health Plus、Essential Plan、Medicare Part A 或 C、TRICARE、由 Department of Veterans Affairs 提供的福利和大部分雇主贊助的保險。

### 步驟 3.

在您所在縣的對面欄位中選取美金金額。這筆金額是指您所在縣及投保家庭該月適用的每月 SLCSP 保費。

如果您在 2019 年間從一個縣遷至另一個縣，則必須為您在每個縣居住過的每個月份選擇每月保費。此外，如果 2019 年您的投保家庭有所變更，則必須選取每個月份應計的保費。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。

個人

---

您和配偶。您和您的配偶屬於同一個投保家庭。

夫妻/情侶

---

您和配偶。您和您的配偶加入了相同的計畫，但你們其中一人已獲得其他最低基本保險，如透過僱主購買的保險。

個人

---

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

個人

---

您和子女。您和子女均加入了相同的計畫。

個人 + 子女

---

您和子女。您和一個子女加入了相同的計畫，但您的子女已獲得其他最低基本保險。

個人

---

您、配偶\*\*和子女。您、您的配偶和您的子女均加入了相同的計畫。

夫妻/情侶 + 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稅務戶籍的成員，則您可使用「夫妻/情侶」欄，而不是「個人」欄。

\*\*如果您的同居伴侶是您稅務戶籍的成員，則在此情況下，您也可使用「夫妻/情侶 + 子女」欄。

2019 年次低費用銀級計畫 (SLCSP) 每月保費，按投保家庭類型劃分

投保類型：	個人	夫妻/情侶	未滿 26 歲的被撫養子女		26-29 歲的被撫養子女		僅子女 * 未滿 21 歲者
縣			個人 + 子女	夫妻/情侶 + 子女	個人 + 子女	夫妻/情侶 + 子女	
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

投保類型：	個人	夫妻/情侶	未滿 26 歲的被撫養子女		26-29 歲的被撫養子女		僅子女 * 未滿 21 歲者
縣			個人 + 子女	夫妻/情侶 + 子女	個人 + 子女	夫妻/情侶 + 子女	
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
New 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
Orange	\$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

\* 僅子女每月保費金額是每位子女的費用，最多不超過 3 名未滿 21 歲的子女。如果投保家庭中只有一名子女，請使用所列的每月保費金額。如果投保家庭中有兩名子女，請將僅子女每月保費金額乘以二。如果投保家庭中有三名或更多名子女，請將僅子女每月保費金額乘以三。

## 無歧視政策聲明

**NY State of Health** 遵守適用的聯邦民權法與州法律，禁止基於種族、膚色、國籍、信仰/宗教、性別、年齡、婚姻/家庭狀況、殘疾、前科紀錄、犯罪判刑定讞、性別認同、性取向、潛在基因特徵、兵役狀態、家暴受害者身分和/或報復等原因的歧視行為。

如您認為自己受到 **NY State of Health** 的歧視，請前往 [www.health.ny.gov/regulations/discrimination\\_complaints/](http://www.health.ny.gov/regulations/discrimination_complaints/) 或者發送電子郵件至 **Diversity Management Office (DMO@health.ny.gov)** 提出投訴。

您亦可用電子方式向 **U.S. Department of Health and Human Services** 的 **Office for Civil Rights** 提出民權投訴，網址為 <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> 或者透過郵寄或電話聯絡 **U.S. Department of Health and Human Services**，地址為 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201，電話為 1-800-368-1019 (TTY：1-800-537-7697)。投訴表格可自 [www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html) 下載。

## 便利措施

**NY State of Health** 為殘障人士提供免費協助和服務，以便其與我們進行有效溝通，如：

- TTY 紐約轉接服務
- 如果您是盲人或視力嚴重受損者，並且需要其他格式的通知或其他書面資料（大字報、錄音版或資料 CD 或點字版），請聯絡 1-855-355-5777 (TTY：1-800-662-1220)。

**NY State of Health** 也為主要語言非英語的人士提供免費語言協助服務，如：

- 合格口譯人員
- 其他語言的書面資訊

如果您需要這些服務或需要合理便利措施的詳細資訊，請撥打 1-855-355-5777 (TTY：1-800-662-1220)。