



## 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 **2020** 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 2020 年透過 NY State of Health 投保健康保險，但在 2020 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 2020 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 2020 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 2020 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 2020 年的某一時間在紐約加入了 Medicaid、Child Health Plus 或 Essential Plan，則您可能會從紐約州收到稅表 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，則您可能會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 2020 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 2020 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 2020 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。

2020 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	\$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

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	\$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

\* 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、懷孕相關情況、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)。