



INVIO DI IMPORTANTE DOCUMENTO FISCALE

Lei o un membro del Suo nucleo familiare era iscritto all'assicurazione sanitaria, ma non ha ricevuto alcun aiuto finanziario per pagarla per tutto il 2021 o per una sua parte, e potrebbe avere bisogno del presente modulo per la dichiarazione dei redditi federale

Lei o un membro del Suo nucleo familiare ha acquistato l'assicurazione sanitaria attraverso NY State of Health nel 2021, ma non ha ricevuto alcun aiuto finanziario per sostenerne il costo totale o parziale nel 2021. A seconda del Suo reddito, potrebbe ancora riuscire a ricevere un aiuto finanziario contestualmente al pagamento delle tasse. Gli aiuti finanziari possono assumere la forma di credito d'imposta (anche detto credito d'imposta sul premio: Premium Tax Credit, PTC), in grado di aumentare il Suo rimborso o diminuire l'importo delle imposte da Lei dovute per la dichiarazione dei redditi federale 2021.

Durante la compilazione della dichiarazione dei redditi federale, si serva del Modulo 8962 IRS dell'Agenzia delle entrate (Internal Revenue Service) per stabilire se ha diritto o meno a ricevere gli aiuti. Il Modulo 8962 è disponibile sul sito www.irs.gov.

MODALITÀ DI EROGAZIONE DELL'AUTO FINANZIARIO Quando completa la dichiarazione dei redditi federale, compili il Modulo 8962 IRS utilizzando il Modulo 1095-A e il Prospetto premi allegati. Il Modulo 8962 IRS Le spiegherà quanto aiuto finanziario potrebbe avere il diritto di ricevere.

INFORMAZIONI UTILI

PER QUALI MOTIVI POTREBBE RICEVERE ALTRI MODULI?

Riceverà un Modulo 1095-A per ogni programma sanitario Bronze, Silver, Gold o Platinum a cui Lei o un membro del Suo nucleo familiare si è iscritto nel corso del 2021. Se la Sua copertura NY State of Health è cambiata nel 2021, riceverà più di un Modulo 1095-A. Il Modulo 1095-A non viene inviato per i programmi Catastrophic, per i programmi Medicaid o Child Health Plus o per l'Essential Plan, poiché non danno diritto a crediti d'imposta.

Oltre al Modulo 1095-A, è possibile che Lei riceva altri importanti moduli fiscali. Si tratta dei Moduli 1095-B e 1095-C.

Nel caso in cui Lei o un membro del Suo nucleo familiare si fosse iscritto al programma Medicaid, Child Health Plus o all'Essential Plan di New York nel corso del 2021, può richiedere il Modulo 1095-B al Dipartimento di salute dello Stato di New York chiamando il numero 1-800-541-2831. Se era iscritto ad altre tipologie di copertura, ad esempio il programma Catastrophic, Medicare Parte A o C, TRICARE, sussidi da parte del Dipartimento dei servizi per i veterani (Department of Veterans Affairs), o alcune assicurazioni sanitarie offerte dal datore di lavoro, può ricevere il Modulo 1095-B o il Modulo 1095-C da altre fonti. NY State of Health fornisce soltanto il Modulo 1095-A e non il Modulo 1095-B né il Modulo 1095-C.

**COME
RICEVERE
ASSISTENZA
PER LE SUE
DOMANDE**

Se ritiene che il Suo Modulo 1095-A riporti un errore, chiami NY State of Health **il prima possibile al n. 1-855-766-7860** in modo che possiamo correggere la documentazione.

Per eventuali dubbi o domande in merito al modulo 1095-A, al credito d'imposta o all'allegato Prospetto dei premi, **visiti il sito <http://info.nystateofhealth.ny.gov/TaxCredits>, contatti NY State of Health al numero 1-855-766-7860 oppure chiami il servizio di assistenza telefonica Community Health Advocates' Helpline al numero 1-888-614-5400.**

Per eventuali dubbi o domande sul modulo fiscale 1095-B o 1095-C che potrebbe avere ricevuto, chiami il numero riportato sul modulo stesso.

Per eventuali dubbi o domande in materia fiscale o in merito al Modulo 8962, consulti il sito **www.irs.gov**.

COME UTILIZZARE IL PROSPETTO ALLEGATO PER CALCOLARE IL PREMIO MENSILE SLCSP (SECOND LOWEST COST SILVER PLAN) PER IL MODULO 8962

Punto 1.

Trovi la contea in cui ha vissuto in ciascun mese del 2021.

Punto 2.

Trovi la colonna (titoli in orizzontale) che meglio descriva la Sua copertura familiare. L'elenco qui sotto permette di trovare la giusta tipologia. La Sua copertura familiare comprende tutti i membri della Sua famiglia fiscale che sono stati iscritti ad un programma sanitario NY State of Health ed esclude chiunque fosse idoneo a ricevere altre coperture quali: Medicaid, Child Health Plus, Essential Plan, Medicare Parte A o C, TRICARE, sussidi da parte del Dipartimento dei servizi per i veterani e la maggior parte delle assicurazioni sanitarie offerte dal datore di lavoro.

Punto 3.

Selezioni l'importo in dollari nella colonna davanti alla Sua contea. Tale importo è il premio mensile SLCSP applicabile alla Sua contea e alla Sua copertura familiare per quel mese.

Se si è trasferito da una contea ad un'altra nel corso del 2021, selezioni il premio mensile per ciascun mese in cui ha vissuto nelle varie contee. E se la Sua copertura familiare è cambiata durante il 2021, selezioni il premio appropriato per ciascun mese. Per ricevere maggiori informazioni su come compilare il presente modulo, consulti la Pubblicazione 974 IRS e le istruzioni sul Modulo 8962 IRS.

LA SUA COPERTURA FAMILIARE COMPRENDE...

USI LA COLONNA...

LEI. Lei è l'unica persona nella Sua copertura familiare.

SINGOLO

LEI più CONIUGE. Lei e il/la coniuge siete nella stessa copertura familiare.

COPPIA

LEI più CONIUGE. Lei e il/la coniuge siete iscritti allo stesso programma, **ma uno di voi aveva accesso ad un'altra copertura minima necessaria, come l'assicurazione fornita dal datore di lavoro.**

SINGOLO

LEI più CONVIVENTE*. Lei e il/la convivente siete iscritti allo **stesso** programma, ma siete in coperture familiari diverse.

SINGOLO

LEI più PROLE. Lei e la prole siete iscritti allo stesso programma.

SINGOLO CON PROLE

LEI più PROLE. Lei e Suo figlio/figlia siete iscritti allo stesso programma, **ma Suo figlio/figlia aveva accesso ad un'altra copertura minima necessaria.**

SINGOLO

LEI, CONIUGE più PROLE.** Lei, il/la coniuge e la prole siete iscritti allo stesso programma.

COPPIA CON PROLE

FIGLIO solo. Suo figlio/figlia non ha ancora compiuto 21 anni d'età ed è iscritto/a ad un proprio programma.

FIGLIO SOLO

*Se il/la convivente fa parte della Sua famiglia fiscale, potrà utilizzare la colonna "COPPIA" invece di "SINGOLO".

**Se il/la convivente fa parte della Sua famiglia fiscale, in questa situazione potrà anche utilizzare la colonna "COPPIA CON PROLE".

Premi mensili 2021 per i programmi SLCSP, in base al tipo di copertura familiare

Tipologia copertura:	Singolo	Coppia	Bambini e ragazzi al di sotto dei 26 anni d'età		Bambini e ragazzi di età compresa fra 26 e 29 anni;		Figlio solo * sotto 21 anni
			Singolo con prole	Coppia con prole	Singolo con prole	Coppia con prole	
Contea							
Albany	564,80 \$	1.129,59 \$	960,15 \$	1.609,67 \$	1.008,16 \$	1.690,16 \$	257,00 \$
Allegany	472,42 \$	944,85 \$	803,12 \$	1.346,41 \$	843,27 \$	1.413,73 \$	234,09 \$
Bronx	623,39 \$	1.246,78 \$	1.059,76 \$	1.776,67 \$	1.070,39 \$	1.794,47 \$	265,03 \$
Broome	559,36 \$	1.118,73 \$	950,92 \$	1.594,18 \$	998,47 \$	1.673,89 \$	307,88 \$
Cattaraugus	472,42 \$	944,85 \$	803,12 \$	1.346,41 \$	843,27 \$	1.413,73 \$	234,09 \$
Cayuga	559,36 \$	1.118,73 \$	950,92 \$	1.594,18 \$	998,47 \$	1.673,89 \$	309,42 \$
Chautauqua	472,42 \$	944,85 \$	803,12 \$	1.346,41 \$	843,27 \$	1.413,73 \$	234,09 \$
Chemung	559,36 \$	1.118,73 \$	950,92 \$	1.594,18 \$	998,47 \$	1.673,89 \$	309,42 \$
Chenango	519,47 \$	1.038,95 \$	883,11 \$	1.480,50 \$	927,25 \$	1.554,51 \$	298,92 \$
Clinton	594,56 \$	1.189,12 \$	1.036,67 \$	1.721,18 \$	1.038,35 \$	1.724,00 \$	297,70 \$
Columbia	564,80 \$	1.129,59 \$	960,15 \$	1.609,67 \$	1.008,16 \$	1.690,16 \$	257,00 \$
Cortland	559,36 \$	1.118,73 \$	950,92 \$	1.594,18 \$	998,47 \$	1.673,89 \$	309,42 \$
Delaware	\$617,16	1.234,34 \$	1.049,19 \$	1.758,92 \$	1.101,65 \$	1.846,88 \$	313,89 \$
Dutchess	617,17 \$	1.234,35 \$	1.049,19 \$	1.758,95 \$	1.101,65 \$	1.846,89 \$	337,51 \$
Erie	472,42 \$	944,85 \$	803,12 \$	1.346,41 \$	843,27 \$	1.413,73 \$	234,09 \$
Essex	519,47 \$	1.038,95 \$	883,11 \$	1.480,50 \$	927,25 \$	1.554,51 \$	256,64 \$
Franklin	519,47 \$	1.038,95 \$	883,11 \$	1.480,50 \$	927,25 \$	1.554,51 \$	298,92 \$
Fulton	564,80 \$	1.129,59 \$	960,15 \$	1.609,67 \$	1.008,16 \$	1.690,16 \$	259,92 \$
Genesee	472,42 \$	944,85 \$	803,12 \$	1.346,41 \$	843,27 \$	1.413,73 \$	233,86 \$
Greene	564,80 \$	1.129,59 \$	960,15 \$	1.609,67 \$	1.008,16 \$	1.690,16 \$	259,92 \$
Hamilton	519,47 \$	1.038,95 \$	883,11 \$	1.480,50 \$	927,25 \$	1.554,51 \$	298,92 \$
Herkimer	671,58 \$	1.343,17 \$	1.141,69 \$	1.914,02 \$	1.163,59 \$	1.939,62 \$	308,07 \$
Jefferson	519,47 \$	1.038,95 \$	883,11 \$	1.480,50 \$	927,25 \$	1.554,51 \$	297,70 \$
Kings	623,39 \$	1.246,78 \$	1.059,76 \$	1.776,67 \$	1.070,39 \$	1.794,47 \$	265,03 \$
Lewis	519,47 \$	1.038,95 \$	883,11 \$	1.480,50 \$	927,25 \$	1.554,51 \$	298,92 \$
Livingston	518,10 \$	1.036,21 \$	880,78 \$	1.476,60 \$	924,67 \$	1.543,04 \$	234,65 \$
Madison	519,47 \$	1.038,95 \$	883,11 \$	1.480,50 \$	927,25 \$	1.554,51 \$	298,92 \$
Monroe	518,10 \$	1.036,21 \$	880,78 \$	1.476,60 \$	924,67 \$	1.538,56 \$	233,54 \$

Tipologia copertura:			Bambini e ragazzi al di sotto dei 26 anni d'età		Bambini e ragazzi di età compresa fra 26 e 29 anni;		
Contea	Singolo	Coppia	Singolo con prole	Coppia con prole	Singolo con prole	Coppia con prole	Figlio solo * sotto 21 anni
Montgomery	594,56 \$	1.189,12 \$	1.038,89 \$	1.721,18 \$	1.040,57 \$	1.724,00 \$	270,94 \$
Nassau	597,73 \$	1.195,45 \$	1.016,14 \$	1.703,53 \$	1.066,95 \$	1.788,70 \$	246,54 \$
New York	623,39 \$	1.246,78 \$	1.059,76 \$	1.776,67 \$	1.070,39 \$	1.794,47 \$	265,03 \$
Niagara	472,42 \$	944,85 \$	803,12 \$	1.346,41 \$	843,27 \$	1.413,73 \$	234,09 \$
Oneida	519,47 \$	1.038,95 \$	883,11 \$	1.480,50 \$	927,25 \$	1.554,51 \$	297,70 \$
Onondaga	559,36 \$	1.118,73 \$	950,92 \$	1.594,18 \$	998,47 \$	1.673,89 \$	309,42 \$
Ontario	518,10 \$	1.036,21 \$	880,78 \$	1.476,60 \$	924,67 \$	1.538,56 \$	233,54 \$
Orange	617,17 \$	1.234,35 \$	1.049,19 \$	1.758,95 \$	1.101,65 \$	1.846,89 \$	337,51 \$
Orleans	472,42 \$	944,85 \$	803,12 \$	1.346,41 \$	843,27 \$	1.413,73 \$	234,64 \$
Oswego	519,47 \$	1.038,95 \$	883,11 \$	1.480,50 \$	927,25 \$	1.554,51 \$	306,62 \$
Otsego	671,58 \$	1.343,17 \$	1.141,69 \$	1.914,02 \$	1.163,59 \$	1.939,62 \$	308,07 \$
Putnam	617,17 \$	1.234,35 \$	1.049,19 \$	1.758,95 \$	1.101,65 \$	1.846,89 \$	337,51 \$
Queens	623,39 \$	1.246,78 \$	1.059,76 \$	1.776,67 \$	1.070,39 \$	1.794,47 \$	265,03 \$
Rensselaer	564,80 \$	1.129,59 \$	960,15 \$	1.609,67 \$	1.008,16 \$	1.690,16 \$	255,19 \$
Richmond	623,39 \$	1.246,78 \$	1.059,76 \$	1.776,67 \$	1.070,39 \$	1.794,47 \$	265,03 \$
Rockland	643,29 \$	1.286,59 \$	1.093,60 \$	1.833,40 \$	1.148,28 \$	1.925,06 \$	281,52 \$
Saratoga	564,80 \$	1.129,59 \$	960,15 \$	1.609,67 \$	1.008,16 \$	1.690,16 \$	257,00 \$
Schenectady	564,80 \$	1.129,59 \$	960,15 \$	1.609,67 \$	1.008,16 \$	1.690,16 \$	257,00 \$
Schoharie	611,54 \$	1.223,08 \$	1.060,12 \$	1.761,26 \$	1.070,28 \$	1.778,29 \$	277,68 \$
Schuyler	559,36 \$	1.118,73 \$	950,92 \$	1.594,18 \$	998,47 \$	1.673,89 \$	309,42 \$
Seneca	518,10 \$	1.036,21 \$	880,78 \$	1.476,60 \$	924,67 \$	1.543,04 \$	234,65 \$
St Lawrence	519,47 \$	1.038,95 \$	883,11 \$	1.480,50 \$	927,25 \$	1.554,51 \$	298,92 \$
Steuben	559,36 \$	1.118,73 \$	950,92 \$	1.594,18 \$	998,47 \$	1.673,89 \$	309,42 \$
Suffolk	597,73 \$	1.195,45 \$	1.016,14 \$	1.703,53 \$	1.066,95 \$	1.788,70 \$	246,54 \$
Sullivan	617,17 \$	1.234,35 \$	1.049,19 \$	1.758,95 \$	1.101,65 \$	1.846,89 \$	337,51 \$
Tioga	559,36 \$	1.118,73 \$	950,92 \$	1.594,18 \$	998,47 \$	1.673,89 \$	309,19 \$
Tompkins	662,12 \$	1.324,25 \$	1.125,62 \$	1.887,06 \$	1.147,27 \$	1.923,36 \$	311,24 \$
Ulster	617,17 \$	1.234,35 \$	1.049,19 \$	1.758,95 \$	1.101,65 \$	1.846,89 \$	337,51 \$
Warren	564,80 \$	1.129,59 \$	960,15 \$	1.609,67 \$	1.008,16 \$	1.690,16 \$	257,00 \$
Washington	564,80 \$	1.129,59 \$	960,15 \$	1.609,67 \$	1.008,16 \$	1.690,16 \$	259,92 \$
Wayne	518,10 \$	1.036,21 \$	880,78 \$	1.476,60 \$	924,67 \$	1.543,04 \$	234,65 \$
Westchester	643,29 \$	1.286,59 \$	1.093,60 \$	1.833,40 \$	1.133,93 \$	1.901,00 \$	266,80 \$
Wyoming	472,42 \$	944,85 \$	803,12 \$	1.346,41 \$	843,27 \$	1.413,73 \$	234,64 \$
Yates	518,10 \$	1.036,21 \$	880,78 \$	1.476,60 \$	924,67 \$	1.543,04 \$	234,65 \$

* L'importo del premio mensile per figlio solo è il costo per ogni figlio/figlia (fino a 3) inferiore a 21 anni d'età. Se nella copertura familiare rientra solo un figlio/figlia, utilizzare l'importo del premio mensile in elenco. Se nella copertura familiare rientrano solo due figli, moltiplicare per due l'importo del premio mensile per figlio solo. Se nella copertura familiare rientrano tre o più di tre figli, moltiplicare per tre l'importo del premio mensile per figlio solo.

POLITICA DI NON DISCRIMINAZIONE

NY State of Health rispetta le leggi statali e federali applicabili in materia di diritti civili e non discrimina in base a etnia, colore della pelle, nazionalità, credo/religione, sesso, età, stato civile, disabilità, condizioni mediche legate alla gravidanza, precedenti penali, condanne penali, identità di genere, orientamento sessuale, caratteristiche genetiche predisponenti, servizio militare, status di vittima di violenze domestiche e/o ritorsioni.

Se ritiene di avere subito discriminazioni da NY State of Health, può presentare un reclamo sul sito www.health.ny.gov/regulations/discrimination_complaints/ o inviare un'e-mail all'Ufficio gestione diversità (Diversity Management Office) all'indirizzo DMO@health.ny.gov.

È inoltre possibile presentare un reclamo in relazione alla violazione dei diritti civili presso il Dipartimento per la salute e l'assistenza ai cittadini (Department of Health and Human Services), Ufficio diritti civili (Office for Civil Rights) telematicamente sul sito <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf> oppure tramite posta o telefono a: 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). I moduli per il reclamo sono disponibili sul sito www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Assistenza e servizi aggiuntivi

NY State of Health fornisce patrocinio e servizi gratuiti a persone con disabilità per comunicare in modo efficace con noi, come:

- TTY tramite il servizio New York Relay Service
- Non vedenti o persone gravemente ipovedenti che necessitano di avvisi o altro materiale in formati alternativi (caratteri cubitali, CD audio o dati, o Braille); contattare 1-855-355-5777 (TTY: 1-800-662-1220).

NY State of Health fornisce anche servizi di assistenza linguistica gratuiti a persone la cui lingua principale non è l'inglese, come:

- Interpreti qualificati
- Informazioni scritte in altre lingue

Per ottenere tali servizi o per maggiori informazioni sui servizi aggiuntivi, contattare il numero 1-855-355-5777 (TTY 1-800-662-1220).