

# 您是否有關於 您的表單 1095-A 的疑問？

## 我們可協助您！



## 您可使用以下 免費協助



- 如需詳細瞭解表單 1095-A、保費抵減稅額或確定正確的次低費用銀級計畫 (Second Lowest Cost Silver Plan, SLCSP)，請致電 **Community Health Advocates**，電話號碼：**1-888-614-5400**。
- 要獲得已更正的表單或替代表單，請致電 NY State of Health，電話號碼：**1-855-766-7860**。
- 稅務問題請洽您的稅務顧問，或造訪 IRS 網站，網址為 [www.irs.gov](http://www.irs.gov)。

如需詳細資訊，請造訪：

- <http://info.nystateofhealth.ny.gov/TaxCredits>
- IRS 網站，網址為 [www.irs.gov](http://www.irs.gov)
- 報稅代理人
- <https://irs.treasury.gov/freetaxprep/>

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、殘障、前科紀錄、犯罪判刑定讞、性別認同、性傾向、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。

我們免費提供服務。  
可使用不同語言。

## 2023 年重要資訊

根據 2021 年 3 月生效的《美國救援計畫》(American Rescue Plan)，稅收抵免額較高的現有 New York State of Health 投保人及收入較高的紐約居民有史以來首次符合 APTC 的資格。於 2022 年 8 月生效的《通貨膨脹削減法案》(Inflation Reduction Act) 將這項擴大的金融援助延長至 2025 年。

如果您今年收到了用於降低 QHP 保費的 APTC，為了在下一年繼續收到可降低 QHP 保費的 APTC，您必須：

1. 提交您的聯邦納稅申報單
2. 將表單 8962 與聯邦納稅申報單一同提交

\* 為了預防 APTC 中斷，您需要準確、準時地提交您的聯邦納稅申報單，這很重要。

### 瞭解您 2024 年的健康保險選項。

- NY State of Health：  
上網請至：[nystateofhealth.ny.gov](http://nystateofhealth.ny.gov)  
來電請撥：1-855-355-5777
- 社區服務協會提供免費的電話協助或現場協助，電話號碼：  
1-888-614-5400。

# 瞭解如何使用 IRS 的表單 1095-A

若您在 2023 年投保了交易市場計畫，則這份表單會郵寄給您，並會發佈在您的 NY State of Health 帳戶中。\*

請保存此表單，並詳閱信中的說明。

使用此表單完成報稅。

Form **1095-A** Health Insurance Marketplace Statement  VOID  CORRECTED **2023**  
OMB No. 1545-0042  
Department of the Treasury Internal Revenue Service  
Do not attach to your tax return. Keep for your records.  
Go to [www.irs.gov/Form1095A](http://www.irs.gov/Form1095A) for instructions and the latest information.

**Part I Recipient Information**

1. Marketplace identifier	2. Marketplace-assigned policy number	3. Policy issuer's name
4. Recipient's name	5. Recipient's SSN	6. Recipient's date of birth
7. Recipient's spouse's name	8. Recipient's spouse's SSN	9. Recipient's spouse's date of birth
10. Policy start date	11. Policy termination date	12. Street address (including apartment no.)
13. City or town	14. State or province	15. Country and ZIP or foreign postal code

**Part II Covered Individuals**

A. Covered individual name	B. Covered individual SSN	C. Covered individual date of birth	D. Coverage start date	E. Coverage termination date
16.				
17.				
18.				
19.				
20.				

**Part III Coverage Information**

Month	A. Monthly enrollment premiums	B. Monthly second lowest cost silver plan (SLCSP) premium	C. Monthly advance payment of premium tax credit
21. January			
22. February			
23. March			
24. April			
25. May			
26. June			
27. July			
28. August			
29. September			
30. October			
31. November			
32. December			
33. Annual Totals			

For Privacy Act and Paperwork Reduction Act Notice, see separate instructions. Cat. No. 62703D Form 1095-A (2023)

\* 注意：已投保重大傷病計畫者不會收到此表單。

# 如何使用 NY State of Health 的表單 1095-A

**您是否曾使用一個月或更久的 APTC？**  
如果是，您所使用的金額將基於您的預估收入。您必須協調所使用的抵減稅額，使其符合根據您實際收入所符合資格的抵減金額。

**您是否已支付一個月或更久的全額計畫費用？**

如果您的實際收入低於您的估計收入，您也許可以申請保費稅收抵免 (Premium Tax Credit)，即使您在參保時沒有申請、沒有使用或沒有資格獲得經濟援助。

**如何協調 / 申請保費抵減稅額**

第 1 步：NY State of Health 會寄給您表單 1095-A。

第 2 步：請使用表單 1095-A 完成 IRS 的表單 8962。若您在投保期間每月皆使用 APTC，您的表單 1095-A 便已全部填寫完成。若您投保時並沒有抵減稅額，您需要找出您投保期間沒有抵減稅額時，每個月的次低費用銀級計畫 (SLCSP) 保費。

第 3 步：繳交您的聯邦納稅申報單 (使用 1040 系列中的適當表單與表單 8962)。

**需要幫助嗎？**

我們提供多種語言版本的資源，請洽網址  
<http://www.info.nystateofhealth.ny.gov/TaxCredits>

如需索取關於表單 1095-A 或保費抵減稅額的一般資訊，請致電 **Community Health Advocates**，電話號碼：**1-888-614-5400**。

要獲得已更正的表單或替代表單，請致電 **NY State of Health**，電話號碼：**1-855-766-7860**。