

IRS FORM 1095 HOJA DE REFERENCIA PARA PERSONAS Y EMPLEADOS CUBIERTOS

A-B-C's of IRS Form 1095

Formulario para cuidado de salud	Enviado a	Enviado por/en fecha	¿Qué debo hacer con este formulario?
1095-A Declaración del Mercado de Seguros de Salud	Las personas que se inscribieron para la cobertura de salud para sí mismos y/o para sus familiares a través del Exchange/Mercado Público de Seguros de Salud	Enviado por el Exchange/Mercado Público de Seguros de Salud Fecha límite Copia a las personas cubiertas: 31 de enero	Use el Formulario 1095-A para completar un IRS Form 8962 y para reconciliar los pagos anticipados de su Crédito Fiscal para Primas (Premium Tax Credit - PTC) o para reclamar el PTC en su declaración de impuestos. Use el Formulario 1095-A para brindar información acerca de si usted y los miembros de su familia han tenido cobertura de salud que satisface el mandato de Responsabilidad Compartida Individual de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio. Durante los meses que usted o los miembros de su familia no han tenido cobertura, determine si usted califica para una excepción al mandato o si debe hacer un pago en virtud de la Responsabilidad Compartida Individual.
1095-B Cobertura de salud	Las personas que han tenido cobertura de salud para sí mismos y/o sus familiares por parte de un proveedor de cobertura de salud que no está obligado a presentar un Formulario 1095-A o un Formulario 1095-C Para obtener más información, consulte la columna siguiente.	Enviado por proveedores de cobertura de salud: <ul style="list-style-type: none">• Compañías de seguros fuera del Exchange/Mercado Público de Seguros de Salud• Agencias gubernamentales (Medicare o CHIP)• Empleadores que patrocinan un plan de autoseguro que no está obligado a presentar un Formulario 1095-C• Otros proveedores de cobertura Fecha límite Copia a las personas/empleados cubiertos: 31 de enero	Use el Formulario 1095-B para brindar información acerca de si usted y los miembros de su familia han tenido cobertura de salud que satisface el mandato de Responsabilidad Compartida Individual de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio. Durante los meses que usted o los miembros de su familia no han tenido cobertura, determine si usted califica para una excepción al mandato o si debe hacer un pago en virtud de la Responsabilidad Compartida Individual.
1095-C Oferta y Cobertura de Seguro de Salud Proporcionado por el Empleador	Ciertos empleados de Empleadores Grandes Aplicables (Applicable Large Employers - ALE) – véase la columna siguiente	Enviado por empleador ALE – por lo general aquellos empleadores con 50 o más empleados a tiempo completo, incluidos los empleados con equivalencia de tiempo completo Fecha límite Copia a las personas/empleados cubiertos: 31 de enero	Si usted se inscribió en un plan de salud en el Exchange/Mercado Público de Seguros de Salud y recibió un Crédito Fiscal para Primas (Premium Tax Credit - PTC), use la Parte II del Formulario 1095-C para ayudar a determinar su elegibilidad para el PTC. Si su empleador es un empleador ALE que patrocina un plan de autoseguro, usted no recibirá un formulario 1095-B. La Parte III del Formulario 1095-C proporciona información acerca de si usted o los miembros de su familia han tenido cobertura de salud que satisface el mandato de Responsabilidad Compartida Individual de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA).

Nota: No adjunte los Formularios 1095-A, 1095-B o 1095-C a su declaración de impuestos. Consérvelos con sus registros de impuestos durante tres años.