

Hoja de trabajo para el Plan Bronce de más bajo costo (LCBP)

Utilice esta herramienta si está presentando el formulario 8965 en su declaración de impuestos federales y alegando que debe tener una exención del requisito de tener cobertura de salud porque la cobertura no es asequible.

Usted puede calificar para esta exención si la cantidad que usted habría pagado por el plan de menor costo a través de Maryland Health Connection supera el 8.16% de los ingresos de su hogar (Ingresos brutos ajustados modificados) para el año fiscal 2018.

Obtenga más información en MarylandHealthConnection.gov/impuestos.

PASO 1

Determine en qué condado de Maryland vivió usted durante el año de cobertura.

Escriba los condados aquí y los meses en que vivió en cada uno:

Condado: _____ para los meses _____

Condado: _____ para los meses _____

Condado: _____ para los meses _____

PASO 2

Para cada persona que estuvo inscrita en su plan a través de Maryland Health Connection, use las instrucciones en página 3 para ver su costo mensual POR EDAD (cuando comenzó la cobertura) y POR CONDADO y anótelos a continuación. Si vivió en el condado de Calvert, Charles o Frederick, necesitará usar su código postal para determinar su costo mensual bajo Tabla 1 o 2.

CONSEJOS:

- ✘ Incluya **solamente** a los miembros de su hogar que no eran elegibles para cobertura a través de su empleador, o a través de otros medios como Medicaid y MCHP, y a quienes usted reclama en su declaración de impuestos.
- ✘ Para los hogares con más de tres miembros de 20 años de edad o menores, incluya solo los tres hijos mayores.
- ✘ Si se mudó de un código postal a otro, su nuevo costo mensual comenzará el mes después durante el cual se mudó.

Hoja de trabajo para el Plan Bronce de más bajo costo (LCBP)

Mes	Primario	Miembro 1	Miembro 2	Miembro 3	Miembro 4	Miembro 5	Miembro 6	Total mensual del hogar
ENE								
FEB								
MAR								
ABR								
MAY								
JUN								
JUL								
AGO								
SEP								
OCT								
NOV								
DIC								
AÑO TOTAL								

PASO 3

Anote sus ingresos (Ingresos Brutos Ajustados Modificados) para 2018 y multiplíquelo por 8.16%

Parte A: \$ _____ x .0816 = \$ _____

Parte B: Sume los números en la columna "Total mensual del hogar" en el PASO 2 anterior: \$ _____

Si su respuesta a la Parte A es menor que la Parte B, usted puede calificar para la exención de cobertura de salud por motivo de cobertura inasequible.

Hoja de trabajo para el Plan Bronce de más bajo costo (LCBP)

Los residentes de los condados de Allegany, Caroline, Cecil, Dorchester, Garrett, Kent, Queen Anne's, St. Mary's, Somerset, Talbot, Washington, Wicomico y Worcester deben utilizar la Tabla 1.

Los residentes de los condados de Calvert, Charles y Frederick quienes viven en los siguientes códigos postales también deben usar la Tabla 1.

20611	20615	20625	20629	20632
20657	20661	20662	20664	20676
20682	20685	20688	20693	21727
21773	21778	21780	21788	21798

Los residentes de los condados de Anne Arundel, Baltimore, Carroll, Harford, Howard, Montgomery, Prince George's y la ciudad de Baltimore deben utilizar la Tabla 2.

Los residentes de los condados de Calvert, Charles y Frederick quienes viven en los siguientes códigos postales también deben usar la Tabla 2.

20601	20602	20603	20604	20610
20612	20616	20617	20637	20639
20640	20643	20645	20646	20658
20675	20677	20678	20689	20695
20714	20732	20736	20754	21701
21702	21703	21704	21705	21709
21710	21714	21716	21717	21718
21754	21755	21758	21759	21762
21769	21770	21771	21772	21774
21775	21777	21790	21792	21793

Hoja de trabajo para el Plan Bronce de más bajo costo (LCBP)

Tabla 1

Age	Cost of Premium (\$)
0-14	186.13
15	202.67
16	209.00
17	215.32
18	222.13
19	228.95
20	236.00
21	243.30
22	243.30
23	243.30
24	243.30
25	244.27
26	249.14
27	254.99
28	264.47
29	272.26
30	276.15
31	281.99
32	287.83
33	291.48
34	295.38
35	297.31
36	299.26
37	301.21
38	303.16
39	307.05
40	310.95
41	316.78
42	322.38
43	330.17
44	339.90
45	351.33
46	364.96
47	380.29
48	397.80
49	415.08
50	434.54
51	453.77
52	474.92
53	496.34
54	519.45
55	542.57
56	567.62
57	592.93
58	619.94
59	633.32
60	660.33
61	683.69
62	699.01
63	718.23
64+	729.91

Hoja de trabajo para el Plan Bronce de más bajo costo (LCBP)

Tabla 2

Age	Cost of Premium (\$)
0-14	230.60
15	251.09
16	258.93
17	266.77
18	275.21
19	283.65
20	292.39
21	301.43
22	301.43
23	301.43
24	301.43
25	302.64
26	308.67
27	315.91
28	327.65
29	337.30
30	342.13
31	349.36
32	356.60
33	361.12
34	365.94
35	368.35
36	370.76
37	373.17
38	375.59
39	380.41
40	385.24
41	392.47
42	399.40
43	409.05
44	421.11
45	435.27
46	452.15
47	471.14
48	492.84
49	514.25
50	538.36
51	562.17
52	588.39
53	614.92
54	643.56
55	672.20
56	703.24
57	734.60
58	768.06
59	784.63
60	818.09
61	847.03
62	866.02
63	889.83
64+	904.30