

# Plantilla del Segundo Plan Plata de Menor Costo (SLCSP)

Utilice esta herramienta para completar el formulario 1095-A, parte III (Información del hogar), columna B (monto de la prima mensual del segundo plan Plata más barato).

Utilizará el formulario 1095-A completado para completar el formulario 8962 de su declaración federal de impuestos.

**Obtenga más información en**

[MarylandHealthConnection.gov/despues-de-inscribirse/impuestos](https://MarylandHealthConnection.gov/despues-de-inscribirse/impuestos).

**Use esta planilla SOLO si**

- ✘ La parte III del formulario 1095-A está vacía o incompleta
- ✘ Solicitó un crédito fiscal a través Maryland Health Connection y cree que la parte III del formulario 1095-A es incorrecta
- ✘ Hubo un cambio en su hogar durante el plan anual que no informó a Maryland Health Connection, como los siguientes:
  - Los meses en los que usted o los miembros de su hogar tuvieron cobertura de salud mediante Maryland Health Connection durante el año
  - Cuando se agregaron o quitaron miembros bajo la cobertura de su póliza

## PASO 1

Para cada persona que se inscribió en su plan mediante Maryland Health Connection, use las instrucciones de la página 4 para escribir su costo mensual POR EDAD (en el momento en que comenzó la cobertura).

CONSEJOS:

- ✘ Incluya SOLO los miembros de su hogar que tuvieron la cobertura de su plan mediante Maryland Health Connection el último año.
- ✘ NO incluya a los miembros de su hogar inscritos en Medicaid o en el Programa de Salud Infantil de Maryland (MCHP, en inglés) a lo largo de TODO su período de cobertura.
- ✘ NO incluya a los miembros de su hogar que eran elegibles para Medicaid o MCHP pero se inscribieron en su plan de salud privado.

# Plantilla del Segundo Plan Plata de Menor Costo (SLCSP)

- ✘ Incluya a los miembros de su hogar que estuvieron inscritos en Medicaid o MCHP durante parte del año Y en su plan durante otra parte del año. Use un "0" en el cálculo de los costos de los meses en que no estuvieron inscritos en su plan.
- ✘ Para los hogares con más de tres miembros menores de 20 años, incluya solo a los tres mayores.
- ✘ Si un miembro dejó de tener su cobertura, incluya solo el último mes en que estuvo en su cobertura.

Sume los números de cada fila y anótelos en la columna "Total de Referencia Mensual del Hogar". El "Total Mensual del Hogar" es el monto de referencia mensual para su hogar fiscal.

Escriba los números en la columna "Total de Referencia Mensual del Hogar" en la Parte III (Información del hogar), Columna B (Monto de la Prima Mensual del Segundo Plan Plata Más Barato) de su Formulario 1095-A.

MES	Primario	Miembro 1	Miembro 2	Miembro 3	Miembro 4	Miembro 5	Miembro 6	Total Mensual de Referencia del Hogar
ENE								
FEB								
MAR								
ABR								
MAY								
JUN								
JUL								
AGO								
SEP								
OCT								
NOV								
DIC								

# Plantilla del Segundo Plan Plata de Menor Costo (SLCSP)

## Ejemplo

Joe y Lydia tenían 45 y 40 años, respectivamente, cuando comenzó el plan de salud mediante Maryland Health Connection. También tienen cuatro hijos: Johnny (16 años), Kimberly (14 años), Daniel (12 años) y Stephanie (6 años). La familia no tuvo cobertura durante enero o febrero.

MES	Primario (Joe)	Miembro 1 (Lydia)	Miembro 2 (Johnny)	Miembro 3 (Kimberly)	Miembro 4 (Daniel)	Miembro 5	Miembro 6	Total mensual de referencia del hogar
ENE								
FEB								
MAR	\$390.64	\$345.73	\$232.38	\$206.95	\$206.95			\$1382.65
ABR	\$390.64	\$345.73	\$232.38	\$206.95	\$206.95			\$1382.65
MAY	\$390.64	\$345.73	\$232.38	\$206.95	\$206.95			\$1382.65
JUN	\$390.64	\$345.73	\$232.38	\$206.95	\$206.95			\$1382.65
JUL	\$390.64	\$345.73	\$232.38	\$206.95	\$206.95			\$1382.65
AGO	\$390.64	\$345.73	\$232.38	\$206.95	\$206.95			\$1382.65
SEP	\$390.64	\$345.73	\$232.38	\$206.95	\$206.95			\$1382.65
OCT	\$390.64	\$345.73	\$232.38	\$206.95	\$206.95			\$1382.65
NOV	\$390.64	\$345.73	\$232.38	\$206.95	\$206.95			\$1382.65
DIC	\$390.64	\$345.73	\$232.38	\$206.95	\$206.95			\$1382.65

\*No se incluyó a Stephanie en el cálculo porque el hogar ya incluye a tres niños menores de 20 años.

# Plantilla del Segundo Plan Plata de Menor Costo (SLCSP)

Los residentes de todos los condados y códigos postales de Maryland deben consultar la siguiente tabla.

Edad	Costo de Referencia
0-14	\$206.95
15	\$225.35
16	\$232.38
17	\$239.42
18	\$246.99
19	\$254.56
20	\$262.41
21	\$270.53
22	\$270.53
23	\$270.53
24	\$270.53
25	\$271.61
26	\$277.02
27	\$283.51
28	\$294.06
29	\$302.72
30	\$307.05
31	\$313.54
32	\$320.03
33	\$324.09
34	\$328.42
35	\$330.58
36	\$332.75
37	\$334.91
38	\$337.08
39	\$341.40
40	\$345.73
41	\$352.22
42	\$358.45
43	\$367.10
44	\$377.92
45	\$390.64
46	\$405.79
47	\$422.83
48	\$442.31
49	\$461.52
50	\$483.16
51	\$504.53
52	\$528.07
53	\$551.87
54	\$577.57
55	\$603.27
56	\$631.14
57	\$659.27
58	\$689.30
59	\$704.18
60	\$734.21
61	\$760.18
62	\$777.22
63	\$798.59
64+	\$811.59