

**Por favor lea estas instrucciones antes de llenar la solicitud.**

Estimado solicitante:

Esta es su solicitud para **MassHealth**, el **Plan de seguridad médica para niños (CMSP, por sus siglas en inglés)**, **Healthy Start** y **Health Safety Net\***. MassHealth proporciona cobertura de atención médica y ayuda a hacer los pagos de las primas del seguro de salud para familias, niños e individuos. El tipo de cobertura que usted reciba dependerá del tamaño de su familia, sus ingresos y otras circunstancias. Una vez que su solicitud haya sido llenada y revisada, MassHealth le dará **la cobertura más completa para la que usted califique**.

Esta solicitud es a su vez usada para solicitar **Commonwealth Care**. Commonwealth Care es un programa administrado por la Autoridad del conector del seguro médico del Commonwealth (el “Conector de salud”) para ciertos adultos quienes no son elegibles para MassHealth. Commonwealth Care ayuda a pagar las primas de seguro médico para planes de salud que son aprobados por el Conector de salud. Para mayor información, vea las páginas 3 y 21 en el Folleto para afiliados de MassHealth.

Generalmente, esta solicitud es para las personas que viven en Massachusetts, que no se encuentran viviendo en un centro de enfermería ni estén a punto de ingresar en uno; y, que tengan menos de 65 años de edad. Esta solicitud puede ser utilizada además por personas de cualquier edad que sean padres de personas menores de 19 años, o personas que sean adultas que vivan con familiares menores de 19 años y sean responsables de su cuidado cuando ninguno de los padres viva con ellos, o personas que estén discapacitadas y trabajen 40 horas o más por mes. Si esta solicitud no es adecuada para usted, llame al 1-888-665-9993 (TTY: 1-888-665-9997 para personas con sordera parcial o total).

Por favor liste sólo un grupo familiar en una solicitud. Un grupo familiar puede estar compuesto por los padres, padrastros o padres adoptivos de cualquier edad y sus hijos menores de 19 años que vivan con ellos. Si ninguno de los padres vive en la casa, el grupo familiar puede estar compuesto por hermanos menores de 19 años, o por niños menores de 19 años y un adulto con parentesco por consanguinidad, adopción o matrimonio, o el cónyuge o ex cónyuge de uno de dichos parientes quienes vivan todos juntos. El grupo familiar también puede consistir en un individuo o una pareja casada que vivan juntos sin hijos menores de 19 años. Si más de un grupo familiar vive en su casa, cada grupo familiar debe completar una solicitud por separado. MassHealth enviará todos los avisos de elegibilidad a la persona quien sea “jefe de familia” y, si lo hay, a su representante para la determinación del cumplimiento de requisitos.

Por favor lea detenidamente el Folleto para afiliados de MassHealth adjunto antes de completar la solicitud. Conserve el folleto. Contiene respuestas a preguntas que puedan surgirle más tarde.

Al completar la solicitud, asegúrese de:

- ▶ Contestar **todas** las preguntas, y completar todas las secciones y cualquier suplemento que le corresponda a usted y a su familia.
- ▶ **Firmar la solicitud y fecharla**. La solicitud la tienen que firmar: el jefe de familia, todos los solicitantes que hayan cumplido los 18 años de edad, y todos los padres, cualquiera que sea su edad, que tengan hijos que vivan con ellos.
- ▶ Enviar comprobantes de todos sus ingresos, tales como copias de dos talonarios de pago recientes. (Usted no tiene que enviar prueba de ingresos de Seguro Social o de SSI.)
- ▶ Enviar comprobantes de su estado de VIH positivo, solamente si usted desea saber si es elegible para MassHealth por ser VIH positivo.
- ▶ Enviar comprobantes de ciudadanía/nacionalidad estadounidense y comprobantes de identidad, como pasaportes estadounidenses o papeles de naturalización estadounidense. La ciudadanía estadounidense también puede probarse con una partida de nacimiento de E.E.U.U. o un registro del nacimiento en un hospital de E.E.U.U. La identidad también se puede comprobar con la licencia de conducir o con cualquier otra tarjeta de identidad emitida por el gobierno, o con una tarjeta de identificación escolar. Es posible que podamos comprobar su identidad por medio de los expedientes del Registro de vehículos motorizados de Massachusetts si posee una licencia de conducir o una tarjeta de identificación de Massachusetts. Una vez que le dé a MassHealth una prueba de su ciudadanía/nacionalidad estadounidense e identidad, ya no tendrá que volver a hacerlo. Debe presentar una prueba de identidad para todos los familiares que estén presentando una solicitud. **Las personas de la tercera edad y discapacitadas que tengan o puedan recibir Medicare o Seguridad de ingreso suplementario (SSI, por sus siglas en inglés) o personas discapacitadas que reciben Discapacidad del Seguro Social (SSDI, por sus siglas en inglés) no tienen que presentar comprobantes de ciudadanía/nacionalidad estadounidense ni de su identidad.** Un niño nacido de una madre quien se encontraba recibiendo MassHealth a la fecha del nacimiento del niño no tiene que presentar prueba de condición de ciudadanía/nacionalidad de los E.E.U.U. ni de identidad. Ciertos niños menores de 19 años con ingresos familiares (antes de impuestos y deducciones) entre 150% y 300% del índice federal de pobreza podrían no necesitar proveer prueba de su identidad y condición de ciudadanía/nacionalidad de los Estados Unidos. Si usted no sabe si esta excepción se aplica a los niños en su hogar, usted puede entregar prueba de la condición de ciudadanía/nacionalidad e identidad de ellos junto con su solicitud; o MassHealth le informará si estas pruebas serán necesarias después. (Refiérase a las páginas 28-29 en el Folleto para afiliados de MassHealth para obtener información completa sobre comprobantes aceptables.)

\*Esta información se utilizará para determinar si la condición de bajo nivel de ingresos del paciente califica para que los pagos para proveedores provengan del Health Safety Net.

- ▶ Enviar una copia de ambos lados de todas las tarjetas de inmigración (o de otros documentos que indiquen la condición migratoria) de cada miembro de la familia que no sea ciudadano/nacional de E.E.U.U. y que esté solicitando la cobertura de MassHealth o Commonwealth Care, excepto si lo que se solicita son los beneficios de MassHealth Limited, CMSP, Healthy Start, o Health Safety Net. (Consulte el Suplemento C.)

**Una vez completada la solicitud, firmela y ponga la fecha. Envíela junto con todos los demás documentos necesarios a:**

**MassHealth Enrollment Center  
Central Processing Unit  
P.O. Box 290794  
Charlestown, MA 02129-0214**

**Mantendremos la confidencialidad de la información que usted nos proporcione, como es requerido por las leyes federales y estatales. Si desea que compartamos la información sobre su elegibilidad para MassHealth (incluyendo copias de las notificaciones que le enviemos), con alguna persona que no sea su representante para la determinación del cumplimiento de requisitos, si tiene tal representante, por favor llame a MassHealth para recibir el Formulario autorización para compartir información de MassHealth.**

**Cuando complete esta solicitud, recuerde lo siguiente.**

- ▶ Asegúrese de llenar correcta y completamente toda la solicitud. Si necesitamos comunicarnos con usted para obtener más información porque no entendemos lo que usted escribió en la solicitud, nos llevará más tiempo decidir si usted es o no elegible para beneficios de salud.
- ▶ En las páginas 2 y 3 de la solicitud, en las secciones “Ingresos laborales”, “Ingresos no laborales” y “Desempleado o estudiante universitario”, asegúrese de **responder correctamente la primera pregunta de cada sección**. Cada persona **o** tiene empleo **o** está desempleado, pero **no puede tener empleo y estar desempleado al mismo tiempo**.
- ▶ Cuando llene la sección “Seguro médico” de la página 4, por favor recuerde que:
  - la parte A corresponde al seguro médico que usted tiene actualmente y la parte B corresponde al seguro médico para el cual usted podría ser elegible; y
  - usted no será elegible para Commonwealth Care si tiene o puede obtener seguro de parte de un programa gubernamental de seguro incluyendo, pero sin limitarse a:
    - Medicare;
    - TRICARE (dependientes de personal militar);
    - Medical Security Program (por medio de la División de asistencia de desempleo);
    - Plan de seguro médico de Fishing Partnership; o
    - seguro médico estudiantil por parte de una institución escolar de Massachusetts.
- ▶ Verifique que su respuesta a **cada una de las tres** preguntas de la sección “Lesión, enfermedad o discapacidad” de la página 5 sea “sí” o “no”. No deje ninguna respuesta en blanco.
- ▶ Si usted responde “sí” a la pregunta de la página 5 de la solicitud en la sección “Padre o madre ausente,” entonces usted **debe** llenar el Suplemento B según las instrucciones para el Suplemento B. Si el otro padre vive en la misma vivienda que el niño, pero no desea solicitar MassHealth, asegúrese de anotar a ese padre en la página 1 de la solicitud, en la sección “Otros miembros de la familia”.

**Si tiene preguntas sobre esta solicitud o sobre la información que debe enviar, por favor llame a MassHealth al 1-888-665-9993 (TTY: 1-888-665-9997 para personas con sordera parcial o total).**

Cuando recibamos su solicitud completa, firmada y fechada, la revisaremos. Si necesitamos más información, le escribiremos o llamaremos. **Una vez que recibamos toda la información necesaria, tomaremos una decisión sobre su elegibilidad. Usted recibirá una notificación por escrito que le comunicará esta decisión.** Si se determina que usted es elegible para MassHealth, muéstrele de inmediato este aviso a cualquier proveedor de cuidado médico si usted ya pagó por servicios que habrían estado cubiertos por MassHealth durante su período de elegibilidad. Si el proveedor de cuidado médico determina que MassHealth pagará por estos servicios, el proveedor le devolverá el dinero que usted pagó.

**Para empezar a llenar esta solicitud, por favor pase a la página 1 de esta solicitud. Recuerde que debe leer, firmar y poner la fecha en la página 6 después de haber completado la solicitud.**

Esta es una solicitud para **MassHealth**, el **Plan de seguridad médica para niños (CMSP)**, **Healthy Start**, **Commonwealth Care** y **Health Safety Net**. No necesita ser ciudadano/nacional estadounidense para obtener estos beneficios. **Por favor escriba claramente en letra de molde.** Por favor conteste **todas** las preguntas, y complete todas las secciones y cualquier suplemento que le correspondan a usted y a su familia. Si necesita más espacio para completar cualquier sección de este formulario, por favor use una hoja adicional de papel (incluya su nombre y número de Seguro Social), y adjúntela a este formulario.

## Jefe de familia

1.	Apellido	Nombre	Inicial	Dirección	Ciudad	Estado	Código Zip	
Dirección postal (si es diferente de la dirección anterior o si vive en un refugio)					Ciudad	Estado	Código Zip	<input type="checkbox"/> sin hogar
¿Es esta persona solicitante?	Si la respuesta es <b>sí</b> , ¿es esta persona ciudadana/nacional de los E.E.U.U.?		Número de Seguro Social*		Fecha de nacimiento	Género	Raza (opcional)	C <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no				/ /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
Idioma que prefiere hablar	Idioma que prefiere escribir	Origen étnico (opcional)		Números de teléfono (Escriba el número de teléfono de su lugar de trabajo sólo si podemos llamarlo allí.) Casa/Celular: ( ) Trabajo: ( )				

## Otros miembros de la familia

► Enumere a todos los demás miembros de su grupo familiar. *No repita la información del jefe de la familia en esta sección.*  
 Refiérase a la página de instrucciones para obtener información sobre la descripción de un grupo familiar.

2.	Apellido	Nombre	Inicial	¿Esta persona solicita beneficios?	Si la respuesta es <b>sí</b> , ¿es esta persona ciudadana/nacional de E.E.U.U.?	Número de Seguro Social*	Fecha de nacimiento	C <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		/ /	
Género	Raza (opcional)	Idioma que prefiere hablar	Idioma que prefiere escribir	Origen étnico (opcional)		Parentesco con el jefe de familia		
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F								
3.	Apellido	Nombre	Inicial	¿Esta persona solicita beneficios?	Si la respuesta es <b>sí</b> , ¿es esta persona ciudadana/nacional de E.E.U.U.?	Número de Seguro Social*	Fecha de nacimiento	C <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		/ /	
Género	Raza (opcional)	Idioma que prefiere hablar	Idioma que prefiere escribir	Origen étnico (opcional)		Parentesco con el jefe de familia		
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F								
4.	Apellido	Nombre	Inicial	¿Esta persona solicita beneficios?	Si la respuesta es <b>sí</b> , ¿es esta persona ciudadana/nacional de E.E.U.U.?	Número de Seguro Social*	Fecha de nacimiento	C <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		/ /	
Género	Raza (opcional)	Idioma que prefiere hablar	Idioma que prefiere escribir	Origen étnico (opcional)		Parentesco con el jefe de familia		
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F								
5.	Apellido	Nombre	Inicial	¿Esta persona solicita beneficios?	Si la respuesta es <b>sí</b> , ¿es esta persona ciudadana/nacional de E.E.U.U.?	Número de Seguro Social*	Fecha de nacimiento	C <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		/ /	
Género	Raza (opcional)	Idioma que prefiere hablar	Idioma que prefiere escribir	Origen étnico (opcional)		Parentesco con el jefe de familia		
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F								

## Embarazo

► ¿Está usted o alguna persona en la familia embarazada?  sí  no

Nombre	¿Usted o esta persona está embarazada con	Fecha del parto
	<input type="checkbox"/> ¿1 bebé? <input type="checkbox"/> ¿gemelos? <input type="checkbox"/> ¿trillizos? Si son más, ¿cuántos? _____	/ /

## Indígena norteamericano/Nativo de Alaska

Los miembros de la familia que no hayan cumplido los 19 años y que sean Nativos de Alaska o miembros de una tribu Indígena norteamericana reconocida por el gobierno federal que reciban cobertura de MassHealth Family Assistance quizás no tengan que pagar ninguna prima.

► ¿Es usted o algún miembro de la familia menor de 19 años, Nativo de Alaska o miembro de una tribu Indígena norteamericana reconocida por el gobierno federal?  sí  no

Si su respuesta es **sí**, indique los nombres: \_\_\_\_\_

# Instrucciones generales para llenar las secciones: Ingresos laborales, Ingresos no laborales, Y Desempleado o estudiante universitario

Cada persona está trabajando o no trabajando pero **no las dos cosas**. Por favor llene todas las secciones de esta página y la siguiente (página 3).

- **Primero:** llene la sección **Ingresos laborales** a continuación, incluyendo las preguntas sobre seguro médico.
- **Segundo:** llene la sección **Ingresos no laborales** a continuación si usted tiene otros ingresos tales como Seguro Social, beneficios de desempleo, o cualquier otro tipo de ingresos no laborales.
- **Tercero:** si usted **está desempleado o es un estudiante universitario**, debe llenar la sección **Desempleado o estudiante universitario** en la siguiente (página 3).

## Ingresos laborales (Usted debe responder a la primera pregunta de esta sección.)

EN

¿Está usted o algún miembro de su familia trabajando actualmente o posee un empleo por temporada? **(Usted debe contestar esta pregunta.)** . . . . .  sí  no

Si la respuesta es **sí**, complete esta sección.

Si la respuesta es **no**, pase a la sección siguiente (*Ingresos no laborales*).

**Envíe prueba** de sus ingresos, como por ejemplo fotocopias de dos talonarios de pago recientes. Si trabaja por cuenta propia, vea el Folleto para afiliados de MassHealth para encontrar información sobre la prueba requerida.

1.

### Nombre de la persona que se encuentra trabajando

Nombre, dirección y número de teléfono del empleador		Tipo de empleo ( <i>Marque todos los que correspondan.</i> ) <input type="checkbox"/> tiempo completo <input type="checkbox"/> por día <input type="checkbox"/> tiempo parcial <input type="checkbox"/> por temporada salario anual: \$ _____ <input type="checkbox"/> por cuenta propia <input type="checkbox"/> taller supervisado salario anual: \$ _____		For office use only (indicate weekly, biweekly, semimonthly, or monthly)	
				\$	
				\$	
Número de horas por semana	Pago semanal antes de deducciones \$	Fecha en que comenzó a recibir este pago / /	HID	Hrs.	
				Hrs.	

¿Se le ofrece seguro médico que cubra visitas al médico y hospitalizaciones? . . . . .  sí  no  
(Responda **sí** aún si no puede obtenerlo ahora, si escoge no inscribirse, o si deja de utilizar el seguro disponible.)

Si respondió **no** a la pregunta anterior, ¿se le ofreció seguro médico en los últimos seis meses? . . . . .  sí  no

2.

### Nombre de la persona que se encuentra trabajando

Nombre, dirección y número de teléfono del empleador		Tipo de empleo ( <i>Marque todos los que correspondan.</i> ) <input type="checkbox"/> tiempo completo <input type="checkbox"/> por día <input type="checkbox"/> tiempo parcial <input type="checkbox"/> por temporada salario anual: \$ _____ <input type="checkbox"/> por cuenta propia <input type="checkbox"/> taller supervisado salario anual: \$ _____		For office use only (indicate weekly, biweekly, semimonthly, or monthly)	
				\$	
				\$	
Número de horas por semana	Pago semanal antes de deducciones \$	Fecha en que comenzó a recibir este pago / /	HID	Hrs.	
				Hrs.	

¿Se le ofrece seguro médico que cubra visitas al médico y hospitalizaciones? . . . . .  sí  no  
(Responda **sí** aún si no puede obtenerlo ahora, si escoge no inscribirse, o si no acepta el seguro disponible.)

Si respondió **no** a la pregunta anterior, ¿se le ofreció seguro médico en los últimos seis meses? . . . . .  sí  no

## Ingresos no laborales (Usted debe responder a la primera pregunta de esta sección.)

UN

¿Percibe usted o algún miembro de la familia otros ingresos? . . . . .  sí  no

Si la respuesta es **sí**, complete esta sección.

Si la respuesta es **no**, pase a la sección siguiente (*Desempleado o estudiante universitario*).

Describa la fuente de los ingresos (de dónde provienen) de cada miembro de la familia. Si alguien tiene más de una fuente de ingresos, indíquelas en líneas separadas.

**Envíe prueba.** Entre otros ingresos se cuentan: (Usted no tiene que mandar prueba de ingresos de Seguro Social o de SSI.)

- pensión alimenticia      ▪ dividendos o intereses      ▪ jubilación/retiro      ▪ beneficios de desempleo      ▪ otros (*por favor descríbalos a continuación.*)
- anualidades      ▪ pensiones      ▪ Seguro Social      ▪ fideicomisos      ▪ indemnización por enfermedades y accidentes de trabajo
- manutención de niños      ▪ ingresos por alquileres      ▪ SSI      ▪ beneficios para veteranos (federal, estatal, o de la ciudad)

Nombre de la persona	Tipo de ingreso (todos los que correspondan de la lista de arriba)	Fuente (de dónde proviene el ingreso)	Cantidad mensual antes de impuestos	For office use only
			\$	
			\$	
			\$	

# Desempleado o estudiante universitario (Usted debe contestar la primera pregunta de esta sección.)

171

Complete esta sección si usted:

- está desempleado; o
- es un estudiante universitario.

▶ ¿Está usted (o cualquier miembro de la familia quien tenga 19 años o mayor) **desempleado**, solamente trabajando por temporadas, jubilado, o es un **estudiante universitario**? . . . . .  sí  no  
 Si la respuesta es **sí**, complete esta página y conteste **TODAS** las preguntas.  
 Si la respuesta es **no**, siga a la siguiente sección (*Seguro médico que tiene actualmente y seguro médico subsidiado para el cual usted podría ser elegible*).

1. Nombre

▶ ¿Esta persona no se encuentra trabajando (desempleado/a)? . . . . .  sí  no

▶ ¿Se encuentra esta persona recibiendo un cheque de desempleo? . . . . .  sí  no  
 Si la respuesta es **sí**, ¿es este cheque del Commonwealth de Massachusetts? . . . . .  sí  no  
 Si la respuesta es **sí**, en los últimos 12 meses antes de que dicha persona se vuelva desempleada; ¿trabajó esta persona para un empleador en Massachusetts? . . . . .  sí  no  
 No incluya empleadores federales, tales como el Servicio postal de E.E.U.U.

▶ ¿Ha trabajado esta persona en los últimos doce meses antes de la fecha de solicitud? . . . . .  sí  no  
 (**Nota:** si usted contesta **sí** a esta pregunta, usted **DEBE** ingresar una cantidad en dólares en la línea a continuación.)  
 Si la respuesta es **sí**, ¿Cuánto ganó esta persona en los últimos 12 meses antes de impuestos y deducciones? \$ \_\_\_\_\_

▶ ¿Es esta persona un estudiante universitario? . . . . .  sí  no  
 Si la respuesta es **sí**, ¿es esta persona elegible para recibir seguro médico de la universidad? . . . . .  sí  no

▶ ¿Es esta persona un estudiante universitario en una institución en Massachusetts; y que tiene un horario de al menos 75% a tiempo completo? . . . . .  sí  no  
 (**Nota:** si usted no está seguro de que esta persona tenga un horario de al menos 75% a tiempo completo, contacte a la institución universitaria para que le informen si el número de créditos que el estudiante se encuentre tomando requerirían que el estudiante se afilie al seguro médico ofrecido por la institución a los estudiantes.)  
 Si la respuesta es **sí**, ¿está el estudiante planeando en conseguir cobertura del seguro médico de la institución, pero se encuentra esperando a que la cobertura se inicie? . . . . .  sí  no  
 Si la respuesta es **sí**, ¿cuál es la fecha en la cual la cobertura del seguro de la institución comenzaría? \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

▶ Si usted está casado/a, ¿se encuentra su cónyuge trabajando 100 horas o más al mes? . . . . .  sí  no

CC

CC

CC

CC

CC

2. Nombre

▶ ¿Esta persona no se encuentra trabajando (desempleado/a)? . . . . .  sí  no

▶ ¿Se encuentra esta persona recibiendo un cheque de desempleo? . . . . .  sí  no  
 Si la respuesta es **sí**, ¿es este cheque del Commonwealth de Massachusetts? . . . . .  sí  no  
 Si la respuesta es **sí**, en los últimos 12 meses antes de que dicha persona se vuelva desempleada; ¿trabajó esta persona para un empleador en Massachusetts? . . . . .  sí  no  
 No incluya empleadores federales, tales como el Servicio postal de E.E.U.U.

▶ ¿Ha trabajado esta persona en los últimos doce meses antes de la fecha de solicitud? . . . . .  sí  no  
 (**Nota:** si usted contesta **sí** a esta pregunta, usted **DEBE** ingresar una cantidad en dólares en la línea a continuación.)  
 Si la respuesta es **sí**, ¿Cuánto ganó esta persona en los últimos 12 meses antes de impuestos y deducciones? \$ \_\_\_\_\_

▶ ¿Es esta persona un estudiante universitario? . . . . .  sí  no  
 Si la respuesta es **sí**, ¿es esta persona elegible para recibir seguro médico de la universidad? . . . . .  sí  no

▶ ¿Es esta persona un estudiante universitario en una institución en Massachusetts; y que tiene un horario de al menos 75% a tiempo completo? . . . . .  sí  no  
 (**Nota:** si usted no está seguro de que esta persona tenga un horario de al menos 75% a tiempo completo, contacte a la institución universitaria para que le informen si el número de créditos que el estudiante se encuentre tomando requerirían que el estudiante se afilie al seguro médico ofrecido por la institución a los estudiantes.)  
 Si la respuesta es **sí**, ¿está el estudiante planeando en conseguir cobertura del seguro médico de la institución, pero se encuentra esperando a que la cobertura se inicie? . . . . .  sí  no  
 Si la respuesta es **sí**, ¿cuál es la fecha en la cual la cobertura del seguro de la institución comenzaría? \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

▶ Si usted está casado/a, ¿se encuentra su cónyuge trabajando 100 horas o más al mes? . . . . .  sí  no

CC

CC

CC

CC

CC

Aún si usted o cualquier miembro de su familia tengan otro seguro, MassHealth podría ayudarlo a pagar sus primas. El seguro médico puede provenir de un empleador, un padre o madre ausente, un sindicato, una escuela, Medicare; o seguro suplementario de Medicare, como Medex. **Todos los solicitantes deben llenar la sección de seguro médico. No incluya MassHealth o cualquier otro seguro médico al cual usted se inscribió por medio de Commonwealth Care cuando conteste las preguntas a continuación.**

► ¿Usted o algún miembro de su familia recibe beneficios de Medicare? . . . . .  sí  no  
Si la respuesta es **sí**, nombre(s): \_\_\_\_\_ Número(s) de reclamo: \_\_\_\_\_

► ¿Usted o algún miembro de su familia tiene otro seguro médico que no sea Medicare? . . . . .  sí  no  
Si la respuesta es **sí**, complete la **Parte A** y la **Parte B** a continuación.  
Si la respuesta es **no**, complete solamente la **Parte B** a continuación.

**Parte A: Seguro médico que usted tiene actualmente**

1.

Nombre del pólizahabiente	Fecha de nacimiento / /	Número de Seguro Social*	Nombre de la compañía aseguradora	
Nombres de los miembros de la familia cubiertos por el seguro		Tipo de póliza ( <i>Marque uno.</i> ) <input type="checkbox"/> individual <input type="checkbox"/> pareja (dos adultos) <input type="checkbox"/> doble (un adulto, un menor) <input type="checkbox"/> familiar	Fecha de inicio de la póliza / /	Número de la póliza
			Número de grupo (si se sabe)	Nombre del empleador o sindicato
Contribución del pólizahabiente a los costos de la prima ( <i>Complete uno.</i> ) \$ _____ por semana    \$ _____ por trimestre    \$ _____ por mes				
Cobertura del seguro ( <i>Marque todo lo que aplica.</i> ) <input type="checkbox"/> Visitas al médico y hospitalizaciones <input type="checkbox"/> Solo para visión <input type="checkbox"/> Solo para catástrofe <input type="checkbox"/> Solo para dental <input type="checkbox"/> Solo para farmacia		Tipo de seguro ( <i>Marque uno.</i> ) <input type="checkbox"/> Empleador o subsidiado por el sindicato (el empleador o el sindicato paga parte o todo el costo del seguro) <input type="checkbox"/> TRICARE <input type="checkbox"/> Plan de seguro médico de Fishing Partnership <input type="checkbox"/> seguro médico estudiantil <input type="checkbox"/> Subsidio federal y/o estatal (gobierno paga parte o todo el costo del seguro) <input type="checkbox"/> Medical Security Program <input type="checkbox"/> No subsidiado como empleado por cuenta propia o COBRA (el asegurado paga el costo total del seguro)		

Si usted tiene seguro de atención a largo plazo, **envíe una copia** de la póliza.

2.

Nombre del pólizahabiente	Fecha de nacimiento / /	Número de Seguro Social*	Nombre de la compañía aseguradora	
Nombres de los miembros de la familia cubiertos por el seguro		Tipo de póliza ( <i>Marque uno.</i> ) <input type="checkbox"/> individual <input type="checkbox"/> pareja (dos adultos) <input type="checkbox"/> doble (un adulto, un menor) <input type="checkbox"/> familiar	Fecha de inicio de la póliza / /	Número de la póliza
			Número de grupo (si se sabe)	Nombre del empleador o sindicato
Contribución del pólizahabiente a los costos de la prima ( <i>Complete uno.</i> ) \$ _____ por semana    \$ _____ por trimestre    \$ _____ por mes				
Cobertura del seguro ( <i>Marque todo lo que aplica.</i> ) <input type="checkbox"/> Visitas al médico y hospitalizaciones <input type="checkbox"/> Solo para visión <input type="checkbox"/> Solo para catástrofe <input type="checkbox"/> Solo para dental <input type="checkbox"/> Solo para farmacia		Tipo de seguro ( <i>Marque uno.</i> ) <input type="checkbox"/> Empleador o subsidiado por el sindicato (el empleador o el sindicato paga parte o todo el costo del seguro) <input type="checkbox"/> TRICARE <input type="checkbox"/> Plan de seguro médico de Fishing Partnership <input type="checkbox"/> seguro médico estudiantil <input type="checkbox"/> Subsidio federal y/o estatal (gobierno paga parte o todo el costo del seguro) <input type="checkbox"/> Medical Security Program <input type="checkbox"/> No subsidiado como empleado por cuenta propia o COBRA (el asegurado paga el costo total del seguro)		

Si usted tiene seguro de atención a largo plazo, **envíe una copia** de la póliza.

**Parte B: Seguro médico subsidiado para el cual usted podría ser elegible**

**Personas que se encuentran trabajando en la industria pesquera comercial**

► ¿Está usted o cualquier miembro de su familia quien tenga 19 años de edad o mayor actualmente ganando 50% o más de los ingresos totales de la familia provenientes de trabajar en la industria pesquera comercial? . . . . .  sí  no  
Si la respuesta es **sí**, nombre(s): \_\_\_\_\_

**Militares y familiares**

► ¿Es usted o algún miembro de su familia miembro activo de alguno de los servicios uniformados, un miembro jubilado, o un receptor de una Medalla de Honor? . . . . .  sí  no  
Si la respuesta es **sí**, nombre(s): \_\_\_\_\_

(Los servicios uniformados son el Army, Navy, Marine Corps, Coast Guard, Public Health Services, National Oceanic and Atmospheric Administration, y la National Guard o Reserves.)

\* Dato obligatorio, si es posible conseguirlo y si uno ha sido emitido, ya sea que esta persona sea solicitante o no.

## Instrucciones generales para llenar las secciones: Lesión, enfermedad o discapacidad, Padre o madre ausente, y Condición de ciudadanía/nacionalidad de los E.E.U.U. y condición migratoria

La sección de VIH es opcional. Usted debe contestar todas las preguntas en cada una de las tres secciones posteriores a la sección de VIH.

### Información sobre el VIH (opcional)

MassHealth puede ofrecer, a personas que son VIH positivo, beneficios para los cuales no calificarían de ninguna otra manera.

▶ ¿Usted o algún miembro de la familia que sea VIH positivo, desea solicitar estos beneficios? . . . . .  sí  no

Si usted respondió **sí** complete esta sección

☒ **Envíe prueba** de ingresos, de condición de ciudadanía/nacionalidad de E.E.U.U. así como de identidad o condición de extranjero elegible para decidir si es que usted puede recibir beneficios hasta por 60 días mientras esperamos a que usted nos envíe prueba de su condición de VIH positivo. Para más información, refiérase al Folleto para afiliados de MassHealth.

**For office use only**

Nombre(s): \_\_\_\_\_

### Lesión, enfermedad o discapacidad

▶ ¿Usted o algún miembro de la familia tiene una lesión, enfermedad o discapacidad (incluyendo una condición discapacitante de salud mental) que haya durado o se espera que dure un mínimo de 12 meses? (Si es legalmente ciego, conteste **sí**.) . . . . .  sí  no

▶ ¿Ha sufrido usted o algún miembro de la familia, un accidente, una enfermedad o una lesión la cual puede ser responsabilidad de otra persona? . . . . .  sí  no

▶ ¿Ha sufrido usted o algún miembro de la familia, un accidente, una enfermedad o una lesión que podría estar cubierta por el seguro de otra persona o por algún seguro de la familia, aparte del seguro médico? . . . . .  sí  no  
Si respondió **sí a cualquiera de estas tres preguntas**, tiene que completar el **Suplemento A** (la hoja azul).

### Padre o madre ausente

▶ ¿Hay algún niño en la familia cuyo padre o madre no vive con usted? . . . . .  sí  no

Si la respuesta es **sí**, debe completar el **Suplemento B** (la hoja amarilla).

### Condición de ciudadanía/nacionalidad de los E.E.U.U. y condición migratoria

La condición de ciudadanía/nacionalidad de los E.E.U.U. de los padres no afecta la elegibilidad de sus hijos.

#### Ciudadanos de los E.E.U.U.

▶ Para solicitantes **nacidos en Massachusetts** que desean asistencia consiguiendo prueba de su ciudadanía de los E.E.U.U., por favor llenen el **Suplemento D** (la hoja roja).

Para solicitantes **nacidos fuera de Massachusetts** que desean asistencia consiguiendo prueba de su ciudadanía de los E.E.U.U., MassHealth podría asistirlo. Por favor llame al Servicio al cliente de MassHealth al 1-800-841-2900 (TTY: 1-800-497-4648, para personas con sordera parcial o total).

#### Personas que no son ciudadanos/nacionales de los E.E.U.U.

▶ Si usted o cualquier otro miembro de la familia que se encuentre solicitando MassHealth o Commonwealth Care es compatible con cualquiera de los códigos de condición migratoria en el **Suplemento C** (la hoja anaranjada), enumerados del 1 al 17, usted debe completar el **Suplemento C**.

▶ Si usted o cualquier otro miembro de la familia que se encuentre solicitando beneficios no es compatible con ninguno de los códigos de condición en el **Suplemento C** (la hoja anaranjada), enumerados del 1 al 17; usted o ese miembro de la familia podría obtener uno o más de los siguientes: MassHealth Limited, Healthy Start, CMSP, o Health Safety Net. **Usted no tiene que llenar el Suplemento C.**

**Nota:** los miembros de la familia que solamente quieren obtener uno o más de los siguientes: MassHealth Limited, CMSP, Healthy Start, o Health Safety Net, no tienen que darnos un número de Seguro Social. No compararemos sus nombres con ninguna otra agencia incluyendo el Departamento de seguridad interna (DHS, por sus siglas en inglés). Usted no necesita enviar prueba de su condición migratoria. **Pero usted debe listar los nombres de estas personas a continuación.** MassHealth Limited paga solamente por servicios de emergencia. Refiérase al Folleto para afiliados de MassHealth para mayor información.

▶ Liste a continuación los nombres de los miembros de la familia que desean obtener solamente uno o más de los siguientes: MassHealth Limited, Healthy Start, CMSP, o Health Safety Net.

Nombres	For office use only	Nombres	For office use only

**Esta es una solicitud para recibir la cobertura de MassHealth, el Plan de seguridad médica para niños (CMSP), Healthy Start, Commonwealth Care y Health Safety Net.**

Autorizo a mis empleadores y aseguradores médicos actuales y anteriores a divulgar a MassHealth, la Autoridad del Conector del seguro médico del Commonwealth (el “Conector de salud”), y la División de finanzas y normatividad de atención médica cualquiera y toda la información que tengan acerca de la cobertura por seguro médico para mí y para los miembros de mi grupo familiar. Esta información incluye, sin limitarse a ello, información sobre pólizas, primas, seguros compartidos, deducibles y beneficios cubiertos que están, podrían estar; o deberían haber estado a disposición mía o de los miembros de mi grupo familiar.

Entiendo que MassHealth puede inscribirme en un seguro médico disponible patrocinado por mi empleador si tal seguro cumple con los criterios para la asistencia de pagos de prima de MassHealth.

Mi cónyuge y yo entendemos que nuestros empleadores pueden ser notificados y recibir facturas, de acuerdo con los reglamentos de la División de finanzas y normatividad de atención médica, sobre servicios que yo y mi cónyuge y cualquiera de nuestros dependientes puedan obtener de hospitales o centros de salud comunitaria que estén pagados por Health Safety Net.

Si yo o algún otro miembro de mi familia cumplimos con los requisitos para recibir asistencia a través de MassHealth, el Conector de salud o la División de finanzas y normatividad de atención médica, le doy mi autorización a MassHealth, al Conector de salud (Commonwealth Care) o a la División de finanzas y normatividad de atención médica (Health Safety Net) para obtener cualquier documento o dato: (1) a fin de comprobar la información que se dio en esta solicitud y en sus suplementos, o cualquier información que yo dé cuando ya esté afiliado; (2) con el fin de documentar servicios médicos solicitados o recibidos; y (3) para sustentar la continuidad de la elegibilidad.

Entiendo que si tengo 55 años de edad o más, MassHealth puede recuperar el dinero procedente de mi caudal sucesorio/hereditario después de que fallezca. Bajo la práctica actual, esto no corresponde a Commonwealth Care.

Entiendo que si cualquier miembro de mi grupo familiar o yo nos accidentamos o lesionamos de alguna otra manera, y recibimos dinero de un tercero por motivo de dicho accidente o lesión, tendremos que utilizar dicho dinero para reembolsarle a: (1) MassHealth (para MassHealth, CMSP y Healthy Start) o al Conector de salud o mi aseguradora actual (para Commonwealth Care) para ciertos servicios médicos proporcionados (En el caso de MassHealth, estos servicios médicos se detallan en el Folleto para afiliados de MassHealth. Para Commonwealth Care, mi aseguradora debe haberme proporcionado estos servicios médicos.); ó (2) la División de finanzas y normatividad de atención médica por servicios médicos reembolsados por Health Safety Net para mí y cualquier miembro de mi familia. También entiendo que debo notificar a MassHealth (por MassHealth, CMSP y Healthy Start), a mi aseguradora (por Commonwealth Care), o a la División de finanzas y normatividad de atención médica (por Health Safety Net) por escrito, dentro de un periodo de 10 días calendario, o en cuanto sea posible, si presento un reclamo de seguro o entablo una demanda/juicio por un accidente o lesiones que yo, o un miembro de mi familia que solicite beneficios, haya sufrido.

Entiendo que si cualquier miembro de mi familia o yo reunimos los requisitos de MassHealth, CMSP, Healthy Start, Commonwealth Care o Health Safety Net, tengo que informarle a MassHealth de todo cambio que se suscite en el caso mío o el de mi familia con respecto a ingresos o empleo, tamaño del grupo familiar, cobertura por seguro médico, primas de seguros médicos; y, condición migratoria o cualquier cambio en cualquier otra información que yo haya dado en esta solicitud y en cualquier suplemento, dentro de los 10 días calendario posteriores a la fecha en que me entere del cambio.

Entiendo también que al firmar a continuación, autorizo a MassHealth a que procure obtener y cobrar cualquier pago de terceros por concepto de atención médica y apoyo médico de los padres de cualquier hijo menor de 19 años que esté solicitando beneficios.

Si yo o un miembro de mi familia somos elegibles para recibir MassHealth o CMSP, entiendo que quizá tenga que pagar una prima establecida por MassHealth. También entiendo que si no pago la prima, MassHealth puede remitir mi saldo al cobro al Programa estatal de intercepción (State Intercept Program, SIP). Si soy un Indígena norteamericano o Nativo de Alaska elegible para MassHealth Family Assistance, es posible que no tenga que pagar primas según lo estipulado en MassHealth Family Assistance. Si yo o cualquier miembro de mi familia somos elegibles para Commonwealth Care, entiendo que quizá tenga que pagar una prima establecida por el Conector de salud.

Certifico que he leído o me han leído la información en esta solicitud, incluyendo cualquier suplemento y las páginas de instrucciones adjuntas, y la información del Folleto para afiliados de MassHealth, y que entiendo mis derechos y responsabilidades. También certifico bajo pena de perjurio que la información en esta solicitud y cualquier suplemento es correcta y está completa a mi mejor entender.

Si usted está actuando a nombre de otra persona al llenar esta solicitud y cualquier suplemento, también deberá llenar y devolver, junto con la presente solicitud, el formulario MassHealth Designación de representante para la determinación del cumplimiento de requisitos. Su firma, en calidad de representante para la determinación del cumplimiento de requisitos, certifica que, a su mejor entender, la información detallada en esta solicitud y en cualquiera de los suplementos es correcta y está completa.

Si usted considera que la decisión de MassHealth está errada con respecto a si usted es elegible o no, cuenta con el derecho de apelación o puede presentar una queja. Si se le niegan los beneficios, recibirá detalles sobre cómo apelar una decisión de MassHealth y también sobre como presentar una queja acerca de cualquier decisión de Health Safety Net.

**El jefe de familia, todas las personas que hayan cumplido o sean mayores a los 18 años de edad, y todos los padres de cualquier edad que tengan hijos que viven con ellos, que estén solicitando la cobertura de MassHealth, CMSP, Healthy Start, Commonwealth Care o Health Safety Net, tienen que leer esta hoja cuidadosamente, firmarla y fecharla en la parte inferior. Si usted firma en calidad de representante para la determinación del cumplimiento de requisitos, también tendrá que entregar el formulario MassHealth Designación de representante para la determinación de cumplimiento de requisitos.**

X  
Firma del solicitante o de su representante para la determinación del cumplimiento de requisitos

Fecha

X  
Firma del solicitante o de su representante para la determinación del cumplimiento de requisitos

Fecha

For office use only. Head of household name: \_\_\_\_\_ Head of household SSN: \_\_\_\_\_

Deje esta página en blanco si respondió **NO** a todas las preguntas sobre lesiones, enfermedad y discapacidad en la página 5.

Complete esta página si respondió **SÍ** a cualquiera de las tres preguntas sobre lesiones, enfermedad y discapacidad en la página 5.

## Lesiones, enfermedad o discapacidad

DDU/TPR

Complete esta sección para usted o cualquier miembro de la familia que tenga una lesión, enfermedad o discapacidad (incluyendo una condición discapacitante de salud mental).

1.	Nombre	For office use only	
		Supp to DES	Dis type
	<p>¿Tiene esta persona una lesión, enfermedad o discapacidad (incluyendo una condición discapacitante de salud mental) que ha durado o que se anticipa que durará un mínimo de 12 meses? . . . . . <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no</p> <p>¿Recibe esta persona dinero del Seguro Social por alguna discapacidad? . . . <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no</p> <p>¿Ha recibido esta persona Seguridad de ingreso suplementario (SSI) alguna vez? . . . . . <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no</p> <p>¿Es esta persona legalmente ciega? . . . . . <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Si la respuesta es <b>sí</b>, envíe una copia del Certificado de ceguera.</p>		
2.	Nombre	For office use only	
		Supp to DES	Dis type
	<p>¿Tiene esta persona una lesión, enfermedad o discapacidad (incluyendo una condición discapacitante de salud mental) que ha durado o que se anticipa que durará un mínimo de 12 meses? . . . . . <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no</p> <p>¿Recibe esta persona dinero del Seguro Social por alguna discapacidad? . . . <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no</p> <p>¿Ha recibido esta persona Seguridad de ingreso suplementario (SSI) alguna vez? . . . . . <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no</p> <p>¿Es esta persona legalmente ciega? . . . . . <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Si la respuesta es <b>sí</b>, envíe una copia del Certificado de ceguera.</p>		

## Accidente o lesión

TPR

Debe responder a las siguientes tres preguntas sobre usted o algún miembro de la familia que se encuentre necesitando atención médica debido a un accidente o lesión.

		For office use only
	<p>¿Presenta usted o algún miembro de la familia esta solicitud debido a un accidente o lesión que podría ser la responsabilidad de otra persona? . . . . . <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no</p> <p>Si la respuesta es <b>sí</b>, indique los nombres: _____</p> <p>¿Tiene usted o algún miembro de la familia una lesión, enfermedad o discapacidad causada por otra persona, o que podría estar cubierta por el seguro de otra persona o por el seguro propio del miembro de la familia, que no sea el seguro médico (tal como un seguro de vivienda o un seguro de automóvil)? . . . <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no</p> <p>Si la respuesta es <b>sí</b>, indique los nombres: _____</p> <p>¿Se ha entablado una demanda/juicio, un reclamo de compensación por enfermedad o accidente laboral o un reclamo de seguro por accidente o lesión sufrida por usted o algún miembro de la familia nombrado en esta solicitud? . . . . . <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no</p> <p>Si la respuesta es <b>sí</b>, indique los nombres: _____</p>	

Si necesita más espacio, sírvase usar el espacio al dorso de esta hoja.



**No complete este suplemento si respondió NO** a la pregunta sobre el padre o madre ausente en la página 5.

**Complete este suplemento sólo si respondió SÍ** a la pregunta sobre el padre o madre ausente en la página 5.

## Padre o madre ausente

### PARTE A—Cooperación

Para recibir cobertura de MassHealth **para usted y para un niño que viva con usted**, usted tiene que cooperar con la División de implementación del sustento infantil del Departamento de rentas (DOR, por sus siglas en inglés) de Massachusetts con miras a establecer la paternidad y hacer cumplir una orden de sustento médico, a menos que tenga “Buena Causa” para no cooperar. También tiene que asignar sus derechos de sustento médico a MassHealth. Cooperación significa que quizás tenga que proveer información sobre la identidad, ubicación y sobre el empleo del padre de familia ausente, comparecer para citas con el personal del DOR y con la corte, someterse a pruebas de paternidad, dar información y realizar cualquier otra acción que sea necesaria para ayudar al DOR a establecer la paternidad, y a establecer, modificar o hacer cumplir una orden de sustento médico infantil. “Buena Causa” es un término jurídico que significa que si usted coopera mediante la entrega de información sobre el padre o madre ausente, tal acto no sería lo mejor para el niño por uno de los motivos citados en la Parte B—“Buena Causa”— en la página que sigue. Si usted cree que tiene “Buena Causa” para no cooperar, complete la Parte B—“Buena Causa”— en la siguiente página y no complete la Parte C—Información sobre el padre o la madre ausente— en la siguiente página.

Si no desea presentar una explicación de “Buena Causa” y no coopera llenando la Parte C—Información sobre el padre o la madre ausente— en la página siguiente, su elegibilidad a MassHealth se podría ver afectada.

Para recibir cobertura de MassHealth **sólo para el niño que viva con usted** y no para usted, no tiene que cooperar con el DOR ni asignar sus derechos de sustento médico a MassHealth, ni dar ninguna información sobre un padre o madre ausente. También, si una miembro de la familia que esté **embarazada** está solicitando beneficios para un niño por nacer, en este momento usted no tiene que darnos ninguna información sobre el padre ausente del niño por nacer, lo cual significa que no tiene que llenar las Partes B, C ni D de este suplemento para dicho niño que aún no ha nacido. Sírvase leer el párrafo que sigue sobre los servicios para la implementación del sustento infantil.

Aún si usted está solicitando cobertura de MassHealth sólo para el niño que viva con usted, puede pedir los servicios para la implementación del sustento infantil si desea recibir ayuda para lograr que un padre de familia ausente pague el seguro médico o el sustento infantil para dicho niño. Si desea este servicio, puede llamar al DOR marcando el 1-800-332-2733, o acudir a [www.mass.gov/dor](http://www.mass.gov/dor) y diríjase a “Child Support” (Sustento infantil). La cobertura de MassHealth para el niño no se verá afectada si usted opta por valerse o no de estos servicios. Si solicita estos servicios, tendrá que cooperar con el DOR.

**Favor de pasar a la página 10.**

For office use only. Head of household name: \_\_\_\_\_ Head of household SSN: \_\_\_\_\_

**Favor de leer la Parte A del Suplemento B (página 9) antes de completar las Partes B, C y D del Suplemento B (abajo).**

## Padre o madre ausente (cont.)

ABS

### PART B—Buena Causa

¿Hay alguna razón (“Buena Causa”) para que usted no nos ayude a obtener sustento médico de este padre o madre ausente? . . .  sí  no  
Si la respuesta es **no**, complete a continuación la Parte C—información sobre el padre o madre ausente.  
Si la respuesta es **sí**, indique los nombres de los niños cuyo padre o madre o ambos estén ausentes, y sobre el o los cual(es) usted no nos quiere dar ninguna información. Además marque una de las siguientes opciones que correspondan al niño o niños enumerado(s).

Nombre(s): _____	Nombre(s): _____
<input type="checkbox"/> La cooperación provocaría un daño físico o emocional grave a un miembro de la familia o a su hijo(a) o al solicitante o al afiliado.	<input type="checkbox"/> La cooperación provocaría un daño físico o emocional grave a un miembro de la familia o a su hijo(a) o al solicitante o al afiliado.
<input type="checkbox"/> La adopción del niño se encuentra en curso.	<input type="checkbox"/> La adopción del niño se encuentra en curso.
<input type="checkbox"/> El niño fue concebido por abuso o agresión sexual.	<input type="checkbox"/> El niño fue concebido por abuso o agresión sexual.

### PARTE C—Información sobre el padre o la madre ausente (si la sabe)

1. Nombre	Número de Seguro Social*	Fecha de nacimiento / /	Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Dirección		Número de teléfono ( )	

¿Existe una orden de sustento médico? . . .  sí  no  
Parentesco con el niño:  madre  padre  otro: \_\_\_\_\_ Licencia de conducir:\* \_\_\_\_\_  
Nombres de los niños del padre o madre ausente: \_\_\_\_\_  
Nombre y dirección del empleador del padre o madre ausente: \_\_\_\_\_

\*Dato obligatorio, si es posible conseguirlo y si uno ha sido emitido.

2. Nombre	Número de Seguro Social*	Fecha de nacimiento / /	Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Dirección		Número de teléfono ( )	

¿Existe una orden de sustento médico? . . .  sí  no  
Parentesco con el niño:  madre  padre  otro: \_\_\_\_\_ Licencia de conducir:\* \_\_\_\_\_  
Nombres de los niños del padre o madre ausente: \_\_\_\_\_  
Nombre y dirección del empleador del padre o madre ausente: \_\_\_\_\_

\*Dato obligatorio, si es posible conseguirlo y si uno ha sido emitido.

### PARTE D—Firma

Soy el padre con quien el niño vive (padre de custodia) o su tutor legal, y entiendo que al firmar en la parte inferior asigno mis derechos y autorizo a MassHealth y al DOR a que procuren obtener sustento médico del padre de familia ausente de cualquier niño que no haya cumplido los 19 años de edad y que viva conmigo y que solicite cobertura de MassHealth. También estoy de acuerdo en cooperar con MassHealth y con el DOR en este proceso, según se detalla en la Parte A—Cooperación—de este suplemento.

\*\*Firma del padre de custodia o tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

\*\*Dato obligatorio, sólo si la solicita para usted y para el niño que vive con usted.

For office use only. Head of household name: \_\_\_\_\_ Head of household SSN: \_\_\_\_\_

**Deje esta página en blanco si todos los miembros de la familia** quienes están solicitando **son** ciudadanos/nacionales de los E.E.U.U.

**Complete esta página si cualquier miembro de la familia** está solicitando MassHealth o Commonwealth Care y **no** es un ciudadano/nacional de los E.E.U.U.

▶ 1. ¿Se encuentra usted o algún miembro de la familia en servicio activo o es veterano de las Fuerzas Armadas de E.E.U.U. y le dieron baja con honores; o, prestó usted o algún miembro de su familia servicios bajo el mando de los Estados Unidos durante la Segunda Guerra Mundial o en Vietnam? . . . . .  sí  no  
Si la respuesta es **sí**, puede parar aquí, pero liste a los miembros de familia pertinentes.  
**Nombres:** \_\_\_\_\_  
Si la respuesta es **no**, pase a la pregunta siguiente.

▶ 2. ¿Es usted o algún miembro de la familia el cónyuge, viuda, viudo, o persona a cargo de una persona en servicio activo o de algún veterano, según se describió en la pregunta anterior? . . . . .  sí  no  
Si la respuesta es **sí**, puede parar aquí, pero liste a los miembros de familia pertinentes.  
**Nombres:** \_\_\_\_\_  
Si la respuesta es **no**, pase a la pregunta siguiente.

▶ 3. ¿Es usted o algún miembro de la familia víctima de abuso doméstico y el abusador ya no vive ahí? . . . . .  sí  no  
Si la respuesta es **sí**, puede parar aquí, pero liste a los miembros de familia pertinentes.  
**Nombres:** \_\_\_\_\_  
Si la respuesta es **no**, debe completar el resto de esta página (*Condición migratoria*).

## Condición migratoria

OAC

▶ Complete la tabla que sigue a continuación para cada miembro de la familia que **no** sea ciudadano/nacional de E.E. U.U. y que se encuentre presentando una solicitud para MassHealth o Commonwealth Care.  
Liste *todas* las condiciones migratorias que correspondan a cada persona desde que dicha persona llegó a Estados Unidos.

✕ **Envíe copias** de ambos lados de todas las tarjetas de inmigración (o de otros documentos que demuestren condición migratoria).  
*Consulte el Folleto para afiliados de MassHealth para obtener una descripción más completa de condiciones migratorias.*

▶ Utilice estos códigos para describir su condición migratoria en la tabla que sigue a continuación.

4. Amerasiático admitido conforme a la Sección 584 de Leyes públicas 100-202	8. Deportación suspendida	12. Refugiado	15. Víctima de formas severas de tráfico*
5. Asilo otorgado	9. Residente permanente legal	13. Persona con visa de visitante/otra	16. Inmigrante especial iraquí
6. Inmigrante condicional	10. Americano indígena con no menos del 50% de sangre indígena y nacido en Canadá	14. Persona residente bajo apariencia legal (PRUCOL) incluyendo el estado de protección temporal y la solicitud de asilo ( <i>Ver el Folleto para afiliados de MassHealth para obtener más información.</i> )	17. Inmigrante especial afgano
7. Inmigrante cubano/haitiano	11. Se le concedió libertad condicional		

(\*Tráfico de seres humanos con fines de prostitución o servidumbre involuntaria.)

Nombre	Códigos de condición (Enumere todos los que corresponda.)				Fecha de otorgamiento de condición				Fecha de ingreso a E.E.U.U		For office use only	
	a	b	c	d	a	b	c	d	/	/		
										/	/	
										/	/	
										/	/	
										/	/	
										/	/	
										/	/	

# Suplemento D:

## Asistencia para obtener prueba de ciudadanía/nacionalidad de los E.E.U.U. para personas nacidas en Massachusetts



For office use only. Head of household name: \_\_\_\_\_ Head of household SSN: \_\_\_\_\_

**Complete una sección a continuación por CADA miembro de familia que esté solicitando, que fue nacido en Massachusetts, y que desea asistencia para obtener prueba de su ciudadanía estadounidense por medio del Registro de estadísticas vitales de Massachusetts.**

**Nota:** Cuando se encuentre llenando las secciones a continuación, asegúrese de escribir en letra de imprenta el nombre de cada miembro de familia tal como aparecería en el certificado de nacimiento de dicha persona.

Apellido actual del solicitante	Nombre	Inicial	Sufijo (ej., "Jr.")
Apellido de nacimiento del solicitante (si es diferente)	Nombre	Inicial	Sufijo (ex., "Jr.")
Fecha de nacimiento	Género a la fecha de nacimiento (si es diferente)		
Nombre del hospital en Massachusetts	Ciudad de nacimiento en Massachusetts		
Apellido de la madre/Co-padre (a la fecha de nacimiento del solicitante)	Nombre	Inicial	Nombre de soltera
Apellido del padre/Co-padre (a la fecha de nacimiento del solicitante)	Nombre	Inicial	Sufijo (ex., "Jr.")

Apellido actual del solicitante	Nombre	Inicial	Sufijo (ej., "Jr.")
Apellido de nacimiento del solicitante (si es diferente)	Nombre	Inicial	Sufijo (ex., "Jr.")
Fecha de nacimiento	Género a la fecha de nacimiento (si es diferente)		
Nombre del hospital en Massachusetts	Ciudad de nacimiento en Massachusetts		
Apellido de la madre/Co-padre (a la fecha de nacimiento del solicitante)	Nombre	Inicial	Nombre de soltera
Apellido del padre/Co-padre (a la fecha de nacimiento del solicitante)	Nombre	Inicial	Sufijo (ex., "Jr.")

Apellido actual del solicitante	Nombre	Inicial	Sufijo (ej., "Jr.")
Apellido de nacimiento del solicitante (si es diferente)	Nombre	Inicial	Sufijo (ex., "Jr.")
Fecha de nacimiento	Género a la fecha de nacimiento (si es diferente)		
Nombre del hospital en Massachusetts	Ciudad de nacimiento en Massachusetts		
Apellido de la madre/Co-padre (a la fecha de nacimiento del solicitante)	Nombre	Inicial	Nombre de soltera
Apellido del padre/Co-padre (a la fecha de nacimiento del solicitante)	Nombre	Inicial	Sufijo (ex., "Jr.")