

Por favor lea estas instrucciones antes de llenar la solicitud.

Estimado Solicitante:

Esta es su solicitud para **MassHealth** y **Health Safety Net*** [anteriormente llamado Fondo común no compensado para servicios médicos (Uncompensated Care Pool)] si usted vive en Massachusetts y:

- tiene 65 años de edad o más y vive en casa;
- tiene cualquier edad y requiere servicios de atención a largo plazo en una institución médica;
- es elegible, bajo ciertos programas, para recibir servicios de atención a largo plazo para poder vivir en casa; o,
- está casado/a y vive con su cónyuge; y,
 - usted y su cónyuge solicitan beneficios de MassHealth; y,
 - no hay ningún niño menor de 19 años que viva con usted; y,
 - uno de los cónyuges tiene 65 años o más, y el otro es menor de 65 años.(Por favor lea las secciones inferiores de las páginas 3 y 8.)

También necesitará completar el Suplemento A: Preguntas sobre la atención a largo plazo (consulte la hoja azul) si usted está:

- en una institución tal como un centro de enfermería, hospital para enfermedades crónicas u otra institución médica (Tal vez usted tenga que hacer un pago mensual llamado cantidad pagada por el paciente, al centro de atención a largo plazo. Para mayor información, consulte la página 11 en la guía *MassHealth y usted.*);
- en un hospital de atención crítica, en espera de ser internado en un centro de atención a largo plazo; o
- está viviendo en su casa y solicitando o recibiendo servicios de atención a largo plazo en base a la Exención para servicios de atención domiciliarios y comunitarios.

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”) para ciertas personas de la tercera edad que no son elegibles para MassHealth o Medicare. Commonwealth Care ayuda a pagar las primas de seguro médico para planes de salud que son aprobados por el “Conector.” Para mayor información, consulte la página 22 en la guía *MassHealth y usted.*

Una vez llenada y revisada su solicitud, **se le dará la cobertura más completa para la cual usted califique.**

Hay una solicitud diferente para usted llamada Solicitud de beneficios médicos (MBR, por sus siglas en inglés) si usted:

- es de cualquier edad, discapacitado y trabaja 40 o más horas por mes, y no vive con su cónyuge quien tiene 65 ó más años;
- es menor de 65 años de edad y no se encuentra en una institución médica ni requiere servicios de atención a largo plazo; o,
- cumplió los 65 años de edad o más y es padre o pariente al cuidado de niños menores de 19 años de edad.

Para obtener una Solicitud de beneficios médicos (MBR), comuníquese con el Servicio al cliente de MassHealth al **1-800-841-2900** (TTY: 1-800-497-4648 para personas con sordera parcial o total).

Este paquete de solicitud contiene:

- una Solicitud de beneficios médicos para personas de la tercera edad (**formulario anaranjado**);
- la guía *MassHealth y usted* en la que se explica quién es elegible para MassHealth, Commonwealth Care, y Health Safety Net; cuáles son las reglas en cuanto a ingresos y bienes, qué servicios médicos se pueden obtener con MassHealth, y cuáles son sus derechos y responsabilidades;
- el formulario Designación de representante para la determinación del cumplimiento de requisitos de MassHealth (Si desea que alguien actúe a nombre suyo, puede usar este formulario para avisarnos quién es esta persona.);
- un Formulario 4506 del Servicio de rentas internas (IRS, por sus siglas en inglés); y,
- el Suplemento Ayudante de atención individual (**formulario dorado**).

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

Al completar la Solicitud de beneficios médicos para personas de la tercera edad, recuerde:

- Leer detenidamente la guía *MassHealth y usted*, antes de completar la solicitud. Conservar la guía ya que podrá servirle para responder preguntas en el futuro.
- Responder todas las preguntas y complete las secciones que sean aplicables para usted en la solicitud y, si fuera necesario, en el formulario dorado. Si necesita más espacio, use una hoja adicional (incluya nombre y número de Seguro Social) y adjúntela a la solicitud.
- Enviar comprobante de todos sus ingresos actuales antes de las deducciones, como copias de los recibos de sus cheques de pensión. (No es necesario que envíe prueba de sus ingresos de Seguro Social o de ingresos de SSI.)
- Enviar prueba de todos los bienes, tales como cuentas bancarias y pólizas de seguros de vida.
- 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 de nacimiento en un hospital de los 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. Es posible que podamos probar 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 entregue a MassHealth prueba de su ciudadanía/nacionalidad estadounidense e identidad, ya no tendrá que darnos esta prueba otra vez. Debe presentar una prueba de identidad para todos los familiares que tengan un mínimo de 16 años y estén presentando una solicitud. Las personas de la tercera edad y discapacitados que tengan o puedan recibir Medicare o Seguridad de ingreso suplementario (SSI, por sus siglas en inglés) o las 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. (Vea la información completa sobre comprobantes aceptables en las páginas 28-29 en la guía *MassHealth y usted*.)
- Enviar una copia de ambos lados de todas las tarjetas de inmigración (u otros documentos que muestren la situación migratoria) de usted o de cónyuge si usted o su cónyuge no son ciudadanos/nacionales de Estados Unidos y están solicitando MassHealth o Commonwealth Care, excepto MassHealth Limited o Health Safety Net.
- Si está solicitando servicios de atención a largo plazo en una institución médica, envíe copias de las facturas más recientes correspondiente al pago de primas de su seguro médico (como Medex). (No tiene que enviar copia de las tarjetas de Medicare.)
- Cuando llene la sección “Seguro médico” en 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 para el desempleo), Seguro médico de Fishing Partnership, o seguro médico estudiantil por parte de una institución escolar de Massachusetts.
- Después de completar los formularios, fírmelos y féchelos. Si está casado, su cónyuge deberá firmar también.
- Entregar una copia del formulario Designación de representante para la determinación del cumplimiento de requisitos, debidamente llenado, si usted es dicho representante o si quiere que alguien actúe a nombre suyo.
- Enviar al Centro de inscripción de MassHealth (MEC, por sus siglas en inglés) indicado a continuación, más cercano a su domicilio, la Solicitud de beneficios médicos para personas de la tercera edad debidamente completada y el formulario dorado, si fuera necesario, y todo otro documento requerido.

Revere MEC
300 Ocean Avenue
Suite 4000
Revere, MA 02151

Taunton MEC
21 Spring Street
Suite 4
Taunton, MA 02780

Springfield MEC
333 Bridge Street
Springfield, MA 01103

Tewksbury MEC
367 East Street
Tewksbury, MA 01876

Si necesita más información acerca de como aplicar o si necesita otro ejemplar del Suplemento PCA para obtener los servicios de un ayudante de atención individual para su cónyuge quien también es solicitante, llame al Servicio al cliente de MassHealth al 1-800-841-2900 (TTY: 1-800-497-4648 para personas con sordera parcial o total).

Si desea que compartamos información sobre los requisitos para obtener cobertura de MassHealth (incluyendo copias de notificaciones que le enviemos), con alguna persona que no sea su representante para la determinación de cumplimiento de requisitos, si lo tiene, sírvase llamar a MassHealth. MassHealth le puede dar el formulario Autorización para compartir información.

Si tiene preguntas sobre cualquier formulario o sobre la información que tiene que enviar, sírvase llamar al Centro de inscripción de MassHealth marcando el 1-888-665-9993 (TTY: 1-888-665-9997 para personas con sordera parcial o total).

Cuando recibamos su solicitud llenada, firmada y fechada, nosotros la revisaremos. Si más información fuese necesaria, le escribiremos o llamaremos. **Una vez que recibamos toda la información necesaria, tomaremos una decisión con respecto a su elegibilidad. Le enviaremos un aviso por escrito acerca de esta decisión.** Si se determina que usted es elegible para MassHealth, indique dicho aviso inmediatamente a cualquier proveedor de atención médica si usted ya ha pagado por servicios médicos que serían cubiertos por MassHealth durante su periodo de elegibilidad. Si el proveedor de atención médica determina que MassHealth pagará por estos servicios, el proveedor le reembolsará lo que usted pagó.

Solicitud de beneficios médicos para personas de la tercera edad y personas que requieren servicios de atención a largo plazo



For office use only

Screener ID: _____
Date received: _____
Interpreter code: _____
Referred by: _____
Entry date: _____

Esta es una solicitud para **MassHealth, Commonwealth Care** y **Health Safety Net**. Usted no tiene que ser ciudadano/nacional de Estados Unidos para obtener estos beneficios. **Por favor escriba en letra de molde legible.** Conteste **todas** las preguntas y complete todas las secciones y cualquier suplemento que le corresponda. Si necesita más lugar para terminar una sección en este formulario, use una hoja separada de papel (incluya el nombre y el número de Seguro Social), y adjúntelo a este formulario.

Usted DEBE contestar TODAS las tres preguntas en la siguiente sección.

Usted o su cónyuge están solicitando:

- ▶ 1. ¿MassHealth o Health Safety Net cuando aún viven en casa, en una casa de reposo, en un centro asistencial de vivienda, en una comunidad de retiro con atención médica continua, o una comunidad de atención médica vitalicia? Usted sí no Su cónyuge sí no
- ▶ 2. ¿MassHealth cuando aún viven en su casa o en una de las situaciones de vivienda descritas en la pregunta anterior #1 Y también solicitan o reciben servicios bajo la Exención para servicios de atención domiciliarios y comunitarios; y, del PACE (Programa de atención Integral para personas de la tercera edad) o de SCO (Opciones de atención para personas de la tercera edad)? Usted sí no Su cónyuge sí no
- ▶ 3. ¿MassHealth porque están viviendo en una institución clínica, como un centro de enfermería o un hospital para enfermos crónicos? Usted sí no Su cónyuge sí no

Si usted está solicitando o recibiendo servicios de atención a largo plazo bajo la Exención para servicios de atención domiciliarios y comunitarios, en un centro de enfermería; un hospital para enfermos crónicos usted también **debe** completar la hoja azul (Suplemento A: Preguntas sobre la atención a largo plazo) que viene al final de esta solicitud.

Jefe de familia/Solicitante

HOH

Apellido		Nombre		Inicial	Dirección			
Ciudad		Estado	Código Zip		Dirección de correo (si es diferente de la de su casa o vive en un refugio) <input type="checkbox"/> sin hogar			
Estado civil <input type="checkbox"/> soltero <input type="checkbox"/> casado <input type="checkbox"/> separado <input type="checkbox"/> viudo <input type="checkbox"/> divorciado		¿Esta persona es ciudadana/nacional de los E.E.U.U.? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		Número de Seguro Social*		Fecha de nacimiento / /	Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Raza (opcional)
Idioma que prefiere hablar		Idioma que prefiere escribir		Origen étnico (opcional)	Teléfono (Indique el número de teléfono de su trabajo sólo si es posible llamarle allí.) Casa/Celular: () Trabajo: ()			
Nombre y dirección del hospital, centro de enfermería u otra institución (si corresponde)							Fecha de admisión / /	
¿Fue usted ubicado aquí por otro estado? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no Si contestó sí, ¿qué estado? _____								

Datos sobre el cónyuge

HOH

Apellido		Nombre		Inicial	¿Esta persona es un solicitante? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		Si contestó sí , ¿Esta persona es ciudadana/nacional de E.E.U.U.? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		Número de Seguro Social*	Fecha de nacimiento / /	
Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Raza (opcional)		Idioma que prefiere hablar		Idioma que prefiere escribir		Origen étnico (opcional)				
Dirección, si es diferente de la del jefe de familia								¿Es la dirección de un hospital, centro de enfermería u otra institución? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no			

Facturas de servicios médicos anteriores

RET

<p>▶ ¿Usted o su cónyuge tienen facturas por servicios médicos que recibió en los tres meses anteriores al mes en que recibimos su solicitud? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no Si contestó sí, complete esta sección. Es posible que podamos pagar estas cuentas. Si contestó no, pase a la siguiente sección (Asistencia anterior).</p>	<p>▶ ¿Usted o su cónyuge quieren solicitar afiliación a MassHealth para ese período de tiempo? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no Si contestó sí, ¿a partir de qué fecha necesita cobertura de MassHealth? / / (Debe darnos comprobante de todos los ingresos y bienes que poseyera durante ese período.)</p>
---	---

Asistencia anterior

SSI

<p>▶ ¿En alguna ocasión usted o su cónyuge ha recibido Seguridad de ingreso suplementario (SSI)? Usted <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no Su cónyuge <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no Si contestó sí, complete el resto de esta sección. Si contestó no, pase a la siguiente sección [Servicios PCA (Ayudante de atención individual)].</p>	<p>▶ ¿Cuándo fue la última vez que usted o su cónyuge recibió SSI? Usted / / Su cónyuge / / ▶ ¿Vive usted (Por favor marque <input checked="" type="checkbox"/> uno.) <input type="checkbox"/> en su propia casa? <input type="checkbox"/> ¿comparte los gastos con otra u otras personas? <input type="checkbox"/> ¿vive en la casa de otra persona? <input type="checkbox"/> ¿vive en una casa de reposo? <input type="checkbox"/> ¿vive en una residencia asistencial?</p>
---	---

*No se requiere para solicitar MassHealth Limited o Health Safety Net.

Servicios de ayudante de atención individual (para personas que tienen 65 años de edad o más y que no serán internadas en un centro de atención a largo plazo)

PCA

Para obtener más información sobre los servicios de ayudante de atención individual (PCA, por sus siglas en inglés) y sobre cómo sus respuestas a las preguntas de esta sección podrían influir en nuestra decisión sobre su cobertura de MassHealth si es que requiere servicios PCA, consulte la sección Ayudante de atención individual (PCA) en la guía adjunta *MassHealth y usted*.

► ¿Usted o su cónyuge necesitan los servicios de un ayudante de atención individual? sí no

Si contestó **sí**, complete esta sección y responda todas las preguntas.

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

► ¿Usted o su cónyuge ha recibido servicios de un ayudante de atención individual **pagados por MassHealth** en los últimos seis meses?

Usted sí no

Su cónyuge sí no

Si contestó **sí**, pase a la siguiente sección (Ingresos laborales). Si contestó **no**, conteste las siguientes tres preguntas de esta sección.

► ¿Usted o su cónyuge tiene una discapacidad permanente o de larga duración?

Usted sí no

Su cónyuge sí no

Si contestó **sí**, ¿su discapacidad (o la de su cónyuge) le impide a usted (o a su cónyuge) realizar sus actividades del diario vivir, como bañarse, comer, ir al baño, vestirse, etc. a menos que alguien físicamente le ayude a usted (o a su cónyuge)?

Usted sí no

Su cónyuge sí no

Si contestó **sí**, ¿usted (o su cónyuge) planea comunicarse con una agencia de ayudantes de atención individual afiliada a MassHealth para solicitar tales servicios?

Usted sí no

Su cónyuge sí no

(Nota: tiene que comunicarse con la agencia de servicios de atención individual dentro de los 90 días posteriores a la fecha en que MassHealth decide que usted reúne los requisitos para afiliarse a MassHealth de otra forma usted no podrá beneficiarse de las reglas especiales de los servicios PCA.)

MassHealth podría no pagar a ciertos miembros de su familia para ser su ayudante de atención individual.

Cada cónyuge que contestó **sí** a las últimas tres preguntas anteriores tiene que completar su propio Suplemento Ayudante de atención individual (formulario dorado). Se incluye una copia del suplemento. Si necesita otra copia, comuníquese con el Servicio al cliente de MassHealth al 1-800-841-2900. Si usted (o su cónyuge) no nos envían el o los suplementos PCA (formulario dorado), consideraremos que no necesita Servicios de PCA al determinar si cumple con los requisitos para recibir los beneficios de MassHealth.

Instrucciones generales para llenar las secciones: Ingresos laborales, Ingresos no laborales, Y Desempleo 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** en la siguiente página (página 3) 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 (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, consulte la guía *MassHealth y usted* para obtener información necesaria sobre la prueba.

Nombre de la persona que se encuentra trabajando

Nombre, dirección y número de teléfono del empleador		Tipo de empleo (Marque todos los que correspondan.)		For office use only (indicate weekly, biweekly, semimonthly, or monthly)	
		<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: \$ _____	\$	
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

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

NIN

¿Percibe usted o su cónyuge otros ingresos? sí no

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

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

Por favor describa la fuente de los ingresos (de dónde provienen) de usted y su cónyuge. Si usted o su cónyuge 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	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
			\$	
			\$	

Ingresos por alquileres

REN

¿Usted o su cónyuge cuentan con un ingreso proveniente de alquileres de propiedad? sí no

Si contestó **sí**, complete esta sección. Nombre(s): _____

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

✗ **Envíe prueba** de los ingresos actuales por alquileres, tales como una declaración escrita por cada arrendatario o copia del contrato de arriendo; o, una declaración federal de impuestos actual.

✗ **Envíe prueba** de todos los siguientes gastos, si corresponden, para los últimos 12 meses:

- hipoteca ▪ impuestos ▪ servicios públicos (gas/electricidad) ▪ calefacción
- agua/alcantarillado ▪ seguros ▪ cuota de condominio o cooperativa ▪ arreglos y mantenimiento

¿Qué tipo de bienes raíces posee usted?

casa de una unidad casa de dos unidades casa de tres unidades otro (describa): _____

¿Cuánto recibe cada mes en alquileres de cada unidad indicada anteriormente?

(Detalle cada unidad y dirección individualmente.)

Dirección _____ Unidad # _____ Cantidad \$ _____ ¿Habitado por el propietario? sí no

Dirección _____ Unidad # _____ Cantidad \$ _____ ¿Habitado por el propietario? sí no

¿Usted paga la calefacción y/o los servicios públicos para su arrendatario? sí no

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

LUU

Complete esta sección si:

- usted o su cónyuge está desempleado; o
- usted o su cónyuge es un estudiante universitario.

¿Tiene usted o su cónyuge 19 años o más, está **desempleado**, solamente trabajando por temporadas, jubilado, o es un **estudiante universitario**? sí no

Si la respuesta es **sí**, complete el resto de 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).

Nombre

¿Usted o su cónyuge no se encuentra trabajando (desempleado/a)? sí no

¿Se encuentra usted o su cónyuge 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 usted o su cónyuge se haya vuelto desempleado; ¿trabajó usted o su cónyuge para un empleador en Massachusetts? sí no

No incluya empleadores federales, tales como el Servicio postal de E.E.U.U.

¿Ha trabajado usted o su cónyuge 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 usted o su cónyuge en los últimos 12 meses antes de impuestos y deducciones? \$ _____

¿Es usted o su cónyuge un estudiante universitario? sí no

Si la respuesta es **sí**, ¿es usted o su cónyuge elegible para recibir seguro médico de la universidad? sí no

¿Es usted o su cónyuge 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 usted o su cónyuge 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 usted o su cónyuge se encuentre tomando requerirían que usted o su cónyuge se afilie al seguro médico ofrecido por la institución a los estudiantes.)

Si la respuesta es **sí**, ¿está usted o su cónyuge planeando en conseguir cobertura del seguro 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

Aún si usted o su cónyuge tiene 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 su cónyuge recibe beneficios de Medicare? sí no
Si la respuesta es **sí**, nombre(s): _____ Número(s) de reclamo: _____
- ▶ ¿Usted o su cónyuge 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 la **Parte B** a continuación.

Envíe copias de facturas actuales por primas de seguro médico si es que usted o su cónyuge están solicitando servicios de atención a largo plazo en una institución médica.

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 (Marque uno.) <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 grupo (si se sabe)	Nombre del empleador o sindicato
Contribución del pólizahabiente a los costos de la prima (Complete uno.) \$ _____ por semana \$ _____ por trimestre \$ _____ por mes				
Cobertura del seguro (Marque todo lo que aplica.) <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 (Marque uno.) <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 o su cónyuge 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 (Marque uno.) <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 grupo (si se sabe)	Nombre del empleador o sindicato
Contribución del pólizahabiente a los costos de la prima (Complete uno.) \$ _____ por semana \$ _____ por trimestre \$ _____ por mes				
Cobertura del seguro (Marque todo lo que aplica.) <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 (Marque uno.) <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 o su cónyuge 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.

Debe responder las tres preguntas siguientes sobre usted o sobre su cónyuge quien necesita atención médica debido a un accidente o lesión.

- ▶ ¿Usted o su cónyuge está solicitando cobertura debido a un accidente o lesión del cuál un tercero podría ser responsable? sí no
Si contestó **sí**, nombres: _____
- ▶ ¿Usted o su cónyuge tienen una lesión, enfermedad o discapacidad que haya sido causada por un tercero, o que podría ser cubierta por el seguro de un tercero o por el seguro propio de un miembro de la familia, que no sea seguro médico (como seguro de vivienda o seguro de automóvil)? sí no
Si contestó **sí**, nombres: _____
- ▶ ¿Se ha entablado en su nombre, o en nombre del cónyuge que solicita beneficios, un juicio, una demanda de indemnización laboral, o un reclamo de seguro por un accidente o lesión? sí no
Si contestó **sí**, nombres: _____

For office use only

Bienes

Tiene que completar todos los datos para cada bien que usted o su cónyuge posea.

- Si vive en la comunidad y necesita ayuda para pagar las cuentas médicas por un período de tres meses previos a la fecha en la que solicita, nos debe informar sobre todas cuentas abiertas y cerradas por dicho período.
- Si esta solicitando atención a largo plazo, usted también debe suministrarnos datos acerca de todos los bienes que usted o su cónyuge haya tenido en los últimos 36 meses. Si tiene cónyuge en casa también tiene que completar las partes sombreadas del formulario.*

Cuentas bancarias

- ▶ ¿Usted o su cónyuge tiene cuentas bancarias o certificados de depósito, incluyendo cuentas corrientes, de ahorros, en unión de crédito, cuentas NOW, cuentas del mercado monetario y cuentas de previsión/deducción para necesidades personales (PNA, por sus siglas en inglés)? sí no
 - ▶ ¿Usted o su cónyuge tiene cuentas de jubilación, incluyendo cuentas de jubilación individuales (IRAs), cuentas Keogh o fondos de pensión? sí no
 - ▶ ¿Usted, su cónyuge o un propietario conjunto ha cerrado o anulado alguna cuenta en los últimos 36 meses, incluyendo cuentas que haya tenido conjuntamente con otra persona? sí no
- Si usted respondió **sí** a **cualquiera** de estas preguntas, complete esta sección.
Si usted respondió **no** a **todas** estas preguntas, pase a la siguiente sección (Seguro de vida).

☒ **Envíe una copia** de sus libretas del banco actualizada dentro de los últimos 45 días y/o **una copia** de los estados de cuenta más recientes.**

Nombre en la cuenta	Nombre del banco/institución	Número de la cuenta	Tipo de cuenta
Saldo a la fecha \$	Saldo en la fecha de admisión* \$	<input type="checkbox"/> Cuenta vigente <input type="checkbox"/> Cuenta cerrada	Fecha de cierre de la cuenta / / Cantidad en la fecha de cierre de la cuenta \$
Nombre en la cuenta	Nombre del banco/institución	Número de la cuenta	Tipo de cuenta
Saldo a la fecha \$	Saldo en la fecha de admisión* \$	<input type="checkbox"/> Cuenta vigente <input type="checkbox"/> Cuenta cerrada	Fecha de cierre de la cuenta / / Cantidad en la fecha de cierre de la cuenta \$
Nombre en la cuenta	Nombre del banco/institución	Número de la cuenta	Tipo de cuenta
Saldo a la fecha \$	Saldo en la fecha de admisión* \$	<input type="checkbox"/> Cuenta vigente <input type="checkbox"/> Cuenta cerrada	Fecha de cierre de la cuenta / / Cantidad en la fecha de cierre de la cuenta \$
Nombre en la cuenta	Nombre del banco/institución	Número de la cuenta	Tipo de cuenta
Saldo a la fecha \$	Saldo en la fecha de admisión* \$	<input type="checkbox"/> Cuenta vigente <input type="checkbox"/> Cuenta cerrada	Fecha de cierre de la cuenta / / Cantidad en la fecha de cierre de la cuenta \$

* Anote el saldo de la cuenta a la fecha de admisión a la institución médica.

** Por favor consulte la guía *MassHealth y usted* para obtener información sobre las instituciones financieras que cobran por estados de cuenta.

Bienes (cont.)

Seguro de vida

ATT

- ¿Usted o su cónyuge **poseen** algún seguro de vida? sí no
 Si contestó **sí**, complete esta sección.
 Si contestó **no**, pase a la siguiente sección (Títulos (Acciones/Bonos/Otros)).
- ☒ **Envíe una copia** de la primera página de todas las pólizas de seguro de vida. Si el valor nominal combinado de todas las pólizas es de más de \$1,500 por persona, **envíe también una carta** de la compañía aseguradora que indique el valor de rescate (que tengan todas las pólizas salvo las de término fijo).

Nombre(s) del (los) titular(es)	Compañía aseguradora	Número de la póliza	Valor nominal	Tipo de seguro
			\$	
			\$	
			\$	

Títulos (Acciones/Bonos/Otros)

ATT

- ¿Usted o su cónyuge tiene acciones, bonos, bonos de ahorro, fondos mutuos, títulos o valores, bienes en un casillero de seguridad, dinero en efectivo que no esté en el banco, opciones, o contratos futuros? sí no
 Si contestó **sí**, complete esta sección.
 Si contestó **no**, pase a la siguiente sección (Anualidades).
- ☒ **Envíe prueba** del valor actual (excepto efectivo).

	Nombre(s) del (los) titular(es)	Nombre de la compañía	Número de cuenta	Valor actual	Valor en la fecha de admisión*	¿Bienes conjuntos?
Efectivo				\$	\$	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
Acciones				\$	\$	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
Bonos				\$	\$	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
Bonos de ahorro				\$	\$	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
Fondos mutuos				\$	\$	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
Opciones				\$	\$	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
Contratos futuros				\$	\$	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
Otros				\$	\$	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no

Anualidades

ATT

- ¿Usted, su cónyuge, o alguien en su nombre o a nombre de su cónyuge compró una anualidad? sí no
 Si contestó **sí**, complete esta sección. Para ser elegible, usted podría ser requerido a nombrar al Commonwealth como un beneficiario de saldo. (Consulte la guía *MassHealth* y *usted* para obtener más información.)
 Si contestó **no**, pase a la siguiente sección (Centro asistencial de vivienda/Otro).
- ☒ **Envíe una copia** del contrato. Para cada anualidad que posea, **provéanos con el comprobante** de la compañía de anualidad que indique el valor total de la anualidad menos toda multa y aranceles si es que puede ser cobrada.

Nombre(s) del (los) propietario(s)			
Nombre de la institución que emite la anualidad			
Número de contrato		Fecha de compra	/ /
Nombre(s) del (los) propietario(s)			
Nombre de la institución que emite la anualidad			
Número de contrato		Fecha de compra	/ /

Centro asistencial de vivienda/Otro

- ¿Usted, su cónyuge o alguien a nombre suyo, ha entregado un depósito a algún centro residencial o de atención médica, como por ejemplo, un centro asistencial de vivienda, una comunidad de retiro con atención médica continua, o a una comunidad de atención médica vitalicia? sí no
 Si contestó **sí**, complete esta sección.
 Si contestó **no**, pase a la siguiente sección (Real Estate).
- ☒ **Envíe una copia** del contrato que firmó con el centro y cualquier documento que tenga que ver con este depósito.

Nombre del centro	Dirección del centro	Cantidad del depósito	Fecha en que el depósito se entregó al centro
		\$	/ /

* Anote el saldo de la cuenta a la fecha de admisión a la institución médica.

Bienes (cont.)

Bienes raíces

ATT

- ▶ ¿Usted o su cónyuge es propietario o tiene un interés legal en su residencia primaria? Usted sí no
 Su cónyuge sí no
- ▶ ¿Usted o su cónyuge es propietario o tiene un interés legal en cualquier bien raíz **aparte** de su residencia primaria? Usted sí no
 Su cónyuge sí no

Si contestó **sí**, a cualquiera de estas preguntas, complete esta sección.

Si contestó **no**, pase a la siguiente sección (Vehículos/Casas rodantes).

- ☒ **Envíe una copia** de la(s) escritura(s), factura(s) de impuestos actuales y comprobante de la cantidad adeudada de toda propiedad poseída.

Dirección:	Tipo de propiedad:	Valor actual: \$
------------	--------------------	------------------

Dirección:	Tipo de propiedad:	Valor actual: \$
------------	--------------------	------------------

Vehículos/Casas rodantes

ATT

- ▶ ¿Usted o su cónyuge poseen algún tipo de vehículo, como automóviles, camionetas, camiones, vehículos recreativos, casas rodantes, o barcos? sí no
- Si contestó **sí**, complete esta sección. Si contestó **no**, pase a la siguiente sección (Planes o fideicomisos para el pago anticipado de honras fúnebres).

- ☒ **Envíe una copia** del registro de cada vehículo y prueba del saldo pendiente de la deuda. Para casas rodantes, **envíe una copia** de la factura de compra. Si su cónyuge vive en casa, **envíe prueba** del valor comercial de cada vehículo en la fecha de admisión a la institución médica.

	Usted	Su cónyuge
Tipo de vehículo		
Año/marca/modelo		
Valor comercial	\$	\$
Cantidad adeudada	\$	\$

Planes o fideicomisos para el pago anticipado de honras fúnebres

ATT

- ▶ ¿Usted o su cónyuge tiene un contrato o fideicomiso para el pago anticipado de honras fúnebres, o seguro de vida destinado a pagar los gastos de servicios funerarios y sepultura o una cuenta bancaria destinada al pago de sepultura? sí no
- Si contestó **sí**, complete esta sección.

Si contestó **no**, pase a la siguiente sección (Fideicomisos).

- ☒ **Envíe una copia** del contrato de fideicomiso, instrumento de fideicomiso, póliza de seguro o de cuenta destinada exclusivamente para sepultura.

	Usted		Su cónyuge	
Contrato para sepultura	<input type="checkbox"/> sí (cantidad: \$ _____)	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí (cantidad: \$ _____)	<input type="checkbox"/> no
Fideicomiso para sepultura	<input type="checkbox"/> sí (cantidad: \$ _____)	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí (cantidad: \$ _____)	<input type="checkbox"/> no
Seguro de vida para sepultura	<input type="checkbox"/> sí (valor nominal total: \$ _____)	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí (valor nominal total: \$ _____)	<input type="checkbox"/> no
Cuenta exclusiva para sepultura	<input type="checkbox"/> sí (cantidad: \$ _____)	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí (cantidad: \$ _____)	<input type="checkbox"/> no
Lote para sepultura	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no

Fideicomisos

ATT

- ▶ ¿Es usted o su cónyuge el otorgante/donante, fideicomisario o beneficiario de algún fideicomiso? sí no

- ▶ ¿Usted, su cónyuge, u otra persona en su nombre, incluso un tribunal o ente administrativo, ha aportado ingresos o bienes de su propiedad o de su cónyuge hacia un fideicomiso? sí no

Si contestó **sí** a cualquiera de estas preguntas, complete esta sección.

Si contestó **no** a estas preguntas, pase a la sección siguiente (Condición de ciudadanía/nacionalidad de los E.E.U.U. y condición migratoria).

- ☒ **Envíe una copia** del documento o documento(s) del fideicomiso, cualquier enmienda, documentos que demuestren actividad financiera y la lista de beneficiarios.

Nombre del fideicomiso	¿Revocable?	Capital actual del fideicomiso	Capital del fideicomiso en la fecha de admisión*	Fideicomisario(s)	Otorgante(s)/Donante(s)	Beneficiarios
	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	\$	\$			
	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	\$	\$			

* Anote el saldo del capital del fideicomiso a la fecha de admisión a la institución médica.

Condición de ciudadanía/nacionalidad de los E.E.U.U. y condición inmigratoria

Si usted y su cónyuge **son** ciudadanos/nacionales de los E.E.U.U. no es necesario que complete el resto de esta sección. Pase a la siguiente sección llamada "Llene esta sección SOLO si está casado y vive con su cónyuge" [Si desea solicitar asistencia para obtener la prueba de su ciudadanía de los E.E.U.U. y nació en Massachusetts, por favor complete el Suplemento B (consulte la página roja)]. Si usted y su cónyuge **no son** ciudadanos/nacionales de E.E.U.U., y se encuentran solicitando, usted debe llenar el resto de esta sección.

- ¿Es usted o su cónyuge veterano o veterana de las fuerzas armadas de Estados Unidos con dada de baja honorable o prestó servicio usted o su cónyuge bajo el mandato de E.E.U.U. en la 2ª Guerra Mundial o en Vietnam? sí no
Si contestó **sí**, puede parar aquí y pasar a la siguiente sección llamada "Llene esta sección SOLO si está casado y vive con su cónyuge"
Si contestó **no**, pase a la siguiente pregunta.
- ¿Es usted o su cónyuge viuda o viudo de un veterano tal como se describe en la pregunta anterior? sí no
Si contestó **sí**, puede parar aquí y pasar a la siguiente sección llamada "Llene esta sección SOLO si está casado y vive con su cónyuge"
Si contestó **no**, pase a la siguiente pregunta.
- ¿Usted o su cónyuge son víctimas de abuso doméstico y ya no vive con el abusador? sí no
Si contestó **sí**, puede parar aquí y pasar a la siguiente sección llamada "Llene esta sección SOLO si está casado y vive con su cónyuge"
Si contestó **no**, debe llenar el resto de esta página (Condición inmigratoria).

Condición inmigratoria

OAC

- Enumere todas las condiciones inmigratorias que se aplican a usted o a su cónyuge desde que llegó a Estados Unidos.
- Envíe copias** de ambos lados de todas las tarjetas de inmigración (u otro documento que demuestre su condición de inmigrante).

Nota: si usted y su cónyuge solicita afiliación sólo a MassHealth Limited o Health Safety Net, no tiene que darnos un número de Seguro Social. No verificaremos su nombre con ninguna otra dependencia, incluso el Departamento de seguridad interna (DHS, por sus siglas en inglés). No tiene que anotar su nombre en esta página ni enviar prueba de su condición de inmigrante. MassHealth Limited sólo paga servicios de urgencia.

Utilice estos códigos para describir su condición inmigratoria en la siguiente tabla:

- | | | | |
|--|-------------------------------|---|---|
| 4. Amerasiático admitido conforme a la Sección 584 de Leyes públicas 100-202 | 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 temporaria y la solicitud de asilo |
| 5. Asilo otorgado | 7. Inmigrante cubano/haitiano | 11. Se le concedió libertad condicional | 15. Víctima de formas severas de tráfico* (*Tráfico de seres humanos con fines de prostitución o servidumbre involuntaria.) |
| | 8. Deportación suspendida | 12. Refugiado | |
| | 9. Residente permanente legal | 13. Persona con visa de visitante/otra | |

Nombre	Códigos de condición (Incluya todos los que correspondan.)	Fecha en que se concedió la condición	Fecha de ingreso a E.E.U.U.	For office use only
		/ /	/ /	
		/ /	/ /	

Llene esta sección SOLO si está casado y vive con su cónyuge y:

- uno de los cónyuges es menor de 65 años y se encuentra solicitando; y,
- no tienen hijos menores de 19 años viviendo con ustedes.

Si esta sección le corresponde y si desea recibir más información sobre normas de ingresos y otra información que podría ser de su interés, comuníquese con el Servicio al cliente de MassHealth, al 1-800-841-2900 (TTY: 1-800-497-4648 para personas con sordera parcial o total), para obtener el Folleto para afiliados de MassHealth. Si esta sección no le corresponde a usted, pase a la página 9.

Información sobre VIH (opcional)(solo para personas menores a los 65 años de edad)

HIH

MassHealth podría proveer beneficios a personas que son VIH positivo las cuales en otras circunstancias no serían elegibles.

- ¿Desea solicitar estos beneficios? sí no
Si contestó **sí**, complete esta sección.
Si contestó **no**, pase a la sección siguiente [Discapacidad (sólo para personas menores de 65 años)].

- Envíe prueba** de ingresos, de condición de ciudadanía/nacionalidad de los 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 mayor información, comuníquese con el Servicio al cliente de MassHealth al 1-800-841-2900 (TTY: 1-800-497-4648 para personas con sordera parcial o total) y solicite que le envíen el Folleto para afiliados de MassHealth.

Nombre: _____

For office use only

Discapacidad (sólo para personas menores de 65 años)

DDU/

- ¿Tiene usted una discapacidad que haya durado, o que se espera que dure por un período de por los menos 12 meses? (Si es legalmente ciego, conteste **sí**.) sí no
Si contestó **sí**, complete esta sección y responda las tres preguntas siguientes. Si contestó **no**, pase a la página 9.

Nombre: _____

- ¿Esta persona recibe dinero del Seguro Social por una discapacidad? sí no
- ¿Esta persona ha recibido alguna vez Seguridad de ingreso suplementario (SSI)? sí no
- ¿Esta persona es legalmente ciega? sí no

- Si contestó **sí**, **envíe una copia** del Certificado de ceguera.

For office use only
Supp to DES Dis type

Esta es una solicitud para MassHealth, Commonwealth Care y Health Safety Net.

Usted, su cónyuge y/o su representante para la determinación del cumplimiento de requisitos tienen que leer esta página detenidamente, y luego firmarla y fecharla en la parte inferior.

Autorizo a mis empleadores y aseguradores actuales y anteriores a divulgar a MassHealth a la Autoridad del conector del seguro médico del Commonwealth (el “Conector”) cualquier y toda información que tengan sobre la cobertura de seguros médicos para mí y mi cónyuge. Esta información incluye, pero no se limita, a la información sobre pólizas, primas, coaseguros, deducibles y beneficios cubiertos que están, podrían estar o deberían haber estado a disposición mía o de mi cónyuge.

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 normativa 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.

Autorizo a MassHealth a obtener cualquier documentación o datos que sirvan para constatar cualquier información que se haya dado en esta solicitud y cualquier suplemento de la misma, u otra información que yo proporcione a MassHealth una vez que esté afiliado. Si se determina que mi cónyuge o yo somos elegibles para afiliarnos a MassHealth, autorizo a MassHealth a obtener cualquier documentación clínica sobre los servicios médicos proporcionados a través de MassHealth. Si se encuentra que yo o mi cónyuge es elegible para Commonwealth Care, doy autorización al Conector para que obtenga la información sobre servicios médicos proporcionados a través de ese programa.

Entiendo que en algunos casos MassHealth puede imponer un gravamen sobre cualquier inmueble en el cual yo tenga un interés legal. Si MassHealth impusiera tal gravamen sobre una propiedad mía y yo la vendiera, es posible que yo tenga que usar dinero obtenido de la venta de dicha propiedad para reembolsarle a MassHealth por el pago de los servicios médicos que yo reciba.

Entiendo que si tengo 55 años o más, o si tengo cualquier edad y MassHealth ayuda a pagar por mi cuidado en un centro de enfermería, MassHealth podría reembolsarse dinero de mi caudal sucesorio/hereditario una vez que yo fallezca. Bajo la práctica actual, esto no corresponde a Commonwealth Care.

Entiendo que si he comprado una anualidad durante o después del 8 de febrero del 2006, es posible que no sea elegible para pago de servicios de cuidado a largo plazo; a menos que ciertas condiciones sean cumplidas. También entiendo que el Commonwealth puede convertirse en un beneficiario de saldo de cualquier anualidad comprada por mí o mi cónyuge por la cantidad total de asistencia médica pagada por el individuo institucionalizado.

Entiendo que si mi cónyuge o yo nos accidentamos o lesionamos de cualquier otra manera, y recibimos dinero de terceros por dicho accidente o lesión, tendremos que utilizar ese dinero para reembolsarle a MassHealth algunos servicios médicos prestados, tal como se detalla en la guía *MassHealth y usted*. También entiendo que tengo que informarle a MassHealth por escrito en el curso de los 10 días, si mi cónyuge o yo presentamos un reclamo de seguro o entablamos una demanda por un accidente o lesión que yo sufrí o los que mi cónyuge sufrió.

Entiendo que si yo o mi cónyuge estamos afiliados a Commonwealth Care y nos encontramos en un accidente o nos lesionamos de alguna otra manera y obtenemos dinero de un tercero debido a ese accidente o lesión, es posible que necesitemos usar ese dinero para pagar al Conector o mi asegurador médico actual por ciertos servicios médicos proporcionados, como se explica en la guía *MassHealth y usted*. También entiendo que debo decirle a mi asegurador médico por escrito dentro de los 10 días, si fuera a presentar una reclamación o pleito al seguro para obtener beneficios debido a un accidente o lesión.

Entiendo que si mi cónyuge o yo somos elegibles para MassHealth, Commonwealth Care o Health Safety Net, tengo que informarle a MassHealth cualquier cambio en cuanto a mí o mi cónyuge con respecto a ingresos o empleo, bienes, cobertura de seguro médico, primas de seguro médico, y condición de inmigrante; o, cualquier cambio de alguna otra información que yo haya dado en esta solicitud o en cualquiera de los suplementos en el curso de los 10 días posteriores a la fecha en que me entere del cambio.

Entiendo también que al firmar en la parte inferior, le autorizo a MassHealth a tratar de obtener y cobrar pago de terceros por servicios médicos y apoyo médico de mi cónyuge que reside en casa y se niegue a colaborar o cuyo paradero se desconozca.

Si yo o mi cónyuge es elegible para Commonwealth Care, entiendo que es posible que deba pagar una prima establecida por el Conector.

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 de la guía *MassHealth y usted*, 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 en nombre de otra persona al llenar esta solicitud y sus suplementos, también debe llenar y devolver el formulario *MassHealth Designación de representante para la determinación del cumplimiento de requisitos* adjunto con la presente solicitud. Su firma en la presente solicitud y en cualquiera de los suplementos como el representante para la determinación del cumplimiento de requisitos certifica que, a su mejor entender, la información en esta solicitud y en cualquiera de los suplementos es correcta y está completa.

Si usted opina que la decisión de MassHealth con respecto a su elegibilidad está errada, usted cuenta con el derecho de apelar o presentar una queja. Si le niegan los beneficios, recibirá información de cómo apelar ante una decisión de MassHealth y también como presentar una queja sobre cualquier decisión de Health Safety Net.

X

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

Fecha

X

Firma del cónyuge del solicitante o del representante del cónyuge para la determinación del cumplimiento de requisitos

Fecha

Suplemento A: Preguntas sobre la atención a largo plazo

For office use only

Head of household/applicant name: _____

Head of household/applicant SSN: _____

- ▶ ¿Necesita servicios de atención a largo plazo en una institución tipo centro de enfermería? sí no
Si contestó **sí**, debe responder todas las preguntas y completar todas las secciones de este suplemento.
- ▶ ¿Está solicitando u obteniendo servicios de atención a largo plazo en su hogar en base a la Exención para servicios de atención domiciliarios y comunitarios? sí no
Si contestó **sí**, solamente debe completar la sección de “Transferencias de recursos” en la página 13.

Por favor escriba claramente en letra de molde. Conteste todas las preguntas y complete todas las secciones. Si necesita más espacio para completar cualquier sección, por favor use una hoja separada (incluya nombre y número de Seguro Social) y adjúntela a este suplemento.

Información sobre el jefe de familia/solicitante

Apellido	Nombre	Inicial	Número de Seguro Social
----------	--------	---------	-------------------------

- ▶ ¿Tiene que pagar gastos de guardiania o tutela para un guardián asignado por un tribunal? sí no

Gastos de vivienda del cónyuge y miembros de familia que viven en la casa

Su cónyuge que vive en casa quizás pueda retener parte de los ingresos que usted recibe. Complete la siguiente información sobre los gastos de vivienda actuales de su cónyuge. **Si no tiene cónyuge**, pase a la siguiente sección (Seguro de atención a largo plazo).

- ☒ **Envíe prueba** de los gastos actuales de vivienda de su cónyuge.

- ▶ 1. ¿Cuánto paga su cónyuge cada mes por concepto de:

Alquiler?	Hipoteca (capital e intereses)?	Seguro de propiedad o de inquilino?	Impuestos catastrales (por bienes raíces)?	Cuota de mantenimiento obligatoria del condominio o cooperativa?	Comida y alojamiento en un centro asistencial de vivienda?
\$	\$	\$	\$	\$	\$

- ▶ 2. ¿Su cónyuge paga por calefacción? sí no
- ▶ 3. ¿Su cónyuge paga los servicios públicos? sí no
- ▶ 4. ¿Un hijo/a, padre, madre, hermano, y/o hermana vive(n) con su cónyuge? sí no

Si contestó **sí**, complete esta sección.
Si contestó **no**, pase a la siguiente sección (Seguro de atención a largo plazo).

- ☒ **Envíe prueba** de los ingresos mensuales de ellos antes de deducciones.

Quizá le autoricen una deducción para cubrir sus gastos del diario vivir. Estas personas tienen que ser parientes suyos o de su cónyuge; y, uno de ustedes debe declararlos como dependientes en su declaración federal de impuestos.

Nombre	Número de Seguro Social	Parentesco	Fecha de nacimiento	Ingreso mensual antes de deducciones
			/ /	\$
			/ /	\$

Seguro de atención a largo plazo

- ▶ ¿Usted o su cónyuge tiene seguro de atención a largo plazo? sí no
Si contestó **sí**, complete esta sección.
Si contestó **no**, pase a la siguiente sección (Bienes raíces).

- ☒ **Envíe una copia** de la póliza.

Nombre de la compañía/Número de la póliza	Nombre del pólizahabiente	Fecha en que entró en vigor	Cantidad de la prima
		/ /	\$
		/ /	\$

Bienes raíces

Las respuestas a las siguientes preguntas se utilizarán para determinar si: (1) sus bienes raíces se van a contar como un bien o haber; o (2) si se le debe colocar un embargo preventivo o gravamen a sus bienes raíces.

Nota: si los intereses de equidad sobre su lugar principal de residencia sobrepasan los \$750,000, es posible que usted no sea elegible para recibir el pago por servicios de atención a largo plazo a menos que ciertas condiciones sean cumplidas.

- 1. ¿Usted o su cónyuge tiene derechos legítimos por su hogar, incluyendo una propiedad vitalicia? sí no
Si contestó **sí**, complete la siguiente información y conteste las preguntas 2 a 4.
Si contestó **no**, conteste la pregunta 4 solamente.

Nombre y dirección de la(s) persona(s) en los documentos de propiedad	Descripción y dirección del bien raíz	Tipo de propiedad (Marque uno.)	Valor normal de mercado
		<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Inquilinato común <input type="checkbox"/> Inquilinato unido <input type="checkbox"/> Propiedad vitalicia	\$
		<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Inquilinato común <input type="checkbox"/> Inquilinato unido <input type="checkbox"/> Propiedad vitalicia	\$

2. ¿Tiene usted	Si usted respondió sí, complete esta columna y la siguiente.	¿Esta persona vive en su casa?
cónyuge? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	Nombre:	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
un hijo/a ciego, o con discapacidad total permanente? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	Nombre:	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
un hijo/a menor de los 21 años de edad? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	Nombre: Fecha de nacimiento: / /	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
un hermano o hermana que posea un interés legal sobre el domicilio y que haya vivido en el mismo por lo menos durante un año inmediatamente anterior a la fecha en que usted ingresara en la institución médica? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	Nombre:	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
un hijo o hija que ha vivido en el domicilio por al menos los últimos dos años antes de que usted ingresara en una institución médica y que el hijo o hija le dio atención que le permitió a usted vivir en casa? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	Nombre:	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
un pariente dependiente? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	Nombre: Describa el parentesco y la naturaleza de la dependencia:	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no

- 3. ¿Usted tiene la intención de regresar a su hogar? sí no

- 4. ¿Usted o su cónyuge posee o tiene un interés legal en **otros** bienes raíces que no figuren en la pregunta #1 en la parte superior? sí no

Si contestó **sí**, por favor describa la propiedad e indique a continuación su dirección.

Transferencias de recursos (incluyen ingresos y bienes)

1. En los últimos 36 meses:
- ¿Usted, su cónyuge o alguien a nombre suyo, hizo una transferencia de ingresos o del derecho a percibir ingresos? sí no
 - ¿Usted, su cónyuge o alguien a nombre suyo, hizo una transferencia, cambió la propiedad, obsequió o vendió algún bien, incluyendo su hogar u otro bien raíz? sí no
 - ¿Usted, su cónyuge o alguien a nombre suyo, cambió la escritura o la propiedad de cualquier bien raíz, incluyendo la creación de una propiedad de bienes raíces vitalicia, incluso si la propiedad vitalicia fue comprada en la residencia de otra persona? sí no
 - Si usted compró una propiedad vitalicia en la casa de otra persona, ¿vivió usted ahí por lo menos un año después de haber comprado la propiedad vitalicia? sí no
 - ¿Usted, su cónyuge o alguien a nombre suyo, agregó otro nombre a una escritura de algún bien de propiedad suya? sí no
 - ¿Usted, su cónyuge o alguien a nombre suyo, otorgó a alguien una hipoteca, préstamo, o pagaré sobre propiedad suya? sí no
 - ¿Compró usted, su cónyuge, o alguna otra persona a su nombre, una anualidad durante o después del 8 de febrero del 2006? sí no
2. ¿En los últimos 60 meses, algún bien que estuvo a la disposición o fue de propiedad suya o de su cónyuge, ha sido transferido desde o hasta un fideicomiso? sí no
- Si usted respondió sí a cualquiera de las preguntas anteriores, tiene que completar lo siguiente, y enviarnos prueba de esta información.**

Descripción del bien/ingreso	Fecha de transferencia	Transferido a quién	Parentesco con usted o su cónyuge	Cantidad de la transferencia
	/ /			\$
	/ /			\$
	/ /			\$

3. ¿Usted, su cónyuge, o alguien a nombre suyo ha hecho un depósito a un centro residencial o de atención médica, como un centro asistencial de vivienda, una comunidad de retiro con atención médica continua, o a una comunidad de atención médica vitalicia? sí no
- Si contestó **sí**, dénos el nombre y la dirección del centro, la cantidad del depósito y conteste las siguientes preguntas; y, **envíenos una copia del contrato que firmó con el centro y cualquier documento que tenga que ver con este depósito.**

Nombre del centro	Dirección del centro	Cantidad
		\$
<p>a. ¿El centro todavía tiene en su poder el depósito? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no</p> <p>b. ¿El centro devolvió el depósito? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no</p> <p>Si contestó sí, dénos el nombre y la dirección de la persona que recibió el depósito devuelto por el centro.</p>		
Nombre de la persona	Dirección	

Declaración de impuestos

- ¿Usted o su cónyuge hizo declaraciones federales de impuestos en los últimos dos años? sí no
- Si contestó **sí**, usted debe **enviar copias** de estas declaraciones. Si no tiene copias de sus declaraciones de los dos últimos años, **debe enviar un Formulario 4506 debidamente completado y firmado al Servicio de rentas internas (Internal Revenue Service/IRS).** El Formulario 4506 se incluye como parte de esta solicitud.

Suplemento B:

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/applicant name:

Head of household/applicant 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 (ej., "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 (ej., "Jr.")

Apellido actual del solicitante	Nombre	Inicial	Sufijo (ej., "Jr.")
Apellido de nacimiento del solicitante (si es diferente)	Nombre	Inicial	Sufijo (ej., "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 (ej., "Jr.")