



Affidavit pour vérifier la résidence au Massachusetts

Lorsque vous nous envoyez ce formulaire, veuillez joindre une copie de la lettre que nous vous avons envoyée vous demandant de prouver votre statut de résidence au Massachusetts. La lettre est appelée « Demande d'informations ».

ÉTAPE 1

Parlez-nous de vous. Veuillez imprimer.

Prénom	Initiale du 2 ^e prénom	Nom de famille
Date de naissance (MM/JJ/AAAA) / /	ID de réf. (optionnel)	
Numéro de sécurité sociale		ID MassHealth (optionnel)

ÉTAPE 2

Lisez et signez ce formulaire.

☐ J'habite à l'adresse suivante et j'ai l'intention de résider au Massachusetts.

Adresse résidentielle : Rue Numéro d'appartement ou de résidence

Ville État CODE POSTAL

☐ Je n'ai pas d'adresse résidentielle mais j'ai l'intention de résider au Massachusetts.

Adresse postale : Rue Numéro d'appartement ou de résidence

Ville État CODE POSTAL

Je ne suis pas dans le Massachusetts pour mon plaisir personnel ou pour recevoir des soins médicaux dans un cadre autre qu'une maison de soins infirmiers.

En signant ci-dessous, je jure, sous peine de parjure, qu'à ma connaissance tout ce qui figure sur ce formulaire est exact et complet. Je sais que si je mens sur ce formulaire, ma couverture santé pourrait prendre fin et je pourrais devoir rembourser au Massachusetts les crédits d'impôt ou les prestations de santé dont j'ai bénéficié.

Signature du demandeur, du membre ou signature du représentant autorisé

Date

(MM/JJ/AAAA)

/ /

ÉTAPE 3

Renvoyez le formulaire signé de l'une de ces trois façons.

1. FAX: (857) 323-8300

2. Courrier postal: Health Insurance Processing Center, P.O. Box 4405, Taunton, MA 02780

3. En personne:

Centres d'inscription à MassHealth

529 Main Street
Charlestown, MA 02129

243 Cottage Street
Springfield, MA 01104

367 East Street
Tewksbury, MA 01876

45 Spruce Street
Chelsea, MA 02150

21 Spring Street, Suite 4
Taunton, MA 02780

50 SW Cutoff, Suite 1A
Worcester, MA 01604

1 Enterprise Drive, 3rd Floor
Quincy, MA 02171

Des questions?

Appelez le **Health Connector** au (877) 623-6765,
ou appelez **MassHealth** au (800) 841-2900.

TDD/TTY: 711