



Affidavit pour vérifier l'absence de revenus

Lorsque vous nous envoyez ce formulaire, veuillez inclure une copie de la lettre que nous vous avons envoyée vous demandant une preuve de revenu. 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.

Je ne reçois pas de revenu en ce moment.

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 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

88 Industry Avenue, Suite D
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

100 Hancock Street, 1st Floor
Quincy, MA 02171

Des questions?

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

TDD/TTY: 711