# 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 de prouver que vous n’avez aucun revenu. La lettre s’appelle « Demande d’informations ».

## ÉTAPE 1 Parlez-nous de vous. Veuillez indiquer en caractères d’imprimerie.

Prénom

Initiale du 2e 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 actuellement aucun revenu.

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 ce formulaire signé de l’une de ces 3 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

45 Spruce Street
Chelsea, MA 02150

100 Hancock Street, 1st Floor
Quincy, MA 02171

88 Industry Avenue, Suite D
Springfield, MA 01104

21 Spring Street, Suite 4
Taunton, MA 02780

367 East Street
Tewksbury, MA 01876

50 SW Cutoff, Suite 1A
Worcester, MA 01604

## Des questions ?

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

TDD/TTY: 711