



# Declaração para confirmar condição de encarceramento

Quando nos enviar este formulário, inclua uma cópia da carta que enviamos a você pedindo comprovação de sua condição de encarceramento. A carta é chamada “Solicitação de informações”.

## 1ª ETAPA

**Forneça suas informações. Favor usar letra de forma.**

Nome	Inicial do nome do meio	Sobrenome
Data de nascimento (MM/DD/AAAA)	/ /	ID de referência (opcional)
Número da Previdência Social (SSN)		ID do MassHealth (opcional)

## 2ª ETAPA

**Leia e assine este formulário.**

Para as pessoas no seu requerimento que precisam fornecer confirmação de condição de encarceramento, circule a opção correta abaixo, assine e date o formulário. Em seguida, devolva-nos o formulário.

- A pessoa supracitada não está encarcerada.
  - A pessoa supracitada foi solta de uma prisão recentemente. Data da soltura / /
  - A pessoa supracitada está encarcerada.
- A pessoa supracitada está aguardando julgamento?  Sim  Não

Ao assinar este documento, declaro, sob pena de perjúrio, que os dados contidos neste formulário são, pelo que eu saiba, verdadeiros e completos. Reconheço que se eu mentir neste formulário, minha cobertura de saúde poderá ser cancelada e poderei ter de reembolsar Massachusetts por qualquer crédito ou benefício de saúde que tenha recebido.

Assinatura do requerente, membro ou de um representante autorizado	Data / /
--	----------

## 3ª ETAPA

**Devolva este formulário assinado de uma das três maneiras abaixo.**

- 1. FAX:** (857) 323-8300
- 2. Correio:** Health Insurance Processing Center, P.O. Box 4405, Taunton, MA 02780
- 3. Pessoalmente:**

### Centros de Inscrição no MassHealth (MassHealth Enrollment Centers)

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

100 Hancock Street, 1st Floor  
Quincy, MA 02171

## Perguntas?

Ligue para o **Health Connector** pelo telefone (877) 623-6765, ou ligue para o **MassHealth** pelo telefone (800) 841-2900.

**TDD/TTY: 711**