# 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.

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

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

## Perguntas?

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

TDD/TTY: 711