



# Declaración jurada para verificar Estado de reclusión

Cuando usted nos envíe este formulario, por favor incluya una copia de la carta que le enviamos pidiéndole una prueba de estado de reclusión. La carta se llama "Solicitud de información".

## PASO 1

**Denos su información personal. Por favor escriba en letra de imprenta.**

Nombre	Inicial del 2.º nombre	Apellido(s)
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) / /	ID de ref. (opcional)	
Número de Seguro Social	ID de MassHealth (opcional)	

## PASO 2

**Lea este formulario y fírmelo.**

A continuación, por favor marque con un círculo la opción correcta, firme y escriba la fecha. Luego, envíenos este formulario.

- Yo no estoy en prisión.
  - Yo fui liberado/a de prisión recientemente. Fecha de liberación / /
  - Yo estoy en prisión.
- ¿Está usted a la espera de juicio?  Sí  No

Al firmar a continuación, juro bajo pena de perjurio que todo lo declarado en este formulario es verdadero y completo a mi leal saber y entender. Entiendo que si no digo la verdad, mi cobertura del seguro de salud podría finalizar y que quizá deba reembolsar a Massachusetts por cualquier crédito fiscal o beneficios de salud que tenga.

Firma del solicitante, afiliado o representante autorizado	Fecha / /
--	-----------

## PASO 3

**Firme este formulario y envíelo de una de estas 3 maneras.**

- Por fax:** (857) 323-8300
- Por correo postal:** Health Insurance Processing Center, P.O. Box 4405, Taunton, MA 02780
- Personalmente:**

### Centros de Inscripción de 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

100 Hancock Street, 1st Floor  
Quincy, MA 02171

¿Tiene preguntas?

Llame al Health Connector al (877) 623-6765, o llame a MassHealth al (800) 841-2900.

TDD/TTY: 711