

Declaração para confirmar residência em Massachusetts

Quando nos enviar este formulário, inclua uma cópia da carta que enviamos a você pedindo comprovação de sua residência em Massachusetts. A carta é chamada "Solicitação de informações".

1ª ETAPA	Forneça suas informações. Favor usar letra de forma.			
Nome	Inici	al do nome do meio	Sobrenome	
Data de nascimento (MM/DD/AAAA) / /			ID de referência (opcional)	
Número da Previd (SSN)	ência Social			ID do MassHealth (opcional)
2ª ETAPA	Leia e assine este	formulário.		
Endereço resic Rua Eu não tenho Rua Não estou visi seja uma casa Ao assinar est	um endereço residencial tando Massachusetts a p de repouso. e documento, declaro, so	Cidade . , mas pretendo resid Cidade passeio nem para rec	eeber atendimento	Estado Código Postal
	reembolsar Massachuse uerente, membro ou de u			Data (MM/DD/AAAA) / /
3ª ETAPA	ETAPA Devolva este formulário assinado de uma das três maneiras abaixo.			
2. Correio: Health 3. Pessoalmente:	323-8300 Insurance Processing Co ão no MassHealth (Mass			0
529 Main Stree Charlestown, M		88 Industry Avenu Springfield, MA 01		367 East Street Tewksbury, MA 01876
45 Spruce Stree Chelsea, MA 02		21 Spring Street, S Taunton, MA 0278		50 SW Cutoff, Suite 1A Worcester, MA 01604
100 Hancock St	,			

Perguntas?

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

TDD/TTY: 711