



Declaração para confirmar renda zero

Quando nos enviar este formulário, inclua uma cópia da carta que enviamos a você pedindo comprovação de sua renda. 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.

Eu não tenho nenhuma renda no momento.

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

(MM/DD/AAAA)

/ /

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

88 Industry Avenue, Suite D
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