



Affidavit pour vérifier l'absence de revenus

Lorsque vous nous envoyez ce formulaire, veuillez inclure une copie de la lettre que nous vous avons envoyée vous demandant une preuve de revenu. La lettre est appelée « Demande d'informations ».

ÉTAPE 1

Parlez-nous de vous. Veuillez imprimer.

Prénom

Initiale du 2^e prénom

Nom de famille

Date de naissance (MM/JJ/AAAA)

/

/

ID de réf.
(optionnel)

Numéro de sécurité sociale

ID MassHealth
(optionnel)

ÉTAPE 2

Lisez et signez ce formulaire.

Je ne reçois pas de revenu en ce moment.

En signant ci-dessous, je jure, sous peine de parjure, qu'à ma connaissance tout ce qui figure sur ce formulaire est exact et complet.

Je sais que si je mens sur ce formulaire, ma couverture santé pourrait prendre fin et je pourrais devoir rembourser au Massachusetts les crédits d'impôt ou les prestations de santé dont j'ai bénéficié.

Signature du demandeur, du membre ou du représentant autorisé

Date
(MM/JJ/AAAA)

/ /

ÉTAPE 3

Renvoyez le formulaire signé de l'une de ces trois façons.

1. FAX : (857) 323-8300

2. Courrier postal : Health Insurance Processing Center,
P.O. Box 4405,
Taunton, MA 02780

3. En personne :

Centres d'inscription à MassHealth

45 Spruce Street
Chelsea, MA 02150

100 Hancock Street, 6th 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

The Schrafft Center
529 Main Street, Floor M
Charlestown, MA 02129

Centres d'assistance sans rendez-vous Health Connector

133 Portland Street
Boston, MA 02114

63 Main Street
Brockton, MA 02301

146 Main Street
Worcester, MA 01608

Questions ?

Appelez le Health Connector au (877) MA ENROLL, (877) 623-6765 ou TTY : (877) 623-7773.
Ou appelez MassHealth au (800) 841-2900 ou TTY : (800) 497-4648.