零收入确认宣誓书

当您向我们发送本表时，请随附我们向您发送的要求提供您的收入证明的信件副本。这封信称为“信息请求”。

第 1 步：请告诉我们您的情况。请用大写字母填写。

名	中间名	姓
出生日期（月/日/年） / /	参考 ID（选择填写）	
社会安全号码	MassHealth ID（选择填写）	

第 2 步：请阅读和签署本表。

我目前没有收到任何收入。

我在下方的签名表示，据我所知，本表中的所有内容均准确完整，如有不实，我愿受作伪证之处罚。

我知道，如果我在本表中说谎，我的医疗保险可能会终止，并且我可能必须向马萨诸塞州偿还我获得的任何税收抵免或医疗福利费用。

申请人、会员或经授权代表签名 ▶	日期（月/日/年） / /

第 3 步：请用以下三种方法之一送回本已签名的表格。

1.传真： (857) 323-8300

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

3.亲自送交：

MassHealth 注册中心

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

有问题吗？ 请电洽 **Health Connector** (877) 623-6765，或者请电洽 **MassHealth** (800) 841-2900。 **TDD/TTY: 711**