

Declaración jurada para verificar

Cero ingresos  
Cuando usted nos envíe este formulario, por favor incluya una copia de la carta que le enviamos pidiéndole una prueba de sus ingresos. 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..

Yo no recibo ningún ingreso en este momento.

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 (MM/DD/YYYY) …………………………

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

1. Por fax: (857) 323-8300

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

3. Personalmente:

Centros de Inscripción de 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

Centros de atención sin cita previa del Health Connector

133 Portland Street, Boston, MA 02114

63 Main Street, Brockton, MA 02301

146 Main Street, Worcester, MA 01608

¿Tiene preguntas?   
Llame al Health Connector al (877) MA ENROLL, (877) 623-6765 o TTY: (877) 623-7773.

O llame a MassHealth al (800) 841-2900 o TTY: (800) 497-4648

AFF-ZI (10/19)