



# Chứng Thệ Xác Minh Không Có Thu Nhập

Khi quý vị gửi cho chúng tôi biểu mẫu này, vui lòng gửi kèm một bản sao của bức thư mà chúng tôi đã gửi cho quý vị để yêu cầu cung cấp bằng chứng về thu nhập của quý vị. Bức thư được gọi là “Yêu cầu Thông tin”.

## BƯỚC 1

### Giới thiệu về bản thân. Vui lòng viết hoa.

Tên	Tên đệm	Họ
Ngày sinh (Tháng/Ngày/Năm) / /	Ref ID (không bắt buộc)	
Số an sinh xã hội	ID MassHealth (không bắt buộc)	

## BƯỚC 2

### Đọc và ký vào mẫu đơn này.

Tôi không có bất kỳ khoản thu nhập nào tại thời điểm này.

Khi ký tên dưới đây, tôi xác nhận dưới hình phạt cho tội khai man rằng mọi chi tiết trên đơn này là đúng sự thật và đầy đủ theo hiểu biết của tôi.

Tôi biết rằng nếu tôi nói dối trên đơn này, bảo hiểm y tế của tôi có thể kết thúc và tôi có thể phải hoàn trả cho Massachusetts bất kỳ khoản tín dụng thuế hoặc phúc lợi y tế nào tôi nhận được.

Chữ ký của người nộp đơn, thành viên hoặc người đại diện được ủy quyền ▶	Ngày (Tháng/Ngày/Năm) / /
---	------------------------------

## BƯỚC 3

### Gửi lại đơn đã ký này theo một trong 3 cách sau.

1. **FAX:** (857) 323-8300

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

### 3. Trực tiếp:

#### MassHealth Enrollment Centers (Trung Tâm Ghi Danh 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

#### Health Connector Walk-in Centers (không cần lấy hẹn trước)

133 Portland Street  
Boston, MA 02114

63 Main Street  
Brockton, MA 02301

146 Main Street  
Worcester, MA 01608

### Quý vị có thắc mắc?

Gọi Health Connector theo số (877) MA ENROLL, (877) 623-6765 hoặc TTY: (877) 623-7773.  
Hoặc gọi MassHealth theo số (800) 841-2900 hoặc TTY: (800) 497-4648.