

Pedido de cobertura de saúde para idoso e pessoas que precisam de cuidados de longo prazo



COMO FAZER O PEDIDO

Identifique para qual programa cada membro da família está fazendo o pedido na página 1 do pedido.

Envie por correio ou fax o pedido preenchido e assinado para



MassHealth Enrollment Center
PO Box 290794
Charlestown, MA 02129-0214
Fax: (617) 887-8799

Visite um Centro de Registro do MassHealth (MassHealth Enrollment Center, MEC).



Para fazer o pedido em pessoa ou agendar uma consulta com um representante do MassHealth, visite www.mass.gov/mashealth/appointment.

Para obter os benefícios aos quais você tem direito o mais rapidamente possível, envie a documentação que comprove todos os rendimentos e bens da família.

Use este pedido para se cadastrar no Programa de Assistência Nutricional Suplementar (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP). O SNAP é um programa federal que ajuda a comprar alimentos todos os meses. Se tiver interesse, assinale a opção na página 1, leia e assinhe os direitos e responsabilidades do SNAP nas páginas 17 a 23. O pedido será enviado automaticamente ao Department of Transitional Assistance (Departamento de Assistência Transitória). Você não precisa se cadastrar no Programa SNAP para ser considerado para o MassHealth.

O MASSHEALTH e a HEALTH SAFETY NET | Quem pode usar este pedido

Este é o pedido de cobertura de saúde se você mora em Massachusetts e tem

- 65 anos de idade ou mais e mora em casa e
 - não é pai ou mãe de um filho com menos de 19 anos que mora com você; ou
 - não é parente adulto que mora e cuida de um filho com menos de 19 anos quando nenhum dos pais mora na casa; ou
 - é deficiente e trabalha 40 horas ou mais por mês ou trabalha atualmente e trabalhou pelo menos 240 horas nos seis meses imediatamente anteriores ao mês do pedido;
- é um indivíduo de qualquer idade e precisa de cuidados de longo prazo em uma instituição médica ou unidade de cuidados; ou
- é um indivíduo que se qualifica sob certos programas para receber cuidados de longo prazo para morar em casa; ou
- é casado(a) e mora com o cônjuge, e
 - você e seu cônjuge estão pedindo cobertura de saúde;
 - não há filhos com menos de 19 anos que moram com você; e
 - um dos cônjuges tem 65 anos ou mais e o outro cônjuge tem menos de 65 anos. (Consulte a Etapa 9 do pedido).

Se você atender quaisquer das seguintes exceções, deverá preencher o Pedido de cobertura odontológica e de saúde e Ajuda para pagar custos (ACA-3). Para receber uma cópia deste pedido, ligue para **(800) 841-2900** (TTY: (800) 497-4648 para pessoas surdas, com deficiência auditiva ou de fala).

- Você é pai ou mãe de um filho com menos de 19 anos que mora com você, ou
- Você é parente adulto que mora e cuida de um filho com menos de 19 anos e nenhum dos pais mora em casa.

Você também precisará preencher um Suplemento de cuidados de longo prazos e estiver

- em uma instituição, como um lar de idosos, um hospital para enfermidades crônicas ou outra instituição médica (você pode ter de fazer um pagamento mensal, chamado valor pago pelo paciente, à instituição de longa permanência. Para obter mais informações, consulte a página 13 do Guia para Idosos);
- em um hospital de cuidados agudos, aguardando transferência para uma instituição de longa permanência; ou
- morando em casa e pedindo ou recebendo cuidados de longo prazo em uma Dispensa de serviços de atendimento domiciliar e comunitário (HCBS)

Se alguém estiver ajudando você a preencher este formulário, talvez seja necessário preencher um formulário separado que conceda a essa pessoa poderes para agir em seu nome. Consulte o Formulário de designação de representante autorizado no final deste pedido.

MASSACHUSETTS HEALTH CONNECTOR | Quem pode usar este pedido

Este é o pedido de cobertura de saúde se você mora em Massachusetts e

- tem 65 anos ou mais;
- não se qualifica para o MassHealth;
- não está recebendo Medicare; e
- não tem acesso a um plano de saúde acessível que atenda o requisito de valor mínimo.*

*O requisito de valor mínimo significa que o plano de seguro de saúde paga pelo menos 60% dos custos totais do seguro de saúde do participante médio.

O Health Connector usa regras de renda bruta ajustada modificada (MAGI, na sigla em inglês) para determinar se a pessoa se qualifica.



O QUE É NECESSÁRIO AO FAZER O PEDIDO

As seguintes informações DEVERÃO ser enviadas ao fazer o pedido no MassHealth, Health Safety Net e no Massachusetts Health Connector

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (SSN)

Você deverá apresentar um SSN ou comprovante de que qualquer pessoa neste pedido também tenha pedido um SSN. Há exceções para quem

- tem isenção religiosa, conforme descrito na lei federal,
- se qualifica apenas para um SSN não relacionado a trabalho, ou
- não se qualifica para um SSN.

A menos que haja uma exceção, **precisamos dos SSNs de todas as pessoas que se candidatarem** à cobertura de saúde. **O SSN é opcional para pessoas que não solicitarem cobertura de saúde, mas informar o SSN poderá acelerar o pedido.** Usamos os SSNs para verificar a renda e outras informações, para decidir quem se qualifica à ajuda com custos de cobertura de saúde. Se alguém não tiver um SSN ou precisar de ajuda para obter um, ligue para a Administração do Seguro Social em (800) 772-1213, TTY: (800) 325-0778, ou acesse www.socialsecurity.gov. Consulte o Guia para Idosos para obter mais informações.

COMPROVANTE DE RENDA, BENS E SEGURO

Tentaremos verificar algumas dessas informações ao confirmar se os dados eletrônicos correspondem e notificaremos você se precisarmos de mais comprovantes. O processamento do pedido poderá ser acelerado ao enviar comprovantes desses itens com ele.

- Comprovantes de todos os rendimentos atuais antes dos descontos, como cópias de contracheques ou contracheques de pensão (não é necessário enviar comprovantes de seguro social ou renda de SSI, mas é necessário preencher as informações de seguro social e renda por SSI, se for o caso).
- Comprovante de todos os bens, como contas bancárias e apólices de seguro de vida
- Cópias de boletos atuais de seguro de saúde (como Medex), se você estiver solicitando cuidados de longo prazo em uma instituição médica de longa permanência. (Não é necessário enviar cópias dos cartões do Medicare).
- Números de apólice de qualquer cobertura de saúde atual
- Informações sobre qualquer outro seguro de saúde disponível para a sua família

COMPROVANTE DE CIDADANIA/NACIONALIDADE

Tentaremos verificar essas informações ao confirmar se os dados eletrônicos são correspondentes. Notificaremos você se precisarmos de mais comprovantes. O processamento do pedido poderá ser acelerado ao enviar comprovantes desses itens com ele.

- Comprovante de cidadania/nacionalidade norte-americana e comprovante de identidade, como passaportes ou documentos de naturalização dos EUA. Você também pode comprovar a cidadania norte-americana com uma certidão de nascimento pública dos EUA. Você também pode comprovar a identidade com uma carteira de motorista ou outra forma de identificação emitida pelo governo. Podemos comprovar sua identidade por meio de registros no Massachusetts Registry of Motor Vehicles se você tiver uma carteira de motorista de Massachusetts ou uma carteira de identidade de Massachusetts. Depois de enviar o comprovante da cidadania/nacionalidade e identidade dos EUA ao MassHealth, você não precisará apresentar essa comprovante novamente. Você deverá apresentar um comprovante de identidade para todos os membros da família que estiverem fazendo o pedido. **Idosos e pessoas com deficiência que recebem ou podem receber Medicare ou Seguro Suplementar de Renda (Supplemental Security Income, SSI), ou pessoas com deficiência que recebem Seguro Social por Invalidez (Social Security Disability, SSDI), não precisam apresentar comprovante de cidadania/nacionalidade e identidade americana.** (Consulte a seção 9 do Guia para Idosos para obter informações completas sobre as formas aceitáveis de comprovante).
- Uma cópia frente e verso de todos os seus cartões de imigração (ou outros documentos que mostrem o status de imigração) ou de seu cônjuge, caso um dos dois não seja cidadão dos EUA/americano naturalizado e esteja pedindo o MassHealth (exceto o MassHealth Limited), a Health Safety Net, ou os planos do Health Connector.

Para obter mais informações sobre o status de imigração e tipos de documentos, consulte a página 32.

POR QUE PEDIMOS ESSAS INFORMAÇÕES

Perguntamos sobre a renda e outras informações para que você saiba para qual cobertura você se qualifica e se pode obter ajuda para pagá-la. **Manteremos a privacidade e a segurança de todas as informações que você apresentar, conforme exigido por lei.** Para ver a política de privacidade do Health Connector, acesse www.MAhealthconnector.org. Para ver a política de privacidade do MassHealth, visite www.mass.gov/service-details/masshealth-member-privacy-information.

O QUE ACONTECE A SEGUIR E ONDE CONSEGUIR AJUDA

Quando recebermos o pedido preenchido, assinado e datado, iremos analisá-lo. Se precisarmos de mais informações, escreveremos ou ligaremos para você. Assim que obtivermos o que precisamos, decidiremos se você se qualifica e enviaremos uma notificação por escrito. Se você se qualificar ao MassHealth, mostre a notificação imediatamente a qualquer provedor de assistência médica se tiver pago por serviços médicos que seriam cobertos pelo MassHealth durante o período de qualificação. Se o provedor de assistência médica determinar que o MassHealth pagará por esses serviços, o provedor reembolsará o que você pagou.

Se você precisar de mais informações sobre como fazer o pedido, ou se precisar de outra cópia do **Suplemento C: Assistente de cuidados pessoais** para seu cônjuge que também estiver pedindo, ligue para **(800) 841-2900**, TTY: (800) 497-4648. Este pedido está disponível em espanhol. Ligue para o número acima para fazer um pedido.

Se você tiver dúvidas sobre qualquer formulário ou as informações que precisa enviar, ligue para **(800) 841-2900**, TTY: (800) 497-4648.

Para encontrar recursos e informações relacionadas ao coronavírus para candidatos e membros do MassHealth, acesse www.mass.gov/coronavirus-disease-covid-19-and-masshealth.

Pedido de cobertura de saúde para idoso e pessoas que precisam de cuidados de longo prazo



Preencha em letra de forma legível. Responda todas as perguntas. Preencha todas as partes do pedido, além de todos os suplementos relevantes. Se precisar de mais espaço, anexe uma folha separada ao pedido. Coloque o nome da Pessoa 1 e o número de seguro social no topo de qualquer documento anexado. Coloque o(s) nome(s) de cada membro da família no(s) programa(s) que a pessoa deseja pedir. Consulte o Guia para Idosos para saber mais sobre a cobertura desses programas.

Liste os nomes de todos que estiverem pedindo cobertura de saúde neste formulário.

MassHealth ou Health Safety Net (HSN)

(Se estiver morando em casa ou em uma casa de repouso, um centro de residência assistida continuada para idosos, ou em uma comunidade de vivência assistida, preencha este pedido e quaisquer suplementos que se aplicarem a você ou a qualquer membro da família). O MassHealth verificará se alguém que estiver pedindo cobertura de saúde neste formulário se qualifica ao MassHealth ou à HSN.

Você: _____

Cônjuge: _____

Cuidados de longo prazo e/ou

Dispensa para receber atendimento domiciliar e comunitário

(Se estiver solicitando ou recebendo cuidados de longo prazo em casa sob uma dispensa de HCBS, ou em um lar de idosos ou hospital para enfermidades crônicas, preencha este formulário e quaisquer suplementos que se aplicarem a você ou a qualquer membro da família, incluindo todo ou parte do Suplemento de cuidados de longo prazo).

Você: _____

Cônjuge: _____

Programas Health Connector

A cobertura de saúde do Massachusetts Health Connector não é o MassHealth. Se você tiver Medicare, não se qualificará a nenhum compartilhamento de custos ou créditos fiscais de prêmio antecipado e não poderá adquirir um plano por meio do Health Connector, a menos que estivesse cadastrado em um plano do Health Connector quando pediu o Medicare. A única situação na qual você deverá solicitar os programas do Health Connector se tiver Medicare é se ainda não estiver cadastrado no Medicare, mas tiver que pagar o prêmio do Medicare Parte A. Nesse caso, você poderá se qualificar a um plano Health Connector.

Você: _____

Cônjuge: _____

OBSERVAÇÃO: PACE – Programa de Atenção Integral ao Idoso
(*Program of All-inclusive Care for the Elderly*, em inglês)

Alguns membros do MassHealth podem se qualificar a se cadastrar no Programa de Atenção Integral ao Idoso (PACE), que oferece aos membros acesso a ampla gama de serviços médicos, sociais, recreativos e de bem-estar por meio de um modelo baseado em centro. Consulte a página 10 do Guia para Idosos para obter mais informações.

Programa de Assistência Nutricional Suplementar (SNAP)

O SNAP é um programa federal que ajuda os participantes a comprar alimentos saudáveis todos os meses.

Assinale esta opção se desejar que este pedido seja enviado ao Departamento de Assistência Transitória para servir como pedido de benefícios do SNAP. Leia os direitos e responsabilidades nas páginas 17 a 23 e assine na página 23 para continuar o pedido.

ETAPA 1 Pessoa 1 (VOCÊ) – Conte-nos sobre VOCÊ.

Um adulto na família deverá ser a pessoa de contato do pedido. Observe que deverá ser alguém que conste no pedido, não um terceiro que deseja ser um contato para o(s) solicitante(s). Consulte o Formulário de designação de representante autorizado (ARD) para estabelecer contato com terceiros.

1. Nome, nome do meio, sobrenome e sufixo			2. Data de nascimento	
3. Endereço principal <input type="checkbox"/> Assinale esta opção se for morador de rua. Você deverá informar um endereço para correspondência.				
4. Número do apartamento ou unidade				
5. Cidade		6. Estado	7. CEP	8. Condado
9. Trata-se de hospital, instalações de enfermagem ou outra instituição? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se a resposta for Sim , nome da instalação				
10. Endereço para correspondência <input type="checkbox"/> Verifique se é o mesmo que o endereço principal.			11. Número do apartamento ou unidade	
12. Cidade		13. Estado	14. CEP	15. Condado

16. Telefone	17. Outro telefone
18. E-mail	19. N° de pessoas incluídas no pedido
20. Qual é o seu idioma preferido, caso não seja o inglês? Falado _____ Escrito _____	
21. Alguém neste pedido está na prisão ou na cadeia? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Selecione Não se a pessoa for solta nos próximos 60 dias. Se a resposta for Sim , quem? Digite o nome aqui: _____ Se a resposta for Sim , esta pessoa está aguardando julgamento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

APENAS PARA ASSISTENTES DE CADASTRO

Preencha esta seção se você for assistente de cadastro e estiver preenchendo este formulário para outra pessoa. Os navegadores deverão preencher um Formulário de designação do navegador, caso ainda não o tenham feito. Os Conselheiros certificados para requisição deverão preencher um Formulário de designação do representante autorizado, caso ainda não o tenham feito.

Selecione um Navegador Conselheiro certificado para requisição

Nome, nome do meio, sobrenome e sufixo	E-mail	
Nome da organização	Número de identificação da organização	Telefone da organização

ETAPA 2 Pessoa 1

1. Nome, nome do meio, sobrenome e sufixo	2. Gênero <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	3. Parentesco
---	---	---------------

4. Você está pedindo cobertura de saúde ou odontológica para VOCÊ MESMO? Sim Não
Se a resposta for **Sim**, responda a todas as perguntas abaixo na Etapa 2 para a Pessoa 1 (você mesmo).
Se a resposta for **Não**, responda à pergunta 16 (acomodações) e vá para a seção Informações de renda na página 4.

5. **Opcional** Qual é a sua raça ou etnia? _____ Consulte a página 32.
A O MassHealth está empenhado em prestar cuidados equitativos a todos os membros, independentemente de raça, etnia ou idioma falado. Preencha esta pergunta para nos ajudar a atender às suas necessidades linguísticas e culturais. Saiba que a sua resposta é voluntária, confidencial e não afetará a sua qualificação, nem será usada para qualquer finalidade discriminatória.

6. Você tem número de seguro social (SSN)? Sim Não (opcional, se **não** estiver pedindo)
O número de seguro social (SSN) é necessário para cada pessoa que solicitar cobertura de saúde e que já tenha o número. Há exceções para as pessoas que tenham isenção religiosa, conforme descrito na lei federal, que se qualifique apenas para um SSN não relacionado ao trabalho ou que não se qualifique para um SSN. O SSN é opcional para pessoas que não estejam pedindo cobertura de saúde; no entanto, informar um SSN poderá acelerar o processo. Usamos os SSNs para verificar a renda e outras informações, para decidir quem se qualifica à ajuda com custos de cobertura de saúde. Se alguém precisar de ajuda para obter um SSN, ligue para a Administração do Seguro Social, pelo (800) 772-1213 (TTY: (800) 325-0778) ou acesse socialsecurity.gov. Para obter mais detalhes sobre como usamos o número de seguro social, consulte o Guia para Idosos para a Cobertura de cuidados de saúde.
Se a resposta for **Sim**, informe o número _____ - _____ - _____
Se a resposta for **Não**, assinale um dos seguintes motivos.
 Acabei de fazer o pedido Exceção para não cidadão Exceção religiosa
Seu nome neste pedido é o mesmo que seu nome no cartão de seguro social? Sim Não
Se a resposta for **Não**, que nome consta no cartão de seguro social?

Nome, nome do meio, sobrenome e sufixação

7. Se você obtiver um crédito fiscal de prêmio antecipado (APTC), você concorda em fazer uma declaração de imposto de renda do ano fiscal em que os créditos forem recebidos? Sim Não
Você pode não ter precisado ou escolhido não fazer uma declaração de imposto de renda no passado, mas terá de fazer uma para o ano em que obtiver um APTC. Você deverá marcar **Sim** na pergunta 7 para se qualificar ao ConnectorCare ou APTCs para ajudar a pagar o seguro de saúde. **Você NÃO precisa fazer uma declaração de imposto de renda para pedir ou obter o MassHealth ou HSN, caso se qualifique.**
Se a resposta for **Sim**, responda às perguntas a até d. Se a resposta for **Não**, vá para a pergunta d.

Você deverá fazer uma declaração de imposto de renda conjunta com seu cônjuge no ano para o qual está pedindo determinados programas (ConnectorCare ou APTCs), a menos que seja vítima de abuso doméstico ou abandono ou faça a declaração como chefe de família. Se você for declarar o imposto de renda como chefe de família, deverá responder **Não** à pergunta 7a (“Você é casado perante a lei?”). Uma maneira de se qualificar como chefe de família é viver separadamente do cônjuge e reivindicar outra pessoa como dependente. Consulte a publicação 501 do IRS ou um profissional tributário para obter informações sobre declaração de renda. Você só precisará incluir a si próprio e quaisquer dependentes neste pedido.

a. É casado(a) perante a lei? Sim Não

Se a resposta for **Não**, pule para a pergunta 7c.

Se a resposta for **Sim**, informe o nome do cônjuge e a data de nascimento. _____

b. Você planeja apresentar uma declaração de renda conjunta com o cônjuge do ano fiscal para o qual está fazendo o pedido?
 Sim Não

c. Você reivindicará dependentes na declaração de imposto de renda do ano em que estiver fazendo o pedido? Sim Não
Você fará um pedido de dedução de isenção pessoal na declaração de renda para algum indivíduo listado nesta solicitação como dependente que estiver cadastrado na cobertura por meio do Massachusetts Health Connector e cujo prêmio de cobertura seja pago total ou parcialmente por pagamentos antecipados. Liste o(s) nome(s) e a(s) data(s) de nascimento do(s) dependente(s).

d. Você será declarado como dependente na declaração de imposto de renda de outra pessoa do ano para o qual estiver fazendo o pedido? Sim Não
Se você for declarado como dependente por outra pessoa na declaração de imposto de renda, isso poderá afetar a sua qualificação para receber um suplemento como crédito de imposto. Não responda **Sim** a esta pergunta se você tiver menos de 21 anos e estiver sendo declarado como dependente por um pai ou mãe sem custódia. Se a resposta for **Sim**, liste o nome do declarante do imposto. _____

Data de nascimento do declarante do imposto _____ Qual é o seu parentesco com o declarante do imposto? _____

O declarante do imposto é casado e faz declaração conjunta? Sim Não

Se a resposta for **Sim**, informe o nome do cônjuge e a data de nascimento. _____

Quem mais o declarante inclui como dependente? _____

e. Você declara o imposto de renda separadamente porque é vítima de abuso doméstico ou abandono? Sim Não

Opcional Fiz uma declaração de imposto de renda ao Internal Revenue Service (IRS) para cada ano pelo qual recebi um crédito fiscal de prêmio antecipado (APTC). Quando enviei a declaração, incluí o Formulário 8962 do IRS, que tinha informações sobre o crédito fiscal que recebi, para que o IRS pudesse conciliar com o APTC. Sim Não

Responda **Sim** se: 1. Você recebeu um APTC ou ConnectorCare no passado e
2. A afirmação for verdadeira para todas as pessoas na casa.

8. Você é cidadão/tem nacionalidade dos EUA? Sim Não

Se a resposta for **Sim**, você é cidadão naturalizado (não nascido nos EUA)? Sim Não

Número de estrangeiro _____ Número do certificado de naturalização ou cidadania _____

9. Caso não seja cidadão, você tem status de imigração elegível? Sim Não

Consulte a página 32, “Status de imigração e tipos de documentos” para obter ajuda. Se a resposta for **Não** ou **se não houver resposta**, você poderá obter apenas um ou mais dos seguintes: MassHealth Standard (se estiver grávida), MassHealth Limited, Children’s Medical Security Plan (CMSP) ou Health Safety Net (HSN). Vá para a pergunta 10.

a. Se a resposta for **Sim**, você tem um documento de imigração? Sim Não.

Poderá nos ajudar a processar o pedido mais rapidamente se você incluir uma cópia do documento de imigração. Tentaremos verificar o status de imigração por meio da correspondência de dados eletrônicos. Liste todos os status de imigração e/ou condições que tenha tido desde que você entrou nos EUA. Se precisar de mais espaço, anexe outra folha.

Data de concessão do status (mm/dd/yyyy) _____ (Para pessoas agredidas, digite a data em que a petição foi aprovada.)

Status de imigração _____ Tipo de documento de imigração _____

Escolha um ou mais status de documento na lista da página 32.

Número de identificação do documento _____ Número de estrangeiro _____

Data de validade do passaporte ou documento (mm/dd/yyyy) _____ País _____

b. Você usou o mesmo nome neste pedido que usou para obter o status de imigração? Sim Não – Se a resposta for **Não**, que nome você usou? Nome, nome do meio, sobrenome e sufixação _____

c. Você chegou aos EUA depois de 22 de agosto de 1996? Sim Não

- d. Você é veterano dispensado com honra ou membro ativo das forças armadas dos EUA, ou cônjuge ou filho de um veterano dispensado com honra ou membro ativo das forças armadas dos EUA? Sim Não
- e. **Opcional** Você é: vítima de tráfico gravíssimo cônjuge, filho(a), irmã(o) ou pai/mãe de uma vítima de tráfico cônjuge agredido filho(a) ou pai/mãe do cônjuge agredido?

10. Você mora em Massachusetts e pretende residir aqui, mesmo sem endereço fixo, ou entrou em Massachusetts com um compromisso de trabalho ou procurando emprego? Sim Não

Se você estiver visitando Massachusetts a lazer ou com o objetivo de receber cuidados médicos em um ambiente diferente de uma instituição de enfermagem, você deverá responder **Não** a esta pergunta.

11. Você mora com pelo menos um filho menor de 19 anos e você é a principal pessoa que cuida desse filho ou filhos? Sim Não

Nome(s) e data(s) de nascimento do(s) filho(s) _____

12. Você está grávida? Sim Não

Se a resposta for **Sim**, quantos bebês você está esperando? ____ Qual é a data prevista para o parto? _____

13. Você já morou em um acolhimento familiar? Sim Não

a. Se a resposta for **Sim**, em que estado ficava esse acolhimento familiar? _____

b. Você estava recebendo assistência médica por meio de um programa estadual do Medicaid? Sim Não

14. Você aluga ou é proprietário de um imóvel? Aluga É proprietário

15. **INCAPACIDADE** Responda a esta pergunta se você tiver menos ou mais de 65 anos e estiver trabalhando. Você tem deficiência (inclusive uma condição de saúde mental incapacitante) que durou ou deverá durar pelo menos 12 meses? (Se for legalmente cego, responda **Sim**). Sim Sem nome: _____

16. Você precisa de adaptações razoáveis devido a uma deficiência ou lesão? Sim Não

Se **Não**, vá para a próxima pergunta. Se a resposta for **Sim**, responda às questões a e b.

a. Doença

Visão fraca Cego Surdo Dificuldade de audição Com incapacidade de desenvolvimento

Com incapacidade intelectual Deficiente físico Outros (explique) _____

b. Alojamento

Telefone de texto (TTY) Publicações em letras grandes Intérprete de língua americana de sinais

Serviço de retransmissão de vídeo Traduções em tempo real de acesso à comunicação (CART) Publicações em braile

Aparelho de escuta assistida Publicações em formato eletrônico Outros (explique) _____

17. Você está se candidatando por causa de um acidente ou uma lesão pelo(a) qual outra pessoa pode ser responsável? Sim Não

a. Outra pessoa causou a sua lesão, doença ou incapacidade, ou o seguro de outra pessoa ou seu próprio seguro, sem ser o seguro de saúde (como seguro residencial ou seguro de automóvel) cobre isso? Sim Não

b. Você entrou com ação judicial, reclamação trabalhista ou sinistro de seguro para este acidente ou lesão? Sim Não

18. Você já recebeu Seguro Suplementar de Renda (Supplemental Security Income, SSI)? Sim Não

Se a resposta for **Não**, vá para Informações de Renda. Se a resposta for **Sim**, responda às perguntas a e b.

a. Quando você recebeu o SSI pela última vez? (mm/aaaa) _____

b. Você (marque um):

mora sozinho? mora com o cônjuge? mora em uma casa de repouso? mora na casa de outra pessoa?

INFORMAÇÕES DE RENDA (envie comprovante de toda a renda familiar com este pedido).

19. Você tem alguma renda? Sim Não

Se não tiver renda, vá para a pergunta 30.

TRABALHO ATUAL | Se tiver mais trabalhos e precisar de mais espaço, anexe outra folha.

20. Nome e endereço do empregador

Nº de identificação fiscal federal

21. a. Salários/gorjetas (antes de impostos) US\$ _____ Semanal A cada duas semanas Duas vezes por mês Mensal Trimestral Anual (subtraia quaisquer deduções antes de impostos, como prêmios de seguro de saúde não tributáveis).

b. Data de início da renda _____

22. Número médio de horas trabalhadas por SEMANA _____

23. Você tem emprego sazonal? Sim Não. Se a resposta for Sim, em quais meses você trabalha no ano?
 janeiro fevereiro março abril maio junho julho agosto setembro outubro novembro dezembro

AUTÔNOMO | Se for autônomo, responda às perguntas a seguir. Se precisar de mais espaço, anexe outra folha.

24. Você é autônomo? Sim Não

a. Se a resposta for **Sim**, que tipo de trabalho você faz? _____

b. Em média, que renda líquida (lucros após o pagamento das despesas comerciais) você obterá ou perderá com esse trabalho autônomo todo mês? US\$ _____/mês **lucro** ou **prejuízo** de US\$ _____/mês?

c. Quantas horas você trabalha por semana? _____

OUTROS RENDIMENTOS

25. Marque todas as opções relevantes e informe o valor e a frequência de recebimento.
OBSERVAÇÃO: Você não precisa informar sobre a pensão alimentícia ou o Seguro Suplementar de Renda (Supplemental Security Income, SSI).

Benefícios da previdência social US\$ _____ Recebidos com que frequência? _____

Aposentadoria ou pensão US\$ _____ Recebidas com que frequência? _____

Valores anuais US\$ _____ Recebidos com que frequência? _____

Fundos fiduciários US\$ _____ Recebidos com que frequência? _____

Seguro-desemprego US\$ _____ Recebido com que frequência? _____

Juros, dividendos e outros rendimentos de investimentos US\$ _____ Recebidos com que frequência? _____

Renda de *royalties* US\$ _____ Recebida com que frequência? _____

Pensão alimentícia recebida US\$ _____ Recebida com que frequência? _____ Se essa pessoa estiver recebendo pagamentos de pensão alimentícia de um divórcio, acordo de separação ou ordem judicial finalizada antes de 1º de janeiro de 2019, insira o valor desses pagamentos aqui. US\$ _____

Benefícios de veterano federal US\$ _____ Recebidos com que frequência? _____ Tributáveis? Sim Não

Pagamento de aposentadoria militar tributável US\$ _____ Recebido com que frequência? _____

Outros rendimentos tributáveis (inclua o tipo) US\$ _____ Recebidos com que frequência? _____ Tipo _____

Ganhos de capital: Em média, qual lucro líquido ou prejuízo você obterá com esse ganho de capital todo mês? US\$ _____ / lucro ou US\$ _____ /prejuízo

Renda líquida de agricultura ou pesca: em média, qual lucro líquido (lucros após o pagamento das despesas comerciais) ou prejuízo você terá desse negócio todo mês? US\$ _____ /lucro ou US\$ _____ /prejuízo

Prêmios de loteria e jogos de azar US\$ _____ Data de início _____
Com que frequência Apenas uma vez Semanal A cada duas semanas Duas vezes por mês Mensal Anual
Prêmios não monetários não contam como loteria qualificada, e ganhos de jogos de azar não incorporam quaisquer prejuízos no valor.

RENDA DE ALUGUEL

26. Você recebe renda de aluguel? (**Você precisa responder a esta pergunta.**) Sim Não

Se a resposta for **Sim**, **envie comprovante** da renda atual de aluguel, como declaração por escrito de cada inquilino, cópia do contrato ou declaração de imposto de renda atualizada. Também **envie comprovante** de todas as seguintes despesas, se for o caso, nos últimos 12 meses: financiamento de imóvel, impostos, utilidades públicas (gás/eletricidade), aquecimento, água/ esgoto, seguro, taxa de condomínio ou cooperativa, reparos e manutenção.

a. Que tipo de imóvel você tem? uma família duas famílias três famílias outros (descreva): _____

b. Qual é a renda ou prejuízo **mensal** do aluguel de cada unidade de aluguel do imóvel indicado acima?
(Liste cada unidade de aluguel e endereço separadamente).

Endereço _____ Nº da unidade _____

Valor da renda _____ Valor do prejuízo _____ Habitado pelo proprietário? Sim Não

Endereço _____ Nº da unidade _____

Valor da renda _____ Valor do prejuízo _____ Habitado pelo proprietário? Sim Não

c. Você paga aquecimento ou utilidades públicas para o inquilino? Sim Não

RENDA ÚNICA

27. Você recebeu ou receberá rendimentos neste ano como pagamento único? Sim Não
Exemplos de renda única incluem um pagamento único de pensão ou um ganho de capital único.
Se a resposta for **Sim**: Tipo _____ Valor US\$ _____ Mês do recebimento _____ Ano do recebimento _____
28. Você receberá renda durante o próximo ano como pagamento único? Sim Não
Se a resposta for **Sim**: Tipo _____ Valor US\$ _____ Mês do recebimento _____ Ano do recebimento _____

ABATIMENTOS

29. Que abatimentos você informa na declaração de imposto de renda? Se você pagar certos itens que podem ser abatidos em uma declaração de renda, informar sobre eles poderá reduzir um pouco o custo da cobertura de saúde. Assinale todas as opções relevantes. Os abatimentos deverão ser o que você informar na declaração de imposto de renda na seção "Renda bruta ajustada" (Adjusted Gross Income, em inglês). Para cada dedução selecionada, indique o valor anual. Você pode inserir até o valor máximo de abatimento permitido pelo IRS.
- Despesas de educador: Valor anual US\$ _____
 - Certas despesas comerciais de reservistas, artistas performáticos ou funcionários públicos pagos por emolumentos: Valor anual US\$ _____
 - Dedução da conta poupança de saúde (health savings accounts, ou HSAs, em inglês): Valor anual US\$ _____
 - Despesas de mudança para membros das Forças Armadas: Valor anual US\$ _____
 - Parte dedutível do imposto de trabalho autônomo: Valor anual US\$ _____
 - Contribuição para planos de aposentadoria para autônomos, como SEP, SIMPLE e outros planos qualificados: Valor anual US\$ _____
 - Dedução do seguro de saúde de autônomo: Valor anual US\$ _____
 - Multa por saque antecipado de poupança: Valor anual US\$ _____
 - Para pensão alimentícia paga: pagamentos de pensão por divórcio, acordo de separação ou ordem judicial finalizada antes de 1º de janeiro de 2019, insira o valor desses pagamentos aqui. Valor anual US\$ _____
 - Dedução da conta de aposentadoria individual (em inglês, Individual Retirement Account ou IRA): Valor anual US\$ _____
 - Dedução do empréstimo estudantil (apenas juros, não pagamento total): Valor anual US\$ _____
 - Nenhum

RENDA ANUAL

30. Recebeu subsídio de seguro-desemprego neste ano civil? Sim Não
31. Qual é a sua renda total esperada para o ano atual?
32. Qual é a sua renda total esperada para o próximo ano, se for diferente?

OBRIGADO Isso é tudo o que precisamos saber sobre você. Vá para a Etapa 2 Pessoa 2 para adicionar outro membro da família, se necessário. Caso contrário, vá para a Etapa 3: Membro(s) da família que são indígenas americanos ou nativos do Alasca (AI/AN).

ETAPA 2 Pessoa 2—Cônjuge ou outras pessoas da família

Preencha esta parte para seu cônjuge que mora com você ou qualquer pessoa incluída na sua declaração de imposto de renda, caso a faça. **Se você tiver de incluir mais de duas pessoas neste formulário, faça uma cópia das páginas de informações em branco para a Etapa 2 Pessoa 2 ANTES de preenchê-las. Ao preencher as páginas adicionais, informe o parentesco de cada pessoa a outra pessoa no pedido. Precisamos dessas informações para determinar se você se qualifica. Você também pode baixar páginas para pessoas adicionais em mass.gov/masshealth.**

1. Nome, nome do meio, sobrenome e sufixação		2. Data de nascimento	3. Gênero <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
4. Parentesco com a Pessoa 1	5. Essa pessoa mora com a Pessoa 1? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não. Se a resposta for Não , informe o endereço		
<input type="checkbox"/> Sem endereço. Observação: se você assinalar esta opção, deverá informar um endereço para correspondência.			

6. Trata-se de hospital, instalações de enfermagem ou outra instituição? Sim Não

Se a resposta for **Sim**, nome da instalação _____

7. Endereço para correspondência Verifique se é o mesmo que o endereço principal.

8. Número do apartamento ou unidade _____

9. Cidade _____

10. Estado _____

11. CEP _____

12. Condado _____

13. Qual é o idioma preferido dessa pessoa, caso não seja o inglês? Falado _____ Escrito _____

14. **Opcional** Qual é a sua raça ou etnia? _____ Consulte a página 32.

O MassHealth está empenhado em prestar cuidados equitativos a todos os membros, independentemente de raça, etnia ou idioma falado. Preencha esta pergunta para nos ajudar a atender às suas necessidades linguísticas e culturais. Saiba que a sua resposta é voluntária, confidencial e não afetará a sua qualificação, nem será usada para qualquer finalidade discriminatória.

15. Esta pessoa está fazendo o pedido de cobertura de saúde ou odontológica? Sim Não

Se a resposta for **Sim**, responda a todas as perguntas abaixo na Etapa 2 para a Pessoa 2

Se a resposta for **Não**, responda à pergunta 26 (adaptações) e vá para a seção Informações de Renda na página 9.

16. Esta pessoa tem um número de seguro social (SSN)? Sim Não (opcional se **não** for o caso)

Precisamos de um número de seguro social (SSN) para cada pessoa que pedir cobertura de saúde que tenha um. Para obter informações importantes sobre o SSN e como solicitar um, consulte as instruções da pergunta 6 Pessoa 1.

Se a resposta for **Sim**, informe o número _____ - _____ - _____

Se a resposta for **Não**, assinale um dos seguintes motivos.

Acabei de fazer o pedido Exceção para não cidadão Exceção religiosa

O nome neste pedido é o mesmo que o nome no seu cartão de segurança social? Sim Não

Se a resposta for **Não**, que nome está no cartão de seguro social dessa pessoa? _____

Nome, nome do meio, sobrenome e sufixação

17. Se essa pessoa tiver um crédito fiscal de prêmio antecipado (APTC), ela concorda em fazer uma declaração de renda para o ano fiscal em que os créditos forem recebidos? Sim Não

Ele ou ela pode não ter precisado ou escolhido não fazer uma declaração de imposto de renda no passado, mas terá de fazer uma para o ano em que obtiver um APTC. Você deverá assinalar "Sim" na pergunta 17 para se qualificar ao ConnectorCare ou APTCs para ajudar a pagar o seguro de saúde dessa pessoa. **Essa pessoa NÃO precisa fazer a declaração de imposto de renda para pedir ou obter o MassHealth ou HSN, se ela se qualificar.**

Se a resposta for **Sim**, responda às perguntas a até d. Se a resposta for **Não**, vá para a pergunta d.

Essa pessoa deverá fazer uma declaração de imposto de renda conjunta com o cônjuge para o ano no qual estiver fazendo o pedido para obter determinados programas (ConnectorCare ou APTCs), a menos que seja vítima de abuso doméstico ou abandono ou faça a declaração de renda como chefe de família. Se essa pessoa fizer a declaração de renda como chefe de família, deverá responder Não à pergunta 17a ("Você é casado perante a lei?"). Uma maneira pela qual essa pessoa poderá se qualificar como chefe de família é morar separada do cônjuge e declarar outra pessoa como dependente. Consulte a publicação 501 do IRS ou um profissional tributário para obter informações sobre declaração de renda. Essa pessoa só precisará incluir a si mesma e quaisquer dependentes neste pedido.

a. Essa pessoa é casada perante a lei? Sim Não

Se a resposta for **Não**, vá para a pergunta 17c.

Se a resposta for **Sim**, informe o nome do cônjuge e a data de nascimento. _____

b. Essa pessoa planeja fazer a declaração de renda com um cônjuge para o ano fiscal para o qual está fazendo o pedido?

Sim Não

c. Essa pessoa irá incluir algum dependente na declaração de imposto de renda do ano para o qual está fazendo o pedido?

Sim Não

Esta pessoa pedirá dedução de isenção pessoal na declaração de imposto de renda para algum indivíduo listado neste pedido como dependente que estiver cadastrado na cobertura por meio do Massachusetts Health Connector e cujo prêmio pela cobertura seja pago total ou parcialmente por pagamentos antecipados.

Liste o(s) nome(s) e a(s) data(s) de nascimento do(s) dependente(s).

d. Essa pessoa será incluída como dependente na declaração de imposto de renda de outra pessoa do ano para o qual está fazendo o pedido? Sim Não.

Se essa pessoa for incluída como dependente de outra pessoa em uma declaração de renda, isso poderá afetar a capacidade de ela receber um suplemento como crédito de imposto. Não responda **Sim** a esta pergunta se essa pessoa tiver menos de 21 anos e for dependente de pai/mãe que não tenha sua guarda. Se a resposta for **Sim**, liste o nome do declarante do imposto.

_____ Data de nascimento do declarante _____ Qual é o parentesco com o declarante do imposto? _____

O declarante do imposto é casado e faz declaração conjunta? Sim Não

Se a resposta for **Sim**, informe o nome do cônjuge e a data de nascimento. _____

Quem mais o declarante inclui como dependente? _____

e. Essa pessoa está declarando impostos separadamente porque é vítima de abuso doméstico ou abandono? Sim Não

18. Essa pessoa é cidadã ou nacional dos EUA? Sim Não

Se a resposta for **Sim**, ele ou ela é cidadão naturalizado (não nascido nos EUA)? Sim Não

Número de estrangeiro _____ Número da certidão de naturalização ou cidadania _____

19. Se essa pessoa não for cidadã, ela tem status de imigração que a qualifique? Sim Não

Consulte a página 32, "Status de imigração e tipos de documentos" para obter ajuda. Se a resposta for **Não** ou **se não houver resposta**, você poderá obter apenas um ou mais dos seguintes: MassHealth Standard (se estiver grávida), MassHealth Limited, Children's Medical Security Plan (CMSP) ou Health Safety Net (HSN). Vá para a pergunta 20.

a. Se a resposta for **Sim**, essa pessoa tem documento de imigração? Sim Não

Poderá nos ajudar a processar este pedido mais rapidamente se você incluir uma cópia do documento de imigração.

Tentaremos verificar o status de imigração dessa pessoa ao confirmar se os dados eletrônicos correspondem. Liste todos os status de imigração e/ou condições que se aplicaram a essa pessoa desde que ela entrou nos EUA. Se você precisar de mais espaço, anexe outra folha.

Data de concessão do status (mm/dd/yyyy) _____ (Para pessoas agredidas, digite a data em que a petição foi aprovada).

Status de imigração _____ Tipo de documento de imigração _____

Escolha um ou mais status e tipos de documentos na lista da página 32.

Número de identificação do documento _____ Número de estrangeiro _____

Data de validade do passaporte ou documento (mm/dd/yyyy) _____ País _____

b. Essa pessoa usou o mesmo nome neste pedido para obter o status de imigração? Sim Não

Se a resposta for **Sim**, que nome a pessoa usou?

Nome, nome do meio, sobrenome e sufixação _____

c. Essa pessoa chegou aos EUA depois de 22 de agosto de 1996? Sim Não

d. Essa pessoa é veterano de guerra dispensado com honras ou membro ativo das forças armadas dos EUA, ou cônjuge ou filho de um veterano dispensado com honras ou membro ativo das forças armadas dos EUA? Sim Não

e. **Opcional** Essa pessoa é: vítima de tráfico gravíssimo cônjuge, filho(a), irmã(o) ou pai/mãe de uma vítima de tráfico cônjuge agredido filho(a) ou pai/mãe do cônjuge agredido?

20. Essa pessoa está morando em Massachusetts e pretende residir aqui, mesmo que não tenha endereço fixo, ou entrou em Massachusetts com um compromisso de trabalho ou está procurando emprego? Sim Não

Se essa pessoa estiver visitando Massachusetts a lazer ou com o propósito de receber cuidados médicos em um ambiente que não for um centro de enfermagem, você deverá responder não a esta pergunta.

21. Essa pessoa mora com pelo menos um filho menor de 19 anos e é a principal pessoa a cuidar desse(s) filho(s)? Sim Não

Nome(s) e data(s) de nascimento do(s) filho(s) _____

22. Essa pessoa está grávida? Sim Não

Se a resposta for **Sim**, quantos bebês ela está esperando? _____ Qual é a data prevista para o parto? _____

23. Essa pessoa já morou em acolhimento familiar? Sim Não

a. Se a resposta for **Sim**, em que estado ela foi acolhida por uma família (*foster care*)? _____

b. Essa pessoa estava recebendo assistência médica por meio de um programa estadual do Medicaid? Sim Não

24. Essa pessoa aluga ou é proprietária de imóvel? Aluga É proprietária

25. **INCAPACIDADE** Responda a esta pergunta se essa pessoa tiver menos ou mais de 65 anos e estiver trabalhando. Essa pessoa tem uma deficiência (inclusive uma condição de saúde mental incapacitante) que durou ou deverá durar pelo menos 12 meses? (Se for legalmente cego, responda **Sim**). Sim Sem nome: _____

26. Essa pessoa precisa de adaptações razoáveis devido a uma deficiência ou lesão? Sim Não
Se a resposta for **Não**, vá para a próxima pergunta. Se a resposta for **Sim**, responda às questões a e b.

a. Doença

Visão fraca Cego Surdo Dificuldade de audição Incapacidade de desenvolvimento
 Incapacidade intelectual Deficiente físico Outros (explique) _____

b. Alojamento

Telefone de texto (TTY) Publicações em letras grandes Intérprete de língua americana de sinais
 Serviço de retransmissão de vídeo Traduções em tempo real de acesso à comunicação (CART)
 Publicações em braile Aparelho de escuta assistida Publicações em formato eletrônico
 Outros (explique) _____

27. Esta pessoa está se candidatando devido a um acidente ou uma lesão pelo(a) qual outra pessoa pode ser responsável? Sim Não

a. Outra pessoa causou a lesão, doença ou incapacidade dessa pessoa, ou o seguro de outra pessoa ou o seguro da própria pessoa, sem ser o seguro de saúde (como seguro residencial ou de automóvel) cobre isso? Sim Não

b. Essa pessoa entrou com ação judicial, reclamação trabalhista ou sinistro de seguro por esse acidente ou lesão?
 Sim Não

28. Essa pessoa já recebeu Seguro Suplementar de Renda (Supplemental Security Income, SSI)? Sim Não

Se a resposta for **Não**, vá para Informações de renda. Se a resposta for **Sim**, responda às questões a e b.

a. Quando esta pessoa recebeu SSI pela última vez? (mm/aaaa) _____

b. Essa pessoa (assinale uma):

mora sozinha? mora com o cônjuge? mora em uma casa de repouso? mora na casa de outra pessoa?

INFORMAÇÕES DE RENDA (envie comprovante de toda a renda familiar com este pedido).

29. Essa pessoa tem alguma renda? Sim Não

Se ela não tiver renda, vá para a pergunta 40.

TRABALHO ATUAL | Se essa pessoa tiver mais empregos e precisar de mais espaço, anexe outra folha.

30. Nome e endereço do empregador

Nº de identificação fiscal federal

31. a. Salário/gorjeta (antes de impostos) US\$ _____ Semanal A cada duas semanas Duas vezes por mês
 Mensal Trimestral Anual (subtraia quaisquer deduções antes de impostos, como prêmios de seguro de saúde não tributáveis)
b. Data de início da renda _____

32. Número médio de horas trabalhadas por SEMANA _____

33. Essa pessoa tem emprego sazonal? Sim Não. Se a resposta for **Sim**, em quais meses a pessoa trabalha no ano?

janeiro fevereiro março abril maio junho julho agosto setembro outubro novembro dezembro

AUTÔNOMO | Se for autônomo, responda as perguntas a seguir. Se precisar de mais espaço, anexe outra folha.

34. Essa pessoa é autônoma? Sim Não

a. Se a resposta for **Sim**, que tipo de trabalho ele ou ela faz?

b. Em média, que renda líquida (lucros após o pagamento das despesas comerciais) essa pessoa obterá ou perderá com esse trabalho autônomo todo mês? US\$ _____/mês **de lucro** ou US\$ _____/mês **de prejuízo**?

c. Quantas horas essa pessoa trabalha por semana? _____

OUTRAS FONTES DE RENDA

35. Marque todas as opções relevantes e informe o valor e a frequência de recebimento.

OBSERVAÇÃO: Você não precisa informar sobre a pensão alimentícia ou o Seguro Suplementar de Renda (Supplemental Security Income, SSI).

- Benefícios da previdência social US\$ _____ Recebidos com que frequência? _____
- Aposentadoria ou pensão US\$ _____ Recebidas com que frequência? _____
- Valores anuais US\$ _____ Recebidos com que frequência? _____
- Fundos fiduciários US\$ _____ Recebidos com que frequência? _____
- Seguro-desemprego US\$ _____ Recebido com que frequência? _____
- Juros, dividendos e outros rendimentos de investimentos US\$ _____ Recebidos com que frequência? _____
- Renda de royalties US\$ _____ Recebida com que frequência? _____
- Pensão alimentícia recebida US\$ _____ Recebida com que frequência? _____ Se essa pessoa estiver recebendo pagamentos de pensão alimentícia de um divórcio, acordo de separação ou ordem judicial finalizada antes de 1º de janeiro de 2019, insira o valor desses pagamentos aqui. US\$ _____
- Benefícios de veterano federal US\$ _____ Recebidos com que frequência? _____ Tributável? Sim Não
- Pagamento de aposentadoria militar tributável US\$ _____ Recebido com que frequência? _____
- Outros rendimentos tributáveis (inclua o tipo) US\$ _____ Recebidos com que frequência? _____ Tipo _____
- Ganhos de capital: Em média, qual lucro líquido ou prejuízo você obterá com esse ganho de capital todo mês? US\$ _____ / lucro ou US\$ _____ /prejuízo
- Renda líquida de agricultura ou pesca: em média, qual lucro líquido (lucros após o pagamento das despesas comerciais) ou prejuízo você terá desse negócio todo mês? US\$ _____ /lucro ou US\$ _____ /prejuízo
- Prêmios de loteria e jogos de azar US\$ _____ Data de início _____
Com que frequência Apenas uma vez Semanal A cada duas semanas Duas vezes por mês Mensal Anual
Prêmios não monetários não contam como loteria qualificada, e ganhos de jogos de azar não incorporam quaisquer prejuízos no valor.

RENDA DE ALUGUEL

36. Essa pessoa recebe renda de aluguel? Sim Não

Se a resposta for **Sim**, envie comprovante da renda atual de aluguel, como declaração por escrito de cada inquilino, cópia do contrato ou declaração de imposto de renda atualizada. Também **envie comprovante** de todas as seguintes despesas, se for o caso, nos últimos 12 meses: financiamento de imóvel, impostos, utilidades públicas (gás/eletricidade), aquecimento, água/ esgoto, seguro, taxa de condomínio ou cooperativa, reparos e manutenção.

- a. Que tipo de imóvel essa pessoa tem? uma família duas famílias três famílias outro (descreva): _____
- b. Qual é a renda ou prejuízo **mensal** do aluguel de cada unidade de aluguel do imóvel indicado acima?
(Liste cada unidade de aluguel e endereço separadamente).
- Endereço _____ Nº da unidade _____
Valor da renda _____ Valor do prejuízo _____ Habitado pelo proprietário? Sim Não
- Endereço _____ Nº da unidade _____
Valor da renda _____ Valor do prejuízo _____ Habitado pelo proprietário? Sim Não
- c. Essa pessoa paga aquecimento ou utilidades públicas para o inquilino? Sim Não

RENDA ÚNICA

37. Essa pessoa recebeu ou receberá renda neste ano como pagamento único? Sim Não

Exemplos de renda única incluem um pagamento único de pensão ou um ganho de capital único.

Se a resposta for **Sim**: Tipo: _____ Valor US\$ _____ Mês recebido _____ Ano recebido _____

38. Essa pessoa receberá renda durante o próximo ano como pagamento único? Sim Não

Se a resposta for **Sim**: Tipo: _____ Valor US\$ _____ Mês recebido _____ Ano recebido _____

ABATIMENTOS

39. Que abatimentos ele ou ela relata na declaração de renda? Se essa pessoa pagar certas coisas que podem ser abatidas em uma declaração de renda, informar sobre elas poderá reduzir um pouco o custo da cobertura de saúde. Assinale todas as opções relevantes. As deduções dessa pessoa deverão ser o que ela relata na declaração de renda na seção "Renda bruta ajustada". Para cada dedução selecionada, informe o valor anual. Você pode inserir até o valor máximo de abatimento permitido pelo IRS.

- Despesas de educador: Valor anual US\$ _____
- Certas despesas comerciais de reservistas, artistas performáticos ou funcionários públicos pagos por emolumentos: Valor anual US\$ _____
- Dedução da conta poupança de saúde (health savings accounts, ou HSAs, em inglês): Valor anual US\$ _____
- Despesas de mudança para membros das Forças Armadas: Valor anual US\$ _____
- Parte dedutível do imposto de trabalho autônomo: Valor anual US\$ _____
- Contribuição para planos de aposentadoria para autônomos, como SEP, SIMPLE e outros planos qualificados: Valor anual US\$ _____
- Dedução do seguro de saúde de autônomo: Valor anual US\$ _____
- Multa por saque antecipado de poupança: Valor anual US\$ _____
- Para pensão alimentícia paga: pagamentos de pensão por divórcio, acordo de separação ou ordem judicial finalizada antes de 1º de janeiro de 2019, insira o valor desses pagamentos aqui. Valor anual US\$ _____
- Dedução da conta de aposentadoria individual (Individual Retirement Account, ou IRA, do inglês): Valor anual US\$ _____
- Dedução do empréstimo estudantil (apenas juros, não o pagamento total): Valor anual US\$ _____
- Nenhum

RENDA ANUAL

40. Essa pessoa recebeu seguro desemprego neste ano? Sim Não

41. Qual é a renda total esperada dessa pessoa para o ano atual?

42. Qual é a renda total esperada dessa pessoa para o próximo ano, se for diferente?

OBRIGADO Isso é tudo o que precisamos saber sobre essa pessoa.

ETAPA 3 Membro(s) da família que são indígenas americanos ou nativos do Alasca (AI/AN)

Você é ou alguém da família é indígena americano ou nativo do Alasca? Sim Não

Se a resposta for **Não**, vá para a Etapa 4. Se a resposta for **Sim**, preencha o restante deste pedido, inclusive o **Suplemento B: Membro da família indígena americano ou nativo do Alasca**.

Nome(s) da(s) pessoa(s) _____

Indígenas americanos e nativos do Alasca que pedem cobertura de saúde também podem obter serviços do Serviço de Saúde Indígena, programas de saúde tribais ou Programas de Saúde Indígena Urbana. Se você ou algum membro da família for indígena americano ou nativo do Alasca, talvez não precise pagar prêmios ou coparticipação e poderá obter períodos especiais de cadastro mensal.

ETAPA 4 Contas médicas anteriores

Você ou seu cônjuge tem contas de serviços médicos recebidas nos três meses anteriores ao mês em que recebemos o pedido?

Sim Não

Se a resposta for **Não**, vá para a **Etapa 5: Ativos**. Se a resposta for **Sim**, preencha o restante desta seção. Poderemos conseguir pagar essas contas.

Você ou seu cônjuge deseja se cadastrar no MassHealth para aquele período das contas? Sim Não

Se a resposta for **Sim**, qual é a data mais antiga que você precisa colocar o MassHealth? (mm/dd/yyyy) _____

(Você deverá apresentar comprovante de todos os rendimentos e ativos daquele período).

ETAPA 5 Ativos | Você deverá preencher todos os blocos para cada ativo que você e/ou seu cônjuge tiverem.

Se você morar na comunidade e desejar ajuda com contas médicas de até três meses antes do mês do pedido, deverá informar sobre todas as contas abertas e fechadas daquele período. Se estiver solicitando cuidados de longo prazo, você também deverá apresentar informações sobre todos os bens que você ou seu cônjuge tiveram nos últimos 60 meses. Se precisar de mais espaço, anexe outra folha.

CONTAS BANCÁRIAS

1. Você ou seu cônjuge tem contas bancárias ou certificados de depósito, inclusive contas correntes, poupança, cooperativa de crédito, contas NOW (Negotiable Order of Withdrawal), contas de mercado monetário e contas de subsídio de necessidades pessoais (PNA)? Sim Não

a. Você ou seu cônjuge tem contas de aposentadoria, inclusive contas de aposentadoria individual (IRAs), contas Keogh, ou fundos de pensão? Sim Não

b. Você, seu cônjuge ou coproprietário fecharam contas nos últimos 60 meses, inclusive contas que você tinha com mais alguém? Sim Não

Se a resposta for **Sim** para **alguma** dessas perguntas, preencha esta seção. Se a resposta for **Não** para **todas** essas perguntas, vá para a próxima seção (**INFORMAÇÕES SOBRE IMÓVEIS**).

Envie uma cópia das cadernetas atualizadas em 45 dias e/ou uma cópia dos extratos de conta corrente. Consulte o Guia para Idosos para obter informações sobre as instituições financeiras que cobram por cópias de extratos. Se estiver pedindo cobertura para instalações de enfermagem, apresente os extratos de conta dos últimos 60 meses.

Nome na conta		Tipo de conta	
Nome do banco/da instituição		Número da conta	
Saldo atual US\$	Saldo na data de admissão* US\$	<input type="checkbox"/> Conta aberta	<input type="checkbox"/> Conta fechada
Data de fechamento da conta (mm/dd/yyyy)		Valor na data de fechamento da conta US\$	

Nome na conta		Tipo de conta	
Nome do banco/da instituição		Número da conta	
Saldo atual US\$	Saldo na data de admissão* US\$	<input type="checkbox"/> Conta aberta	<input type="checkbox"/> Conta fechada
Data de fechamento da conta (mm/dd/yyyy)		Valor na data de fechamento da conta US\$	

* Informe o saldo da conta na data de admissão na instituição médica, hospital ou enfermagem.

INFORMAÇÕES SOBRE IMÓVEIS

2. Você ou seu cônjuge é proprietário ou tem interesse legítimo na residência principal?

Você Sim Não Seu cônjuge Sim Não

3. Você ou seu cônjuge é proprietário ou tem interesse legítimo em alguma propriedade **além** da residência principal?

Você Sim Não Seu cônjuge Sim Não

Se você respondeu **Sim** para alguma dessas perguntas, preencha esta seção. Se a resposta for **Não**, vá para a próxima seção (**SEGURO DE VIDA**).

Envie uma cópia da(s) escritura(s), conta(s) de imposto(s) atual(is) e comprovante do valor devido de todos os imóveis de sua propriedade.

Endereço	
Tipo de imóvel	Valor atual US\$
Endereço	
Tipo de imóvel	Valor atual US\$

SEGURO DE VIDA

4. Você ou seu cônjuge **tem** seguro de vida? Sim Não

Se a resposta for **Sim**, preencha esta seção. Se a resposta for **Não**, vá para a próxima seção

(CONTAS DE CORRETAGEM DE VALORES MOBILIÁRIOS (AÇÕES/TÍTULOS/OUTROS)).

Envie uma cópia da primeira página de todas as apólices de seguro de vida. Se o valor nominal total de todas as apólices exceder US\$ 1.500,00 por pessoa, também **envie uma carta** da companhia de seguros demonstrando o valor atual de resgate em dinheiro (para todas as apólices, exceto apólices a prazo).

Nome(s) do(s) proprietário(s)

Companhia de seguros

Número da apólice

Valor nominal US\$

Tipo de seguro

Nome(s) do(s) proprietário(s)

Companhia de seguros

Número da apólice

Valor nominal US\$

Tipo de seguro

CONTAS DE CORRETAGEM DE VALORES MOBILIÁRIOS (AÇÕES/TÍTULOS/OUTROS)

5. Você ou seu cônjuge tem ações, títulos, títulos de capitalização, fundos mútuos, securities, ativos mantidos em cofres, dinheiro que não esteja no banco, opções ou contratos futuros? Sim Não

Se a resposta for **Sim**, preencha esta seção. Se a resposta for **Não**, vá para a próxima seção **(VALORES ANUAIS)**.

Envie comprovante do valor atual (exceto dinheiro).

	Nome(s) do(s) proprietário(s)	Nome da empresa	Número da conta	Valor atual	Valor na data de admissão*	Ativo conjunto?
Dinheiro em espécie				US\$	US\$	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Ações				US\$	US\$	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Títulos				US\$	US\$	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Títulos de poupança				US\$	US\$	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Fundos mútuos				US\$	US\$	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Opções				US\$	US\$	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Contratos futuros				US\$	US\$	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Outros				US\$	US\$	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

* Informe o saldo da conta na data de entrada na instituição médica.

VALORES ANUAIS

6. Você ou seu cônjuge ou alguém em seu nome ou de seu cônjuge comprou ou de alguma forma alterou valores anuais a receber? Sim Não

Se a resposta for **Sim**, preencha esta seção. Para se qualificar, você pode ser obrigado a nomear o estado como beneficiário remanescente. (Consulte o Guia para Idosos para obter mais informações). Se a resposta for **Não**, vá para a próxima seção **(RESIDÊNCIA ASSISTIDA/OUTROS)**.

Envie uma cópia do contrato. Para cada anuidade, **apresente comprovantes** da empresa de valores anuais em relação ao valor total menos quaisquer multas e taxas, se puder ser descontado.

Nome(s) do(s) proprietário(s)

Nome da instituição que emite os valores anuais

Número do contrato

Data de compra (mm/dd/yyyy)

Nome(s) do(s) proprietário(s)

Nome da instituição que emite os valores anuais

Número do contrato

Data de compra (mm/dd/yyyy)

RESIDÊNCIA ASSISTIDA/OUTROS

7. Você, seu cônjuge ou alguém agindo em seu nome fez um depósito em qualquer instituição de saúde ou centro residencial, como um centro de residência assistida para idosos, uma comunidade de vivência assistida ou um centro de residência assistida continuada para idosos? Sim Não

Se a resposta for **Sim**, preencha esta seção. Se a resposta for **Não**, vá para a próxima seção **(VEÍCULOS/CASAS MÓVEIS)**.

Envie uma cópia do contrato que você assinou com a instalação e quaisquer documentos sobre esse depósito.

Nome do centro

Endereço do centro

Valor do depósito US\$

Data do depósito feito à instalação (mm/dd/yyyy)

VEÍCULOS/CASAS MÓVEIS

8. Você ou seu cônjuge tem algum veículo, como carros, vans, caminhões, veículos recreativos (trailer), casas móveis ou barcos? Sim Não

Se a resposta for **Sim**, preencha esta seção. Se a resposta for **Não**, vá para a próxima seção **(PLANOS PRÉ-PAGOS DE ENTERRO/FUNDOS FIDUCIÁRIOS)**.

Envie uma cópia da matrícula de cada veículo e comprovante do saldo do empréstimo. Para casas móveis, envie uma cópia da observação fiscal. Se você morar com o cônjuge na mesma casa, envie comprovantes do valor justo de mercado de cada veículo na data de admissão na instituição médica.

(Você) Tipo de veículo	Ano/marca/modelo	Valor justo de mercado US\$	Quantia devida US\$
------------------------	------------------	-----------------------------	---------------------

Endereço de casa móvel

(Seu cônjuge) Tipo de veículo	Ano/marca/modelo	Valor justo de mercado US\$	Quantia devida US\$
-------------------------------	------------------	-----------------------------	---------------------

Endereço de casa móvel

PLANOS PRÉ-PAGOS DE ENTERRO

9. Você ou seu cônjuge tem contratos pré-pagos de enterro ou fundos fiduciários, seguro de vida para despesas de funeral e sepultamento ou contas bancárias reservadas para despesas de funeral? Sim Não

Se a resposta for **Sim**, preencha esta seção. Se a resposta for **Não**, vá para a próxima seção **(FUNDOS FIDUCIÁRIOS)**.

Envie uma cópia do contrato fiduciário, instrumento fiduciário, apólice de seguro ou conta apenas para sepultamento.

(Você) Contrato de sepultamento Sim (Valor US\$) Não Fundo de sepultamento Sim (Valor US\$) Não

Seguro de vida para sepultamento Sim (Valor US\$) Não Conta apenas para sepultamento Sim (Valor US\$) Não

Lote de sepultamento Sim Não Companhia de seguros Número da apólice

Nome do banco Número da conta

(Seu cônjuge) Contrato de sepultamento Sim (Valor US\$) Não Fundo de sepultamento Sim (Valor US\$) Não

Seguro de vida p/ sepultamento Sim (Valor US\$) Não Conta apenas p/ sepultamento Sim (Valor US\$) Não

Lote de sepultamento Sim Não Companhia de seguros Número da apólice

Nome do banco Número da conta

FUNDO FIDUCIÁRIOS

10. Você ou seu cônjuge são cedentes/doadores, fiduciários ou beneficiários de algum fundo fiduciário? Sim Não

11. Você, seu cônjuge ou outra pessoa em seu nome, inclusive um tribunal ou órgão administrativo, contribuiu com renda ou ativos do seu imóvel ou de seu cônjuge para um fundo fiduciário? Sim Não

Se você respondeu **Sim** para alguma dessas perguntas, preencha esta seção.

Se você respondeu **Não** a essas perguntas, vá para a **ETAPA 6: Informações do seguro de saúde**

Envie uma cópia do(s) documento(s) fiduciário(s), eventuais aditamentos, documentos comprovativos da atividade financeira e o calendário dos beneficiários.

Nome do fundo fiduciário	Revogável? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Capital fiduciário atual US\$
Capital fiduciário na data de admissão* US\$	Administrador(es) do fundo	
Concedente(s)/doador(es)	Beneficiários	
Nome do fundo fiduciário	Revogável? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Capital fiduciário atual US\$
Capital fiduciário na data de admissão* US\$	Administrador(es) do fundo	
Concedente(s)/doador(es)	Beneficiários	

*Insira o capital fiduciário na data de admissão na instituição médica.

ETAPA 6 Informações do seguro de saúde

Os regulamentos do MassHealth exigem que os membros obtenham e mantenham seguros disponíveis de saúde, inclusive seguros disponibilizados pelo empregador. Para determinar se você e os membros da sua família continuam a se qualificar ao MassHealth, podemos solicitar informações adicionais a você e ao seu empregador sobre o seu acesso à cobertura de seguro de saúde disponibilizada por ele. Você deverá cooperar ao apresentar as informações necessárias para manter a qualificação, inclusive comprovantes de obtenção ou manutenção de seguro de saúde disponível, ou seus benefícios do MassHealth poderão ser cancelados. Consulte o Guia para Idosos para obter mais informações.

1. Alguém que tenha sido incluído neste pedido recebeu cobertura de saúde de um emprego, sem estar cadastrado? Sim Não
 Responda **Sim**, mesmo que esse seguro seja do trabalho de outra pessoa, como um cônjuge, mesmo que essa pessoa não more na casa. Se a resposta for **Sim**, você precisará preencher e incluir o **Suplemento D: Cobertura de saúde de emprego** o restante deste formulário.

Este é um plano de benefícios para funcionários do estado? Sim Não

2. Alguém se qualifica ou está cadastrado nos seguintes tipos de cobertura de saúde? Sim Não
 Se a resposta for **Sim**, verifique o tipo de cobertura e escreva o(s) nome(s) da(s) pessoa(s) ao lado da cobertura que elas têm.

Responda **Sim**, mesmo que esse seguro seja de outra pessoa, como um cônjuge, mesmo que a pessoa não more na casa.

Cadastrado no Medicare ou se qualifica para um plano Medicare Parte A sem prêmio de seguro de saúde

Nome _____ Número do pedido de assistência médica _____

Quando a cobertura começou? (mm/dd/yyyy) _____

- a. Essa pessoa tem um plano Medicare Parte D? Sim Não

Se a resposta for **Sim**, quando a cobertura começou? (mm/dd/yyyy) _____

- b. Essa pessoa tem uma apólice suplementar Medigap/Medicare? Sim Não

Se a resposta for **Sim**, nome do plano _____ Quando começou a cobertura? (mm/dd/yyyy) _____

Nome _____ Número do pedido de assistência médica _____

Quando a cobertura começou? (mm/dd/yyyy) _____

- a. Essa pessoa tem um plano Medicare Parte D? Sim Não

Se a resposta for **Sim**, quando a cobertura começou? (mm/dd/yyyy) _____

- b. Essa pessoa tem uma apólice suplementar Medigap/Medicare? Sim Não

Se a resposta for **Sim**, nome do plano _____ Quando começou a cobertura? (mm/dd/yyyy) _____

Alguma das pessoas acima deseja pedir ajuda para pagar os prêmios do Medicare Parte B? Sim Não

Se a resposta for **Sim**, nome(s) _____

Se você marcar algum dos programas a seguir, informe os detalhes abaixo.

- Qualifica-se para **Benefícios para ex-membros do Corpo da Paz**
 Qualifica-se para **TRICARE** (não marque se você tiver cuidados diretos ou cumprimento do dever)
 Cadastrado em **Programas de Saúde para Veteranos (VA)**
 MassHealth
 Outras coberturas (inclusive COBRA e planos de saúde para aposentados)

Nome(s) dos membros da família cobertos

Número da apólice ou ID do membro	Data de início e data de término? (mm/dd/yyyy)
<input type="checkbox"/> Cadastrado na cobertura do empregador. Se alguém neste pedido estiver cadastrado na cobertura do empregador, preencha e inclua o Suplemento D: Cobertura de saúde de empregos .	
Nome do empregador	Nome do plano
Nome(s) dos membros da família cobertos	
Número da apólice ou ID do membro	Data de início e de término? (mm/dd/yyyy)

ETAPA 7 Acordos de reembolso de cuidados de saúde

Alguém na família recebe Acordos de Reembolso de Cuidados de Saúde (HRAs) do empregador? Sim Não

Nome(s) do(s) indivíduo(s)	Data de nascimento	
Nome do empregador		
Identificação fiscal federal		
Tipo de HRA oferecido pelo empregador <input type="checkbox"/> Acordo de Reembolso de Cuidados de Saúde do Pequeno Empregador Qualificado (QSEHRA) <input type="checkbox"/> Acordo de Reembolso de Saúde de Cobertura Individual (ICHRA)		
Data de início	Data final	Insira o valor máximo anual do benefício de cobertura individual:

Se você tiver um Acordo de Reembolso de Saúde de Pequeno Empregador Qualificado (QSEHRA), você pretende usar os benefícios de cobertura familiar QSEHRA do empregador? Sim Não

Se você tiver QSEHRA, insira o valor máximo anual do benefício de cobertura familiar por meio do QSEHRA:

Alguém na família pretende aceitar um benefício do Acordo de Reembolso de Saúde de Cobertura Individual (ICHRA) do empregador? Sim Não

Nome(s) do(s) indivíduo(s)	Data de nascimento	
Nome do empregador		
Identificação fiscal federal		
Tipo de HRA oferecido pelo empregador <input type="checkbox"/> Acordo de Reembolso de Cuidados de Saúde do Pequeno Empregador Qualificado (QSEHRA) <input type="checkbox"/> Acordo de Reembolso de Saúde de Cobertura Individual (ICHRA)		
Data de início	Data final	Insira o valor máximo anual do benefício de cobertura individual:

Se você tiver um Acordo de Reembolso de Saúde de Pequeno Empregador Qualificado (QSEHRA), você pretende usar os benefícios de cobertura familiar QSEHRA do empregador? Sim Não

Se você tiver QSEHRA, insira o valor máximo anual do benefício de cobertura familiar por meio do QSEHRA:

Alguém na família pretende aceitar um benefício do Acordo de Reembolso de Saúde de Cobertura Individual (ICHRA) do empregador? Sim Não

ETAPA 8 Serviços de atendimento pessoal (PCA)

Para pessoas com 65 anos ou mais que não ficarão em uma instituição de longa permanência

Para obter mais informações sobre os serviços de atendimento pessoal (PCA) e como o preenchimento desta seção de PCA poderá afetar a maneira como decidimos se você pode conseguir o MassHealth se precisar de serviços de PCA, leia a seção de PCA no Guia para Idosos anexo.

- Você ou seu cônjuge precisa de serviços de atendimento pessoal? Sim Não

Se a resposta for **Sim**, preencha esta seção e responda todas as perguntas. Se a resposta for **Não**, vá para a **ETAPA 10: Leia e assinie este pedido**.
- Você ou seu cônjuge tiveram serviços de atendimento pessoal **pagos pelo MassHealth** nos últimos seis meses? Sim Não

Se a resposta for **Sim**, vá para a **ETAPA 10: Leia e assinie este pedido**. Se a resposta for **Não**, responda às seguintes perguntas nesta seção.

3. Você ou seu cônjuge tem deficiência permanente ou de longa duração? Você Sim Não Seu cônjuge Sim Não
- a. Se a resposta for **Sim**, a sua deficiência (ou de seu cônjuge) impede você (ou seu cônjuge) de realizar atividades diárias, como tomar banho, comer, ir ao banheiro, vestir-se, etc., a menos que alguém ajude você (ou seu cônjuge) fisicamente?
Você Sim Não Seu cônjuge Sim Não
- b. Se a resposta for **Sim**, você (ou seu cônjuge) planeja entrar em contato com uma agência de gestão de cuidados pessoais (PCM) do MassHealth para solicitar serviços de atendimento pessoal? Você Sim Não Seu cônjuge Sim Não

Observação: você deverá entrar em contato com a agência de PCM dentro de 90 dias a partir da data em que o MassHealth decidir que você se qualifica para o MassHealth ou não poderá se beneficiar das regras especiais do PCA.

O MassHealth poderá não pagar certos membros de sua família para realizarem serviços de atendimento pessoal para você.

Cada cônjuge que tiver respondido "Sim" a todas as partes da pergunta 3 acima deverá preencher seu próprio Suplemento C: assistente de cuidados pessoais. Uma cópia segue em anexo. Se você precisar de uma segunda cópia, ligue para o Atendimento ao cliente do MassHealth pelo telefone (800) 841-2900, TTY: (800) 497-4648 para solicitar uma. Se você (ou seu cônjuge) não nos enviar seu(s) suplemento(s) de PCA preenchido(s), determinaremos sua qualificação ao MassHealth como se você não precisasse de serviços de PCA.

ETAPA 9 Cobertura adicional (opcional) – para pessoas casadas com menos de 65 anos

Preencha esta seção SOMENTE se você for casado e morar com seu cônjuge. Um dos cônjuges deverá ter menos de 65 anos de idade, sem filhos com menos de 19 anos em casa. Responda a estas perguntas para o cônjuge com menos de 65 anos.

Se esta seção se aplicar a você e você desejar mais informações sobre padrões de renda e outras informações relevantes, ligue para (800) 841-2900, TTY: (800) 497-4648 para obter um Guia para Idosos. Se esta seção não se aplicar ao seu caso, vá para a **Etapa 10: Leia e assine este pedido.**

CÂNCER DE MAMA OU CÂNCER DO COLO DO ÚTERO (OPCIONAL) (Apenas para pessoas com menos de 65 anos de idade.)

1. Você tem câncer de mama ou câncer do colo do útero? Sim Não
- O MassHealth tem regras especiais de cobertura para pessoas que precisam de tratamento para câncer de mama ou câncer do colo do útero.
- Se a resposta for **Sim**, enviaremos um atestado a ser preenchido pelo seu médico para comprovar o diagnóstico de câncer de mama ou do colo do útero. Em seguida, o MassHealth poderá verificar se os benefícios do MassHealth oferecem a maior cobertura possível.
- Nome: _____

INFORMAÇÕES SOBRE HIV (OPCIONAIS) (Apenas para pessoas com menos de 65 anos).

2. Você é soropositivo? Sim Não
- Se você for soropositivo, poderá se qualificar para cobertura ou benefícios adicionais.
- Nome: _____

ETAPA 10 Leia e assine este pedido

Em meu nome e de todas as pessoas listadas neste formulário, entendo, represento e concordo com o seguinte.

PARA SOLICITANTES DO MASSHEALTH E DO HEALTH CONNECTOR

1. O MassHealth poderá exigir que as pessoas qualificadas se inscrevam em um seguro de saúde patrocinado pelo empregador, se esse seguro atender aos critérios para o pagamento de assistência do prêmio do seguro do MassHealth.
2. Os empregadores de pessoas qualificadas podem ser notificados e cobrados de acordo com os regulamentos do MassHealth por quaisquer serviços que hospitais ou centros de saúde comunitários prestem a essas pessoas que sejam pagos pela Health Safety Net.
3. Talvez eu tenha que pagar um prêmio de seguro pela cobertura de saúde para mim e outras pessoas listadas neste formulário. A falta de pagamento de algum prêmio de seguro devido poderá resultar na dedução do valor devido das
4. restituições de impostos dos responsáveis. Se eu pertencer a certas tribos de indígenas americanos ou for nativo do Alasca, talvez não precise pagar prêmios de seguros pelo MassHealth.
5. O MassHealth tem o direito de buscar e obter dinheiro de terceiros que possam ser obrigados a pagar serviços de saúde prestados a pessoas qualificadas inscritas em programas do MassHealth. Esses terceiros podem incluir outras seguradoras de saúde, cônjuges, pais obrigados a pagar assistência médica ou indivíduos obrigados a pagar acordos de acidentes. As pessoas qualificadas deverão cooperar com o MassHealth ao estabelecer suporte de terceiros e ao obter pagamentos de terceiros para si e para qualquer pessoa cujos direitos elas possam legalmente outorgar. As pessoas que se candidatarem poderão ser isentas

dessa obrigação se acreditarem e informarem ao MassHealth que a cooperação poderá resultar em danos a elas ou a qualquer pessoa cujos direitos possam legalmente outorgar.

5. Um pai/mãe e/ou responsável por filhos menores deverá concordar em cooperar com os esforços do estado para obter apoio médico de um pai/mãe ausente, a menos que acreditem e digam ao MassHealth que a cooperação prejudicará as crianças ou o pai/mãe ou responsável.
 6. Pessoas qualificadas que forem feridas em um acidente, ou de alguma outra forma, e receberem dinheiro de terceiros devido a esse acidente ou lesão, deverão usar esse dinheiro para reembolsar o MassHealth ou a Health Safety Net por determinados serviços de atendimento.
 7. As pessoas qualificadas deverão informar ao MassHealth ou à Health Safety Net, por escrito, dentro de dez dias corridos, ou o mais rapidamente possível, sobre qualquer sinistro de seguro ou ações judiciais movidas por causa de acidente ou lesão.
 8. O status deste pedido poderá ser compartilhado com um hospital, centro de saúde comunitário, outro provedor médico ou agências federais ou estaduais quando necessário para tratamento, pagamento, operações ou administração dos programas listados acima.
 9. Na medida permitida por lei, após notificação e oportunidade de recurso, o MassHealth poderá colocar uma penhora com respeito a qualquer imóvel de propriedade de membros que se qualificarem ao MassHealth ou no qual o membro tenha interesse legítimo. Se o indivíduo estiver recebendo cuidados de longo prazo em uma instituição de enfermagem ou outra instituição médica, e o MassHealth determinar que não é razoável esperar que o membro retorne para casa. Se o MassHealth colocar uma penhora contra tal propriedade e esta for vendida posteriormente, o dinheiro da venda dessa propriedade poderá ser usado para reembolsar o MassHealth pelos serviços médicos prestados.
 10. Na medida permitida por lei e a menos que haja alguma exceção, para qualquer pessoa com 55 anos ou mais que se qualificar, ou qualquer pessoa que se qualificar independentemente da idade a quem o MassHealth ajude a pagar cuidados de longo prazo em uma casa de repouso ou outra instituição médica, o MassHealth procurará recuperar, por meio do inventário da pessoa qualificada, o valor do custo total dos cuidados prestados após sua morte. Para obter mais informações sobre a recuperação de bens por meio de inventário, visite mass.gov/EstateRecovery.
 11. Pessoas qualificadas deverão informar ao(s) programa(s) de assistência médica em que se cadastrarem sobre quaisquer alterações na renda ou emprego delas próprias ou de membros da família, tamanho da família, cobertura de seguro de saúde, prêmios de seguro de saúde e status de imigração, ou sobre alterações em quaisquer outras informações neste formulário e quaisquer suplementos em até dez dias corridos após a mudança. As pessoas qualificadas podem fazer alterações ao ligar para **(800) 841-2900**, TTY: (800) 497-4648 para surdos, deficientes auditivos ou de fala. Uma mudança nas informações pode afetar a qualificação de tais pessoas ou de pessoas da família.
- Você também poderá informar alterações das seguintes maneiras.**
- Acesse sua conta em MAhealthconnector.org. Crie uma conta on-line se ainda não tiver uma.
 - Envie as informações de alterações para **Health Insurance Processing Center
PO Box 4405
Taunton, MA 02780.**
 - Envie as informações de alterações para o fax **(857) 323-8300.**
12. O MassHealth, o Massachusetts Health Connector e a Health Safety Net obterão dos empregadores e seguradoras de saúde atuais e anteriores das pessoas que se qualificam todas as informações sobre a cobertura do seguro de saúde para essas pessoas. Isso inclui, entre outros, informações sobre apólices, prêmios, cosseguros, franquias e benefícios cobertos que estão, podem estar ou deveriam estar disponíveis para essas pessoas ou membros da família.
 13. O MassHealth, o Massachusetts Health Connector e a Health Safety Net podem obter cadastros ou dados sobre as pessoas listadas neste formulário de fontes de dados e programas federais e estaduais, como a Administração do Seguro Social (SSA), a Receita Federal (IRS), o Departamento de Segurança Nacional (DHS), o Departamento de Receita e o Cadastro de Veículos Automotivos, bem como fontes privadas de dados, inclusive instituições financeiras 1) para comprovar qualquer informação neste pedido e quaisquer suplementos, ou outras informações apresentadas quando uma pessoa se tornar membro, 2) para documentar serviços médicos solicitados ou prestados a essas pessoas e 3) para apoiar a continuidade da qualificação.
 14. Com respeito ao processo de qualificação e cadastro, o MassHealth, o Massachusetts Health Connector e a Health Safety Net podem enviar avisos que contenham informações pessoais sobre as pessoas listadas neste pedido a outras pessoas neste pedido ou comunicar essas informações a essas pessoas.
 15. De acordo com a lei federal, não é permitido discriminação com base em raça, cor, nacionalidade, sexo, idade, orientação sexual, identidade de gênero ou deficiência. Posso apresentar uma queixa de discriminação ao visitar www.hhs.gov/ocr/office/file.
 16. Concordo em permitir que o Massachusetts Health Connector use dados de renda, inclusive informações de declarações de imposto de renda para determinar minha qualificação em anos futuros. Verifique a Política de Privacidade do Health Connector para obter mais informações sobre como o Health Connector usa suas informações fiscais. O Massachusetts Health Connector me enviará um aviso e me permitirá fazer alterações no pedido de qualificação. Entendo que, se me qualificar a um crédito fiscal de prêmio antecipado (APTC) e/ou ConnectorCare, esses pagamentos serão feitos diretamente à(s) minha(s) seguradora(s) selecionada(s). A aceitação do APTC e/ou ConnectorCare poderá afetar minha responsabilidade fiscal anual. Terei a opção de aplicar todo, parte ou nenhum valor do APTC ao qual eu possa me qualificar ao prêmio mensal.

CONCORDO COM AS SEGUINTE DECLARAÇÕES.

- Li ou alguém leu para mim as informações neste pedido, inclusive suplementos e instruções. Entendo que o Guia de Cobertura de Cuidados de Saúde para Idosos contém informações importantes sobre este pedido.
 - Tenho permissão de todas as pessoas aqui listadas (ou dos pais ou outro representante legalmente autorizado) para enviar este pedido. Também tenho a permissão para agir em nome deles para concluir este pedido e qualquer processo de qualificação relacionado. Isso poderá incluir, por exemplo:
 - apresentar informações pessoais sobre eles, incluindo informações sobre saúde, cobertura de saúde e renda, ver as informações que podem ser fornecidas pelo Massachusetts Health Connector, MassHealth e Health Safety Net, e fornecer consentimento em seu nome para o uso e divulgação de suas informações conforme descrito neste pedido;
 - fazer escolhas sobre as opções de cobertura e como se comunicar com o Massachusetts Health Connector, MassHealth ou Health Safety Net;
 - fazer alterações no pedido ou documentos de qualificação relacionados e apresentar informações sobre qualquer alteração em suas circunstâncias; e
 - apresentar consentimento em seu nome para usar fontes governamentais e privadas para verificar as informações conforme descritas neste pedido. Entendo meus direitos e responsabilidades e os direitos e responsabilidades de todas as pessoas listadas neste pedido, conforme explicado na ETAPA 10.
 - Conte ou contarei a qualquer pessoa listada neste pedido (ou seus pais ou representante legalmente autorizado, se for o caso) sobre esses direitos e responsabilidades para que elas os entendam.
 - Entendo e concordo que o MassHealth, a Health Safety Net e o Massachusetts Health Connector tratarão qualquer assinatura eletrônica ou enviada por fax, ou cópia da assinatura, da mesma maneira que uma assinatura original.
 - Entendo que o MassHealth:
 - tem permissão de pedir SSNs de acordo com leis federais e estaduais;
 - usa SSNs para verificar a renda e outras informações, para ver quem se qualifica para ajuda de custos de cobertura de saúde;
 - usa SSNs para detectar fraudes, para ver se alguém está recebendo benefícios duplos ou para ver se outros deveriam pagar pelos serviços;
 - verifica o SSN de qualquer pessoa da família que estiver fazendo o pedido e de qualquer pessoa que tiver ou puder obter seguro de saúde para qualquer pessoa da família com os arquivos de agências e instituições financeiras.
 - Entendo que, se o MassHealth pagar parte dos prêmios de seguro de saúde de alguém, adicionará o SSN ou o SSN desse segurado ao arquivo do segurado do Controlador Estadual.
 - Entendo que o titular da apólice na minha família deverá ter um SSN válido antes de receber um pagamento do MassHealth.
 - As informações que apresentei estão corretas e completas, tanto quanto é do meu conhecimento, sobre mim e outras pessoas listadas neste pedido.
 - Posso estar sujeito a penalidades de acordo com a lei federal se apresentar intencionalmente informações falsas ou não verdadeiras.
- Se alguém não tiver um SSN ou precisar de ajuda para obter um, ligue para a Administração do Seguro Social em (800) 772-1213, TTY: (800) 325-0778, ou acesse www.socialsecurity.gov. Para obter uma explicação completa sobre como usamos seu número de seguro social, consulte o Guia de Cobertura de Cuidados de Saúde para Idosos.

PARA SOLICITANTES AO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA NUTRICIONAL SUPLEMENTAR (SNAP)

BENEFÍCIOS DO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA NUTRICIONAL SUPLEMENTAR (SNAP)

Se você assinalou a opção na página 1, o MassHealth enviará este pedido ao Departamento de Assistência Transitória (DTA). **Isso servirá como o seu pedido para o SNAP.** Se você se qualificar, seu SNAP começará a partir da data em que o DTA receber este pedido do MassHealth. Ao assinar abaixo, você concorda que leu e concorda com seus direitos, responsabilidades e penalidades do SNAP de acordo com o programa.

Você poderá se qualificar aos benefícios do SNAP dentro de 7 dias após o DTA receber este pedido se:

- sua renda e dinheiro no banco somarem menos do que as despesas mensais de moradia, ou
- sua renda mensal for inferior a US\$ 150,00 e seu dinheiro no banco for US\$ 100,00 ou menos, ou
- você for trabalhador migrante e tiver US\$ 100,00 ou menos no banco.

Para obter mais informações sobre o SNAP em Massachusetts, acesse mass.gov/SNAP.

Aviso de direitos, responsabilidades e penalidades do Departamento de Assistência Transitória (DTA)

Este aviso lista os direitos e responsabilidades de todos os programas DTA. Você deverá seguir as regras dos programas aos quais se candidatar.

Leia estas páginas e guarde-as para consulta.

Informe o DTA se tiver dúvidas.

Juro sob pena de perjúrio que:

- li as informações neste formulário ou alguém as leu para mim;
- minhas respostas neste formulário são verdadeiras e completas tanto quanto é do meu conhecimento;
- darei informações ao DTA que sejam verdadeiras e completas, tanto quanto é do meu conhecimento, durante minha entrevista e no futuro.

Entendo que:

- dar informações falsas ou enganosas é fraude;
- deturpar ou ocultar fatos para obter benefícios de DTA é fraude;
- fraude é considerada uma infração intencional do programa (IPV); e
- se o DTA achar que cometi fraude, poderá aplicar penalidades civis e criminais contra mim.

Também entendo que:

- o DTA verificará as informações apresentadas com o pedido. Se alguma informação for falsa, o DTA poderá negar benefícios;
- também posso estar sujeito a um processo criminal por apresentar informações falsas;
- se o DTA obtiver informações de uma fonte confiável sobre uma mudança na minha casa, o valor do benefício poderá mudar;
- ao assinar este formulário, dou permissão ao DTA para verificar se me qualifico aos benefícios, inclusive:
 - obter informações de outras agências estaduais ou federais, autoridades habitacionais locais, departamentos de bem-estar de outros estados, instituições financeiras e Equifax Workforce Solutions (o número de trabalho). Também dou permissão a essas agências para compartilhar informações sobre a qualificação da minha família em relação aos benefícios do DTA;
 - se o DTA usar informações da Equifax sobre minha renda familiar, tenho direito a uma cópia gratuita do meu relatório Equifax se solicitar dentro de 60 dias da decisão do DTA. Tenho o direito de questionar as informações contidas no relatório. Posso entrar em contato com a Equifax em: Equifax Workforce Solutions, 11432 Lackland Road, St. Louis, MO 63146, 1-800-996-7566 (ligação gratuita).
- tenho direito a uma cópia do meu pedido, inclusive às informações que o DTA usa para decidir sobre a qualificação da minha família e o valor do benefício. Posso solicitar ao DTA uma cópia eletrônica do formulário preenchido.

Como o DTA usará minhas informações?

Ao assinar abaixo, dou permissão ao DTA para obter e compartilhar informações sobre mim e os membros da minha família com:

- bancos, escolas, governo, empregadores, senhorios, empresas de serviços públicos e outras agências para verificar se me qualifico aos benefícios;
- empresas telefônicas, de eletricidade e gás para que eu possa obter descontos em serviços de utilidade pública. As empresas não podem compartilhar minhas informações ou usá-las para qualquer outra finalidade;
- o Departamento de Habitação e Desenvolvimento Comunitário para me cadastrar no Programa Heat & Eat, que ajuda as pessoas a obter o maior número possível de benefícios SNAP;
- o Departamento de Educação Infantil e Secundária, para que meus filhos possam receber refeições escolares gratuitas;
- o Programa de Mulheres, Bebês e Crianças (WIC), para que qualquer criança menor de 5 anos ou uma grávida na minha família possa obter o benefício do Programa WIC;
- os Serviços de Cidadania e Imigração dos Estados Unidos (USCIS), para verificar meu status de imigração. As informações do USCIS podem afetar a qualificação da minha família e o valor dos benefícios do DTA.

Observação: mesmo que você não se qualifique aos benefícios devido ao status de imigração, o DTA não o entregará às autoridades de imigração, a menos que você mostre ao DTA uma ordem final de deportação.

- o Departamento de Receita (DOR), para verificar se me qualifico para créditos fiscais com base na renda, como o Renda recebida e Renda limitada, e para ver se me qualifico para a situação "Sem status fiscal" ("No Tax Status") ou status de adversidades;
- o Departamento de Crianças e Famílias (DCF), para coordenar os serviços oferecidos conjuntamente pelo DTA e DCF.

Como o DTA usa os números de seguro social (SSNs)?

O DTA pode solicitar SSNs de acordo com a Lei de Alimentação e Nutrição de 2008 (7 U.S.C. 2011-2036) para SNAP e de acordo com M.G.L. c. 18 Seção 33 para TAFDC e EAEDC. O DTA usa os SSNs para:

- verificar a identidade e qualificação de cada membro da família para o qual faço o pedido por meio de programas de correspondência de dados;
- monitorar o cumprimento das regras do programa;
- receber dinheiro se o DTA alegar que recebi benefícios para os quais não me qualificava;
- ajudar as agências de aplicação da lei a capturar pessoas que estão se escondendo da lei.

Entendo que não tenho que dar ao DTA o SSN de nenhum não cidadão da minha família que não queira benefícios, inclusive eu. A renda de um não cidadão pode contar mesmo que ele ou ela não receba benefícios.

Direito a um intérprete

Entendo que:

- tenho direito a um intérprete profissional gratuito contratado pelo DTA se preferir me comunicar em um idioma que não seja inglês;
- se eu tiver uma audiência com o DTA, posso pedir que contrate um intérprete profissional gratuito ou, se preferir, posso trazer alguém para interpretar para mim. Se eu precisar que o DTA contrate um intérprete para uma audiência, devo ligar para a Divisão de Audiências pelo menos uma semana antes da data da audiência.

Direito de cadastro de eleitor

Entendo que:

- tenho o direito de me cadastrar para votar pelo DTA;
- o DTA me ajudará a preencher o formulário de cadastro de eleitor se eu precisar de ajuda;
- posso preencher o formulário de cadastro de eleitor em particular;
- candidatar-se ao cadastro ou recusar o cadastro para votar não afetará meus benefícios no DTA.

Oportunidades de emprego

Concordo que o DTA poderá compartilhar meu nome e informações de contato com fornecedores de emprego e treinamento, inclusive:

- provedores SNAP Path Work ou especialistas em DTA para clientes SNAP; e
- fornecedores de emprego e treinamento contratados ou trabalhadores *Full Engagement* para clientes TAFDC.

Os clientes SNAP podem participar voluntariamente de serviços de educação e treinamento profissional por meio do programa SNAP Path to Work.

Status de cidadania

Declaro que todos os membros da minha família que solicitarem benefícios DTA são cidadãos dos EUA ou não cidadãos que residem legalmente nos EUA.

Programa de Assistência Nutricional Suplementar

Entendo que:

- o DTA administra o programa SNAP em Massachusetts;
- ao dar entrada em um pedido no DTA (por telefone, on-line, pessoalmente, correio ou fax), o DTA tem 30 dias a partir da data em que recebeu o cadastro para decidir se me qualifico;
 - Se eu me qualificar ao pedido acelerado de SNAP (emergência), o DTA deverá dar o SNAP e verificar se tenho cartão de Transferência eletrônica de benefícios (EBT) dentro de sete dias a partir da data em que recebeu o cadastro.
 - Tenho o direito de falar com um supervisor do DTA se: o DTA disser que não me qualifico para os benefícios emergenciais do SNAP e eu discordar; eu me qualificar para os benefícios emergenciais do SNAP, mas não receber os benefícios até o sétimo dia após a solicitação do SNAP; eu me qualificar para os benefícios emergenciais do SNAP, mas não receber o cartão EBT até o sétimo dia após a solicitação do SNAP.
- quando recebo o SNAP, preciso cumprir certas regras. Quando for aprovado para o SNAP, o DTA me dará uma cópia do folheto “Seu direito de saber” e do folheto do Programa SNAP. Lerei os folhetos ou pedirei a alguém que os leia para mim. Se eu tiver alguma dúvida ou precisar de ajuda para ler ou entender essas informações, posso ligar para o DTA pelo número 1-877-382-2363;
- informar ao DTA sobre mudanças na minha casa:
 - se eu for uma família do SNAP Simplified Reporting, não preciso informar a maioria das alterações ao DTA até o Relatório provisório ou Recertificação precisar ser renovado. Os únicos dados que devem ser informados antecipadamente são:
 - se a renda da família ultrapassar o limite de renda bruta (listado no aviso de aprovação). Tenho que relatar isso até o décimo dia do mês após o mês em que a renda ultrapassar o limite;
 - se eu tiver de cumprir as Regras de Trabalho para Adultos Fisicamente Aptos sem Dependentes (ABAWD) e as horas de trabalho caírem abaixo de 20 horas por semana;
 - se todos na minha família tiverem 60 anos ou mais, deficiências ou menos de 18 anos, e ninguém tiver renda de trabalho, as únicas coisas que deverei informar são:
 - se alguém começar a trabalhar; ou
 - alguém entrar ou sair da minha família.Tenho de informar essas mudanças até o décimo dia do mês após o mês da alteração.
 - se eu receber o SNAP por meio da Alternativa de Benefícios Transitórios (TBA) porque meu TAFDC foi interrompido, não preciso informar nenhuma alteração ao DTA durante os cinco meses pelos quais que receber a TBA;
 - se eu receber o SNAP por meio do Bay State CAP, não preciso informar nenhuma alteração ao DTA.

Se eu e todos na minha família recebermos assistência em dinheiro (TAFDC ou EAEDC), devo informar algumas alterações ao DTA até dez dias após a alteração. Consulte o item Quando preciso informar o DTA sobre mudanças em minha família? em Auxílio transitório a famílias com crianças dependentes (TAFDC) e Auxílio de emergência a idosos, deficientes e crianças (EAEDC) abaixo.

Posso receber mais benefícios do SNAP se informar e apresentar comprovantes de DTA para o seguinte, a qualquer momento:

- custos de cuidados com crianças ou outros dependentes, custos de abrigo e/ou custos de serviços públicos;
- pensão alimentícia que eu (ou alguém da minha família) sou legalmente obrigado a pagar a um membro não familiar; e
- custos médicos para membros da minha família, inclusive eu, com 60 anos ou mais ou com deficiência.

Regras de trabalho para clientes SNAP: se você recebe benefícios do SNAP e tem entre 16 e 59 anos, pode precisar cumprir as regras gerais de trabalho do SNAP ou as regras de trabalho do ABAWD, a menos que seja isento. O DTA informará a mim e aos membros da minha família se precisamos cumprir alguma regra de trabalho, quais as isenções e o que acontecerá se não cumprirmos as regras.

Se você se enquadrar nas regras de trabalho do SNAP, deverá:

- cadastrar-se para empregos pelo formulário e ao se requalificar ao SNAP. Você se cadastra ao assinar o formulário de pedido ou recertificação do SNAP;
- apresentar ao DTA informações sobre o status de emprego quando o DTA perguntar;
- prestar contas a um empregador, se indicado pelo DTA;
- aceitar uma oferta de emprego (a menos que tenha boa razão para não fazê-lo);
- não sair de um emprego de mais de 30 horas semanais sem justa causa
- reduzir as horas de trabalho para menos de 30 horas por semana sem justa causa.

Regras do SNAP

- Não apresente informações falsas ou oculte informações para obter benefícios SNAP.
- Não negocie ou venda benefícios SNAP.
- Não altere os cartões EBT para obter benefícios SNAP aos quais você não se qualifica.
- Não use os benefícios SNAP para comprar itens não qualificados, como bebidas alcoólicas e tabaco.
- Não use os benefícios SNAP ou o cartão EBT de outra pessoa, a menos que você seja o representante autorizado ou o destinatário tenha dado a você permissão para usar o cartão em seu nome.

Avisos de penalidade SNAP

Entendo que se eu ou qualquer membro da minha família SNAP infringir intencionalmente alguma das regras listadas acima, essa pessoa não se qualificará ao SNAP por um ano após a primeira infração, dois anos após a segunda infração e para sempre após a terceira infração. Essa pessoa também poderá ser multada em até US\$ 250.000,00, presa por até 20 anos, ou ambos. A pessoa também poderá estar sujeita a ações penais sob as leis federais e estaduais.

Também entendo as seguintes penalidades. Se eu ou um membro da minha família SNAP:

- cometer uma infração Intencional do Programa (IPV) do programa em dinheiro, eu/a pessoa não me/se qualificarei(á) ao SNAP pelo mesmo período em que não me/se qualificar à assistência em dinheiro;
- fizer declaração fraudulenta sobre a identidade ou residência para obter vários benefícios do SNAP ao mesmo tempo em que não me/se qualificarei(á) ao SNAP por dez anos
- trocar (comprar ou vender) os benefícios do SNAP por uma substância controlada/droga(s) ilegal(is), não me/se qualificarei(á) para o SNAP por dois anos para a primeira descoberta e, permanentemente, para a segunda descoberta

- trocar (comprar ou vender) benefícios SNAP por armas de fogo, munições ou explosivos, eu/a pessoa não me/se qualificarei(á) ao SNAP para sempre;
- fazer uma oferta para vender benefícios do SNAP ou um cartão EBT on-line ou pessoalmente, o estado poderá entrar com um IPV contra mim/a pessoa;
- pagar alimentos comprados a crédito, eu/a pessoa não me/se qualificarei(á) ao SNAP;
- comprar produtos com benefícios do SNAP com a intenção de descartar o conteúdo e devolver os recipientes em troca de dinheiro, eu/a pessoa não me/se qualificarei(á) ao SNAP;
- fugir para evitar ação, custódia ou confinamento após condenação por crime, eu/a pessoa não me/se qualificarei(á) ao SNAP;
- infringir a suspensão condicional da pena e liberdade/livramento condicional, pelo qual a polícia esteja ativamente procurando me prender/prender a pessoa, eu/a pessoa não me/se qualificarei(á) ao SNAP.

Qualquer pessoa que tiver se tornado um criminoso condenado após 7 de fevereiro de 2014 não se qualifica aos benefícios SNAP, se for criminoso em fuga ou estiver infringindo suspensão condicional da pena e liberdade/livramento condicional de acordo com 7 CFR §273.11(n) e tiver sido condenado como adulto por:

1. abuso sexual agravado de acordo com a seção 2241 do título 18, U.S.C.;
2. assassinato de acordo com a seção 1111 do título 18, U.S.C.;
3. qualquer crime de acordo com o capítulo 110 do título 18, U.S.C.;
4. um crime federal ou estadual envolvendo agressão sexual, conforme definido na seção 40002(a) da VAWA de 1994 (42 U.S.C. 13925a); ou
5. um crime perante a lei estadual determinada pelo procurador-geral como substancialmente semelhante a um crime descrito nesta lista.

Declaração de não discriminação

De acordo com a lei federal de direitos civis e os regulamentos e políticas do Departamento de Agricultura dos EUA (USDA), suas agências, repartições e funcionários e instituições que participam ou administram programas do USDA estão proibidos de discriminar com base em raça, cor, nacionalidade, sexo, credo religioso, deficiência, idade, crenças políticas ou represália ou retaliação por atividade anterior de direitos civis em qualquer programa ou atividade realizada ou financiada pelo USDA.

Pessoas com deficiência que precisarem de meios alternativos de comunicação para informações sobre o programa (por exemplo, braille, texto em letra de forma grande, fita de áudio, língua americana de sinais, etc.), deverão entrar em contato com a agência (estadual ou local) onde solicitaram os benefícios. Indivíduos surdos, com deficiência auditiva ou com deficiência de fala podem entrar em contato com o USDA pelo Federal Relay Service pelo número 1-800-877-8339. Além disso, as informações do programa podem ser disponibilizadas em outros idiomas além do inglês.

Para fazer uma queixa de discriminação do programa:

- preencha o Formulário de Queixa de Discriminação do Programa do USDA, (AD-3027), disponível on-line em: ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html e em qualquer escritório do USDA. Você poderá solicitar uma cópia do formulário de reclamação ao ligar para (866) 632-9992; ou
- escreva uma carta ao USDA e coloque na carta todas as informações solicitadas no formulário.

Envie o formulário ou a carta ao USDA por:

- correio: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue SW Washington, D.C.20250-9410; ou
- fax: (202) 690-7442; ou
- e-mail: program.intake@usda.gov.

Esta instituição oferece oportunidades iguais.

Auxílio transitório a famílias com filhos dependentes (TAFDC) e Auxílio emergencial a idosos, deficientes e crianças (EAEDC)

O TAFDC e o EAEDC são programas de assistência em espécie. Para saber mais e se cadastrar, visite DTAConnect.com ou ligue para o escritório local do DTA. Essas informações são válidas apenas às famílias que estiverem pedindo ou receberem TAFDC ou EAEDC.

Quando preciso informar o DTA sobre as mudanças na minha família?

Devo informar o DTA sobre alterações que possam afetar o TAFDC ou o EAEDC (benefícios em espécie) em dez dias, exceto que não preciso informar o DTA sobre alterações nos meus ganhos de menos de US\$ 100,00 por mês. Isso inclui mudanças na renda, bens, endereço, pessoas com quem moro, tamanho da família, trabalho e seguro de saúde.

Como posso receber o seguro de saúde?

- Se eu receber o TAFDC ou o EAEDC, também receberei o MassHealth.
- Se me for negado o TAFDC ou o EAEDC, o MassHealth usará minhas informações para verificar se me qualifico ao seguro de saúde.
- Se o EAEDC for interrompido, precisarei solicitar o MassHealth separadamente. Para fazer um pedido, ligue para 1-800-841-2900.

Se eu receber o MassHealth, concordo que o MassHealth poderá cobrar:

- fundos devidos a mim de outra fonte para cuidados médicos, e
- assistência médica fornecida por pai/mãe ausente de qualquer filho menor de 19 anos que receber benefícios do MassHealth.

Existem regras especiais se eu me qualificar apenas por causa de um acidente ou lesão?

Se minha família receber benefícios do MassHealth ou DTA por causa de um acidente ou lesão, devo usar qualquer dinheiro recebido pelo acidente ou lesão para restitui-los. O dinheiro poderá ser de uma apólice de seguro, um acordo ou qualquer outra fonte. Isso é válido mesmo que eu ainda não saiba quais são as possíveis fontes de dinheiro.

Concordo em cooperar com o MassHealth e o DTA ao:

- apresentar pedidos de dinheiro de outras fontes;
- informar o MassHealth e o DTA imediatamente sobre qualquer sinistro de seguro, ação judicial ou outro processo para obter dinheiro;
- dar novas informações ao MassHealth e ao DTA quando as obtiver.

Se eu não cooperar, o MassHealth e o DTA podem interromper ou negar benefícios. --Concordo que o MassHealth e o DTA podem:

- compartilhar informações sobre benefícios para coletar dinheiro para reembolsar tais benefícios;
- examinar todos os registros sobre dinheiro que eu possa receber devido ao acidente ou lesão, como registros do Departamento de Acidentes Industriais.

Se estiver recebendo o EAEDC porque tenho deficiência ou mais de 65 anos, deverei solicitar benefícios federais do Seguro Suplementar de Renda (Supplemental Security Income, SSI). Se eu for aprovado para benefícios de SSI que cobrem o mesmo período em que recebi o EAEDC, a Administração do Seguro Social enviará parte do meu SSI retroativo ao DTA para reembolsar o EAEDC.

Aviso importante sobre a lei e seus benefícios

Os seguintes constituem infração intencional do programa (IPV): apresentar intencionalmente uma declaração falsa ou enganosa ou deturpar, ocultar ou ocultar fatos, verbalmente ou por escrito, para estabelecer ou manter a qualificação para os benefícios do TAFDC ou EAEDC, ou para obter benefícios para os quais eu não tenha direito.

Se eu for considerado culpado de uma IPV por um tribunal, uma audiência administrativa de desqualificação ou ao assinar uma isenção, serei desqualificado para receber os benefícios do TAFDC ou EAEDC:

- por seis meses para a primeira infração;
- por 12 meses para a segunda infração;
- para sempre pela terceira infração.

Além disso, outras leis poderão vigorar.

Proibições de compra de cartões EBT

Entendo que é ilegal usar fundos do TAFDC ou EAEDC mantidos em um cartão de transferência eletrônica de benefícios (EBT) para pagar bebidas alcoólicas, produtos de tabaco, bilhete de loteria; material ou atividades para adultos, jogos de azar, armas de fogo e munições, serviços de férias, tatuagens, piercings, jóias e bijuterias, televisores, aparelhos de som, videogames ou consoles em lojas de aluguel, maconha recreativa, honorários judiciais, multas, fiança ou pagamento de fiança.

Proibições sobre onde posso usar o cartão EBT

Entendo que é ilegal usar o cartão de transferência eletrônica de benefícios (EBT) nos seguintes locais: livrarias para adultos; lojas de parafernália para adultos ou estabelecimentos de espetáculos voltados para adultos; comerciantes de munições; cassinos; estabelecimentos de jogo; cruzeiros; traficantes de armas de fogo; joalherias; lojas de bebidas; manicures ou salões de estética; agências de transmissão de dinheiro para países estrangeiros; farmácias de maconha recreativa ou estúdios de tatuagem.

Penalidades para compras proibidas em dinheiro com cartão EBT

- Primeira contravenção: terei de devolver ao DTA o valor gasto.
- Segunda contravenção: terei de devolver ao DTA o valor gasto e perderei os benefícios em espécie por dois meses.
- Terceira contravenção: terei de devolver ao DTA o valor gasto e perderei os benefícios em dinheiro permanentemente.

Assine este pedido.

Assine este pedido – obrigatório

Ao assinar este pedido abaixo, certifico, sob as penas e penalidades de perjúrio que os envios e declarações feitos neste pedido são verdadeiros e completos, tanto quanto é do meu conhecimento, e concordo em aceitar e cumprir os direitos e responsabilidades relativos aos programas MassHealth e Health Connector.

Se indiquei que estou solicitando o Programa de Assistência Nutricional Suplementar (SNAP), na página 1 deste formulário, certifico que entendo e concordo com os direitos, regras e penalidades do programa SNAP, conforme descrito acima. Peço que o MassHealth envie minhas informações, inclusive Informações de saúde protegidas, sujeitas à Lei de portabilidade e responsabilidade do Seguro de Saúde (HIPAA), ao Departamento de Assistência Transitória (DTA) para fins de pedido de benefícios SNAP.

Apenas para candidatos ao MassHealth e ao Health Connector

Se você estiver enviando este pedido como representante autorizado, deverá enviar um Formulário de designação de representante autorizado (ARD) ou ter um formulário cadastrado para que o pedido seja processado. O ARD está no final deste formulário.

Assinatura da Pessoa 1 ou representante autorizado ou parte responsável	Nome em letra de forma
	Data

Se tiver menos de 18 anos, você é menor emancipado? Sim Não

Se a resposta for **Não**, um responsável com pelo menos 18 anos deverá assinar este formulário em seu nome. Apresente as informações dessa pessoa abaixo.

Nome	Nome do meio	Sobrenome	Sufixação
Número de seguro social	Parentesco	Data de nascimento	
Endereço principal			Nº do apartamento/unidade
Cidade	Estado	CEP	Condado
Telefone	Ramal	Tipo de telefone	
Segundo telefone	Ramal	Tipo de telefone	
E-mail			

Envie o formulário preenchido.



Envie o formulário preenchido e assinado por correio ou fax para

MassHealth Enrollment Center
PO Box 290794
Charlestown, MA 02129-0214
Fax: (617) 887-8799



Visite um MassHealth Enrollment Center (MEC).

Para fazer o pedido em pessoa ou agendar uma consulta com um representante do MassHealth, visite

www.mass.gov/masshealth/appointment.

Registro de eleitor

O formulário para o cadastro de eleitor está incluído neste pedido ou pode ser encontrado em www.sec.state.ma.us. Mais informações sobre como se cadastrar para votar também podem ser encontradas em www.sec.state.ma.us. Se você tiver dúvidas sobre o processo de cadastro de eleitores, ou se precisar de ajuda para preencher o formulário, visite um MassHealth Enrollment Center local ou ligue para o MassHealth Customer Service Center pelo número **(800) 841-2900**, TTY: (800) 497-4648.

Solicitar ou recusar o cadastro de eleitor não afetará o montante de assistência disponibilizado por esta agência. Se você quiser ajuda para preencher o pedido de registro do eleitor, nós o ajudaremos. A decisão de procurar ou aceitar ajuda é sua. Você poderá preencher o formulário sozinho.

Se você acredita que alguém interferiu no seu direito de se cadastrar ou de se recusar a se cadastrar como eleitor, no direito à privacidade ao decidir se cadastrar ou ao se cadastrar para votar, ou no seu direito de escolher o próprio partido político ou outra preferência, você pode fazer uma queixa em:

Secretary of the Commonwealth, Elections Division
One Ashburton Place
Room 1705
Boston, MA 02108
Telefone: (617) 727-2828 ou (800) 462-8683.

Se você ou qualquer outra pessoa no pedido não estiver cadastrada para votar onde você mora agora, gostaria de se cadastrar para votar hoje? Sim Não

SE VOCÊ NÃO ASSINALAR NENHUMA OPÇÃO, SERÁ ENTENDIDO QUE VOCÊ DECIDIU NÃO SE CADASTRAR PARA VOTAR NESTE MOMENTO.

- Você precisa de serviços de cuidados de longo prazo em uma **casa de repouso**? Sim Não
Se a resposta for **Sim**, você deverá responder a todas as perguntas e preencher todas as seções deste suplemento.
- Você está fazendo o pedido ou recebendo cuidados de longo prazo em casa de acordo com uma **Dispensa para receber atendimento domiciliar e comunitário**? Sim Não
Se a resposta for **Sim**, você precisará preencher "**Transferências de recursos**" e "**Seguro de cuidados de longo prazo**".

Preencha em letra de forma legível. Se precisar de mais espaço para terminar qualquer seção, use uma folha separada (inclua seu nome e número de seguro social) e anexe a este suplemento.

Informações do solicitante/membro

Sobrenome, nome, inicial do nome do meio		Número de seguro social
Nome e endereço do hospital, instituição de enfermagem ou outra instituição		
Data de admissão (mm/dd/yyyy)	Você foi colocado aqui por outro estado? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se a resposta for Sim , que estado?	

1. Você tem de pagar as despesas de tutela para um tutor designado por um tribunal? Sim Não

Despesas de subsistência do cônjuge e familiares que moram em casa

(Não preencha esta seção se estiver pedindo Dispensa para receber atendimento domiciliar e comunitário).

Seu cônjuge que mora em casa talvez possa manter parte da renda. Preencha as seguintes informações sobre as despesas atuais do seu cônjuge. **Se você não tiver cônjuge**, vá para a próxima seção (**Transferências de recursos**).

Enviar comprovante das despesas atuais do seu cônjuge.

Sobrenome, nome, inicial do nome do meio do cônjuge		Número de seguro social
2. Quanto seu cônjuge paga por mês por:		
Aluguel? _____	Financiamento (quantia principal e juros)? _____	
Seguro de proprietário/inquilino? _____	Impostos sobre o imóvel? _____	
Taxa de manutenção necessária para condomínio ou cooperativa? _____		
Moradia e alimentação para residência assistida? _____		

3. Seu cônjuge paga o aquecimento? Sim Não
4. Seu cônjuge paga os serviços de utilidade pública? Sim Não
5. Seu filho, pai/mãe, irmão e/ou irmã mora com seu cônjuge? Sim Não

Se a resposta for **Sim**, preencha esta seção. Se a resposta for **Não**, vá para a próxima seção (**Transferências de recursos**).

Enviar comprovante da renda mensal antes dos descontos. Poderá ser permitido um desconto para as necessidades de manutenção. Essas pessoas devem ter parentesco com você ou seu cônjuge, e um de vocês deverá incluí-las como dependentes na declaração de renda.

Nome		Número de seguro social
Parentesco	Data de nascimento (mm/dd/yyyy)	Renda mensal antes dos descontos US\$
Nome		Número de seguro social
Parentesco	Data de nascimento (mm/dd/yyyy)	Renda mensal antes dos descontos US\$

Transferências de recursos (os recursos incluem renda e ativos)

6. Nos últimos 60 meses:

- a. Algum imóvel que estava disponível ou pertencia a você ou ao seu cônjuge foi transferido para um fundo ou fora dele?
 Sim Não
- b. Você, seu cônjuge ou alguém em seu nome transferiu renda ou o direito à renda? Sim Não
- c. Você, seu cônjuge ou alguém em seu nome transferiu, alterou a propriedade de imóveis, doou imóveis ou vendeu quaisquer bens, inclusive sua casa ou outro imóvel? Sim Não
- d. Você, seu cônjuge ou alguém em seu nome alterou a escritura ou a propriedade de algum imóvel, inclusive a criação de um bem vitalício, mesmo que o bem vitalício tenha sido adquirido na residência de outra pessoa? Sim Não
- e. Se você comprou um bem vitalício relativo ao imóvel de outra pessoa, você morou na casa por pelo menos um ano após a compra do imóvel? Sim Não
- f. Você, seu cônjuge ou alguém em seu nome adicionou outro nome à escritura de algum imóvel do qual você é proprietário?
 Sim Não
- g. Você, seu cônjuge ou alguém em seu nome recebeu ou deu a alguém um financiamento, empréstimo, ou nota promissória em relação a algum imóvel ou outro ativo? Sim Não
- h. Você, seu cônjuge ou alguém em seu nome comprou ou de alguma forma alterou um valor anual a receber?
 Sim Não

Se você respondeu sim a alguma das perguntas acima, deverá preencher o seguinte e nos enviar o comprovante dessa informação.

Descrição do ativo/renda		Data da transferência (mm/dd/yyyy)
Transferido para quem	Parentesco com você ou seu cônjuge	Valor da transferência US\$
Descrição do ativo/renda		Data da transferência (mm/dd/yyyy)
Transferido para quem	Parentesco com você ou seu cônjuge	Valor da transferência US\$

7. Você, seu cônjuge ou alguém em seu nome fez um depósito para alguma assistência médica ou instalação residencial, como um centro de residência assistida para idosos, um centro de residência assistida continuada para idosos ou uma comunidade de vivência assistida? Sim Não

Se a resposta for **Sim**, informe o nome e endereço do centro, o valor do depósito, responda às seguintes perguntas e **envie uma cópia** do contrato que você assinou com o centro e quaisquer documentos sobre o depósito.

Nome do centro _____

Endereço do centro _____ Valor US\$ _____

- a. O centro ainda está com o depósito? Sim Não
- b. O centro devolveu o depósito? Sim Não

Se a resposta for **Sim**, informe o nome e endereço da pessoa que recebeu o depósito do centro.

Nome da pessoa _____

Endereço _____

Informações sobre imóveis

As respostas às seguintes perguntas serão usadas para decidir se: (1) seu imóvel será contabilizado como ativo; ou (2) um penhor será colocado contra o imóvel.

Observação: se o juro do capital próprio do seu imóvel principal estiver acima de certo limite, você poderá não se qualificar ao pagamento de cuidados de longo prazo, a menos que certas condições sejam atendidas.

8. Você ou seu cônjuge é proprietário ou tem interesse legítimo em sua casa, incluindo a propriedade vitalícia? Sim Não

Se a resposta for **Sim**, preencha as informações a seguir e responda às questões de 9 a 15.

Se a resposta for **Não**, responda apenas à pergunta 15.

Nome e endereço da(s) pessoa(s) nos documentos de propriedade do imóvel _____

Descrição e endereço do imóvel _____

Tipo de propriedade (assinale uma)

Individual (*Valor justo de mercado*) US\$ _____ Copropriedade (*Valor justo de mercado*) US\$ _____

Propriedade conjunta (*Valor justo de mercado*) US\$ _____

Direito vitalício sobre o imóvel (*Valor justo de mercado*) US\$ _____

Nome e endereço da(s) pessoa(s) nos documentos de propriedade do imóvel _____

Descrição e endereço do imóvel _____

Tipo de propriedade (assinale uma)

Individual (*Valor justo de mercado*) US\$ _____ Copropriedade (*Valor justo de mercado*) US\$ _____

Propriedade conjunta (*Valor justo de mercado*) US\$ _____

Direito vitalício sobre o imóvel (*Valor justo de mercado*) US\$ _____

9. Você tem cônjuge? Sim Não. Se a resposta for **Sim**, preencha esta seção.

Nome _____ Essa pessoa mora na sua casa? Sim Não

10. Você tem um filho com deficiência total e permanente ou cego? Sim Não. Se a resposta for **Sim**, preencha esta seção.

Nome _____ Essa pessoa mora na sua casa? Sim Não

11. Você tem filho com menos de 21 anos? Sim Não. Se a resposta for **Sim**, preencha esta seção.

Nome _____ Data de nascimento (mm/dd/yyyy) _____ Essa pessoa mora na sua casa? Sim Não

12. Você tem um irmão ou irmã com interesse legítimo na casa que esteve morando por pelo menos um ano imediatamente antes de você ser admitido no centro médico? Sim Não. Se a resposta for **Sim**, preencha esta seção.

Nome _____ Essa pessoa mora na sua casa? Sim Não

13. Você tem um filho ou filha que morou em casa pelo menos nos últimos dois anos antes de você ser admitido no centro médico e cuidou de você, permitindo que ficasse em casa? Sim Não. Se a resposta for **Sim**, preencha esta seção.

Nome _____ Essa pessoa mora na sua casa? Sim Não

14. Você tem um parente dependente? Sim Não. Se a resposta for **Sim**, preencha esta seção.

Nome _____ Essa pessoa mora na sua casa? Sim Não

Descreva o parentesco e a natureza da dependência: _____

15. Você pretende voltar para a sua casa? Sim Não

(Não responda a esta pergunta se estiver solicitando uma Dispensa para receber atendimento domiciliar e comunitário).

16. Você ou seu cônjuge é proprietário ou tem interesse legítimo em **outros** imóveis não listados no item 8 acima? Sim Não

Se a resposta for **Sim**, descreva o imóvel e indique o endereço abaixo.

Se precisar de mais espaço, use uma folha separada.

Seguro de cuidados de longo prazo

17. Você ou seu cônjuge tem seguro de cuidados de longo prazo? Sim Não

Se a resposta for **Sim**, preencha esta seção. Se a resposta for **Não**, vá para a próxima seção (**Declarações de imposto de renda**).

Envie uma cópia da apólice.

Nome da empresa/número da apólice

Nome do titular da apólice

Data de início (mm/dd/yyyy)

Valor do prêmio US\$

Nome da empresa/número da apólice

Nome do titular da apólice

Data de início (mm/dd/yyyy)

Valor do prêmio US\$

Declarações de imposto de renda

18. Você ou seu cônjuge fez declaração de imposto de renda nos EUA nos últimos dois anos? (Assinale uma opção).

Sim, ambos os anos Sim, um desses anos Não, nenhum ano

Se a resposta for sim, você deverá **enviar cópias** dessas declarações de renda. Se você não guardou cópias de uma ou mais dessas declarações, **deverá enviar um formulário IRS 4506 preenchido e assinado**. O formulário 4506 está incluído no final deste pedido.

ASSINE ESTE SUPLEMENTO.

Ao assinar este suplemento abaixo, certifico sob as penas e penalidades de perjúrio que as declarações feitas são verdadeiras e completas, tanto quanto é do meu conhecimento e concordo em aceitar e cumprir os direitos e responsabilidades.

Importante: se você estiver enviando este suplemento como representante autorizado, deverá enviar um Formulário de designação de representante autorizado (ARD) para que o pedido seja processado. É importante preencher este formulário, pois esta é a única maneira de falarmos com você sobre este pedido.

Assinatura do requerente/membro ou representante autorizado

Nome em letra de forma

Data

Preencha este suplemento se você ou um membro da família for indígena americano ou nativo do Alasca.

Conte sobre o(s) membro(s) da família que é indígena americano ou nativo do Alasca.

Indígenas americanos e nativos do Alasca podem receber serviços dos Serviços de Saúde Indígena, programas de saúde tribais ou Programas de Saúde Indígena Urbana. Eles também podem não ter coparticipação e obter períodos especiais de cadastro mensal. Responda às seguintes perguntas para que a sua família receba o máximo de ajuda possível.

OBSERVAÇÃO: se você tiver mais pessoas para incluir, faça uma cópia desta página e anexe.

Pessoa 1 AI/AN

1. Nome (nome, nome do meio, sobrenome)

2. Membro de uma tribo reconhecida pelo governo federal?
 Sim Não
Se a resposta for **Sim**, nome da tribo

3. Membro de uma tribo reconhecida por Massachusetts?
 Sim Não
Se a resposta for **Sim**, nome da tribo

4. Essa pessoa já recebeu algum serviço do Serviço de Saúde Indígena, de um programa de saúde tribal ou do Programa de Saúde do Indígena Urbano, ou já foi encaminhada a um desses programas?
 Sim Não
Se a resposta for **Não**, essa pessoa se qualifica para receber serviços do Serviço de Saúde Indígena, programas de saúde tribal ou o Programa de Saúde do Índio Urbano, ou foi encaminhada por um desses programas?
 Sim Não
5. Certos fundos recebidos podem não ser contabilizados para o MassHealth. Informe qualquer renda (valor e com que frequência) informada no pedido que inclua dinheiro de:
 - pagamentos *per capita* de uma tribo provenientes de recursos naturais, direitos de uso, arrendamentos ou *royalties*;
 - pagamentos de recursos naturais, agricultura, pecuária, pesca, arrendamentos ou *royalties* de terras designadas como terras indígenas pelo Departamento do Interior (inclusive reservas e antigas reservas); ou
 - dinheiro da venda de objetos com significado cultural.
\$ _____ Com que frequência? _____

Pessoa 2 AI/AN

1. Nome (nome, nome do meio, sobrenome)

2. Membro de uma tribo reconhecida pelo governo federal?
 Sim Não
Se a resposta for **Sim**, nome da tribo

3. Membro de uma tribo reconhecida por Massachusetts?
 Sim Não
Se a resposta for **Sim**, nome da tribo

4. Essa pessoa já recebeu algum serviço do Serviço de Saúde Indígena, de um programa de saúde tribal ou do Programa de Saúde do Indígena Urbano, ou já foi encaminhada a um desses programas?
 Sim Não
Se a resposta for **Não**, essa pessoa se qualifica para receber serviços do Serviço de Saúde Indígena, programas de saúde tribal ou o Programa de Saúde do Índio Urbano, ou foi encaminhada por um desses programas?
 Sim Não
5. Certos fundos recebidos podem não ser contabilizados para o MassHealth. Informe qualquer renda (valor e com que frequência) informada no pedido que inclua dinheiro de:
 - pagamentos *per capita* de uma tribo provenientes de recursos naturais, direitos de uso, arrendamentos ou *royalties*;
 - pagamentos de recursos naturais, agricultura, pecuária, pesca, arrendamentos ou *royalties* de terras designadas como terras indígenas pelo Departamento do Interior (inclusive reservas e antigas reservas); ou
 - dinheiro da venda de objetos com significado cultural.
\$ _____ Com que frequência? _____

Preencha em letra de forma legível. Preencha todas as seções. Se você precisar de mais espaço para terminar qualquer seção deste formulário, use uma folha separada (inclua nome e número de seguro social) e anexe-a a este formulário.

Enviar para: MassHealth Enrollment Center
PO Box 4405
Taunton, MA 02780

Ou enviar por fax para: (857) 323-8300

Informações do solicitante/membro

Sobrenome	Nome	Nome do meio	Telefone ()
Número de seguro social	Data de nascimento (mm/dd/yyyy)		Gênero <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Endereço principal	Cidade	Estado	CEP

Informações sobre seus problemas de saúde

Liste e descreva abaixo todos os seus problemas médicos e de saúde mental. Inclua qualquer coisa que dificulte as atividades diárias, como tomar banho, comer, ir ao banheiro, vestir-se, etc., mesmo que não esteja recebendo tratamento para o problema.

- _____
- _____
- _____

Informações sobre as atividades diárias para as quais você precisa de ajuda física (prática)

Informe no quadro abaixo se precisar de ajuda de outra pessoa para realizar as seguintes atividades diárias. Se você marcar **Sim** em algum dos itens abaixo, informe com que frequência você precisa de ajuda.

Atividade diária	Você precisa de ajuda?	Quantas vezes por dia você precisa de ajuda?	Quantos dias por semana você precisa de ajuda?
Mobilidade (mover-se da cama para a cadeira, andar ou usar equipamento médico aprovado)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Tomar medicamentos	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Banho (banheira, banho na cama, chuveiro ou cadeira de banho) ou higiene geral (como escovar os dentes ou pentear o cabelo)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Vestir-se/tirar a roupa	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Exercícios de amplitude de movimento (exercitar as articulações ao movê-las)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Alimentação	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Ir ao banheiro (como entrar ou sair do banheiro, limpar-se, tirar e vestir a roupa ou trocar fraldas)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		

Informações do cuidador

Informe o(s) nome(s) e o parentesco com você da(s) pessoa(s) que o ajuda(m) no momento.

Nome do cuidador	Parentesco ou relação (parente, vizinho, assistente de cuidados pessoais)
Nome do cuidador	Parentesco ou relação (parente, vizinho, assistente de cuidados pessoais)

Certifico, sob pena de perjúrio, que as informações contidas neste formulário estão corretas e completas tanto quanto é do meu conhecimento.

Se você estiver agindo em nome de alguém ao preencher este formulário, um Formulário de designação de representante autorizado também deverá ser preenchido e enviado com este formulário. Sua assinatura neste formulário como representante autorizado verifica que as informações neste formulário estão corretas e completas tanto quanto é do seu conhecimento.

X _____
Assinatura do solicitante/membro ou representante autorizado Nome em letra de forma Data

Responda a essas perguntas se alguém da família se qualificar para cobertura de saúde por meio de um emprego, quer a pessoa esteja ou não cadastrada na cobertura. Anexe uma cópia desta página para cada emprego que oferece cobertura.

CONTE-NOS SOBRE O EMPREGO QUE OFERECE COBERTURA.

INFORMAÇÃO DO EMPREGADO

- | | |
|--|--|
| 1. Nome do empregado (nome, nome do meio, sobrenome) | 2. Número de seguro social do empregado
_____ - _____ - _____ |
|--|--|
3. a. Pelo menos uma pessoa neste pedido está atualmente qualificada ou cadastrada na cobertura oferecida por este empregador, ou pelo menos uma pessoa neste pedido se qualificará nos próximos três meses? Sim Não
Se a resposta para 3a for **Sim**, continue. Se a resposta para 3a for **não**, pare aqui e pule o restante do Suplemento D.
- b. Se alguma pessoa estiver em período de espera ou de experiência, quando ela poderá se registrar para a cobertura?
(mm/dd/yyyy) _____

INFORMAÇÕES DO EMPREGADOR

- | | | |
|---------------------------|---|---------|
| 4. Nome do empregador | 5. Número federal do contribuinte (se conhecido)
_____ - _____ | |
| 6. Endereço do empregador | 7. Telefone do empregador
() | |
| 8. Cidade | 9. Estado | 10. CEP |
11. Quem podemos contatar sobre a cobertura de saúde do funcionário neste emprego?
- | | |
|--------------------------------------|------------|
| 12. Telefone (se diferente do acima) | 13. E-mail |
|--------------------------------------|------------|

CONTE-NOS SOBRE O PLANO DE SAÚDE OFERECIDO POR ESTE EMPREGADOR.

14. O empregador oferece plano de saúde que atende ao padrão de valor mínimo*? Sim Não
15. a. Qual é o nome do plano de saúde individual de menor custo oferecido ao empregado?

- b. O plano de saúde oferecido pelo empregador atende ao padrão de valor mínimo para cobertura? Sim Não
- c. Quanto o empregado tem de pagar em prêmios pelo plano de menor custo que atende ao padrão de valor mínimo? Informe apenas o custo dos planos de saúde individuais, não o custo de um plano de saúde familiar. US\$ _____
- d. Com que frequência o funcionário paga ou pagaria esse valor? _____
16. Que mudança o empregador fará para o novo ano do plano (se conhecido)?
- a. O empregador não oferecerá cobertura de saúde
Data de término da cobertura (mm/dd/yyyy): _____
- b. A pessoa planeja abandonar a cobertura de saúde do empregador
Data de término da cobertura (mm/dd/yyyy): _____
- c. O empregador começará a oferecer cobertura de saúde aos funcionários ou alterará o prêmio para o plano de menor custo disponível apenas para o funcionário que atender ao padrão de valor mínimo.*
(O prêmio deverá refletir o desconto para programas de bem-estar).
Quanto o empregado deverá pagar em prêmios pelo plano de menor custo que atenda ao padrão de valor mínimo? Informe apenas o custo dos planos de saúde individuais, não o custo de um plano de saúde familiar. US\$ _____
Com que frequência? Semanal A cada 2 semanas Duas vezes por mês Mensal Trimestral Anual
Data de alteração (mm/dd/yyyy) _____

*Um plano de saúde patrocinado pelo empregador atende ao "padrão de valor mínimo" se a participação do plano nos custos totais de benefícios permitidos cobertos pelo plano for de pelo menos 60% desses custos (Seção 36B(c)(2)(C)(ii) do Internal Revenue Code de 1986.

Status de imigração e tipos de documentos

As perguntas 9a e 19a no pedido pergunta aos não cidadãos sobre seu status de imigração e sobre o tipo ou tipos de documentos de imigração que eles têm para comprovar o status de imigração. Consulte as seguintes listas para responder as perguntas 9a e 19a. Se precisar de mais ajuda, os detalhes podem ser encontrados on-line em www.MAhealthconnector.org/immigration-document-types.

Status de imigração para se qualificar

Na seção “Status de imigração” das perguntas 9a e 19a, informe o status que descreve o seu caso ou os de membros da sua família. Você pode informar mais de um status.

- Americano-asiático
- Asilo concedido
- Haitiano ou cubano
- Deportação suspensa
- Nativo americano nascido no Canadá ou em territórios fora dos EUA
- Refugiado
- A própria pessoa ou o cônjuge, filho(a), irmã(o) ou pai/mãe é vítima de tráfico gravíssimo
- Imigrante especial iraquiano
- Imigrante especial afegão ou certos afegãos refugiados
- Entrada condicional concedida antes de 1980
- Veterano ou membro ativo das forças armadas ou seu cônjuge ou dependente
- Migrante COFA
- Residente permanente legal
- Concessão de permissão de estadia temporária (parole) por pelo menos um ano
- Cônjuge ou filho agredido (ou seu pai/mãe ou filho)
- Status de não imigrante (visto)
- Concessão de permissão de estadia temporária (parole) por menos de um ano
- Concessão de status de residente temporário

- Concessão de Status de Proteção Temporária (TPS) ou solicitante de TPS com autorização de emprego
- Autorização de emprego concedida sob 8 CFR 274a(12)(c)
- Beneficiários da unidade familiar
- Partida forçada diferida
- Status de Ação Diferida, exceto para Ação Diferida para Chegadas na Infância (DACA)
- Concessão de estada? administrativa de remoção sob 8 CFR 241
- Petição de visto aprovada com pedido pendente de ajuste de status
- Requerente de asilo ou de suspensão de remoção com autorização de trabalho
- Requerente (por pelo menos 180 dias) de asilo ou suspensão de remoção menor de 14 anos
- Concessão de suspensão de remoção de acordo com a Convenção Contra a Tortura
- Requerente de status de Imigrante Especial Juvenil (SIJ)
- Requerente ou status concedido sob Ação Diferida para Chegadas na Infância (DACA)
- Tenha um documento, mas não consta nenhum status listado acima (pessoa residente sob a cor da lei, PRUCOL)

Tipos de documentos de imigração

Na seção “Tipo de documento de imigração” das perguntas 9a e 19a, informe o tipo de documento que você ou membros da sua família tenham. Você pode listar mais de um tipo de documento de imigração.

- Permissão de reentrada (I-327)
- Cartão de Residente Permanente (“green card”, I-551)
- Documento de viagem para refugiados (I-571)
- Cartão de Autorização de Emprego (I-766)
- Visto de imigrante legível por máquina (com idioma temporário I-551)
- Carimbo temporário I-551 (no passaporte ou I-94, I-94A)
- Registro de chegada e saída (I-94, I-94A) emitido pelos Serviços de Cidadania e Imigração dos EUA
- Registro de chegada e saída em passaporte estrangeiro não vencido (I-94)
- Passaporte estrangeiro não vencido
- Certificado de qualificação para status de estudante (F1) não imigrante (I-20)
- Certificado de qualificação para status de visitante de intercâmbio (J1) (DS2019)
- Notificação de ação (I-797)/outro com número de estrangeiro
- Notificação de ação (I-797)/outro com número I-94

RAÇA OU ETNIA (OPCIONAL) Escolha a(s) opção(ões) que melhor descrevem você. Informe todas as opções relevantes para o seu caso. Especifique na pergunta 5, na página 2, e na pergunta 14, na página 7.

Índigena americano ou nativo do Alasca (conclua a Etapa 3 e o Suplemento B)

Negro ou afro-americano

Branco ou caucasiano

Origem hispânica, latina ou espanhola

- Cubano
- Mexicano, mexicano-americano ou chicano
- Porto-riquenho
- Outra origem hispânica/latina/espanhola

Asiático

- Indiano asiático
- Chinês
- Japonês
- Coreano
- Vietnamita
- Outros asiáticos

Nativo das Ilhas do Pacífico

- Filipino
- Nativo de Guam ou chamorro
- Nativo do Havai
- Samoano
- Nativo de outras ilhas do Pacífico

Escolha não responder

Para qualquer raça ou etnia não listada aqui, especifique na pergunta 5, na página 2, e na pergunta 14, na página 7.

Formulário de designação de representante autorizado



Envie este formulário caso queira designar um representante autorizado para agir em seu nome. Se um representante autorizado tiver assinado o pedido em seu nome, ou se você for representante autorizado solicitando em nome de outra pessoa, **DEVERÁ** enviar este formulário para que o pedido seja processado.

Não é necessário preencher este formulário caso more em uma instituição e deseja que cópias das notificações de elegibilidade sejam enviadas a você e ao seu cônjuge que ainda mora em casa. Isso será feito automaticamente.

Observação: um representante autorizado tem poder para agir em nome de um solicitante ou membro em todas as questões com o MassHealth e o Health Connector, e receberá informações pessoais sobre o representado até recebermos uma notificação de cancelamento rescindindo essa representação, ou após a morte do solicitante ou membro. Esse poder não será rescindido automaticamente assim que processarmos o pedido.

É possível escolher alguém para ajudar você.

É possível escolher um representante autorizado para ajudar você a obter cobertura de saúde por meio de programas oferecidos pelo MassHealth e pelo Health Connector. Você pode fazer isso ao preencher este formulário (o Formulário de Designação de Representante Autorizado). Você ou um representante pode assinar por si mesmo e pelos dependentes menores de 18 anos de quem você seja o pai ou mãe que exerce a custódia. Você não é obrigado a ter um representante para solicitar ou receber benefícios.

Quem pode me ajudar?

1. Um representante autorizado pode ser um amigo, membro da família, parente ou outra pessoa ou organização de sua escolha que concorde em ajudar. Cabe a você escolher um representante autorizado, se desejar. Nem o MassHealth nem o Health Connector escolherão um representante autorizado por você. Você deverá designar por escrito (preencher a Seção I, parte A) a pessoa ou organização que deseja ter como representante autorizado. O representante autorizado também deve preencher a Seção I, Parte B. Às vezes, nos referimos a essa pessoa ou organização como "representante autorizado da Seção I".
2. Se você não puder designar um representante autorizado por escrito e não tiver um representante autorizado ou outra pessoa autorizada por lei a representar você, uma pessoa (não uma organização) que garantir que representará você com responsabilidade poderá ser seu representante autorizado se preencher a Seção II deste formulário. Às vezes nos referimos a essa pessoa como "representante autorizado da Seção II".
3. Um representante autorizado também pode ser alguém que tenha sido nomeado por lei para representar você ou em nome do inventariante de um solicitante ou membro que tenha falecido. Essa pessoa deverá preencher a Seção III. Você ou essa pessoa deverá nos enviar, além deste formulário, uma cópia do documento legal declarando que essa pessoa tem poder para representar você ou o inventariante de um solicitante ou membro falecido. Às vezes nos referimos a essa pessoa como "representante autorizado da Seção III".
4. Um representante autorizado da **Seção III** pode ser um tutor legal, curador, titular de procuração ou agente de assistência médica denominado, ou, se o solicitante ou membro tiver falecido, o inventariante.

O que um representante autorizado pode fazer?

Um representante autorizado da Seção I ou II pode:

- preencher formulários de pedido ou renovação;
- preencher outros formulários do MassHealth ou Health Connector de elegibilidade ou admissão;
- comprovar as informações apresentadas nesses formulários;
- informar mudanças de renda, endereço ou outras circunstâncias;
- obter cópias de todas as notificações de elegibilidade e admissão do MassHealth e Health Connector; e
- representar você em todos os demais assuntos com o MassHealth e o Health Connector.

O que um representante autorizado da Seção III está autorizado a fazer por você (ou pelo inventário de um solicitante ou membro falecido) dependerá da redação da nomeação legal.

Observe que: as notificações de elegibilidade podem incluir informações sobre outros membros do domicílio de um solicitante ou membro. Se houver várias pessoas na sua residência, talvez não seja possível enviar cópias de algumas das suas notificações ao seu representante autorizado, a menos que cada membro do domicílio também tenha designado o mesmo representante autorizado, ao preencher um formulário de designação de representante autorizado separadamente.

SEÇÃO 1 Designação de representante autorizado (se o solicitante ou membro puder assinar)

Parte A – a ser preenchida pelo solicitante ou membro. Use letra de forma, exceto na assinatura.

Nome do solicitante/membro		Data de nascimento do solicitante/membro (dd/mm/aaaa)
Número de identificação do MassHealth _____ OU últimos quatro dígitos do SSN do solicitante/membro _____		
E-mail do solicitante/membro		
Certifico que escolhi a pessoa ou organização a seguir para ser meu representante autorizado e de dependentes menores de 18 anos dos quais sou o pai ou a mãe em exercício de custódia. Confirmo também que entendo os deveres e responsabilidades que essa pessoa ou organização terá (conforme explicado anteriormente neste formulário).		
Assinatura do solicitante/membro		Data
Nome do representante autorizado	Telefone do representante autorizado	
Endereço do representante autorizado (endereço para correspondência, cidade, estado, CEP)		

Parte B – a ser preenchida pelo representante autorizado. Use letra de forma, exceto na assinatura.

B1. PREENCHER SE O REPRESENTANTE AUTORIZADO FOR UMA PESSOA.

Certifico que sempre mantereirei a confidencialidade de todas as informações sobre o solicitante ou membro estabelecido acima e, se for o caso, dos dependentes do solicitante ou membro, que me forem fornecidas pelo MassHealth ou pelo Health Connector. Se eu também for prestador de serviços, funcionário ou voluntário afiliado a uma organização e estiver agindo na qualidade de prestador de serviços, funcionário ou voluntário em relação à minha designação como representante autorizado, certifico que sempre cumprirei todas as leis e regulamentações estaduais e federais em vigor em relação à confidencialidade de informações e conflitos de interesse, inclusive aqueles estabelecidos no Código de Regulamentos Federais (C.F.R.) 42, parte 431, subparte F, C.F.R. 42 § 447.10 e C.F.R. 45 § 155.260(f).

Assinatura do representante autorizado		Data
Nome do representante autorizado em letra de forma	E-mail do representante autorizado	

B2. PREENCHA SE O REPRESENTANTE AUTORIZADO FOR UMA ORGANIZAÇÃO.

Certifico, em nome da organização indicada abaixo, que esta sempre manterá a confidencialidade de todas as informações sobre o solicitante ou membro indicado acima e, se for o caso, sobre os dependentes do solicitante ou membro, que forem apresentadas à organização pelo MassHealth ou pelo Health Connector.

Eu, o prestador de serviços, funcionário ou voluntário da organização indicada abaixo, ao preencher este formulário, certifico, em meu nome e em nome da organização que represento, que qualquer prestador de serviços, funcionário ou voluntário que atue em nome da organização em conexão com esta designação de representante autorizado cumprirá sempre todas as leis e regulamentações estaduais e federais em vigor em relação à confidencialidade de informações e conflitos de interesse, inclusive aqueles estabelecidos no C.F.R. 42, parte 431, subparte F, C.F.R. 42 § 447.10 e C.F.R. 45 § 155.260(f).

Assinatura do prestador de serviços, funcionário ou voluntário preenchendo o formulário		Data
Nome em letra de forma do prestador de serviços, funcionário ou voluntário preenchendo o formulário		
E-mail do prestador de serviços, funcionário ou voluntário preenchendo o formulário		Nome da organização representante autorizada

SEÇÃO 2 Designação de representante autorizado (se o solicitante ou membro não puder apresentar a designação por escrito)

A ser preenchido pelo representante autorizado. Use letra de forma, exceto na assinatura. Preencha um formulário para cada solicitante ou membro.

UMA ORGANIZAÇÃO NÃO SE QUALIFICA PARA SER REPRESENTANTE AUTORIZADA NESTA SEÇÃO.

Certifico que o solicitante ou membro indicado abaixo não pode apresentar designação por escrito e, salvo informação em contrário, não tem uma pessoa que possa ser seu representante autorizado, como um representante autorizado já existente, tutor, curador, inventariante, titular de procuração ou agente de assistência médica denominado. Além disso, certifico que estou suficientemente ciente das circunstâncias deste solicitante ou membro para assumir a responsabilidade pela exatidão das declarações feitas em seu nome durante o processo de elegibilidade e em outras comunicações com o MassHealth ou o Health Connector, que entendo meus direitos e minhas responsabilidades como representante autorizado dessa pessoa (conforme explicado anteriormente neste formulário). Se a pessoa conseguir entender a situação, informei a ela que o MassHealth e o Health Connector me enviarão cópias de todas as notificações de elegibilidade e admissão, com o que ela concorda; eu ainda disse a ela que poderá me excluir ou substituir da função de representante autorizado a qualquer momento pelos métodos descritos anteriormente neste formulário.

Certifico ainda que sempre mantereirei a confidencialidade de todas as informações relativas ao solicitante ou membro abaixo que a mim forem enviadas pelo MassHealth ou pelo Health Connector.

Caso eu também seja prestador de serviços, funcionário ou voluntário de uma organização e esteja atuando na qualidade de prestador de serviços, funcionário ou voluntário em relação à designação como representante autorizado, certifico ainda que sempre cumprirei todas as leis e regulamentações estaduais e federais em vigor em relação à confidencialidade de informações e conflitos de interesse, inclusive aqueles estabelecidos no C.F.R. 42, parte 431, subparte F, C.F.R. 42 § 447.10 e C.F.R. 45 § 155.260(f).

Nome do solicitante/membro	Data de nascimento do solicitante/membro (mm/dd/aaaa)
Número de identificação do MassHealth _____ OU últimos quatro dígitos do SSN do solicitante/membro _____	
Assinatura do representante autorizado	Data (mm/dd/aaaa)
Nome do representante autorizado (nome, nome do meio, sobrenome)	Telefone do representante autorizado
Endereço do representante autorizado (endereço para correspondência, cidade, estado, CEP)	E-mail do representante autorizado

Se o representante autorizado da Seção II for afiliado a uma organização e estiver atuando como tal, um indivíduo autorizado a responder em nome da organização, como executivo, deverá assinar abaixo para indicar o reconhecimento e a concordância da organização com as representações e garantias feitas acima.

Nome do executivo	Cargo do executivo
Assinatura do executivo	Data (dd/mm/aaaa)

SEÇÃO 3 Designação de representante autorizado (se nomeado por lei)

A ser preenchido por um representante autorizado nomeado por lei (com autorização para atuar em nome do solicitante ou membro na tomada de decisões relacionadas aos cuidados de saúde, incluindo, entre outros, tutor, curador, inventariante de um solicitante ou membro, titular de procuração ou agente de assistência médica denominado). Use letra de forma, exceto na assinatura. Envie uma cópia do documento legal relevante com este formulário.

Certifico que sempre manterei a confidencialidade de todas as informações relativas ao solicitante ou membro, conforme estabelecido abaixo, que forem a mim fornecidas pelo MassHealth ou pelo Health Connector.

Nome do solicitante/membro	Data de nascimento do solicitante/membro (dd/mm/aaaa)
Número de identificação do MassHealth _____ OU últimos quatro dígitos do SSN do solicitante/membro _____	
Assinatura do representante autorizado	Data (dd/mm/aaaa)
Nome do representante autorizado (nome, nome do meio, sobrenome)	Telefone do representante autorizado
Endereço do representante autorizado (endereço para correspondência, cidade, estado, CEP)	E-mail do representante autorizado

Como terminar a designação de um representante autorizado?

Se decidir que não quer mais um representante autorizado de Seção I ou Seção II representante autorizado, você deverá notificar o MassHealth ou Health Connector por correio, fax ou telefone no momento em que desejar que a designação termine. Veja abaixo as informações de contato. Se você enviar este aviso por correio ou fax para nós, o aviso deve incluir seu nome, endereço e data de nascimento, o nome de seu representante autorizado, uma declaração de que a designação terminou e sua assinatura ou, se você não puder fornecer aviso por escrito, a assinatura de alguém agindo em seu nome (no caso de um Seção II representante autorizado apenas).

Além disso, se o representante autorizado notificar o MassHealth ou Health Connector que ele(a) ou a organização não está mais agindo em seu nome, ele ou ela ou a organização deixará de ser reconhecido(a) como seu representante autorizado.

A autorização de um representante da Seção I ou da Seção II termina quando a sua nomeação legal termina.

A designação do representante autorizado de Seção III a designação do representante autorizado termina quando a sua nomeação legal termina. O representante autorizado deverá notificar o MassHealth ou Health Connector conforme as instruções acima.

Além disso, a designação de um representante autorizado para um menor termina na data de aniversário de 18 anos.

Como devo enviar este formulário?

Se você estiver solicitando benefícios de saúde, envie o formulário de designação de representante autorizado preenchido com o pedido.

Se você já estiver recebendo benefícios, deverá enviar o formulário no momento em que desejar designar um representante autorizado, ou que desejar o encerramento da designação declarada.

- Envie o formulário para:

Health Insurance Processing Center
P. O. Box 4405
Taunton, MA 02780;

- Envie o formulário por fax para (857) 323-8300; ou
- Ligue para (800) 841-2900, TTY: (800) 497-4648 para pessoas surdas, com deficiência auditiva ou de fala.

Request for Copy of Tax Return

- ▶ **Do not sign this form unless all applicable lines have been completed.**
- ▶ **Request may be rejected if the form is incomplete or illegible.**
- ▶ **For more information about Form 4506, visit www.irs.gov/form4506.**

Tip. You may be able to get your tax return or return information from other sources. If you had your tax return completed by a paid preparer, they should be able to provide you a copy of the return. The IRS can provide a **Tax Return Transcript** for many returns free of charge. The transcript provides most of the line entries from the original tax return and usually contains the information that a third party (such as a mortgage company) requires. See **Form 4506-T, Request for Transcript of Tax Return**, or you can quickly request transcripts by using our automated self-help service tools. Please visit us at IRS.gov and click on "Get a Tax Transcript..." or call 1-800-908-9946.

1a Name shown on tax return. If a joint return, enter the name shown first.	1b First social security number on tax return, individual taxpayer identification number, or employer identification number (see instructions)
2a If a joint return, enter spouse's name shown on tax return.	2b Second social security number or individual taxpayer identification number if joint tax return
3 Current name, address (including apt., room, or suite no.), city, state, and ZIP code (see instructions)	
4 Previous address shown on the last return filed if different from line 3 (see instructions)	
5 If the tax return is to be mailed to a third party (such as a mortgage company), enter the third party's name, address, and telephone number.	

Caution: If the tax return is being sent to the third party, ensure that lines 5 through 7 are completed before signing. (see instructions).

6 Tax return requested. Form 1040, 1120, 941, etc. and all attachments as originally submitted to the IRS, including Form(s) W-2, schedules, or amended returns. Copies of Forms 1040, 1040A, and 1040EZ are generally available for 7 years from filing before they are destroyed by law. Other returns may be available for a longer period of time. Enter only one return number. If you need more than one type of return, you must complete another Form 4506. ▶ _____

Note: If the copies must be certified for court or administrative proceedings, check here

7 Year or period requested. Enter the ending date of the tax year or period using the mm/dd/yyyy format (see instructions).

____ / ____ / ____ ____ / ____ / ____ ____ / ____ / ____ ____ / ____ / ____

____ / ____ / ____ ____ / ____ / ____ ____ / ____ / ____ ____ / ____ / ____

8 Fee. There is a \$43 fee for each return requested. Full payment must be included with your request or it will be rejected. Make your check or money order payable to "United States Treasury." Enter your SSN, ITIN, or EIN and "Form 4506 request" on your check or money order.	
a Cost for each return	\$ _____
b Number of returns requested on line 7	_____
c Total cost. Multiply line 8a by line 8b	\$ _____

9 If we cannot find the tax return, we will refund the fee. If the refund should go to the third party listed on line 5, check here

Caution: Do not sign this form unless all applicable lines have been completed.

Signature of taxpayer(s). I declare that I am either the taxpayer whose name is shown on line 1a or 2a, or a person authorized to obtain the tax return requested. If the request applies to a joint return, at least one spouse must sign. If signed by a corporate officer, 1 percent or more shareholder, partner, managing member, guardian, tax matters partner, executor, receiver, administrator, trustee, or party other than the taxpayer, I certify that I have the authority to execute Form 4506 on behalf of the taxpayer. **Note:** This form must be received by IRS within 120 days of the signature date.

Signatory attests that he/she has read the attestation clause and upon so reading declares that he/she has the authority to sign the Form 4506. See instructions. Phone number of taxpayer on line 1a or 2a

Sign Here	▶ Signature (see instructions)	Date
	▶ Print/Type name	Title (if line 1a above is a corporation, partnership, estate, or trust)
	▶ Spouse's signature	Date
	▶ Print/Type name	

Section references are to the Internal Revenue Code unless otherwise noted.

Future Developments

For the latest information about Form 4506 and its instructions, go to www.irs.gov/form4506.

General Instructions

Caution: Do not sign this form unless all applicable lines, including lines 5 through 7, have been completed.

Designated Recipient Notification. Internal Revenue Code, Section 6103(c), limits disclosure and use of return information received pursuant to the taxpayer's consent and holds the recipient subject to penalties for any unauthorized access, other use, or redisclosure without the taxpayer's express permission or request.

Taxpayer Notification. Internal Revenue Code, Section 6103(c), limits disclosure and use of return information provided pursuant to your consent and holds the recipient subject to penalties, brought by private right of action, for any unauthorized access, other use, or redisclosure without your express permission or request.

Purpose of form. Use Form 4506 to request a copy of your tax return. You can also designate (on line 5) a third party to receive the tax return.

How long will it take? It may take up to 75 calendar days for us to process your request.

Where to file. Attach payment and mail Form 4506 to the address below for the state you lived in, or the state your business was in, when that return was filed. There are two address charts: one for individual returns (Form 1040 series) and one for all other returns.

If you are requesting a return for more than one year or period and the chart below shows two different addresses, send your request based on the address of your most recent return.

Chart for individual returns (Form 1040 series)

If you filed an individual return and lived in:

Florida, Louisiana, Mississippi, Texas, a foreign country, American Samoa, Puerto Rico, Guam, the Commonwealth of the Northern Mariana Islands, the U.S. Virgin Islands, or A.P.O. or F.P.O. address

Mail to:

Internal Revenue Service
RAIVS Team
Stop 6716 AUSC
Austin, TX 73301

Alabama, Arkansas, Delaware, Georgia, Illinois, Indiana, Iowa, Kentucky, Maine, Massachusetts, Minnesota, Missouri, New Hampshire, New Jersey, New York, North Carolina, Oklahoma, South Carolina, Tennessee, Vermont, Virginia, Wisconsin

Internal Revenue Service
RAIVS Team
Stop 6705 S-2
Kansas City, MO 64999

Alaska, Arizona, California, Colorado, Connecticut, District of Columbia, Hawaii, Idaho, Kansas, Maryland, Michigan, Montana, Nebraska, Nevada, New Mexico, North Dakota, Ohio, Oregon, Pennsylvania, Rhode Island, South Dakota, Utah, Washington, West Virginia, Wyoming

Internal Revenue Service
RAIVS Team
P.O. Box 9941
Mail Stop 6734
Ogden, UT 84409

Chart for all other returns

For returns not in Form 1040 series, if the address on the return was in:

Mail to:

Connecticut, Delaware, District of Columbia, Georgia, Illinois, Indiana, Kentucky, Maine, Maryland, Massachusetts, Michigan, New Hampshire, New Jersey, New York, North Carolina, Ohio, Pennsylvania, Rhode Island, South Carolina, Tennessee, Vermont, Virginia, West Virginia, Wisconsin

Internal Revenue Service
RAIVS Team
Stop 6705 S-2
Kansas City, MO
64999

Alabama, Alaska, Arizona, Arkansas, California, Colorado, Florida, Hawaii, Idaho, Iowa, Kansas, Louisiana, Minnesota, Mississippi, Missouri, Montana, Nebraska, Nevada, New Mexico, North Dakota, Oklahoma, Oregon, South Dakota, Texas, Utah, Washington, Wyoming, a foreign country, American Samoa, Puerto Rico, Guam, the Commonwealth of the Northern Mariana Islands, the U.S. Virgin Islands, or A.P.O. or F.P.O. address

Internal Revenue Service
RAIVS Team
P.O. Box 9941
Mail Stop 6734
Ogden, UT 84409

Specific Instructions

Line 1b. Enter the social security number (SSN) or individual taxpayer identification number (ITIN) for the individual listed on line 1a, or enter the employer identification number (EIN) for the business listed on line 1a. For example, if you are requesting Form 1040 that includes Schedule C (Form 1040), enter your SSN.

Line 3. Enter your current address. If you use a P.O. box, please include it on this line 3.

Line 4. Enter the address shown on the last return filed if different from the address entered on line 3.

Note. If the addresses on lines 3 and 4 are different and you have not changed your address with the IRS, file Form 8822, Change of Address, or Form 8822-B, Change of Address or Responsible Party — Business, with Form 4506.

Line 7. Enter the end date of the tax year or period requested in mm/dd/yyyy format. This may be a calendar year, fiscal year or quarter. Enter each quarter requested for quarterly returns. Example: Enter 12/31/2018 for a calendar year 2018 Form 1040 return, or 03/31/2017 for a first quarter Form 941 return.

Signature and date. Form 4506 must be signed and dated by the taxpayer listed on line 1a or 2a. The IRS must receive Form 4506 within 120 days of the date signed by the taxpayer or it will be rejected. Ensure that all applicable lines, including lines 5 through 7, are completed before signing.



You must check the box in the signature area to acknowledge you have the authority to sign and request the information. The form will not be processed and returned to you if the box is unchecked.

Individuals. Copies of jointly filed tax returns may be furnished to either spouse. Only one signature is required. Sign Form 4506 exactly as your name appeared on the original return. If you changed your name, also sign your current name.

Corporations. Generally, Form 4506 can be signed by: (1) an officer having legal authority to bind the corporation, (2) any person designated by the board of directors or other governing body, or (3) any officer or employee on written request by any principal officer and attested to by the secretary or other officer. A bona fide shareholder of record owning 1 percent or more of the outstanding stock of the corporation may submit a Form 4506 but must provide documentation to support the requester's right to receive the information.

Partnerships. Generally, Form 4506 can be signed by any person who was a member of the partnership during any part of the tax period requested on line 7.

All others. See section 6103(e) if the taxpayer has died, is insolvent, is a dissolved corporation, or if a trustee, guardian, executor, receiver, or administrator is acting for the taxpayer.

Note: If you are Heir at law, Next of kin, or Beneficiary you must be able to establish a material interest in the estate or trust.

Documentation. For entities other than individuals, you must attach the authorization document. For example, this could be the letter from the principal officer authorizing an employee of the corporation or the letters testamentary authorizing an individual to act for an estate.

Signature by a representative. A representative can sign Form 4506 for a taxpayer only if this authority has been specifically delegated to the representative on Form 2848, line 5a. Form 2848 showing the delegation must be attached to Form 4506.

Privacy Act and Paperwork Reduction Act

Notice. We ask for the information on this form to establish your right to gain access to the requested return(s) under the Internal Revenue Code. We need this information to properly identify the return(s) and respond to your request. If you request a copy of a tax return, sections 6103 and 6109 require you to provide this information, including your SSN or EIN, to process your request. If you do not provide this information, we may not be able to process your request. Providing false or fraudulent information may subject you to penalties.

Routine uses of this information include giving it to the Department of Justice for civil and criminal litigation, and cities, states, the District of Columbia, and U.S. commonwealths and possessions for use in administering their tax laws. We may also disclose this information to other countries under a tax treaty, to federal and state agencies to enforce federal nontax criminal laws, or to federal law enforcement and intelligence agencies to combat terrorism.

You are not required to provide the information requested on a form that is subject to the Paperwork Reduction Act unless the form displays a valid OMB control number. Books or records relating to a form or its instructions must be retained as long as their contents may become material in the administration of any Internal Revenue law. Generally, tax returns and return information are confidential, as required by section 6103.

The time needed to complete and file Form 4506 will vary depending on individual circumstances. The estimated average time is: **Learning about the law or the form**, 10 min.; **Preparing the form**, 16 min.; and **Copying, assembling, and sending the form to the IRS**, 20 min.

If you have comments concerning the accuracy of these time estimates or suggestions for making Form 4506 simpler, we would be happy to hear from you. You can write to:

Internal Revenue Service
Tax Forms and Publications Division
1111 Constitution Ave. NW, IR-6526
Washington, DC 20224.

Do not send the form to this address. Instead, see *Where to file* on this page.