# REQUERIMENTO de cobertura de saúde para idosos e pessoas que precisam de cuidados de longo prazo

## COMO FAZER O REQUERIMENTO

Você pode enviar seu requerimento de qualquer uma das seguintes formas.

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
* Online no [mass.gov/how-to/apply-for-masshealth-coverage-for-seniors-and-people-of-any-age-who-need-long-term-care-services](http://mass.gov/how-to/apply-for-masshealth-coverage-for-seniors-and-people-of-any-age-who-need-long-term-care-services)

Para agendar uma consulta com um representante do MassHealth ou para fazer o requerimento pessoalmente, acesse [mass.gov/masshealth/appointment](http://mass.gov/masshealth/appointment).

Para obter os benefícios necessários, você precisa nos enviar a documentação que confirme a renda e os bens do seu agregado familiar.

**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 assine os direitos e responsabilidades do SNAP nas páginas 20 a 23. O requerimento 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 requerimento

Este é o requerimento 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 requerimento;
	+ 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 requerimento.)

Se você atender a quaisquer das seguintes exceções, deverá preencher o Requerimento de cobertura odontológica e de saúde e Ajuda para pagar custos (ACA-3). Para receber uma cópia deste requerimento, ligue para (800) 841-2900, TDD/TTY: 711.

* + 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 prazo 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;
	+ 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 (ARD) no final deste requerimento.

## MASSACHUSETTS HEALTH CONNECTOR

## Quem pode usar este requerimento

Este é o requerimento 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 REQUERIMENTO

### As seguintes informações DEVERÃO ser enviadas ao fazer o requerimento no MassHealth, Health Safety Net (HSN) e no Massachusetts Health Connector

### NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (SSN)

**Você deverá apresentar um SSN** ou comprovante de que qualquer pessoa neste requerimento também tenha requerido 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. Um **SSN é opcional para pessoas que não solicitarem cobertura de saúde, mas informar o SSN poderá acelerar o requerimento**. 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 da Previdência 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 requerimento 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 o seu agregado familiar.

### 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 requerimento poderá ser acelerado ao enviar comprovantes desses itens com ele.

* + Comprovante de cidadania/nacionalidade dos EUA 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 esse comprovante novamente. Você deverá apresentar um comprovante de identidade para todos os membros do seu agregado familiar que estiverem fazendo o requerimento. **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 Insurance, SSDI), não precisam apresentar comprovante de cidadania/nacionalidade e identidade americana.** (Consulte a seção 9 do Guia para Idosos para obter mais informações completas).
	+ 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 MAhealthconnector.org. Para ver a política de privacidade do MassHealth, visite mass.gov/service-details/ masshealth-member-privacy-information.

## O QUE ACONTECE A SEGUIR E ONDE CONSEGUIR AJUDA

Quando recebermos o requerimento 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 qualquerprovedor 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 requerimento, 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/TDD: 711. Este requerimento está disponível em outros idiomas. Ligue para o número acima para fazer um requerimento.

Se você tiver dúvidas sobre qualquer formulário ou as informações que precisa enviar, ligue para (800) 841-2900, TDD/TYY: 711.

# REQUERIMENTO de cobertura de saúde para idosos e pessoas que precisam de cuidados de longo prazo

**Preencha em letra de forma legível.** Responda todas as perguntas. Preencha todas as partes do requerimento, além de todos os suplementos relevantes. Se precisar de mais espaço, anexe uma folha separada ao requerimento. 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 requerimento 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 reduções de compartilhamento de custos ou créditos fiscais de prêmio antecipado pelo Health Connector, e não poderá adquirir um plano de saúde por meio do Health Connector, a menos que já 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 uma cobertura pelo plano Health Connector, que poderá incluir planos de créditos fiscais de prêmio antecipado e ConnectorCare.

Você:
Cônjuge:

**Observação: Program of All-inclusive Care for the Elderly (PACE)**

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 requerimento seja enviado ao Departamento de Assistência Transitória para servir como requerimento de benefícios do SNAP. Leia os direitos e responsabilidades nas páginas 18 a 23 e assine na página 24 para continuar o requerimento.

**O que acontece depois que você se inscrever para os benefícios do SNAP?**

**• O Departamento de Assistência Transicional (DTA) ligará para marcar uma entrevista pelo telefone e para verificar se você pode receber os benefícios emergenciais do SNAP dentro de sete dias.**

**• O DTA trabalhará com você para verificar as informações sobre o seu caso.**

**• Você receberá um cartão de Transferência Eletrônica de Benefícios (EBT) para acessar seus benefícios, se aprovados.**

**• Você receberá um aviso sobre a decisão do seu caso dentro de 30 dias.**

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

Um adulto do agregado familiar deverá ser a pessoa de contato do requerimento. Essa pessoa deverá ser alguém que conste no requerimento, 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 (mm/dd/aaaa)

3. Endereço principal
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?

Sim

Não

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

10. Endereço para correspondência
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. Nº de pessoas incluídas no requerimento

20. Qual é o seu idioma preferido, caso não seja o inglês? Falado Escrito*.*

*O idioma escrito de preferência pode ser usado nas comunicações com você. Se você não responder, os avisos serão enviados em inglês.*

21. Alguém neste requerimento está na prisão ou na cadeia? Selecione Não se a pessoa for solta nos próximos 60 dias.

Sim

Não

Se a resposta for **Sim**, quem? Digite o nome aqui:

Se a resposta for **Sim**, esta pessoa está aguardando julgamento?

Sim

Não

## APENAS PARA ASSISTENTES DE CADASTRO

Preencha esta seção se você for assistente de 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 - Informe sobre seu agregado familiar.

1. Nome, nome do meio, sobrenome e sufixo

2. Parentesco: VOCÊ MESMO

3. Qual sexo foi atribuído a você ao nascer? Masculino Femenino
*Este é o sexo que consta originalmente na sua certidão de nascimento.*

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 20 (acomodações) e vá para a seção Informações de renda na página 5.

**AS PERGUNTAS 5 A 9 SÃO OPCIONAIS:** o MassHealth empenha-se em fornecer cuidados equitativos para todos os membros, independentemente de raça, etnia, gênero, orientação sexual ou idioma falado. Responda às perguntas 5 a 9 para nos ajudar a atender às suas necessidades de idioma e cultura. Sua resposta é voluntária e não afetará sua qualificação (elegibilidade), nem será utilizada para fins discriminatórios.

5. Qual a melhor descrição para sua atual identidade de gênero? Selecione até cinco opções.

*Identidade de gênero é como uma pessoa define e compreende seu gênero como sendo masculino, feminino, não binário, gênero não conforme, transgênero ou outro.*

Masculino

Feminino

Homem transgênero/homem trans

Mulher transgênero/mulher trans

Genderqueer/gênero não conforme/não binário/que não se encaixa exclusivamente no masculino ou no feminine

Identidade de gênero não está listada. Favor especificar

Não sei

Prefiro não responder

6. Qual das opções abaixo melhor descreve a sua orientação sexual atual? Selecione até cinco opções.

*A orientação sexual descreve como uma pessoa define sua atração física e/ou emocional por outras pessoas.*

Straight ou heterosexual

Lésbica ou gay

Bissexual

Queer, pansexual ou questioning (questionamento de gênero)

Orientação sexual não está listada. Favor especificar

Não sei

Prefiro não responder

7. Sua origem ou descendência é hispânica ou latina?

*Hispânica ou latina refere-se a uma pessoa de cultura ou origem cubana, mexicana, porto-riquenha, sul-americana ou centro-americana, independentemente da raça.*

Sim, hispânica ou latina

Não, não hispânica nem latina

Não sei

Prefiro não responder

8. Raça (veja a página 32)

*Raça refere-se a como a pessoa se identifica com um ou mais grupos sociais. Você pode declarar várias raças.*

9. Etnia (veja a página 32)

*Etnia refere-se à sua origem, herança, cultura, descendência ou ao país onde você ou sua família nasceram.*

10. 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. 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 você precisar de ajuda para obter um SSN, ligue para a Administração da Previdência Social, pelo (800) 772-1213 (TTY: (800) 325-0778) ou acesse **socialsecurity.gov.**

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

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

Acabei de fazer o requerimento

Exceção para não cidadão

Exceção para doença

Exceção religiosa

Seu nome neste requerimento 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 sufixo

11. 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 11 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 11a (“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 requerimento.

a. É casado(a) perante a lei?

Sim

Não

Se a resposta for **Não**, pule para a pergunta 11c.

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 requerimento?

Sim

Não

c. Você reivindicará dependentes na declaração de imposto de renda do ano em que estiver fazendo o requerimento?

Sim

Não

Você fará um requerimento de dedução de isenção pessoal na declaração de renda para algum indivíduo listado nesta solicitação como dependente e que esteja 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 requerimento?

Sim

Não

Se você for declarado como dependente por outra pessoa na declaração de imposto de renda, isso poderá afetar a decisão se você se qualifica ou não 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**

Enviei a declaração de imposto de renda federal ao Internal Revenue Service (IRS) referente a cada ano dos últimos dois anos em que eu recebi Crédito Fiscal de Prêmio Antecipado (APTC), para reduzir meu pagamento mensal de prêmio, inclusive se eu estava inscrito no ConnectorCare. Incluí os formulários de imposto comprovando os créditos fiscais que eu recebi quando enviei minha declaração de renda, para que o IRS pudesse calcular o valor do Crédito Fiscal de Prêmio Antecipado ao qual eu tinha direito baseado na minha renda final do ano.

Sim

Não

Responda **Sim** se:

1. Você recebeu um APTC ou ConnectorCare no passado e

2. A afirmação for verdadeira para todas as pessoas do agregado familiar.

12. Você é cidadão dos EUA/tem nacionalidade dos EUA?

Sim

Não

Se **Sim**, você é cidadão naturalizado, tem cidadania derivada ou adquirida (não nasceu nos EUA)?

Sim

Não

Número de estrangeiro
Número do certificado de naturalização ou cidadania

13. 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 14.

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

Sim

Não

Poderá nos ajudar a processar o requerimento 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/aaaa)
(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/aaaa)

País

b. Você usou o mesmo nome neste requerimento 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 sufixo

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 grave

cônjuge, filho(a), irmã(o) ou pai/mãe de uma vítima de tráfico

cônjuge agredido

filho(a) ou pai/mãe do cônjuge agredido?

14. 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.

15. 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)

16. Você está grávida?

Sim

Não

Se a resposta for **Sim**, quantos bebês você está esperando?

Qual é a data prevista para o parto?

17. Você já morou em um acolhimento familiar?

Sim

Não

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

b. Você recebeu assistência médica por meio de um programa estadual do Medicaid?

Sim

Não

18. Você aluga ou é proprietário de um imóvel?

Aluga

É proprietário

19. 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:

20. 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. Adaptação

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)

21. 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 requerimento.)

22. Você tem alguma renda?

Sim

Não

Se não tiver renda, vá para a pergunta 34.

## EMPREGO ATUAL

## Se tiver mais empregos e precisar de mais espaço, anexe outra folha.

23. Nome e endereço do empregador

Nº de identificação fiscal federal

24. a. Salários/gorjetas (antes de impostos) **$**

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

25. Número médio de horas trabalhadas por SEMANA

26. 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.

27. 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? $/mês **lucro** ou **prejuízo** de $/mês?

c. Quantas horas você trabalha por semana?

## OUTROS RENDIMENTOS

28. Marque todas as opções relevantes. 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 de Seguro Social $ Com que frequência?

Aposentadoria ou pensão $ Com que frequência?

Valores anuais $ Com que frequência?

Fundos fiduciários $ Com que frequência?

Seguro-desemprego $ Com que frequência?

Juros, dividendos e outros rendimentos de investimentos $ Com que frequência?

Renda de royalties $ Com que frequência?

Pensão alimentícia recebida $ Com que frequência?

Se você 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. $

Benefícios de veterano federal $ Com que frequência?

Pagamento de aposentadoria militar $ Com que frequência?

Outros rendimentos tributáveis (inclua o tipo) $ Com que frequência? Tipo

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

$ /lucro ou $ /prejuízo

Renda líquida de agricultura ou pesca $ /lucro ou $ /prejuízo Quantos horas durante cada semana?

Prêmios de loteria e jogos de azar $ Data de início

Com que frequência

Apenas uma vez

Semanal

A cada duas semanas

Duas vezes por mês

Mensal

Trimestral

Anual

Prêmios não monetários não contam como loteria qualificada, e ganhos de jogos de azar não incorporam quaisquer prejuízos no valor.

## RENDA DE ALUGUEL

29. 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

Habilitado pelo proprietário?

Sim

Não

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

Sim

Não

## RENDA ÚNICA

30.Você recebeu ou receberá rendimentos neste ano como pagamento único?

Sí

No

Um exemplo pode incluir um pagamento à vista de pensão.

Se a resposta for **Sim**:

Tipo

Valor $

Mês do recebimento

Ano do recebimento

31. Você receberá renda durante o próximo ano como pagamento único?

Sim

Não

Se a resposta for **Sim**:

Tipo

Valor $

Mês do recebimento

Ano do recebimento

## ABATIMENTOS

32. 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 $

Certas despesas comerciais de reservistas, artistas performáticos ou funcionários públicos pagos por emolumentos: Valor anual $

Dedução da conta poupança de saúde (health savings accounts, ou HSAs, em inglês): Valor anual $

Despesas de mudança para membros das Forças Armadas: Valor anual $

Parte dedutível do imposto de trabalho autônomo: Valor anual $

Contribuição para planos de aposentadoria para autônomos, como SEP, SIMPLE e outros planos qualificados: Valor anual $

Dedução do seguro de saúde de autônomo: Valor anual $

Multa por saque antecipado de poupança: Valor anual $

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 $

Dedução da conta de aposentadoria individual (em inglês, Individual Retirement Account ou IRA): Valor anual $

Dedução do empréstimo estudantil (apenas juros, não pagamento total): Valor anual $

Nenhum

## RENDA ANUAL

33. Qual é a sua renda total esperada para o ano atual?

34. 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 do agregado familiar, se necessário. Caso contrário, vá para a Etapa 3: Membro(s) do agregado familiar que são indígenas americanos ou nativos do Alasca (AI/AN).***

## ETAPA 2 Pessoa 2–Cônjuge ou outras pessoas do agregado familiar

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 requerimento. Precisamos dessas informações para determinar se você se qualifica. Você também pode baixar páginas para pessoas adicionais em** [**mass.gov/masshealth**](https://www.mass.gov/masshealth)**.**

1. Nome, nome do meio, sobrenome e sufixo

2. Data de nascimento (mm/dd/aaaa)

3. Qual sexo foi atribuído a essa pessoa ao nascer?

Masculino

Femenino

*Este é o sexo que consta originalmente na certidão de nascimento.*

4. Parentesco com a Pessoa 1

5. Essa pessoa mora com a Pessoa 1?

Sim

Não

Se a resposta for **Não**, informe o endereço

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

MassHealth e Health Connector nas comunicações com você. Se você não responder, os avisos serão enviados em inglês.

Es posible que MassHealth y Health Connector se comuniquen por escrito con usted en su idioma de preferencia. Si usted no responde, le enviaremos los avisos en inglés.

14. Esta pessoa está fazendo o requerimento 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 30 (adaptações) e vá para a seção Informações de Renda na página 10.

**AS PERGUNTAS 5 A 19 SÃO OPCIONAIS: Leia as instruções para Perguntas 5 a 9, Pessoa 1.**

15. Qual melhor descreve a identidade de gênero atual dessa pessoa? Selecione até cinco opções.

Masculino

Feminino

Homem transgênero/homem trans

Mulher transgênero/mulher trans

Genderqueer/gênero não conforme/não binário/ que não se encaixa exclusivamente no masculino ou no feminino

A identidade de gênero não foi mencionada aqui (favor especificar)

Não sei

Prefiro não responder

16. Qual das opções abaixo melhor descreve a orientação sexual atual dessa pessoa? Selecione até cinco opções.

Straight ou heterossexual

Lésbica ou gay

Bissexual

Queer, pansexual ou questioning (questionamento de gênero)

Orientação sexual não está listada. (favor especificar)

Não sei

Prefiro não responder

17. Esta pessoa é de origem ou descendência hispânica ou latina?

Sim, hispânica ou latina

Não, não hispânica nem latina

Não sei

Prefiro não responder

18. Raça (veja a página 32)

19. Etnia (veja a página 32)

20. 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 10 Pessoa 1.

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

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

Exceção para doença

Acabei de fazer o requerimento

Exceção para não cidadão

Exceção religiosa

O nome neste requerimento é o mesmo que o nome no seu cartão de Seguro Soocial?

Sim

Não

Se a resposta for **Não**, que nome está no cartão de Seguro Social dessa pessoa?

Nome, nome do meio, sobrenome e sufixo

21. 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

A pessoa 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 21 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 a pessoa 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 requerimento 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 21a (“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 requerimento.

a. Essa pessoa é casada perante a lei?

Sim

Não

Se a resposta for **Não**, vá para a pergunta 21c.

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 requerimento?

Sim

Não

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

Sim

Não

Esta pessoa pedirá dedução de isenção pessoal na declaração de imposto de renda para algum indivíduo listado neste requerimento 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 requerimento?

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. Fecha de nacimiento del declarante

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

22. Essa pessoa é cidadã dos EUA ou nacional dos EUA?

Sim

Não

Se **Sim**, essa pessoa é cidadã naturalizada, tem cidadania derivada ou adquirida (não nasceu nos EUA)?

Sim

Não

Número de estrangeiro

Número da certidão de naturalização ou cidadania

23. 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 24.

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

Sim

Não

Poderá nos ajudar a processar este requerimento 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/aaaa)
(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/aaaa)

País

b. Essa pessoa usou o mesmo nome neste requerimento para obter o status de imigração?

Sim

Não

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

Nome, nome do meio, sobrenome e sufixo

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 grave

cônjuge, filho(a), irmã(o) ou pai/mãe de uma vítima de tráfico

cônjuge agredido

filho(a) ou pai/mãe do cônjuge agredido?

24. 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.

25. 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)

26. Essa pessoa está grávida?

Sim

Não

Se a resposta for **Sim**, quantos bebês ela está esperando?

Qual é a data prevista para o parto?

27. 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

28. Essa pessoa aluga ou é proprietária de imóvel?

Aluga

É proprietária

29. 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:

30. 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. Adaptação

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

Otra (Explique.)

31. 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 essa pessoa recebeu a 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 requerimento).

32. 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.

33. Nome e endereço do empregador

Nº de identificação fiscal federal

34. a. Salário/gorjeta (antes de impostos) $

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

35. Número médio de horas trabalhadas por SEMANA

36. 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.

37. Essa pessoa é autônoma?

Sim

Não

a. Se a resposta for **Sim**, que tipo de trabalho essa pessoa 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? $ mês **de lucro** ou $ mês **de prejuízo**?

c. Quantas horas essa pessoa trabalha por semana?

## OUTRAS FONTES DE RENDA

38. Marque todas as opções relevantes. 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 de Seguro Social $ Com que frequência?

Aposentadoria ou pensão $ Com que frequência?

Valores anuais $ Com que frequência?

Fundos fiduciários $ Com que frequência?

Seguro-desemprego $ Com que frequência?

Juros, dividendos e outros rendimentos de investimentos $ Com que frequência?

Renda de royalties $ Com que frequência?

Pensão alimentícia 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. $

Benefícios de veterano federal $ Com que frequência?

Pagamento de aposentadoria military $ Com que frequência?

Outros rendimentos tributáveis (inclua o tipo) $ Com que frequência? Tipo

Ganhos de capital: Em média, qual lucro líquido ou prejuízo essa pessoa obterá com esse ganho de capital todo mês? $ **/lucro** ou $ **/prejuízo**

Renda líquida de agricultura ou pesca: $ **/lucro** ou $ **/prejuízo** Quantos horas durante cada semana?

Prêmios de loteria e jogos de azar $ Data de início

Com que frequência

Apenas uma vez

Semanal

A cada duas semanas

Duas vezes por mês

Mensal

Trimestral

Anual

Prêmios não monetários não contam como loteria qualificada, e ganhos de jogos de azar não incorporam quaisquer prejuízos no valor.

## RENDA DE ALUGUEL

39. 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

40. Essa pessoa recebeu ou receberá renda neste ano como pagamento único?

Sim

Não

Um exemplo pode incluir um pagamento à vista de pensão.

Se a resposta for **Sim**:

Tipo:

Valor $

Mês do recebimento

Ano do recebimento

41. Essa pessoa receberá renda durante o próximo ano como pagamento único?

Sim

Não

Um exemplo pode incluir um pagamento à vista de pensão.

Se a resposta for **Sim**:

Tipo:

Valor $

Mês do recebimento

Ano do recebimento

## ABATIMENTOS

42. Que abatimentos essa pessoa 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 $

Certas despesas comerciais de reservistas, artistas performáticos ou funcionários públicos pagos por emolumentos: Valor anual $

Dedução da conta poupança de saúde (health savings accounts, ou HSAs, em inglês): Valor anual $

Despesas de mudança para membros das Forças Armadas: Valor anual $

Parte dedutível do imposto de trabalho autônomo: Valor anual $

Contribuição para planos de aposentadoria para autônomos, como SEP, SIMPLE e outros planos qualificados: Valor anual $

Dedução do seguro de saúde de autônomo: Valor anual $

Multa por saque antecipado de poupança: Valor anual $

Pensão alimentícia paga: se essa pessoa pagou por divórcio, acordo de separação ou ordem judicial finalizada antes de 1º de janeiro de 2019, insira o valor desses pagamentos aqui. Valor anual $

Dedução da conta de aposentadoria individual (Individual Retirement Account, ou IRA, do inglês): Valor anual $

Dedução do empréstimo estudantil (apenas juros, não o pagamento total): Valor anual $

Nenhum

## RENDA ANUAL

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

44. 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 Membros do agregado familiar que são indígenas americanos ou nativos do Alasca (AI/AN)

Você é ou alguém do seu agregado familiar 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 requerimento, inclusive o Suplemento B: Membro do agregado familiar indígena americano ou nativo do Alasca.

## 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 requerimento?

Sim

Não

Se **Sim**, o MassHealth talvez possa pagar essas contas. Se a resposta for **Não**, vá para a Etapa 5: Ativos.

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

Liste abaixo todas as pessoas que estão solicitando o pagamento de contas médicas anteriores. Você deve nos fornecer comprovantes de toda renda e bens possuídos durante esse período.

Nome

Data mais antiga solicitada

Circunstâncias mudaram nesse período?

Sim

Não

Nome

Data mais antiga solicitada

Circunstâncias mudaram nesse período?

Sim

Não

## 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 requerimento, 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 $

Saldo na data de admissão\* $

Conta aberta

Conta fechada

Data de fechamento da conta (mm/dd/aaaa)

Valor na data de fechamento da conta $

Nome na conta

Tipo de conta

Nome do banco/da instituição

Número da conta

Saldo atual $

Saldo na data de admissão\* $

Conta aberta

Conta fechada

Data de fechamento da conta (mm/dd/aaaa)

Valor na data de fechamento da conta $

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

### 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 $

Endereço

Tipo de imóvel

Valor atual $

### 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 $ 1,500.00 por pessoa, também **envie uma carta** da companhia de seguros demostrando 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 $

Tipo de seguro

Nome(s) do(s) proprietário(s)

Companhia de seguros

Número da apólice

Valor nominal $

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).

Dinheiro em espécie

Nome(s) do(s) proprietário(s)
Nome da empresa
Número da conta
Valor atual $
Valor na data de admissão\* $
Ativo conjunto?

Sim
Não

Ações

Nome(s) do(s) proprietário(s)
Nome da empresa
Número da conta
Valor atual $
Valor na data de admissão\* $
Ativo conjunto?

Sim
Não

Títulos

Nome(s) do(s) proprietário(s)
Nome da empresa
Número da conta
Valor atual $
Valor na data de admissão\* $
Ativo conjunto?

Sim
Não

Títulos de poupança

Nome(s) do(s) proprietário(s)
Nome da empresa
Número da conta
Valor atual $
Valor na data de admissão\* $
Ativo conjunto?

Sim
Não

Fundos mútuos

Nome(s) do(s) proprietário(s)
Nome da empresa
Número da conta
Valor atual $
Valor na data de admissão\* $
Ativo conjunto?

Sim
Não

Opções

Nome(s) do(s) proprietário(s)
Nome da empresa
Número da conta
Valor atual $
Valor na data de admissão\* $
Ativo conjunto?

Sim
Não

Contratos futuros

Nome(s) do(s) proprietário(s)
Nome da empresa
Número da conta
Valor atual $
Valor na data de admissão\* $
Ativo conjunto?

Sim
Não

Outros

Nome(s) do(s) proprietário(s)
Nome da empresa
Número da conta
Valor atual $
Valor na data de admissão\* $
Ativo conjunto?

Sim
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

Nome(s) do(s) proprietário(s)

Data de compra (mm/dd/aaaa)

### Nome(s) do(s) proprietário(s)

### Nome da instituição que emite os valores anuais

### Nome(s) do(s) proprietário(s)

### Data de compra (mm/dd/aaaa)

### 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 $

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

### 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 $

Quantia devida $

Endereço de casa móvel

**(Seu cônjuge)** Tipo de veículo

Ano/marca/modelo

Valor justo de mercado $

Quantia devida $

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 $)

Não

Fundo de sepultamento

Sim (Valor $)

Não

Seguro de vida para sepultamento

Sim (Valor $)

Não

Conta apenas para sepultamento

Sim (Valor $)

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 $)

Não

Fundo de sepultamento

Sim (Valor $)

Não

Seguro de vida para sepultura

Sim (Valor $)

Não

Conta apenas para sepultamento

Sim (Valor $)

Não

Lote de sepultamento

Sim

Não

Companhia de seguros

Número da apólice

Nome do banco

Número da conta

### FUNDOS 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?

Sim

Não

Capital fiduciário atual $

Capital fiduciário na data de admissão\* $

Administrador(es) do fundo

Concedente(s)/doador(es)

Beneficiários

Nome do fundo fiduciário

Revogável?

Sim

Não

Capital fiduciário atual $

Capital fiduciário na data de admissão\* $

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 do seu agregado se qualificam para o MassHealth, podemos solicitar informações adicionais suas e do seu empregador sobre seu acesso à cobertura de seguro de saúde oferecido pelo empregador, e podemos compartilhar informações sobre você e os membros do seu agregado familiar com seu(s) empregador(es) e/ou seguradora(s) de saúde para confirmar essas informações.

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 terminar. Consulte o Guia para Idosos para obter mais informações.

1. Alguém que tenha sido incluído neste requerimento 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 empregoe 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 no agregado familiar.

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/aaaa)

a. Essa pessoa tem um plano Medicare Parte D?

Sim

Não

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

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/aaaa)

Nome

Número do pedido de assistência médica

Quando a cobertura começou? (mm/dd/aaaa)

a. Essa pessoa tem um plano Medicare Parte D?

Sim

Não

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

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/aaaa)

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 **Benfícios 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 do agregado familiar cobertos

Número da apólice ou ID do membro

Data de início e data de término? (mm/dd/aaaa)

Cadastrado na cobertura do empregador. Se alguém neste requerimento 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/aaaa)

## ETAPA 7

## Acordos de reembolso de cuidados de saúde

Alguém do agregado familiar 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

Acordo de Reembolso de Cuidados de Saúde do Pequeno Empregador Qualificado (QSEHRA)

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 do agregado familiar 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

Acordo de Reembolso de Cuidados de Saúde do Pequeno Empregador Qualificado (QSEHRA)

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 do agregado familiar 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.

1. 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 assine este requerimento.

2. 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 assine este requerimento. 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 decider 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, TDD/TTY: 711. 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 no agregado familiar. 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, TDD/TTY: 711 para obter um *Guia para Idosos*. Se esta seção não se aplicar ao seu caso, vá para a **Etapa 10: Leia e assine este requerimento**.

**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.

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 Para solicitantes do MassHealth e do Health Connector

## LEIA E ASSINE ESTE REQUERIMENTO

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

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 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.
4. 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 ou responsável por filhos menores deverá concordar em cooperar com os esforços do estado para obter apoio médico de um pai ou mãe ausente, a menos que acreditem e digam ao MassHealth que a cooperação prejudicará as crianças ou o pai, a mãe ou o 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 requerimento 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 qualificado tenha interesse legítimo: se o indivíduo estiver recebendo cuidados de longo prazo em uma instituição de enfermagem ou outra instituição médica; e se 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. Desde que permitido por lei, e a menos que haja alguma exceção, no caso de qualquer pessoa qualificada com 55 anos ou mais que recebe serviços e apoio de longo prazo (LTSS), ou de qualquer pessoa qualificada e independentemente da idade, que recebe ajuda do MassHealth para pagar cuidados de longo prazo em uma instituição com serviços de enfermagem ou outra instituição médica, o MassHealth tentará recuperar do espólio da pessoa morta qualificada, o valor do custo total dos cuidados prestados, conforme permitido por lei. Para obter mais informações sobre a recuperação de bens por meio do espólio, acesse [mass.gov/EstateRecovery](https://www.mass.gov/info-details/massachusetts-medicaid-estate-recovery).
11. Desde que permitido por lei, o MassHealth procurará obter dinheiro de um Fundo Fiduciário de Qualificado para Necessidades Especiais pertencente a um indivíduo qualificado após a morte, pelo custo total do cuidado. O custo total do cuidado inclui o custo do MassHealth pago diretamente pelo cuidado (o pagamento por serviços chamado “Fee for Service”) e o valor total pago a um plano de saúde, como uma Organização de Cuidados Responsáveis (ACO) ou um plano One Care pelo cuidado, independentemente dos serviços que o membro possa ter recebido.
12. Pessoas qualificadas deverão informar aos programas 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, TDD/TTY: 711. 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](https://www.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.
1. 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. O MassHealth pode compartilhar informações sobre minha pessoa e membros do meu agregado familiar com meus empregadores e, ou seguradoras de saúde para obter essas informações. 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 do agregado familiar.
2. 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 da Previdência 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 para 1) comprovar qualquer informação neste requerimento e quaisquer suplementos, ou outras informações apresentadas quando uma pessoa se tornar membro, 2) documentar serviços médicos solicitados ou prestados a essas pessoas e 3) apoiar a continuidade da qualificação.
3. 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 requerimento a outras pessoas neste requerimento ou comunicar essas informações a essas pessoas.
4. 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 [hhs.gov/ocr/complaints/index.html](http://hhs.gov/ocr/complaints/index.html).
5. 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. Verificar 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 requerimento de qualificação. Entendo que, se me qualificar a um crédito fiscal de prêmio antecipado (APTC) e, ou ConnectorCare, esses pagamentos serão feitos diretamente às minhas seguradoras selecionadas. 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.
6. Concordo que o MassHealth ou qualquer pessoa agindo em nome do MassHealth pode entrar em contato comigo, incluindo por correio, e-mail, chamada telefônica ou mensagem de texto, para qualquer comunicação sobre minha relação com o MassHealth, ou minhas necessidades, benefícios, qualificação ou cobertura de saúde, utilizando as informações de contato que eu fornecer, agora ou no futuro, ou informações que o MassHealth possa obter de uma fonte de dados confiável. Também concordo que o MassHealth pode usar as mesmas informações para entrar em contato comigo, para distribuir informações referentes a outros benefícios de saúde e bem-estar para os quais eu possa me qualificar. Essas chamadas telefônicas e mensagens de texto podem utilizar tecnologia automatizada, como sistema de discagem telefônica automática, mensagens de voz artificiais ou pré-gravadas. Tarifas padrão de mensagens de texto e dados podem ser cobradas.
7. Li ou alguém leu para mim as informações neste requerimento, inclusive suplementos e instruções. Entendo que o *Guia de Cobertura de Cuidados de Saúde para Idosos* contém informações importantes sobre este requerimento.
8. Tenho permissão de todas as pessoas aqui listadas (ou dos pais ou outro representante legalmente autorizado) para enviar este requerimento. Também tenho permissão para agir em nome deles para concluir este requerimento 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 requerimento;
* fazer escolhas sobre as opções de cobertura e como se comunicar com o Massachusetts Health Connector, MassHealth ou Health Safety Net;
* fazer alterações no requerimento 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 requerimento.
1. Entendo meus direitos e responsabilidades e os direitos e responsabilidades de todas as pessoas listadas neste requerimento, conforme explicado na ETAPA 10.
2. Contei ou contarei a qualquer pessoa listada neste requerimento (ou seus pais ou representante legalmente autorizado, se for o caso) sobre esses direitos e responsabilidades para que elas os entendam.
3. 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.
4. Entendo que o MassHealth:
* tem permissão de pedir números do Seguro Social de acordo com leis federais e estaduais;
* usa números do Seguro Social para verificar a renda e outras informações, para ver quem se qualifica para ajuda de custos de cobertura de saúde;
* usa números do Seguro Social para detectar fraudes, para ver se alguém está recebendo benefícios duplos ou para ver se outros deveriam pagar pelos serviços;
* verifica o número do Seguro Social de qualquer pessoa do agregado familiar que estiver fazendo o requerimento 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.
1. Entendo que, se o MassHealth pagar parte dos prêmios de seguro de saúde de alguém, adicionará o número de Seguro Social ou o número de Seguro Social desse segurado ao arquivo do segurado do Controlador Estadual.
2. Entendo que o titular da apólice no meu agregado familiar deverá ter um número de Seguro Social válido antes de receber um pagamento do MassHealth.
3. As informações que apresentei estão corretas e completas, tanto quanto é do meu conhecimento, sobre mim e outras pessoas listadas neste requerimento.
4. Posso estar sujeito a penalidades de acordo com a lei federal se apresentar intencionalmente informações falsas ou não verdadeiras.

Se alguém não tiver um número de Seguro Social ou precisar de ajuda para obter um, ligue para a Administração da Previdência Social pelo (800) 772-1213, TTY: (800) 325-0778, ou acesse 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 requerimento ao Departamento de Assistência Transitória (DTA). Isso servirá como o seu requerimento para o SNAP. Se você se qualificar, seu SNAP começará a partir da data em que o DTA receber este requerimento 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 requerimento se:

* sua renda e dinheiro no banco somarem menos do que as despesas mensais de moradia, ou
* sua renda mensal for inferior a $ 150.00 e seu dinheiro no banco for $ 100.00 ou menos, ou
* você for trabalhador migrante e tiver $ 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 do programa SNAP.

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 requerimento. 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 no meu agregado familiar, 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 do meu agregado familiar 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 requerimento, inclusive às informações que o DTA usa para decidir sobre a qualificação do meu agregado familiar 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 no meu agregado familiar 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 do meu agregado familiar 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" (“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 do agregado familiar para o qual faço o requerimento 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 do meu agregado familiar 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-me 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 to 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 do meu agregado familiar 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 requerimento 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 requerimento 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 no meu agregado familiar:
	+ se eu for um agregado familiar 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 do agregado familiar 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 no meu agregado familiar 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 do meu agregado familiar.

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 no meu agregado familiar 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 do meu agregado familiar) sou legalmente obrigado a pagar a um membro não familiar; e
* custos médicos para membros do meu agregado familiar, 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 do meu agregado familiar 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;
* deverá apresentar ao DTA informações sobre o status de emprego quando o DTA perguntar;
* deverá prestar contas a um empregador, se indicado pelo DTA;
* deverá aceitar uma oferta de emprego (a menos que tenha boa razão para não fazê-lo);
* não deverá sair de um emprego de mais de 30 horas semanais sem justa causa;
* não deverá 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 do meu agregado familiar 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 $ 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 do meu agregado familiar 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.
* Fizer 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 as regulamentações e políticas de direitos civis do Departamento de Agricultura dos EUA (USDA), esta instituição está proibida de discriminar com base em raça, cor, origem nacional, sexo (incluindo identidade de gênero e orientação sexual), crença religiosa, deficiência, idade, crenças políticas ou represália ou retaliação por atividades anteriores de direitos civis.

As informações do programa podem ser disponibilizadas em idiomas que não sejam o inglês. Pessoas com deficiência que necessitarem de meios alternativos de comunicação para obterem informações sobre o programa (p.ex., Braille, caracteres grandes, gravações de áudio, Língua de Sinais Americana [ASL), etc.) deverão entrar em contato com o órgão (estadual ou local) onde fizeram o requerimento de benefícios. Indivíduos que forem surdos, tiverem problemas de audição ou deficiências de fala podem entrar em contato com o USDA por meio do Federal Relay Service (Serviço de Retransmissão Federal), pelo telefone (800) 877-8339.

Para registrar uma reclamação de discriminação de programa, a pessoa reclamante deve preencher o Formulário AD-3027, o Formulário de Reclamação de Discriminação de Programa do USDA (USDA Program Discrimination Complaint Form), que pode ser obtido online em: https://www.usda.gov/sites/ default/files/documents/ad-3027.pdf, em qualquer escritório do USDA, ligando para (833) 620-1071, ou escrevendo uma carta endereçada ao USDA. A carta deve conter o nome, endereço, número de telefone e uma descrição da suposta ação discriminatória em detalhes suficientes para informar o(a) Secretário(a) Assistente de Direitos Civis (ASCR) sobre a natureza e a data de uma suposta violação dos direitos civis. O formulário AD-3027 preenchido ou a carta devem ser enviados por:

1. correio:
Food and Nutrition Service, USDA
1320 Braddock Place, Room 334
Alexandria, VA 22314; ou

2. fax: (833) 256-1665 ou (202) 690-7442; ou

3. e-mail:
FNCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov.

Esta instituição é um provedor que oferece igualdade de oportunidades.

## Assine este requerimento — obrigatório.

Ao assinar este requerimento abaixo, certifico, sob as penas e penalidades de perjúrio que os envios e declarações feitos neste requerimento 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 requerimento, 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 requerimento de benefícios SNAP.

## Importante: apenas para candidatos ao MassHealth e ao Health Connector

Se você estiver enviando este requerimento como representante autorizado, deverá enviar um Formulário de designação de representante autorizado (ARD) ou ter um formulário cadastrado para que o requerimento 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

Sufixo

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 seu formulário preenchido.

Envie seu formulário preenchido e assinado por correio ou fax para
**MassHealth Enrollment Center
PO Box 290794
Charlestown, MA 02129-0214; ou**

Fax: **(617) 887-8799**

Visite um MassHealth Enrollment Center (MEC).

Para fazer o requerimento em pessoa ou agendar uma consulta com um representante do MassHealth, visite [**www.mass.gov/masshealth/appointment**](http://www.mass.gov/masshealth/appointment).

## Registro de eleitor

O formulário para o cadastro de eleitor está incluído neste requerimento ou pode ser encontrado em **sec.state.ma.us**. Mais informações sobre como se cadastrar para votar também podem ser encontradas em **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**, TDD/TTY: 711.

Solicitar ou recusar o cadastro de eleitor não afetará o montante de assistência disponibilizado por esta agência. Se você quiser ajuda para preencher o requerimento 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**

**Tel.: (617) 727-2828 ou (800) 462-8683.**

Se você ou qualquer outra pessoa no requerimento 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.

## SUPLEMENTO ACuidados de longo prazo/Dispensa para receber atendimento domiciliar e comunitário

1. 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.

1. Você está fazendo o requerimento 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/aaaa)

Você foi colocado aqui por outro estado?

Sim

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 prediais?

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/aaaa)

Renda mensal antes dos descontos $

Nome

Número de Seguro Social

Parentesco

Data de nascimento (mm/dd/aaaa)

Renda mensal antes dos descontos $

## 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 retirado 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/aaaa)

Transferido para quem

Parentesco com você ou seu cônjuge

Valor da transferência $

Descrição do ativo/renda

Data da transferência (mm/dd/aaaa)

Transferido para quem

Parentesco com você ou seu cônjuge

Valor da transferência $

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 $

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*) $

Propriedade conjunta (*Valor justo de mercado*) $

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

Copropriedade (Valor justo de mercado) $

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) $

Propriedade conjunta (Valor justo de mercado) $

Direito vitalício sobre o imóvel (Valor justo de mercado) $

Copropriedade (Valor justo de mercado) $

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/aaaa)

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 na pergunta 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/aaaa)

Valor do prêmio $

Nome da empresa/número da apólice

Nome do titular da apólice

Data de início (mm/dd/aaaa)

Valor do prêmio $

## 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 requerimento.

## 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 requerimento seja processado. É importante preencher este formulário, pois esta é a única maneira de falarmos com você sobre este requerimento.**

Assinatura do requerente/membro ou representante autorizado

Nome em letra de forma

Data

## SUPLEMENTO BMembro do agregado familiar que é indígena americano ou nativo do Alasca (AI/AN)

Preencha este suplemento se você ou um membro do agregado familiar for indígena americano ou nativo do Alasca.

## Conte sobre o(s) membro(s) do agregado familiar 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 seu agregado familiar 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 requerimento 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 requerimento 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?

## SUPLEMENTO C Assistente de cuidados pessoais

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/aaaa)

Gênero M 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.

1.

2.

3.

## 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: Mobilidade (mover-se da cama para a cadeira, andar ou usar equipamento médico aprovado)

Você precisa de ajuda?

Sim

Não

Quantas vezes por **dia** você precisa de ajuda?

Quantos **dias por semana** você precisa de ajuda?

Atividade diária: Tomar medicamentos

Você precisa de ajuda?

Sim

Não

Quantas vezes por **dia** você precisa de ajuda?

Quantos **dias por** **semana** você precisa de ajuda?

Atividade diária: Banho (banheira, banho na cama, chuveiro ou cadeira de banho) ou higiene geral (como escovar os dentes ou pentear o cabelo)Você precisa de ajuda?

Sim

Não

Quantas vezes por **dia** você precisa de ajuda?

Quantos **dias por** **semana** você precisa de ajuda?

Atividade diária: Vestir-se/tirar a roupa

Você precisa de ajuda?

Sim

Não

Quantas vezes por **dia** você precisa de ajuda?

Quantos **dias por** **semana** você precisa de ajuda?

Atividade diária: Exercícios de amplitude de movimento (exercitar as articulações ao movê-las)

Você precisa de ajuda?

Sim

Não

Quantas vezes por **dia** você precisa de ajuda?

Quantos **dias por** **semana** você precisa de ajuda?

Daily living activity: Alimentação

Você precisa de ajuda?

Sim

Não

Quantas vezes por **dia** você precisa de ajuda?

Quantos **dias por** **semana** você precisa de ajuda?

Atividade diária: Ir ao banheiro (como entrar ou sair do banheiro, limpar-se, tirar e vestir a roupa ou trocar fraldas)

Você precisa de ajuda?

Sim

Não

Quantas vezes por **dia** você precisa de ajuda?

Quantos **dias por** **semana** você precisa de ajuda?

## 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.

Assinatura do solicitante/membro ou representante autorizado

Nome em letra de forma

Data

## SUPLEMENTO D Cobertura de saúde pelo emprego

Responda a essas perguntas se alguém do agregado familiar 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 requerimento está atualmente qualificada ou cadastrada na cobertura oferecida por este empregador, ou pelo menos uma pessoa neste requerimento 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/aaaa)

### 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

## INFORME SOBRE OS PLANOS DE SAÚDE OFERECIDOS POR ESTE EMPREGADOR.

14. a. Qual é o nome do plano de saúde individual de menor custo oferecido ao empregado?

b. O empregador oferece plano de saúde que atende ao padrão de valor mínimo para cobertura?’’

Sim

Não

c. Quanto o empregado teria que pagar em prêmios por este plano? $

d. Com que frequência esse empregado pagaria essa quantia?

15. a. Qual é o nome do plano de saúde de menor custo para cobrir os outros membros do agregado familiar que se qualificam por meio do empregador?

b. Esse plano de saúde oferecido pelo empregador atende ao padrão de valor mínimo para cobertura?

Sim

Não

c. Quanto o empregado teria que pagar em prêmios por este plano? $

d. Com que frequência esse empregado pagaria essa quantia?

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/aaaa)

b. A pessoa planeja cancelar a cobertura de saúde do empregador. Data de término da cobertura (mm/dd/aaaa)

c. O empregador começará a oferecer cobertura de saúde aos empregados ou irá mudar o prêmio para os planos de saúde individuais ou familiares de menor custo que estão disponíveis e atendem ao padrão de valor mínimo.\* (O prêmio deve conter o desconto para programas de bem-estar.)

Quanto esse empregado teria que pagar em prêmios por este plano? $

Com que frequência?

Data da mudança (mm/dd/aaaa)

\* 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 13a e 23a no requerimento 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 13a e 23a. 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 13a e 23a, informe o status que descreve o seu caso ou os de membros do seu agregado familiar. 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 grave
* 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)
* Tenho 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 13a e 23a, informe o tipo de documento que você ou membros do seu agregado familiar 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
* Certificado de qualificação para status de estudante não imigrante (I-20)
* Certificado de qualificação para status de visitante de intercâmbio (DS2019)
* Notificação de ação (I-797) Documento comprovando suspensão de remoção (ou suspensão de deportação)
* Ordem administrativa de suspensão de remoção emitida pelo Departamento Nacional de Segurança Pública (DHS - Department of Homeland Security)
* Documento que comprove ser membro de uma tribo indígena americana reconhecida pelo governo federal ou um índio americano nascido no Canadá
* Carta de qualificação do Escritório de Reassentamento de Refugiados (ORR) (se tiver menos de 18 anos)
* Cartão de residente da Samoa Americana
* Aviso de recebimento USCIS (I-797C)
* Vistos dos EUA (como B1/B2, Visto-R, Cartão de Travessia de Fronteira, J/F/M)

## 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 8 da Pessoa 1 e Pergunta 18 da Pessoa 2.

* Asiática
* Negra ou afro-americana
* Nativa do Havaí ou de outra ilha do Pacífico
* Branca
* A raça não consta da lista
* Não sei
* Prefiro não responder

## ETNIA

* Africana
* Afro-americana
* Americana
* Indiana da asiática
* Brasileira
* Cambojana
* Cabo-verdiano
* Ilhas do Caribe
* Centroamericana
* Chinesa
* Colombiana
* Cubana
* Dominicana
* Europeia Oriental
* Europeia
* Filipina
* Guatemalteca
* Haitiana
* Hondurenha
* Japonesa
* Coreano
* Laosiana/lao
* Mexicana
* Oriente Médio ou norte Africana
* Portuguesa
* Porto-riquenha
* Russo
* Salvadorenha
* Sul-americana
* Vietnamita
* A etnia não consta da lista
* (favor especificar)
* Não sei
* Prefiro não responder

**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 solicitante ou membro 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 procurador de cuidados de saúde, 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 espólio 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 manterei a confidencialidade de todas as informações sobre o solicitante ou membro indicado 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 AUTORIZADO PREVISTO 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, tal como um representante autorizado já existente, tutor, curador, inventariante, titular de procuração ou procurador de cuidados de saúde. 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 essa pessoa concorda; eu ainda disse à pessoa que ela poderá me excluir ou substituir da função de representante autorizado a qualquer momento pelos métodos descritos anteriormente neste formulário.

Certifico ainda que sempre manterei 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, tal como executivo, deverá assinar abaixo para indicar o reconhecimento e a concordância da organização com as representações e garantias feitas acima.

Nome do executive

Cargo do executivo

Assinatura do executive

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 procurador de cuidados médicos). 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, 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 representante autorizado da Seção II apenas).

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

• Envie o formulário para:
Health Insurance Processing Center
PO Box 4405
Taunton, MA 02780;

• Envie o formulário por fax para (857) 323-8300; ou

• Ligue para (800) 841-2900, TDD/TTY: 711.

ARD-PT-BR-1122

FIM DO DOCUMENTO