Requerimento de cobertura de saúde para idosos e pessoas que precisam de serviços de cuidados de longo prazo

COMO FAZER O REQUERIMENTO

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

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

Envie o requerimento preenchido e assinado **pelo fax** (617) 887-8799

Ligue para nós pelo telefone (800) 841-2900, TDD/TTY: 711, ou (877) MA ENROLL ([877] 623-6765)

Acesse 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.

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

Use este requerimento para se inscrever no Programa de Assistência Nutricional Suplementar (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP). O SNAP é um programa federal que ajuda você 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 Transicional). 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 se enquadra em alguma das situações abaixo.

- É pessoa com 65 anos ou mais e reside 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 então trabalha atualmente e trabalhou pelo menos 240 horas nos seis meses imediatamente anteriores ao mês do requerimento,
- É uma pessoa de qualquer idade e precisa de serviços cuidados de longo prazo em uma instituição médica ou instituição de enfermagem,
- É uma pessoa que se qualifica sob certos programas para receber serviços de cuidados de longo prazo para morarem casa,
- É uma das pessoas casadas e mora com seu cônjuge quando
  - você e seu cônjuge estão requerendo cobertura de saúde,
  - não há crianças com menos de 19 anos morando 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 tem menos de 65 anos, use Requerimento de cobertura odontológica e de saúde e ajuda para pagar custos (ACA-3). Para obter uma cópia, ligue para nós pelo telefone (800) 841-2900, TDD/TTY: 711.

- Você é pai ou mãe de criança com menos de 19 anos que mora com você, ou
- Você é parente adulto que mora e cuida de uma criança com menos de 19 anos quando nenhum dos pais mora na casa.

Você também precisará preencher um Suplemento para Cuidados de Longo Prazo se estiver

- em uma instituição, como uma instituição com serviços de enfermagem, hospital de tratamento de doenças crônicas, ou outra instituição médica (pode ser necessário fazer um pagamento mensal à instituição com serviços de enfermagem, chamado valor pago pelo paciente. Para obter mais informações, consulte a página 13 do Guia para Idosos.)
- em um hospital de cuidados agudos aguardando transferência para uma instalação de cuidados de longo prazo
- morando em sua casa e requerendo ou recebendo serviços de cuidados de longo prazo mediante uma Dispensa de Serviços de Atendimento Domiciliar e Comunitário (HCBS)

Se uma pessoa está ajudando você a preencher este requerimento, talvez seja necessário preencher um formulário separado que autoriza essa pessoa a agir em seu nome. Veja 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 mora em Massachusetts, sua renda é igual ou menor que 400% do nível federal de pobreza, e você se enquadra em umas das situações abaixo.

- Você tem 65 anos ou mais;
- não se qualifica a ter MassHealth;
- não está recebendo Medicare; e
- não tem acesso a um plano de saúde que possa pagar e que atenda ao 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 REQUERER

As seguintes informações DEVEM ser enviadas com o requerimento ao MassHealth, à Health Safety Net (HSN) e ao Massachusetts Health Connector.

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (SSN)

Você deve apresentar um SSN ou comprovante de que outra pessoa incluída neste requerimento também solicitou um SSN. Há exceções para as seguintes pessoas.

- Quem tem uma isenção religiosa, conforme descrito na lei federal;
- Quem se qualifica apenas para um SSN que não é relacionado ao trabalho, ou
- Quem não se qualifica para um SSN

Salvo se houver uma exceção, **precisamos dos SSNs de todas as pessoas que estão requerendo** cobertura de saúde. ***Um SSN é opcional para as pessoas que não estão requerendo cobertura de saúde, mas fornecer um SSN pode acelerar o processo do requerimento***. Usamos os SSNs para verificar a renda e outras informações, e determinar quem se qualifica a receber ajuda para os custos da cobertura de saúde. Quem não tiver o SSN ou precisar de ajuda para obtê-lo, deve ligar para a Administração da Previdência Social (Social Security Administration) pelo (800) 772-1213, TTY: (800) 325-0778, ou acessar 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. Isso pode agilizar o processamento do seu requerimento se ele for enviado com comprovantes desses itens.

- 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 53.

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, acesse 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 qualquer provedor de atendimento de saúde 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 requerer, ou se precisar de outra cópia do **Suplemento C: Auxiliar de Cuidados Pessoais** para seu cônjuge que também estiver requerendo, 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/TTY: 711.

Requerimento de cobertura de saúde para idosos e pessoas que precisam de serviços 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 oferecida 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 se as pessoas que estão requerendo cobertura de saúde neste requerimento se qualificam 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 Atendimento Abrangente para Idosos (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 o Guia para Idosos para obter mais informações.

O Programa de Assistência Nutricional Suplementar (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 como o 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 domiciliar deve 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 residencial ☐ Sem endereço residencial. Você deverá informar um endereço para correspondência.

4. Número do apartamento ou unidade

5. Cidade	6. Estado	7. ZIP (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. ZIP (CEP) | 15. Condado

16. Número de telefone celular | 17. Outro número de telefone

18. Endereço de 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 pelo MassHealth e Health Connector 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 da pessoa aqui: _____
Se a resposta for **Sim**, essa 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 Conselheiros certificados para requisição deverão preencher um Formulário de designação do representante autorizado, caso ainda não o tenham feito. 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 | Endereço de e-mail

Nome da organização | No. 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 com você: **VOCÊ MESMO**

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

4. Você está requerendo 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 (adaptações) e leia as Informações de renda na página 5.

OPCIONAL: 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 das opções abaixo melhor descreve a sua orientação sexual atual? 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 feminino
☐ 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 heterossexual ☐ Lésbica ou gay ☐ Bissexual
☐ Queer, pansexual ou em questionamento (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) _____

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 um número de Seguro Social (SSN)? ☐ Sim ☐ Não (opcional, se **não** for requerente)

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. Um SSN é opcional para as pessoas que não estão requerendo cobertura de saúde, mas fornecer um SSN pode acelerar o processo do 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 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**.

Para obter mais detalhes sobre como usamos o número de Seguro Social, consulte o Guia de Cobertura de Cuidados de Saúde para Idosos.

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

Se a resposta for **Não**, assinale um dos seguintes motivos.
☐ Exceção para doença ☐ Acabei de requerer ☐ Exceção para não cidadão ☐ 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 requerer ou obter o MassHealth ou HSN, caso se qualifique.**

Se a resposta for **Sim**, responda às Perguntas de 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. Você 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 do cônjuge. _____

Quem mais o declarante do imposto inclui como dependentes?

_____

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 ou 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

a. Você é um residente permanente legal (Lawful Permanent Resident [LPR] ou titular do green card), entrante cubano haitiano (Cuban-Haitian Entrant [CHE]) ou um migrante do Pacto de Livre Associação (Compact of Free Association [COFA])?
☐ Sim ☐ Não, não tenho certeza, ou prefiro não responder.

b. Você tem um documento de imigração? ☐ Yes ☐ No
Poderá nos ajudar a processar o requerimento mais rapidamente se você incluir uma cópia do documento de imigração. Tentaremos verificar seu 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 de 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 _____

c. 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 _____

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

e. 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

f. **Opcional** Você é: ☐ vítima de tráfico grave, ☐ cônjuge, filho(a), irmão(ã) ou pai/mãe de uma vítima de tráfico, ☐ cônjuge agredido, ☐ filho(a) ou pai/mãe de 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 de 65 ou 65 ou mais 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 ☐ Não 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/dd/aaaa) _____

b. Você (marque um):
☐ mora sozinho(a)? ☐ mora com o cônjuge? ☐ mora em uma casa de repouso? ☐ mora na casa de outra pessoa?

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

22. Você tem alguma renda? ☐ Sim ☐ Não Se **Não**, vá para a Pergunta 31.

EMPREGO ATUAL | Se tiver mais empregos e precisar de mais espaço, anexe outra folha.

23. Nome e endereço do empregador	No. ID fiscal federal

24. a. Salários/gorjetas (antes do imposto) **US$** _____ ☐ Semanal ☐ A cada duas semanas ☐ Duas vezes por mês
☐ Mensal ☐ Trimestral ☐ Anual (subtraia todas as 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 trabalhador 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 que se aplicam. 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? _____ Fonte _____
☐ Anuidades $_____ 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 tributáveis 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?
US$ _____ **/lucro** ou US$ _____ **/prejuízo**

☐ Renda líquida de agricultura ou pesca $ _____ **/lucro** ou $ _____ **/prejuízo** Quantas horas durante cada semana? _____

☐ Prêmios de loteria e jogos de azar $ _____ Data de início _____
Com que frequência?
☐ Uma única 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 _____ Habitado pelo proprietário? ☐ Sim ☐ Não

c. Você paga aquecimento ou serviços públicos para o inquilino? ☐ Sim ☐ Não

RENDA ÚNICA

30. Você recebeu ou receberá rendimentos 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 recebido _____ Anual recebido _____

31. Você irá receber renda durante o próximo ano como pagamento único? ☐ Sim ☐ Não
Se a resposta for **Sim**: Tipo: _____ Valor $ _____ Mês recebido _____ Anual recebido _____

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 $_____

☐ Pagamentos de pensão por divórcio, acordo de separação ou ordem judicial finalizada antes de 1º de janeiro de 2019.

Valor anual $_____

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

☐ Dedução dos juros de empréstimo estudantil (apenas juros, não o 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 acrescentar outro membro do agregado familiar, se necessário. Caso contrário, vá para a Etapa 3: Membros 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/lists/applications-to-become-a-masshealth-member.

1. Nome, nome do meio, sobrenome e sufixo | 2. Data de nascimento (mm/dd/aaaa)

3. Qual sexo foi atribuído a você ao nascer? ☐ Masculino ☐ Feminino
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. No. do apartamento ou unidade

9. Cidade | 10. Estado | 11. ZIP (CEP) | 12. Condado

13. Qual é o idioma preferido dessa pessoa, caso não seja o inglês? Falado _____ Escrito _____
O idioma escrito de preferência pode ser usado pelo MassHealth e Health Connector nas comunicações com você. Se você não responder, os avisos serão enviados em inglês.

14. Essa 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.

OPCIONAL: 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
☐ Identidade de gênero não está listada. Especifique _____
☐ 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 em questionamento
☐ Orientação sexual não listada. Especifique _____ ☐ 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. Essa 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 requerer ☐ Exceção para não cidadão ☐ Exceção religiosa

O nome neste requerimento é o mesmo que o nome no cartão de Seguro Social dessa pessoa? ☐ 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 receber 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 uma declaração de imposto de renda para requerer ou obter o MassHealth ou a HSN, se a pessoa se qualificar.**

Se a resposta for **Sim**, responda às Perguntas de 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 a pessoa fizer a declaração de imposto 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 conjunta com o 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. _____
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 tem nacionalidade dos EUA? ☐ Sim ☐ Não

Se **Sim**, a 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 é cidadã, ela tem status de imigração que a qualifique? ☐ Sim ☐ Não

a. Essa pessoa é residente permanente legal (Lawful Permanent Resident [LPR] ou titular do green card), entrante cubano haitiano (Cuban-Haitian Entrant [CHE]) ou um migrante do Pacto de Livre Associação (Compact of Free Association [COFA])?
☐ Sim ☐ Não, não tenho certeza, ou prefiro não responder

b. Essa pessoa tem um 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 de 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 _____

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

☐ Sim ☐ Não Se a resposta for **Não**, que nome essa pessoa usou?
Nome, nome do meio, sobrenome e sufixo _____

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

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

f. **Opcional:** Essa pessoa é: ☐ vítima de tráfico grave ☐ cônjuge, filho(a), irmão(ã) ou pai/mãe da vítima de tráfico, ☐ cônjuge agredido, ☐ filho(a) ou pai/mãe do cônjuge agredido?

24. Essa pessoa 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 essa pessoa estiver visitando Massachusetts para lazer pessoal ou com o objetivo de receber cuidados médicos em um ambiente diferente de uma instituição de enfermagem, ela deverá responder Não a esta pergunta.

25. Você 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 cega, 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 Perguntas 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) _____

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 Perguntas a. e b.

a. Quando esta pessoa recebeu SSI pela última vez? (mm/dd/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 comprovantes 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. Salários/gorjetas (antes do imposto) $ _____ ☐ Semanal ☐ A cada duas semanas ☐ Duas vezes por mês
☐ Mensal ☐ Trimestral ☐ Anual (subtraia todas as 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 do ano a pessoa trabalha?
☐ 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.

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 com esse trabalho autônomo todo mês ou quanto ela 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? _____ Fonte _____
☐ 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 tributáveis 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 essa pessoa obterá com esse ganho de capital todo mês?
US$ _____ **/lucro** ou US$ _____ **/prejuízo**

☐ Renda líquida de agricultura ou pesca: $ _____ **/lucro** ou $ _____ **/prejuízo** Quantas 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 ganhos qualificados de loteria e ganhos de jogos de azar não incorporam quaisquer perdas no montante.

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, serviços públicos (gás/eletricidade), aquecimento, água/ esgoto, seguro, taxa de condomínio ou cooperativa, consertos e manutenção.

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

b. Qual é a renda ou prejuízo **mensal** que essa pessoa recebe 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 recebido _____ Anual recebido _____

41. Essa pessoa irá receber renda durante o próximo ano civil como pagamento único? ☐ Sim ☐ Não
Se a resposta for **Sim**: Tipo: _____ Valor $ _____ Mês recebido _____ Anual recebido _____

ABATIMENTOS

42. Que abatimentos essa pessoa relata na declaração de imposto de renda?
Se essa pessoa pagar por certas coisas que podem ser deduzidas na declaração de imposto de renda federal, nos informar sobre elas pode 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 de um divórcio, acordo de separação ou ordem judicial finalizada antes de 1º de janeiro de 2019.
Valor anual $_____

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

☐ Dedução dos juros de 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 uma pessoa do seu agregado familiar é indígena americana ou nativa do Alasca? ☐ Sim ☐ Não

Se a resposta for **Não**, vá para a Etapa 4. Se a resposta for **Sim**, preencha o resto deste requerimento, incluindo 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 envio do requerimento?
☐ Sim ☐ Não

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

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

Se a resposta for **Sim,** qual é a data mais antiga para a qual você precisa do MassHealth? (mm/dd/aaaa) _____
(Você deverá apresentar comprovante de todos os rendimentos e bens 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 Bens | Você **deverá** preencher todos os blocos para cada bem que você e/ou seu cônjuge possuírem.

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

Envie uma cópia das cadernetas atualizadas dentro de 45 dias e/ou **uma cópia** dos extratos da sua 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 instituições 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 à instituição médica, hospital ou instituição de enfermagem.

INFORMAÇÕES SOBRE IMÓVEIS

2. Você ou seu cônjuge é proprietário ou têm participação legal em sua residência principal?
   Você ☐ Sim ☐ Não Seu cônjuge ☐ Sim ☐ Não

3. Você ou seu cônjuge é proprietário ou têm participação legal 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 foi **Não**, vá para a próxima seção **(SEGURO DE VIDA)**.

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

Endereço	
Tipo de imóvel	Calor atual $
Endereço	
Tipo de imóvel	Calor 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 temporárias).

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 poupança, fundos mútuos, securities, bens mantidos em cofres, dinheiro que não esteja no banco, opções ou contratos futuros? ☐ Sim ☐ Não

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

Envie comprovante do valor atual (exceto dinheiro).

	Nome(s) do(s) proprietário(s)	Nome da empresa	Número da conta	Valor atual	Valor na data de admissão*	Bem conjunto?
Dinheiro em espécie				$	$	☐ Sim ☐ Não
Ações				$	$	☐ Sim ☐ Não
Títulos				$	$	☐ Sim ☐ Não
Títulos de poupança				$	$	☐ Sim ☐ Não
Fundos mútuos				$	$	☐ Sim ☐ Não
Opções				$	$	☐ Sim ☐ Não
Contratos futuros				$	$	☐ Sim ☐ Não
Outros				$	$	☐ 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 valor anual, **apresente comprovantes** da empresa de valores anuais em relação ao valor total menos quaisquer multas e taxas, se puder ser descontado.

Nome(s) do(s) proprietário(s)	
Nome da instituição que emite os valores anuais	
Número do contrato	Data de compra (mm/dd/aaaa)
Nome(s) do(s) proprietário(s)	
Nome da instituição que emite os valores anuais	
Número do contrato	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 nota de venda. 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 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	

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 alterações, documentos comprovativos da atividade financeira e a tabela de 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 familiar 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 inscrito?
   ☐ Sim ☐ Não
   Responda **Sim**, mesmo que esse seguro seja do trabalho de outra pessoa, como um cônjuge, mesmo que essa pessoa não more no agregado familiar.

   Se a resposta for **Sim**, você precisa preencher e incluir o **Suplemento D: Cobertura de saúde de emprego** e o restante deste requerimento.

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

2. Alguém pessoa se qualifica ou está inscrita 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 da pessoa coberta _____ 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 **Benefícios para ex-membros do Corpo da Paz**
- ☐ Qualifica-se para **TRICARE** (não marque se você tiver cuidados diretos ou cumprimento do dever)
- ☐ Inscrito nos **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)

☐ Inscrito na cobertura do empregador. Se alguma pessoa neste requerimento estiver inscrita 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 do agregado familiar 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

Alguma pessoa no agregado familiar recebe Acordos de Reembolso de Cuidados de Saúde (HRAs) do empregador? ☐ Sim ☐ Não

Nomes das pessoas	Data de nascimento

Nome do empregador

ID de contribuinte 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 de término	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

Alguma pessoa no agregado familiar pretende aceitar um benefício do Acordo de Reembolso de Saúde de Cobertura Individual (ICHRA) do empregador? ☐ Sim ☐ Não

Nomes das pessoas	Data de nascimento

Nome do empregador

ID de contribuinte 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 de término	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, digite o valor máximo anual do benefício de cobertura familiar por meio do QSEHRA

Alguma pessoa no agregado familiar pretende aceitar um benefício do Acordo de Reembolso de Saúde de Cobertura Individual (ICHRA) do empregadordessa pessoa? ☐ Sim ☐ Não

ETAPA 8 Serviços de Auxiliar de Cuidados Pessoais

Para pessoas com 65 anos ou mais que não irão para uma instalação de cuidados de longo prazo

Para obter mais informações sobre os serviços de auxiliar de cuidados pessoais (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 em anexo.

1. Você ou seu cônjuge precisa dos serviços de um auxiliar de cuidados pessoais? ☐ 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 auxiliar de cuidados pessoais **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 uma 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) planejam entrar em contato com uma agência de gestão de cuidados pessoais (PCM) do MassHealth para solicitar serviços de auxiliar de cuidados pessoais?
      Você ☐ Sim ☐ Não Seu cônjuge ☐ Sim ☐ Não

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

É possível que o MassHealth não pague a certos membros do seu agregado familiar para serem seu auxiliar de cuidados pessoais.

Cada cônjuge que tiver respondido Sim a todas as partes da Pergunta 3 acima deverá preencher seu próprio Suplemento C: Auxiliar de Cuidados Pessoais. Enviamos uma cópia em anexo. Se você precisar de uma segunda cópia, ligue para o Atendimento ao Cliente do MassHealth pelo 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 requerentes deve ter menos de 65 anos, não deve ter filhos menores de 19 anos morando em casa. Responda a estas perguntas para o cônjuge com menos de 65 anos.

Se esta seção se aplicar a você e você desejar mais informações sobre padrões de renda e outras informações relevantes, para obter um Guia para Idosos, 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 de idade)

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

ETAPA 10 Leia e assine este requerimento

PARA REQUERENTES DO MASSHEALTH E DO HEALTH CONNECTOR

Declaro, em meu nome, e em nome de todas as pessoas mencionadas neste requerimento, que compreendo e concordo, a saber:

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 mencionadas neste requerimento. A falta de pagamento de qualquer prêmio 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 dar prosseguimento e obter dinheiro de terceiros que possam ser obrigados a pagar serviços de saúde prestados a pessoas qualificadas inscritas nos programas do MassHealth. Esses terceiros podem incluir outras seguradoras de saúde, cônjuges, pais obrigados a pagar assistência médica ou indivíduos obrigados a pagar indenizações por acidentes. As pessoas qualificadas deverão cooperar com o MassHealth ao estabelecer o suporte de terceiros e ao obter pagamentos de terceiros para si e para qualquer pessoa cujos direitos elas possam legalmente outorgar. As pessoas qualificadas poderão estar isentas desta obrigação se acreditarem e informarem ao MassHealth que a cooperação poderá resultar em danos a elas ou a qualquer pessoa cujos direitos elas 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 prestados.
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 processos 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.

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 chamados “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. As pessoas qualificadas deverão informar aos programas de assistência médica em que se inscreverem 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 das pessoas da família.

    Você também poderá informar alterações das seguintes maneiras.

    - Acesse sua conta no **MAhealthconnector.org**. Crie uma conta online 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**.

13. 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.

14. 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.

15. 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.

16. 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 acessar hhs.gov/ocr/complaints/index.html.

17. 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 do ConnectorCare poderá afetar minha responsabilidade fiscal anual. Terei opção de aplicar todo, parte ou nenhum valor do APTC ao qual eu possa me qualificar ao prêmio mensal.

18. 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 obtidas de uma fonte de dados confiável. Essas chamadas telefônicas e mensagens de texto podem utilizar tecnologia automatizada, como um sistema de discagem telefônica automática ou mensagens de voz artificiais ou pré-gravadas. Tarifas padrão de mensagens de texto e de dados podem ser cobradas. Também concordo

que o MassHealth pode obter, usar ou compartilhar minhas informações com o objetivo de coordenar outros benefícios relacionados à saúde para os quais eu possa estar qualificado(a) a receber.

19. 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.
20. Tenho permissão de todas as pessoas aqui listadas neste requerimento (ou seus pais ou outro representante autorizado legalmente) para enviar este requerimento. Também tenho permissão para agir em nome delas para concluir este requerimento e qualquer processo de qualificação relacionado, incluindo o seguinte:
    - Apresentar informações pessoais sobre elas, 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.
    - Dar consentimento em seu nome para usar fontes governamentais e privadas para verificar as informações conforme descritas neste requerimento.
21. Entendo meus direitos e responsabilidades e os direitos e responsabilidades de todas as pessoas listadas neste requerimento, conforme explicado nesta Etapa 7.
22. Contei ou contarei a todas as pessoas listadas neste requerimento (ou seus pais ou representante legalmente autorizado, se for o caso) sobre esses direitos e responsabilidades para que elas os entendam.
23. 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.
24. 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 os SSNs para detectar fraudes, para ver se alguém está recebendo benefícios duplos ou para ver se outros deveriam pagar pelos serviços; e
    - 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.
25. 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.
26. 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.
27. As informações que apresentei estão corretas e completas, tanto quanto é do meu conhecimento, sobre mim e outras pessoas listadas neste requerimento.
28. 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 acessar **www.socialsecurity.gov**. Para obter uma explicação completa sobre como usamos seu número de Seguro Social, consulte o *Guia de Cobertura de Cuidados de Saúde para Idosos*.

PARA REQUERENTES DO 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 Transicional (DTA). **Isso servirá como seu requerimento ao 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 pode se qualificar para os 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 www.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 alguma dúvida.

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 meus 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;
  - e 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 requerimento preenchido.

Como o DTA usará minhas informações?

Ao assinar abaixo, dou permissão ao DTA para obter e compartilhar informações sobre mim e sobre os membros do meu agregado familiar com:

- Bancos, escolas, governo, empregadores, locadores, empresas de serviços de utilidade pública e outras agências, para verificar se me qualifico para receber benefícios.
- Empresas de eletricidade, gás e telefone para que eu possa obter descontos nos serviços públicos. As empresas não podem compartilhar minhas informações ou usá-las para nenhuma outra finalidade.
- O Departamento de Habitação e Desenvolvimento Comunitário para me inscrever no Programa Aquecimento e Alimentação (Heat & Eat Program). Este programa ajuda as pessoas a obter o máximo possível de benefícios do SNAP.
- O Departamento de Educação Primária e Secundária para que meus filhos possam receber refeições gratuitas na escola.
- 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 EUA (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" (“No Tax Status”) ou status de adversidades.
- O Departamento de Crianças e Famílias (DCF) para coordenar os serviços oferecidos conjuntamente pelo DTA e DCF.

Como o DTA usa os números de Seguro Social (SSNs)?

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

- Verificar a identidade e qualificação de cada membro 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, incluindo eu, que não queira benefícios. A renda de um não cidadão pode contar mesmo que essa pessoa que não é cidadão 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 o inglês.
- Se eu tiver uma audiência no DTA, posso pedir ao DTA 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 eleitoral

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 pode 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 do 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 de meu agregado familiar que requererem 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 pergunta 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 em 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, do U.S.C.;
2. Assassinato de acordo com a seção 1111 do título 18, do U.S.C.;
3. Qualquer crime de acordo com o capítulo 110 do título 18, do 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: FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov.

Esta instituição é um provedor que oferece igualdade de oportunidades.

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: (800) 497-4648.

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

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**.

SUPLEMENTO A Serviços e apoios de cuidados de longo prazo

- Você precisa de serviços e apoios de cuidados de longo prazo em uma instalação tipo instituição com serviços de enfermagem? ☐ Sim ☐ Não
  Se a resposta for **Sim**, você deverá responder a todas as perguntas e preencher todas as seções deste suplemento.
- Você está fazendo o requerimento ou recebendo serviços e apoios de cuidados de longo prazo em casa de acordo com uma **Dispensa de Serviços de Atendimento Domiciliar e Comunitário (HCBS)?** ☐ Sim ☐ Não
  Se a resposta for **Sim**, você precisará preencher "**Transferência de recursos**" e "**Seguro de Cuidados de longo prazo**".
- Você está requerendo ou recebendo serviços e apoios de cuidados de longo prazo mediante o Programa de Atendimento Abrangente para Idosos (PACE)? ☐ Sim ☐ Não
  Se a resposta for **Sim**, você precisará preencher "**Transferência 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 requerente/membro

Sobrenome, nome, inicial do nome do meio	Número de Seguro Social (SSN)

Nome e endereço do hospital, instituição de enfermagem ou de outra instituição

Data de admissão (mm/dd/aaaa)	Você foi colocado(a) 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 de Serviços de Atendimento Domiciliar e Comunitário ou PACE.)

Seu cônjuge que mora em casa talvez possa manter parta 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**".

Envie comprovante das despesas atuais do seu cônjuge.

Sobrenome, nome, inicial do nome do meio do cônjuge	Número de Seguro Social (SSN)

2. Quanto seu cônjuge paga por mês por:

   Aluguel? _____ Financiamento hipotecário (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 as contas de serviços de serviços públicos? ☐ 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 "**Transferência de recursos**".

   Envie 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 (SSN)
Parentesco	Data de nascimento (mm/dd/aaaa)	Renda mensal antes das deduções $
Nome		Número de Seguro Social (SSN)
Parentesco	Data de nascimento (mm/dd/aaaa)	Renda mensal antes das deduções $

Transferência de recursos (os recursos incluem renda e bens)

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 bem/da renda		Data da transferência (mm/dd/aaaa)
Destinatário da transferência	Parentesco com você ou seu cônjuge	Valor da transferência $
Descrição do ativo/renda		Data da transferência (mm/dd/aaaa)
Destinatário da transferência	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 serviços e apoios 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 8 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 local do imóvel _____

_____

Tipo de propriedade (assinale uma.)

☐ Individual *(Valor justo de mercado)* $ _____ ☐ Copropriedade *(Valor justo de mercado)* $ _____

☐ Propriedade conjunta *(Valor justo de mercado)* $ _____

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

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

_____

Descrição e endereço do imóvel _____

_____

Tipo de propriedade (assinale uma)

☐ Individual *(Valor justo de mercado)* $ _____ ☐ Copropriedade *(Valor justo de mercado)* $ _____

☐ Propriedade conjunta *(Valor justo de mercado)* $ _____

☐ Direito vitalício sobre o imóvel *(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 de Serviços de Atendimento Domiciliar e Comunitário).

16. Você ou seu cônjuge são proprietários ou têm participação legal em imóvel além do imóvel mencionado no item 8 acima?
☐ Sim ☐ Não

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

_____

_____

_____

Se precisar de mais espaço, anexe uma folha de papel separada.

Seguro de cuidados de longo prazo

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

Se a resposta for **Sim**, preencha esta seção. Se a resposta for **Não**, prossiga para a próxima seção "**Fundos Fiduciários**".

Envie uma cópia da apólice.

Nome da empresa/número da apólice		
Número da apólice	Data de vigor (mm/dd/aaaa)	Valor do prêmio $
Nome da empresa/número da apólice		
Número da apólice	Data de vigor (mm/dd/aaaa)	Valor do prêmio $

Declarações de imposto de renda

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

☐ Sim, nos dois anos ☐ Sim, um desses anos ☐ Não, em nenhum dos anos

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.

Se Sim, **envie cópias** dessas declarações. Se você não guardou cópias de uma ou mais declarações, **envie o Formulário 4506 preenchido e assinado**. O Formulário 4506 faz parte do Suplemento para Cuidados de Longo Prazo, case precise desse formulário.

ASSINE ESTE SUPLEMENTO.

Ao assinar este suplemento abaixo, certifico, sob pena de perjúrio, que as declarações que fiz neste suplemento são verdadeiras e completas, pelo que eu saiba, e concordo em aceitar e cumprir os direitos e responsabilidades acima.

Importante: se estiver enviando este suplemento como um representante autorizado, deverá nos enviar um Formulário de Designação de Representante Autorizado (ARD) para processarmos este requerimento. É importante preencher este formulário, pois esta é a única maneira de falarmos com você sobre este requerimento.

Assinatura do requerente/membro ou de representante autorizado	Nome em letra de fôrma	Data

SUPLEMENTO B Membro 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 houver mais pessoas a serem incluídas, faça uma cópia desta página e anexe-a.

Pessoa 1 AI/AN

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

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

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

4. Essa pessoa já recebeu algum serviço do Serviço de Saúde Indígena, de um programa de saúde tribal ou do Programa de Saúde do Indígena Urbano, ou já foi encaminhada a um desses programas?
   ☐ Sim ☐ Não
   Se a resposta for **Não**, essa pessoa se qualifica para receber serviços do Serviço de Saúde Indígena, programas de saúde tribal ou o Programa de Saúde do Índio Urbano, ou foi encaminhada por um desses programas?
   ☐ Sim ☐ Não

5. Certos fundos recebidos podem não ser contabilizados para o MassHealth. Informe qualquer renda (valor e com que frequência) informada no pedido que inclua dinheiro proveniente do seguinte.
   - 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 proveniente do seguinte.
   - 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 Auxiliar 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.

Envie para: Health Insurance Processing Center
PO Box 4405
Taunton, MA 02780

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

Informações do requerente/membro

Sobrenome	Nome	Inicial do meio	Número de telefone ( )
Número de Seguro Social (SSN)	Data de nascimento (mm/dd/aaaa)		Gênero ☐ M ☐ F
Endereço principal	Cidade	Estado	ZIP

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 prática de outra pessoa para realizar as seguintes atividades diárias. Se você marcar **Sim** em algum dos itens abaixo, informe com que frequência você precisa de ajuda.

Atividade diária	Você precisa de ajuda?	Quantas vezes por **dia** você precisa de ajuda?	Quantos **dias por semana** você precisa de ajuda?
mobilidade (mover-se da cama para a cadeira, andar ou usar equipamento médico aprovado)	☐ Sim ☐ Não		
tomar medicamentos	☐ Sim ☐ Não		
banho (banheira, banho na cama, chuveiro ou cadeira de banho) ou higiene geral (como escovar os dentes ou pentear o cabelo)	☐ Sim ☐ Não		
vestir-se/tirar a roupa	☐ Sim ☐ Não		
exercícios de amplitude de movimento (exercitar as articulações ao movê-las)	☐ Sim ☐ Não		
alimentação	☐ Sim ☐ Não		
ir ao banheiro (como entrar ou sair do banheiro, limpar-se, tirar e vestir a roupa ou trocar fraldas)	☐ Sim ☐ Não		

Informações do cuidador

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

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

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

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

X _____ _____ _____

Assinatura do requerente, membro ou representante autorizado | Nome em letra de forma | Data

SUPLEMENTO D Cobertura de saúde pelos empregos

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.

INFORMAÇÕES DO EMPREGADO

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

2. Número de Seguro Social (SSN) 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 ouros 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?

_____

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 representar 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 questões 13b e 23b do requerimento perguntam aos não cidadãos sobre seu status de imigração e sobre o tipo ou os tipos de documentos de imigração que eles têm para comprovar seu status de imigração. Consulte as seguintes listas para preencher as Perguntas 13b e 23b. Se precisar de mais ajuda, informações adicionais podem ser encontradas online em www.MAhealthconnector.org/immigration-document-types.

Status de imigração para se qualificar

A partir de 1º de outubro de 2026, pessoas que sejam cidadãos ou nacionais dos EUA, residentes permanentes legais (Lawful Permanent Resident [LPR] ou titulares do green card), entrantes cubano-haitianos (Cuban-Haitian Entrant [CHE]) e migrantes do Pacto de Livre Associação (COFA) estarão qualificadas para a cobertura integral do MassHealth.

- Americano-asiático
- Asilo concedido
- Cubano haitiano
- Deportação suspensa
- Nativo americano nascido no Canadá ou em territórios fora dos EUA
- Refugiado
- Vítima de tráfico humano grave ou seu cônjuge, filho, filha, irmão, irmã, pai ou mãe
- 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 (Compact of Free Association)
- 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 em nenhum status listado acima (pessoa residente sob presunção de legalidade, PRUCOL)

Tipos de documentos 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 linguagem temporária 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 (OPCIONAL)

Escolha a(s) opção(ões) que melhor descrevem você. Informe todas as opções relevantes para o seu caso. Especifique nas Perguntas 8 e 9 para Pessoa 1 e Perguntas 18 e 19 para Pessoa 2.

Indígena americana ou nativa do Alasca (AI/AN) (Preencha a etapa 3 e o suplemento B), Asiática, Negra ou afro-americana, Nativa do Havaí ou de outra ilha do Pacífico, Branca, A raça não consta da lista (especifique), Não sei, Prefiro não responder.

ETNIA

Africana, afro-americana, americana, indiana asiática, brasileira, cambojana, cabo-verdiana, habitante das ilhas do Caribe, centro-americana, chicana, chinesa, colombiana, cubana, dominicana, europeia oriental, europeia, filipina, chamorra, guatemalteca, haitiana, hondurenha, japonesa, coreana, laosiana/lao, mexicana, mexicana-americana, do Oriente Médio ou do Norte da África, outra asiática, portuguesa, porto-riquenha, russa, salvadorenha, samoana, 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 (mm/dd/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 (mm/dd/aaaa)

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 (mm/dd/aaaa)

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 (mm/dd/aaaa)

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 executivo	Cargo do executivo
Assinatura do executivo	Data (mm/dd/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 (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

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
  P. O. Box 4405
  Taunton, MA 02780;

- Envie o formulário por fax para **(857) 323-8300**; ou
- Ligue para **(800) 841-2900**, TDD/TTY: 711.

Form **4506**

(April 2025)

Department of the Treasury
Internal Revenue Service

Request for Copy of Tax Return

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

OMB No. 1545-0429

Tip: Get faster service: Online at www.irs.gov, **Get Your Tax Record** (Get Transcript) or by calling **1-800-908-9946** for specialized assistance. We have teams available to assist. **Note:** Taxpayers may register to use Get your tax records and transcripts | Internal Revenue Service to view, print, or download the following transcript types: **Tax Return Transcript** (shows most line items including Adjusted Gross Income (AGI) from your original Form 1040-series tax return as filed, along with any forms and schedules), **Tax Account Transcript** (shows basic data such as return type, marital status, AGI, taxable income and all payment types), **Record of Account Transcript** (combines the tax return and tax account transcripts into one complete transcript), **Wage and Income Transcript** (shows data from information returns we receive such as Forms W-2, 1099, 1098 and Form 5498), and **Verification of Non-filing Letter** (provides proof that the IRS has no record of a filed Form 1040-series tax return for the year you request).

1a Name shown on tax return. If a joint return, enter the name shown first.	**1b First social security number on tax return, individual taxpayer identification number, or employer identification number (see instructions)**
2a If a joint return, enter spouse's name shown on tax return.	**2b Second social security number or individual taxpayer identification number if joint tax return**

3 Current name, address (including apt., room, suite, or inmate no.), city, state, and ZIP code (see instructions).

4 Previous address shown on the last return filed if different from line 3 (see instructions).

5 If the tax return is to be mailed to a third party (such as a mortgage company), enter the third party's name, address, and telephone number.

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

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

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

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

_____ / _____ / _____ _____ / _____ / _____ _____ / _____ / _____ _____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____ _____ / _____ / _____ _____ / _____ / _____ _____ / _____ / _____

8	**Fee.** There is a $30 fee for each return requested. **Full payment must be included with your request or it will be rejected. Make your check or money order payable to "United States Treasury." Enter your SSN, ITIN, or EIN and "Form 4506 request" on your check or money order**	
a	Cost for each return	**$**
b	Number of returns requested on line 7	
c	Total cost. Multiply line 8a by line 8b	**$**

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

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

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

☐ **Signatory attests that he/she has read the attestation clause and upon so reading declares that he/she has the authority to sign the Form 4506. See instructions**

Phone number of taxpayer on line 1a or 2a

Sign Here

Signature (see instructions) | Date

Print/Type name | **Title** (if line 1a above is a corporation, partnership, estate, or trust)

Spouse's signature | Date

Print/Type name

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

Future Developments

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

General Instructions

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

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

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

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

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

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

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

Chart for individual returns (Form 1040 series)

If you filed an individual return and lived in:	Mail to:
Alabama, Arizona, Arkansas, Florida, Georgia, Louisiana, Mississippi, New Mexico, North Carolina, Oklahoma, South Carolina, Tennessee, Texas, a foreign country, American Samoa, Puerto Rico, Guam, the Commonwealth of the Northern Mariana Islands, the U.S. Virgin Islands, or A.P.O. or F.P.O. address	Internal Revenue Service RAIVS Team Stop 6716 AUSC Austin, TX 73301
Connecticut, Delaware, District of Columbia, Illinois, Indiana, Iowa, Kentucky, Maine, Maryland, Massachusetts, Minnesota, Missouri, New Hampshire, New Jersey, New York, Pennsylvania, Rhode Island, Vermont, Virginia, West Virginia, Wisconsin	Internal Revenue Service RAIVS Team Stop 6705 S-2 Kansas City, MO 64999
Alaska, California, Colorado, Hawaii, Idaho, Kansas, Michigan, Montana, Nebraska, Nevada, North Dakota, Ohio, Oregon, South Dakota, Utah, Washington, Wyoming	Internal Revenue Service RAIVS Team P.O. Box 9941 Mail Stop 6734 Ogden, UT 84409

Chart for all other returns

For returns not in Form 1040 series, if the address on the return was in:	Mail to:
Connecticut, Delaware, District of Columbia, Georgia, Illinois, Indiana, Kentucky, Maine, Maryland, Massachusetts, Michigan, New Hampshire, New Jersey, New York, North Carolina, Ohio, Pennsylvania, Rhode Island, South Carolina, Tennessee, Vermont, Virginia, West Virginia, Wisconsin	Internal Revenue Service RAIVS Team Stop 6705 S-2 Kansas City, MO 64999
Alabama, Alaska, Arizona, Arkansas, California, Colorado, Florida, Hawaii, Idaho, Iowa, Kansas, Louisiana, Minnesota, Mississippi, Missouri, Montana, Nebraska, Nevada, New Mexico, North Dakota, Oklahoma, Oregon, South Dakota, Texas, Utah, Washington, Wyoming, a foreign country, American Samoa, Puerto Rico, Guam, the Commonwealth of the Northern Mariana Islands, the U.S. Virgin Islands, or A.P.O. or F.P.O. address	Internal Revenue Service RAIVS Team P.O. Box 9941 Mail Stop 6734 Ogden, UT 84409

Specific Instructions

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

Line 3. Enter your current address. If you use a P.O. box, include it on this line 3. If you are currently incarcerated, include your inmate identification number, name and address on this line 3.

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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