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



COMO FAZER O REQUERIMENTO

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

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

Online no mass.gov/how-to/apply-formasshealth-coverage-for-seniors-andpeople-of-any-age-who-need-long-termcare-services

Fax: (617) 887-8799

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 pedido para se cadastrar no Programa de Assistência Nutricional Suplementar (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP). O SNAP é um programa federal que ajuda a comprar alimentos todos os meses. Se tiver interesse, assinale a opção na página 1, leia e assine os direitos e responsabilidades do SNAP nas páginas 20 a 23. O requerimento será enviado automaticamente ao Department of Transitional Assistance (Departamento de Assistência Transitória). Você não precisa se cadastrar no Programa SNAP para ser considerado para o MassHealth.

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

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

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

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

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

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

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

Se alguém estiver ajudando você a preencher este formulário, talvez seja necessário preencher um formulário separado que conceda a essa pessoa poderes para agir em seu nome. Consulte o Formulário de Designação de Representante Autorizado (ARD) no final deste requerimento.

MASSACHUSETTS HEALTH CONNECTOR | Quem pode usar este requerimento

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

- tem 65 anos ou mais;
- não se qualifica para o MassHealth;
- não está recebendo Medicare; e
- não tem acesso a um plano de saúde acessível que atenda o requisito de valor mínimo.*
- *O requisito de valor mínimo significa que o plano de seguro de saúde paga pelo menos 60% dos custos totais do seguro de saúde do participante médio.
- O Health Connector usa regras de renda bruta ajustada modificada (MAGI, na sigla em inglês) para determinar se a pessoa se qualifica.

O QUE É NECESSÁRIO AO FAZER O REQUERIMENTO

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

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (SSN)

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

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

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

COMPROVANTE DE RENDA, BENS E SEGURO

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

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

COMPROVANTE DE CIDADANIA/NACIONALIDADE

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

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

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

POR QUE PEDIMOS ESSAS INFORMAÇÕES

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

O QUE ACONTECE A SEGUIR E ONDE CONSEGUIR AJUDA

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

Se você precisar de mais informações sobre como fazer o requerimento, ou se precisar de outra cópia do **Suplemento C: Assistente de cuidados pessoais** para seu cônjuge que também estiver pedindo, ligue para (800) 841-2900, TTY/TDD: 711. Este requerimento está disponível em outros idiomas. Ligue para o número acima para fazer um requerimento.

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

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



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

programa(s) que a pessoa deseja pedir. Consulte o dula para idoso	s para saber mais sobre a cobertura desses programas.
Liste os nomes de todos que estiverem pedindo cobertura de saú-	de neste formulário.
 MassHealth ou Health Safety Net (HSN) (Se estiver morando em casa ou em uma casa de repouso, um centro de residência assistida continuada para idosos, ou em uma comunidade de vivência assistida, preencha este requerimento e quaisquer suplementos que se aplicarem a você ou a qualquer membro da família). O MassHealth verificará se alguém que estiver pedindo cobertura de saúde neste formulário se qualifica ao MassHealth ou à HSN. Você:	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:
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: Programa de Assistência Nutricional Suplementar (SNAP) é um pr saudáveis todos os meses.	OBSERVAÇÃO: Program of All-inclusive Care for the Elderly (PACE) Alguns membros do MassHealth podem se qualificar a se cadastrar no Programa de Atenção Integral ao Idoso (PACE), que oferece aos membros acesso a ampla gama de serviços médicos, sociais, recreativos e de bem-estar por meio de um modelo baseado em centro. Consulte a página 10 do Guia para Idosos para obter mais informações. rograma federal que ajuda os participantes a comprar alimentos
de benefícios do SNAP. Leia os direitos e responsabilidades nas página O que acontece depois que você se inscrever para os benefícios do SNAP	o? r uma entrevista pelo telefone e para verificar se você pode receber os u caso. EBT) para acessar seus benefícios, se aprovados.
ETAPA Pessoa 1 (VOCÊ)—Conte-nos sobre	ra VOCÊ
Um adulto do agregado familiar deverá ser a pessoa de contato do no requerimento, não um terceiro que deseja ser um contato para representante autorizado (ARD) para estabelecer contato com terc	requerimento. Essa pessoa deverá ser alguém que conste o(s) solicitante(s). Consulte o Formulário de designação de
1. Nome, nome do meio, sobrenome e sufixo	2. Data de nascimento (mm/dd/aaaa)
3. Endereço principal Assinale esta opção se for morador de re	ua. Você deverá informar um endereço para correspondência.
4. Número do apartamento ou unidade	
5. Cidade	6. Estado 7. CEP 8. Condado

9. Trata-se de hospital, instalações de enfermagem ou outra Se a resposta for Sim , nome da instalação	instituição? Sim	☐ Não		
10. Endereço para correspondência Verifique se é o mes	smo que o endereço p	orincipal.	11. Número	do apartamento ou unidade
12. Cidade	13. Estado	14. CEP	15. Co	ndado
16. Telefone 17. Outro te	lefone	-	1	
18. E-mail		19. № de	pessoas inclu	uídas no requerimento
20. Qual é o seu idioma preferido, caso não seja o inglês? Fa	lado		Escrito	
O idioma escrito de preferência pode ser usado pelo Mas responder, os avisos serão enviados em inglês.				
21. Alguém neste requerimento está na prisão ou na cadeia? Se a resposta for Sim , quem? Digite o nome aqui:		essoa for so	olta nos próxi	mos 60 dias. Sim Não
Se a resposta for Sim , esta pessoa está aguardando julgar	mento? Sim	Não		
Preencha esta seção se você for assistente de e estiver preer preencher um Formulário de designação do navegador, caso deverão preencher um Formulário de designação do represe	nchendo este formulá a ainda não o tenham entante autorizado, ca	feito. Os Co	onselheiros co	ertificados para requisição
Selecione um Navegador Conselheiro certificado p				
Nome, nome do meio, sobrenome e sufixo	E-mail			
Nome da organização	Número de identi	ficação da o	rganização	Telefone da organização
ETAPA 2 Pessoa 1 - Informe sobre se 1. Nome, nome do meio, sobrenome e sufixo	eu agregado fa	amiliar.		2. Parentesco
3. Qual sexo foi atribuído a você ao nascer? Masculino Este é o sexo que consta originalmente na sua certidão d				VOCÊ MESMO
 Você está pedindo cobertura de saúde ou odontológica p Se a resposta for Sim, responda a todas as perguntas aba Se a resposta for Não, responda à pergunta 20 (acomoda 	para VOCÊ MESMO? Bixo na Etapa 2 para a			
AS PERGUNTAS 5 A 9 SÃO OPCIONAIS: o MassHealth em independentemente de raça, etnia, gênero, orientação sexu atender às suas necessidades de idioma e cultura. Sua resputilizada para fins discriminatórios.	ual ou idioma falado.	Responda à	s perguntas !	5 a 9 para nos ajudar a
5. Qual das opções abaixo melhor descreve a sua orientado de gênero é como uma pessoa define e	=			no, feminino, não binário,
gênero não conforme, transgênero ou outro. Masculino Feminino Homem transgênero Genderqueer/gênero não conforme/não binário/qu Identidade de gênero não está listada. Favor especi	ie não se encaixa exc		_	

	6. Q	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 questioning (questionamento de gênero) Orientação sexual não está listada. Favor especificar			
_	_[ua 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. R	aça (veja a página 32) Raça refere-se a como a pessoa se identifica com um ou mais grupos sociais. Você pode declarar várias raças.			
	9. E	tnia (veja a página 32)			
		Etnia refere-se à sua origem, herança, cultura, descendência ou ao país onde você ou sua família nasceram.			
	O n exc rela de : par de : ligu Se a	cê tem número de Seguro Social (SSN)? Sim Não (opcional, se não estiver pedindo) número de Seguro Social (SSN) é necessário para cada pessoa que solicitar cobertura de saúde e que já tenha o número. Há eções para as pessoas que tenham isenção religiosa, conforme descrito na lei federal, que se qualifique apenas para um SSN não acionado ao trabalho ou que não se qualifique para um SSN. O SSN é opcional para pessoas que não estejam pedindo cobertura saúde; no entanto, informar um SSN poderá acelerar o processo. Usamos os SSNs para verificar a renda e outras informações, a decidir quem se qualifica à ajuda com custos de cobertura de saúde. Para obter mais detalhes sobre como usamos o número seguro social, consulte o Guia para Idosos para a Cobertura de cuidados de saúde. Se você precisar de ajuda para obter um SSN, se para a Administração Previdência Social, pelo (800) 772-1213 (TTY: (800) 325-0778) ou acesse socialsecurity.gov. sa resposta for Sim, informe o número			
	Acabei de fazer o requerimento Exceção para não cidadão Exceção para doença Exceção religiosa Seu nome neste requerimento é o mesmo que seu nome no cartão de Seguro Social? Sim Não Se a resposta for Não , que nome consta no cartão de Seguro Social?				
		Nome, nome do meio, sobrenome e sufixo			
	Voc que de s	você obtiver um crédito fiscal de prêmio antecipado (APTC), você concorda em fazer uma declaração de imposto de renda do o fiscal em que os créditos forem recebidos? Sim Não se 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 e obtiver um APTC. Você deverá marcar Sim na pergunta 11 para se qualificar ao ConnectorCare ou APTCs para ajudar a pagar o seguro saúde. Você NÃO precisa fazer uma declaração de imposto de renda para pedir ou obter o MassHealth ou HSN, caso se qualifique.			
		a resposta for Sim , responda às perguntas a até d. Se a resposta for Não , vá para a pergunta d.			
	pro che é ca out dec a.	cê deverá fazer uma declaração de imposto de renda conjunta com seu cônjuge no ano para o qual está pedindo determinados agramas (ConnectorCare ou APTCs), a menos que seja vítima de abuso doméstico ou abandono ou faça a declaração como efe de família. Se você for declarar o imposto de renda como chefe de família, deverá responder Não à pergunta 11a ("Você asado perante a lei?"). Uma maneira de se qualificar como chefe de família é viver separadamente do cônjuge e reivindicar cra pessoa como dependente. Consulte a publicação 501 do IRS ou um profissional tributário para obter informações sobre claração de renda. Você só precisará incluir a si próprio e quaisquer dependentes neste requerimento. 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.			
		Você planeja apresentar uma declaração de renda conjunta com o cônjuge do ano fiscal para o qual está fazendo o requerimento? Sim Não			
		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).			

a.	voce sera 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 declar imposto?	ante do imposto	Qual é o seu parentesco co	om o declarante do	
	O declarante do imposto é cas	ado e faz declaração conjunta?	Sim Não		
	•	· -	nascimento		
	Quem mais o declarante inclu	como dependente?			
e. Opci c	Enviei a declaração de in anos em que eu recebi C inclusive se eu estava ins eu recebi quando enviei Antecipado ao qual eu ti Responda Sim se: 1. Vo	nposto de renda federal ao Interr rédito Fiscal de Prêmio Antecipa scrito no ConnectorCare. Incluí os minha declaração de renda, para nha direito baseado na minha re cê recebeu um APTC ou Connect	ma de abuso doméstico ou abandono? nal Revenue Service (IRS) referente a ca do (APTC), para reduzir meu pagament s formulários de imposto comprovando que o IRS pudesse calcular o valor do nda final do ano. Sim Não orCare no passado e las as pessoas do agregado familiar.	nda ano dos últimos dois o mensal de prêmio, o os créditos fiscais que	
12. Vo	ocê é cidadão dos EUA/tem nac	onalidade dos EUA? Sim	Não		
Se	e Sim , você é cidadão naturaliza	do, tem cidadania derivada ou ad	quirida (não nasceu nos EUA)? 🔲 Si	m 🔲 Não	
N	úmero de estrangeiro	Número do ce	rtificado de naturalização ou cidadania		
re Cl	esposta, você poderá obter aper hildren's Medical Security Plan (Se a resposta for Sim, você te Poderá nos ajudar a processar Tentaremos verificar o status (nas um ou mais dos seguintes: M CMSP) ou Health Safety Net (HSN m um documento de imigração? o requerimento mais rapidamer de imigração por meio da corresp	·_ · _ <u>-</u> ·	, MassHealth Limited, nento de imigração. odos os status de	
	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	e a data em que a petição foi apr			
		Tipo de o documento na lista da página 32	documento de imigração		
	Número de identificação do d	ocumento	Número de estrangeiro		
	Data de validade do passapor	e ou documento (mm/dd/aaaa)	País		
b.			obter o status de imigração? Sim neio, sobrenome e sufixo		
C.	Você chegou aos EUA depois o	de 22 de agosto de 1996? Si	m 🔲 Não		
d.	-	om honra ou membro ativo das f mbro ativo das forças armadas do	orças armadas dos EUA, ou cônjuge ou os EUA? ☐ Sim ☐ Não	ı filho de um veterano	
e.		na de tráfico grave 🔲 cônjuge, uge agredido 🔲 filho(a) ou pai,	filho(a), irmã(o) ou pai/mãe de uma ví /mãe do cônjuge agredido?	tima de tráfico	
		retende residir aqui, mesmo sem curando emprego?	endereço fixo, ou entrou em Massach Não	nusetts com um	
		nusetts a lazer ou com o objetivo você deverá responder Não a est	de receber cuidados médicos em um a a pergunta.	imbiente diferente de	
15. Vo	ocê mora com pelo menos um fi	lho menor de 19 anos e você é a	principal pessoa que cuida desse filho	ou filhos?	
N	ome(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 previst	ta para o parto?
17. Você já morou em um acolhimento familiar? Sim Não	
a. Se a resposta for Sim , em que estado ficava esse acolhimento familiar?	
b. Você recebeu assistência médica por meio de um programa estadual do Medicaid?	? Sim Não
18. Você aluga ou é proprietário de um imóvel? Aluga É proprietário	
19. INCAPACIDADE Responda a esta pergunta se você tiver menos ou mais de 65 anos e es (inclusive uma condição de saúde mental incapacitante) que durou ou deverá durar pel cego, responda Sim). Sim Sem nome:	
20. Você precisa de adaptações razoáveis devido a uma deficiência ou lesão? Sim 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 incapacidad Com incapacidade intelectual Deficiente físico Outros (explique)	
 b. Adaptação Telefone de texto (TTY) Publicações em letras grandes Intérprete de língua Serviço de retransmissão de vídeo Traduções em tempo real de acesso à comu Aparelho de escuta assistida Publicações em formato eletrônico Outros (e 	nicação (CART) Publicações em braile
21. Você já recebeu Seguro Suplementar de Renda (Supplemental Security Income, SSI)? Se a resposta for Não , vá para Informações de Renda. Se a resposta for Sim , responda à	
a. Quando você recebeu o SSI pela última vez? (mm/aaaa)	
 b. Você (marque um): mora sozinho? mora com o cônjuge? mora em uma casa de repouso 	o? mora na casa de outra pessoa?
INFORMAÇÕES DE RENDA (envie comprovante de toda a renda familia	ar com este requerimento).
22. Você tem alguma renda? Sim Não Se não tiver renda, vá para a pergunta 34.	
EMPREGO ATUAL Se tiver mais empregos e precisar de mais espaço, anexe outra folha.	
23. Nome e endereço do empregador	Nº de identificação fiscal federal
24. a. Salários/gorjetas (antes de impostos) US\$ Semanal A cada	
25. Número médio de horas trabalhadas por SEMANA	
26. Você tem emprego sazonal? Sim Não. Se a resposta for Sim, em quais meses janeiro fevereiro março abril maio junho julho agosto setembro outubro novembro dezembro	você trabalha no ano?
AUTÔNOMO Se for autônomo, responda às perguntas a seguir. Se precisar de mais espa	aço, anexe outra folha.
27. Você é autônomo? Sim Não	
a. Se a resposta for Sim , que tipo de trabalho você faz?	
 b. Em média, que renda líquida (lucros após o pagamento das despesas comerciais) vo autônomo todo mês? \$/mês lucro ou prejuízo de \$/mês? 	ocê obterá ou perderá com esse trabalho
c. Quantas horas você trabalha por semana?	
OUTROS RENDIMENTOS	
28. Marque todas as opções relevantes e informe o valor e a frequência de recebimento. OBSERVAÇÃO: Você não precisa informar sobre a pensão alimentícia ou o Seguro Sup Security Income, SSI).	olementar de Renda (Supplemental

		Benefícios de Seguro Social \$ Com que frequência?
		Aposentadoria ou pensão \$ Com que frequência?
		Valores anuais \$ Com que frequência?
		Fundos fiduciários \$ Com que frequência?
		Seguro-desemprego \$ Com que frequência?
		Juros, dividendos e outros rendimentos de investimentos \$ Com que frequência?
		Renda de <i>royalties</i> \$ Com que frequência?
		Pensão alimentícia recebida \$ Com que frequência?
		Se você estiver recebendo pagamentos de pensão alimentícia de um divórcio, acordo de separação ou ordem judicial
		finalizada antes de 1º de janeiro de 2019, insira o valor desses pagamentos aqui. \$
		Benefícios de veterano federal \$ Com que frequência?
		Pagamento de aposentadoria militar \$ Com que frequência?
	Ш	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 Quantos horas durante cada semana?
		Prêmios de loteria e jogos de azar \$ Data de início
		Com que frequência Apenas uma vez Semanal A cada duas semanas Duas vezes por mês Mensal Trimestral Anual
		Prêmios não monetários não contam como loteria qualificada, e ganhos de jogos de azar não incorporam quaisquer prejuízos no valor.
		, and the second
RE	ND	A DE ALUGUEL
29.	. Voc	cê recebe renda de aluguel? (Você precisa responder a esta pergunta.) Sim Não
	con o ca esg a.	a resposta for Sim , envie comprovante da renda atual de aluguel, como declaração por escrito de cada inquilino, cópia do atrato ou declaração de imposto de renda atualizada. Também envie comprovante de todas as seguintes despesas, se for aso, nos últimos 12 meses: financiamento de imóvel, impostos, utilidades públicas (gás/eletricidade), aquecimento, água/goto, seguro, taxa de condomínio ou cooperativa, reparos e manutenção. Que tipo de imóvel você tem? uma família duas famílias três famílias outros (descreva):
		(Liste cada unidade de aluguel e endereço separadamente).
		Endereço Nº da unidade
		Valor da renda Valor do prejuízo Habitado pelo proprietário?
		Endereço Nº da unidade
		Valor da renda Valor do prejuízo Habitado pelo proprietário?
	c.	Você paga aquecimento ou utilidades públicas para o inquilino? Sim Não
		A ÚNICA
30.		cê recebeu ou receberá rendimentos neste ano como pagamento único? Sim Não
		n exemplo pode incluir um pagamento à vista de pensão. Da resposta for Sim : Tipo Valor \$ Mês do recebimento Ano do recebimento
31.		cê receberá renda durante o próximo ano como pagamento único? Sim Não a resposta for Sim : Tipo Valor \$ Mês do recebimento Ano do recebimento
AB	BATI	IMENTOS
32.	Se v cus de ind	e abatimentos você informa na declaração de imposto de renda? você pagar certos itens que podem ser abatidos em uma declaração de renda, informar sobre eles poderá reduzir um pouco o to da cobertura de saúde. Assinale todas as opções relevantes. Os abatimentos deverão ser o que você informar na declaração imposto de renda na seção "Renda bruta ajustada" (Adjusted Gross Income, em inglês). Para cada dedução selecionada, ique 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 performá Valor anual \$	áticos ou fun	cionários públ	icos pagos por em	iolumentos:	
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 a					
	Contribuição para planos de aposentadoria para autônomos, como SEP, SIMPLE e outros planos qualificados:				
Dedução do seguro de saúde de autônomo: Valor anual \$					
Multa por saque antecipado de poupança: Valor anual \$					
Para pensão alimentícia paga: pagamentos de pensão por d 1º de janeiro de 2019, insira o valor desses pagamentos aqu	ivórcio, acor		ão ou ordem judic	ial finalizada antes de	
Dedução da conta de aposentadoria individual (em inglês, II	ndividual Re	tirement Accou	unt ou IRA): Valo	or anual \$	
Dedução do empréstimo estudantil (apenas juros, não paga	mento total): Valor anua	I\$		
☐ 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 di	ferente?				
OBRIGADO Isso é tudo o que precisamos saber sobre você. Vá p	para a Etapa	2 Pessoa 2 pai	ra adicionar outro	membro do	
agregado familiar, se necessário. Caso contrário, vá para a Etapa					
americanos ou nativos do Alasca (AI/AN).					
ETAPA 2 Pessoa 2— Cônjuge ou outras pess					
Preencha esta parte para seu cônjuge que mora com você ou qualo renda, caso a faça.	quer pessoa	incluída na sua	i declaração de im	posto de	
Se você tiver de incluir mais de duas pessoas neste formulário, fac Etapa 2 Pessoa 2 ANTES de preenchê-las. Ao preencher as páginas no requerimento. Precisamos dessas informações para determina pessoas adicionais em mass.gov/masshealth.	s adicionais,	informe o par	entesco de cada p	oessoa a outra pessoa	
L. Nome, nome do meio, sobrenome e sufixo			2. Data de nascir	mento (mm/dd/aaaa)	
3. Qual sexo foi atribuído a essa pessoa ao nascer?		nino			
Farentesco com a Pessoa 1 5. Essa pessoa mora com a Pessoa	1? Sim	n Não. Se	a resposta for Não	o, informe o endereço	
Sem endereço. Observação: se você assinalar esta opção, deverá informar um endereço para correspondência.					
s. 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 q	ue o endere	ço principal.	8. Número do apa	artamento ou unidade	
9. Cidade	10. Estado	11. CEP	12. Condado)	
L3. Qual é o idioma preferido dessa pessoa, caso não seja o inglês?			Escrito		
MassHealth e Health Connector nas comunicações com você. S	e você não r	esponder, os a	visos serão enviad	dos em inglês.	
14. Esta pessoa está fazendo o requerimento de cobertura de saúd Se a resposta for Sim , responda a todas as perguntas abaixo na Se a resposta for Não , responda à pergunta 30 (adaptações) e v	Etapa 2 para	a a Pessoa 2	m Não	zina 10	

AS PERGUNTAS 5 A 19 SÃO OPCIONAIS: Leia as instruções para Perguntas 5 a 9, Pessoa 1.			
Genderqueer/gênero não conforme/não binár A identidade de gênero não foi mencionada ao Não sei Prefiro não responder	enero/homem trans		
16. Qual das opções abaixo melhor descreve a orier Straight ou heterossexual Lésbica ou gay Queer, pansexual ou questioning (questionan Orientação sexual não está listada. (favor esp	nento de gênero)		
17. Esta pessoa é de origem ou descendência hispân	nica ou latina? ânica nem latina		
18. Raça (veja a página 32)	19. Etnia (veja a página 32)		
informações importantes sobre o SSN e como solici	ara cada pessoa que pedir cobertura de saúde que tenha um. Para obter tar um, consulte as instruções da pergunta 10 Pessoa 1.		
Se a resposta for Não , assinale um dos seguintes mo Exceção para doença Acabei de fazer o re	querimento Exceção para não cidadão Exceção religiosa		
O nome neste requerimento é o mesmo que o nom			
Se a resposta for Não , que nome está no cartão de s	seguro social dessa pessoa?		
	Nome, nome do meio, sobrenome e sufixo		
21. Se essa pessoa tiver um crédito fiscal de prêmio ant fiscal em que os créditos forem recebidos?	ecipado (APTC), ela concorda em fazer uma declaração de renda para o ano		
A pessoa pode não ter precisado ou escolhido não fazer uma declaração de imposto de renda no passado, mas terá de fazer uma para o ano em que obtiver um APTC. Você deverá assinalar Sim na pergunta 21 para se qualificar ao ConnectorCare ou APTCs para ajudar a pagar o seguro de saúde dessa pessoa. Essa pessoa NÃO precisa fazer a declaração de imposto de renda para pedir ou obter o MassHealth ou HSN, se a pessoa qualificar.			
Se a resposta for Sim , responda às perguntas a até			
Essa pessoa deverá fazer uma declaração de imposto de renda conjunta com o cônjuge para o ano no qual estiver fazendo o requerimento para obter determinados programas (ConnectorCare ou APTCs), a menos que seja vítima de abuso doméstico ou abandono ou faça a declaração de renda como chefe de família. Se essa pessoa fizer a declaração de renda como chefe de família, deverá responder Não à pergunta 21a ("Você é casado perante a lei?"). Uma maneira pela qual essa pessoa poderá se qualificar como chefe de família é morar separada do cônjuge e declarar outra pessoa como dependente. Consulte a publicação 501 do IRS ou um profissional tributário para obter informações sobre declaração de renda. Essa pessoa só precisará incluir a si mesma e quaisquer dependentes neste requerimento.			
 a. Essa pessoa é casada perante a lei? Sim [Se a resposta for Não, vá para a pergunta 21c. Se a resposta for Sim, informe o nome do cônju 			
b. Essa pessoa planeja fazer a declaração de renda	com um cônjuge para o ano fiscal para o qual está fazendo o requerimento?		
Sim Não Esta pessoa pedirá dedução de isenção pessoal			
d. Essa pessoa será incluída como dependente na fazendo o requerimento? Sim Não.	declaração de imposto de renda de outra pessoa do ano para o qual está		

		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?
22.	Ess	sa pessoa é cidadã dos EUA ou nacional dos EUA? 🔲 Sim 🔲 Não
		Sim, essa pessoa é cidadã naturalizada, tem cidadania derivada ou adquirida (não nasceu nos EUA)? 🔲 Sim 🔲 Não
	Nú	mero de estrangeiro Número da certidão de naturalização ou cidadania
23.	Co res Ch	essa pessoa não for cidadã, ela tem status de imigração que a qualifique? Sim Não nsulte a página 32, "Status de imigração e tipos de documentos" para obter ajuda. Se a resposta for Não ou se não houver sposta, você poderá obter apenas um ou mais dos seguintes: MassHealth Standard (se estiver grávida), MassHealth Limited, ildren's Medical Security Plan (CMSP) ou Health Safety Net (HSN). Vá para a pergunta 24.
	a.	Se a resposta for Sim , essa pessoa tem documento de imigração? Sim Não Poderá nos ajudar a processar este requerimento mais rapidamente se você incluir uma cópia do documento de imigração. Tentaremos verificar o status de imigração dessa pessoa ao confirmar se os dados eletrônicos correspondem. Liste todos os status de imigração e/ou condições que se aplicaram a essa pessoa desde que ela entrou nos EUA. Se você precisar de mais espaço, anexe outra folha.
		Data de concessão do status (mm/dd/aaaa) (Para pessoas agredidas, digite a data em que a petição foi aprovada).
		Status de imigração Tipo de documento de imigração Escolha um ou mais status e tipos de documentos na lista da página 32.
		Número de identificação do documento Número de estrangeiro
		Data de validade do passaporte ou documento (mm/dd/aaaa) País
	b.	Essa pessoa usou o mesmo nome neste requerimento para obter o status de imigração? Sim Não Se a resposta for Não , que nome a pessoa usou? Nome, nome do meio, sobrenome e sufixo
	c.	Essa pessoa chegou aos EUA depois de 22 de agosto de 1996? Sim Não
		Essa pessoa é veterano de guerra dispensado com honras ou membro ativo das forças armadas dos EUA, ou cônjuge ou filho de um veterano dispensado com honras ou membro ativo das forças armadas dos EUA?
	e.	Opcional Essa pessoa é: vítima de tráfico grave cônjuge, filho(a), irmã(o) ou pai/mãe de uma vítima de tráfico cônjuge agredido?
24.	Ma	sa pessoa está morando em Massachusetts e pretende residir aqui, mesmo que não tenha endereço fixo, ou entrou em assachusetts com um compromisso de trabalho ou está procurando emprego? Sim Mão essa pessoa estiver visitando Massachusetts a lazer ou com o propósito de receber cuidados médicos em um ambiente que
		o for um centro de enfermagem, você deverá responder não a esta pergunta.
25.		sa pessoa mora com pelo menos um filho menor de 19 anos e é a principal pessoa a cuidar desse(s) filho(s)? Sim Não me(s) e data(s) de nascimento do(s) filho(s)
26.		sa pessoa está grávida?
27.	Ess	sa 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?
28.	Ess	sa pessoa aluga ou é proprietária de imóvel? 🔲 Aluga 🔲 É proprietária

29. INCAPACIDADE Responda a esta pergunta se essa pessoa tiver menos ou mais de 65 anos e estiver trabalhando. Essa pessoa tem uma deficiência (inclusive uma condição de saúde mental incapacitante) que durou ou deverá durar pelo menos 12 meses? (Se for legalmente cego, responda Sim). Sim Sem nome:
30. Essa pessoa precisa de adaptações razoáveis devido a uma deficiência ou lesão? Sim Não Se a resposta for Não, vá para a próxima pergunta. Se a resposta for Sim, responda às questões a e b.
a. Doença Visão fraca Cego Surdo Dificuldade de audição Incapacidade de desenvolvimento Incapacidade intelectual Deficiente físico Outros (explique)
 b. Adaptação Telefone de texto (TTY) Publicações em letras grandes Intérprete de língua americana de sinais Serviço de retransmissão de vídeo Traduções em tempo real de acesso à comunicação (CART) Publicações em braile Aparelho de escuta assistida Publicações em formato eletrônico 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 questões a e b.
a. Quando esta pessoa recebeu SSI pela última vez? (mm/aaaa)
b. Essa pessoa (assinale uma): ☐ mora sozinha? ☐ mora com o cônjuge? ☐ mora em uma casa de repouso? ☐ mora na casa de outra pessoa?
INFORMAÇÕES DE RENDA (envie comprovante de toda a renda familiar com este requerimento). 32. Essa pessoa tem alguma renda? Sim Não Se ela não tiver renda, vá para a pergunta 40.
TRABALHO ATUAL Se essa pessoa tiver mais empregos e precisar de mais espaço, anexe outra folha.
33. Nome e endereço do empregador Nº de identificação fiscal federal
34. a. Salário/gorjeta (antes de impostos) \$ Semanal A cada duas semanas Duas vezes por mês Mensal Trimestral Anual (subtraia quaisquer deduções antes de impostos, como prêmios de seguro de saúde não tributáveis) b. Data de início da renda
35. Número médio de horas trabalhadas por SEMANA
36. Essa pessoa tem emprego sazonal? Sim Não. Se a resposta for Sim , em quais meses a pessoa trabalha no ano? janeiro fevereiro março abril maio junho julho agosto setembro outubro novembro dezembro
AUTÔNOMO Se for autônomo, responda as perguntas a seguir. Se precisar de mais espaço, anexe outra folha.
37. Essa pessoa é autônoma? Sim Não
a. Se a resposta for Sim , que tipo de trabalho essa pessoa faz?
 Em média, que renda líquida (lucros após o pagamento das despesas comerciais) essa pessoa obterá ou perderá com esse trabalho autônomo todo mês? \$/mês de lucro ou \$/mês de prejuízo?
c. Quantas horas essa pessoa trabalha por semana?
OUTRAS FONTES DE RENDA
38. Marque todas as opções relevantes. Informe o valor e a frequência de recebimento. OBSERVAÇÃO: Você não precisa informar sobre a pensão alimentícia ou o Seguro Suplementar de Renda (Supplemental Security Income, SSI).
Benefícios de Seguro Social \$ Com que frequência?
Aposentadoria ou pensão \$ Com que frequência?
Valores anuais \$ Com que frequência?
Fundos fiduciários \$ Com que frequência?

Seguro-desemprego \$ Com que frequência?	
☐ Juros, dividendos e outros rendimentos de investimentos \$ Com que frequência?	
Renda de royalties \$ Com que frequência?	
Pensão alimentícia recebida \$ Com que frequência?	
Se essa pessoa estiver recebendo pagamentos de pensão alimentícia de um divórcio, acordo de s finalizada antes de 1º de janeiro de 2019, insira o valor desses pagamentos aqui. \$	separação ou ordem judicial
Benefícios de veterano federal \$ Com que frequência?	
Pagamento de aposentadoria militar \$ Com que frequência?	
Outros rendimentos tributáveis (inclua o tipo) \$ Com que frequência?	Tipo
Ganhos de capital: Em média, qual lucro líquido ou prejuízo essa pessoa obterá com esse ganho US\$/prejuízo	de capital todo mês?
Renda líquida de agricultura ou pesca: \$/lucro ou \$/prejuízo Quantos horas dura	nte 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 Prêmios não monetários não contam como loteria qualificada, e ganhos de jogos de azar não incorpora	
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 contrato ou declaração de imposto de renda atualizada. Também envie comprovante de todas as se o caso, nos últimos 12 meses: financiamento de imóvel, impostos, utilidades públicas (gás/eletricida	guintes despesas, se for
esgoto, seguro, taxa de condomínio ou cooperativa, reparos e manutenção. a. Que tipo de imóvel essa pessoa tem? uma família duas famílias três famílias ou	tra (dassrava):
b. Qual é a renda ou prejuízo mensal do aluguel de cada unidade de aluguel do imóvel indicado aci	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
(Liste cada unidade de aluguel e endereço separadamente).	IIIa:
	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.	
·	Ano do recebimento
41. Essa pessoa receberá renda durante o próximo ano como pagamento único? Sim Não Se a resposta for Sim : Tipo: Valor \$ Mês do recebimento	Ano do recebimento
ABATIMENTOS	
42. Que abatimentos essa pessoa relata na declaração de renda?	
Se essa pessoa pagar certas coisas que podem ser abatidas em uma declaração de renda, informar s um pouco o custo da cobertura de saúde. Assinale todas as opções relevantes. As deduções dessa prelata na declaração de renda na seção "Renda bruta ajustada". Para cada dedução selecionada, infoinserir até o valor máximo de abatimento permitido pelo IRS. Despesas de educador: Valor anual \$	essoa deverão ser o que ela
Certas despesas comerciais de reservistas, artistas performáticos ou funcionários públicos pagos Valor anual \$	por emolumentos:
Dedução da conta poupança de saúde (health savings accounts, ou HSAs, em inglês): Valor anu	ıal \$
Despesas de mudança para membros das Forças Armadas: Valor anual \$	

Parte dedutível do imposto de trabalho autônomo: Valor anual \$			
Contribuição para planos de aposentadoria para autônomos, como SEP, SIMPLE e outros planos qualificados: Valor anual \$			
Dedução do seguro de saúde de autônomo: Valor anual \$			
Multa por saque antecipado de poupança: Valor anual \$			
Pensão alimentícia paga: se essa pessoa pagou por divórcio, acordo de separação ou ordem judicial finalizada antes de 1º de janeiro de 2019, insira o valor desses pagamentos aqui. Valor anual \$			
Dedução da conta de aposentadoria individual (Indivi	idual Retirement Account, ou	IRA, do inglês): Valor anual \$	
Dedução do empréstimo estudantil (apenas juros, nã	o o pagamento total): Valor a	nual \$	
Nenhum			
RENDA ANUAL			
43. Qual é a renda total esperada dessa pessoa para o ano a	tual?		
44. Qual é a renda total esperada dessa pessoa para o próxir	no ano, se for diferente?		
OBRIGADO Isso é tudo o que precisamos saber sobre essa	pessoa.		
ETAPA 3 Membros do agregado familiar qu	ue são indígenas amerio	canos ou nativos do Alasca (AI/AN)	
Você é ou alguém do seu agregado familiar é indígena ameri	icano ou nativo do Alasca?	Sim Não	
Se a resposta for Não , vá para a Etapa 4. Se a resposta fo	-		
Suplemento B: Membro do agregado familiar indígena	americano ou nativo do Alas	ca.	
ETAPA 4 Contas médicas anteriores			
Você ou seu cônjuge tem contas de serviços médicos recebid	as nos três meses anteriores	ao mês em que recebemos o requerimento?	
Sim Não			
Se Sim , o MassHealth talvez possa pagar essas contas. Se			
Você ou seu cônjuge deseja se cadastrar no MassHealth para	•	_ _	
Se a resposta for Sim , qual é a data mais antiga que você (Você deverá apresentar comprovante de todos os rendi	•	, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,	
Liste abaixo todas as pessoas que estão solicitando o pagam			
comprovantes de toda renda e bens possuídos durante esse			
Nome	Data mais antiga solicitada	Circunstâncias mudaram nesse período? Sim Não	
Nome	Data mais antiga solicitada	Circunstâncias mudaram nesse período?	
ETAPA 5 Ativos Você deverá preencher todos os blocos para cada ativo que você e/ou seu cônjuge tiverem.			
Se você morar na comunidade e desejar ajuda com contas médicas de até três meses antes do mês do 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 tive	ram nos últimos 60 meses. Se	precisar de mais espaço, anexe outra folha.	
CONTAS BANCÁRIAS			
 Você ou seu cônjuge tem contas bancárias ou certificado crédito, contas NOW (Negotiable Order of Withdrawal), pessoais (PNA)? Sim Não 			

a. Voce ou seu conjuge tem contas de aposentadoria, inclusive contas de aposentadoria individual (IRAS), contas Reogn, 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 Mão Se a resposta for Sim para alguma dessas perguntas, preencha esta seção. Se a resposta for Não para todas essas perguntas,					
vá para a próxima seção (INFORM		ta seção. Se	a respo	osta for Nao para todas essas perguntas,	
Envie uma cópia das cadernetas atua	alizadas em 45 dias e/ou uma có l	pia dos ext	ratos de	conta corrente. Consulte o Guia para Idosos	
para obter informações sobre as inst instalações de enfermagem, apresen	= -			tos. Se estiver pedindo cobertura para	
Nome na conta			Tipo d	e conta	
Nome do banco/da instituição		Nu	úmero da	a conta	
Saldo atual \$	Saldo na data de admissão* \$		1	Conta aberta Conta fechada	
Data de fechamento da conta (mm/d	ld/aaaa)	Valor na d	lata de f	echamento da conta \$	
Nome na conta			Tipo d	e conta	
Nome do banco/da instituição		Nu	úmero da	a conta	
Saldo atual \$	Saldo na data de admissão* \$			Conta aberta Conta fechada	
Data de fechamento da conta (mm/d	ld/aaaa)	Valor na d	lata de f	echamento da conta \$	
* Informe o saldo da conta na data d	e admissão na instituição médica	, hospital o	ou enferr	maria.	
INFORMAÇÕES SOBRE IMÓVEI	S				
Você ou seu cônjuge é proprietár		esidência r	rincipal	?	
	eu cônjuge Sim Não				
3. Você ou seu cônjuge é proprietár Você ☐ Sim ☐ Não S	io ou tem interesse legítimo em eu cônjuge	alguma pro	priedad	e além da residência principal?	
Se você respondeu Sim para algu (SEGURO DE VIDA).	ma dessas perguntas, preencha e	esta seção.	Se a resp	posta for Não , vá para a próxima seção	
Envie uma cópia da(s) escritura(s), cor	nta(s) de imposto(s) atual(is) e com	provante d	o valor d	levido de todos os imóveis de sua propriedade	
Endereço					
Tipo de imóvel		Val	or atual	\$	
Endereço					
Tipo de imóvel		Val	or atual	\$	
SEGURO DE VIDA		I			
4. Você ou seu cônjuge tem seguro	de vida? Sim Não				
Se a resposta for Sim , preencha e		vá para a r	oróxima :	secão	
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	VALORES MOBILIÁRIOS (AÇÕES/1			-	
	e uma carta da companhia de se			ominal total de todas as apólices exceder o o valor atual de resgate em dinheiro (para	
Nome(s) do(s) proprietário(s)					
Companhia de seguros					
Número da apólice	Valor non	ninal \$		Tipo de seguro	
Nome(s) do(s) proprietário(s)	'			·	
Companhia de seguros					
Número da apólice Valor nomin				Tipo de seguro	

CONTAS DE CORRE	IAGEIVI DE VALC	TRES IVIUDILIA	KIUS (AÇUES/IIII	JLUS/UUTKU:	<u> </u>	
5. Você ou seu cônjuge tem ações, títulos, títulos de capitalização, fundos mútuos, securities, ativos mantidos em cofres, dinheiro que não esteja no banco, opções ou contratos futuros? 🔲 Sim 🔲 Não						
Se a resposta for Si	m , preencha esta s	eção. Se a respo	sta for Não , vá para a	próxima seção <u>(</u>	VALORES ANUAIS)	ŀ
Envie comprovante do	valor atual (exceto	dinheiro).				
	Nome(s) do(s) proprietário(s)	Nome da empresa	Número da conta	Valor atual	Valor na data de admissão*	Ativo conjunto?
Dinheiro em espécie				\$	\$	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
	im, preencha esta s insulte o Guia para TIDA/OUTROS). intrato. Para cada a ias e taxas, se pude tário(s)	eção. Para se qu Idosos para obte nuidade, aprese r ser descontado	alificar, você pode se er mais informações). nte comprovantes da	r obrigado a non Se a resposta fo	near o estado com r Não , vá para a p ores anuais em re	o beneficiário róxima seção
	+ 4 ··: - / - \		Data de C	ompra (mm/uu/	adda)	
Nome(s) do(s) proprie						
Nome da instituição qu	ue emite os valores	anuais		, , , , , ,		
Número do contrato			Data de c	ompra (mm/dd/	aaaa) ——————	
RESIDÊNCIA ASSIS	TIDA/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 co	ontrato que você as	sinou com a inst	alação e quaisquer do	ocumentos sobre	e esse depósito.	
Nome do centro						
Endereço do centro						
Valor do depósito \$		Data do de	pósito feito à instalaç	ão (mm/dd/aaa	a)	

VEICULOS/CASAS MOVEIS						
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 vo observação fiscal. Se você morar com o odata de admissão na instituição médica.	•		•			
(Você) Tipo de veículo	Você) Tipo de veículoAno/marca/modeloValor justo de mercadoQuantia devida\$\$					_ ·
Endereço de casa móvel			'			
(Seu cônjuge) Tipo de veículo	Ano/marca/mode	elo		Valor justo de \$	mercado	Quantia devida \$
Endereço de casa móvel						
PLANOS PRÉ-PAGOS DE ENTERRO						
9. Você ou seu cônjuge tem contratos proposition sepultamento ou contas bancárias re	. •				oara despesas	s de funeral e
Se a resposta for Sim , preencha esta	seção. Se a respos	sta for Não , v	á para a próxir	ma seção <u>(FUN</u>	DOS FIDUCIÁ	RIOS).
Envie uma cópia do contrato fiduciário,	instrumento fiduci	iário, apólice	de seguro ou	conta apenas p	oara sepultan	nento.
(Você) Contrato de sepultamento Sin	ı (Valor \$) Não F	undo de sepul	tamento Si	m (Valor \$) 🔲 Não
Seguro de vida para sepultamento Si	m (Valor \$)	Não Conta	a apenas para	sepultamento	Sim (Valo	r\$) 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 s	epultamento [Sim (Valor	\$) Não
Seguro de vida para sepultamento Si	m (Valor \$)	Não Conta	a apenas para	sepultamento	Sim (Valo	r\$) 🗌 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/d	oadores, fiduciário	os ou benefic	iários de algur	m fundo fiducia	ário? 🔲 Sin	n 🔲 Não
11. Você, seu cônjuge ou outra pessoa em seu nome, inclusive um tribunal ou órgão administrativo, contribuiu com renda ou ativos do seu imóvel ou de seu cônjuge para um fundo fiduciário? Sim Não						
Se você respondeu Sim para alguma dessas perguntas, preencha esta seção. Se você respondeu Não a essas perguntas, vá para a ETAPA 6: Informações do seguro de saúde						
Envie uma cópia do(s) documento(s) fiduciário(s), eventuais aditamentos, documentos comprovativos da atividade financeira e o calendário dos beneficiários.						
Nome do fundo fiduciário Revogável? Sim Não Capital fiduciário atual\$						
Capital fiduciário na data de admissão* \$ Administrador(es) do fundo						
Concedente(s)/doador(es) Beneficiários						
Nome do fundo fiduciário	Nome do fundo fiduciário Revogável? Sim Não Capital fiduciário atual \$					ual \$
Capital fiduciário na data de admissão* \$ Administrador(es) do fundo						
Concedente(s)/doador(es) Beneficiários						
*Insira o capital fiduciário na data de admissão na instituição médica.						

ETAPA 6 Informações do seguro de saúde

Os regulamentos do MassHealth exigem que os membros obtenham e mantenham seguros disponíveis de saúde, inclusive seguros disponibilizados pelo empregador. Para determinar se você e os membros do seu agregado se qualificam para o MassHealth, podemos solicitar informações adicionais suas e do seu empregador sobre seu acesso à cobertura de seguro de saúde oferecido pelo empregador, e podemos compartilhar informações sobre você e os membros do seu agregado familiar com seu(s) empregador(es) e/ ou seguradora(s) de saúde para confirmar essas informações.

Você deverá cooperar ao apresentar as informações necessárias para manter a qualificação, inclusive comprovantes de obtenção ou manutenção de seguro de saúde disponível, ou seus benefícios do MassHealth poderão terminar. Consulte o Guia para Idosos para obter mais informações.

	•					
1.	 Alguém que tenha sido incluído neste requerimento recebeu cobertura de saúde de um emprego, sem estar cadastrado? Sim Não Responda Sim, mesmo que esse seguro seja do trabalho de outra pessoa, como um cônjuge, mesmo que essa pessoa não more na casa. Se a resposta for Sim, você precisará preencher e incluir o Suplemento D: Cobertura de saúde de empregoe o restante deste formulário. 					
	Este é um plano de benefícios para funcionários do estado?	Não				
2.	Alguém se qualifica ou está cadastrado nos seguintes tipos de cobert Se a resposta for Sim , verifique o tipo de cobertura e escreva o(s) no					
	Responda Sim , mesmo que esse seguro seja de outra pessoa, como um	n cônjuge, n	nesmo que a pessoa não more no agregado familiar.			
	Cadastrado no Medicare ou se qualifica para um plano Medicare I	Parte A sen	n prêmio de seguro de saúde			
	Nome Número do p	edido de a	ssistência 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/aa	aa)				
	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 p	edido de a	ssistência 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/aa	aa)				
	b. Essa pessoa tem uma apólice suplementar Medigap/Medicare?					
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					
	Se a resposta for Sim , nome(s)					
Sa	você marcar algum dos programas a seguir, informe os detalhes abaix					
Je	Qualifica-se para Benfícios para ex-membros do Corpo da Paz Qualifica-se para TRICARE (não marque se você tiver cuidados o Cadastrado em Programas de Saúde para Veteranos (VA) MassHealth Outras coberturas (inclusive COBRA e planos de saúde para apo	diretos ou c	cumprimento do dever)			
No	ome(s) dos membros do agregado familiar cobertos					
Νú	imero da apólice ou ID do membro Da	ita de início	o e data de término? (mm/dd/aaaa)			
	Cadastrado na cobertura do empregador. Se alguém neste requ preencha e inclua o Suplemento D: Cobertura de saúde de emp		stiver cadastrado na cobertura do empregador,			
No	ome do empregador		Nome do plano			
No	ome(s) dos membros da família cobertos					
_						
Νú	imero da apólice ou ID do membro	Data de ir	nício e de término? (mm/dd/aaaa)			

ETAPA 7 Acordos de reembolso de cuidados de saúde				
Alguém do agregado familiar recebe Acordos de Reembolso de Cuidados de Saúde (HRAs) do empregador? 🔲 Sim 🔲 Não				
Nome(s) do(s) indivíduo(s) Data de nascimento				
Nome do empregador				
ldentificação fiscal federal				
Tipo de HRA oferecido pelo empregador 🔲 Acordo de Reembolso de Cuidados de Saúde do Pequeno Empregador Qualificado (QSEHRA 🔲 Acordo de Reembolso de Saúde de Cobertura Individual (ICHRA)				
Data de início Data final Insira o valor máximo anual do benefício de cobertura individual:				
Se você tiver um Acordo de Reembolso de Saúde de Pequeno Empregador Qualificado (QSEHRA), você pretende usar os benefícios de cobertura familiar QSEHRA do empregador?				
Se você tiver QSEHRA, insira o valor máximo anual do benefício de cobertura familiar por meio do QSEHRA:				
Alguém do agregado familiar pretende aceitar um benefício do Acordo de Reembolso de Saúde de Cobertura Individual (ICHRA) do empregador?				
Nome(s) do(s) indivíduo(s) Data de nascimento				
Nome do empregador				
Identificação fiscal federal				
Tipo de HRA oferecido pelo empregador 🔲 Acordo de Reembolso de Cuidados de Saúde do Pequeno Empregador Qualificado (QSEHRA 🔲 Acordo de Reembolso de Saúde de Cobertura Individual (ICHRA)				
Data de início Data final Insira o valor máximo anual do benefício de cobertura individual:				
Se você tiver um Acordo de Reembolso de Saúde de Pequeno Empregador Qualificado (QSEHRA), você pretende usar os benefícios de cobertura familiar QSEHRA do empregador?				
Se você tiver QSEHRA, insira o valor máximo anual do benefício de cobertura familiar por meio do QSEHRA:				
Alguém do agregado familiar pretende aceitar um benefício do Acordo de Reembolso de Saúde de Cobertura Individual (ICHRA) do empregador? Sim Não ETAPA 8 Serviços de atendimento pessoal (PCA)				
Para pessoas com 65 anos ou mais que não ficarão em uma instituição de longa permanência Para obter mais informações sobre os serviços de atendimento pessoal (PCA) e como o preenchimento desta seção de PCA poderá afetar a maneira como decidimos se você pode conseguir o MassHealth se precisar de serviços de PCA, leia a seção de PCA no Guia para Idosos anexo.				
1. Você ou seu cônjuge precisa de serviços de atendimento pessoal? 🔲 Sim 🔲 Não				
Se a resposta for Sim , preencha esta seção e responda todas as perguntas. Se a resposta for Não , vá para a ETAPA 10 : Leia e assine este requerimento .				
2. Você ou seu cônjuge tiveram serviços de atendimento pessoal pagos pelo MassHealth nos últimos seis meses? 🔲 Sim 🔃 Não				
Se a resposta for Sim , vá para a ETAPA 10: Leia e assine este requerimento . Se a resposta for Não , responda às seguintes perguntas nesta seção.				
3. Você ou seu cônjuge tem deficiência permanente ou de longa duração? Você 🔲 Sim 🔲 Não Seu cônjuge 🔲 Sim 🔲 Não				
 a. Se a resposta for Sim, a sua deficiência (ou de seu cônjuge) impede você (ou seu cônjuge) de realizar atividades diárias, como tomar banho, comer, ir ao banheiro, vestir-se, etc., a menos que alguém ajude você (ou seu cônjuge) fisicamente? Você Sim Não Seu cônjuge Sim Não 				
b. Se a resposta for Sim , você (ou seu cônjuge) planeja entrar em contato com uma agência de gestão de cuidados pessoais (PCM) do MassHealth para solicitar serviços de atendimento pessoal? Você Sim Não Seu cônjuge Sim Não				
Observação: você deverá entrar em contato com a agência de PCM dentro de 90 dias a partir da data em que o MassHealth decidir que você se qualifica para o MassHealth ou não poderá se beneficiar das regras especiais do PCA.				

Página 17

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

Cada cônjuge que tiver respondido "Sim" a todas as partes da pergunta 3 acima deverá preencher seu próprio Suplemento C: assistente de cuidados pessoais. Uma cópia segue em anexo. Se você precisar de uma segunda cópia, ligue para o Atendimento ao cliente do MassHealth pelo telefone (800) 841-2900, TDD/TTY: 711. Se você (ou seu cônjuge) não nos enviar seu(s) suplemento(s) de PCA preenchido(s), determinaremos sua qualificação ao MassHealth como se você não precisasse de serviços de PCA.

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

Preencha esta seção SOMENTE se você for casado e morar com seu cônjuge. Um dos cônjuges deverá ter menos de 65 anos de idade, sem filhos com menos de 19 anos no agregado familiar. Responda a estas perguntas para o cônjuge com menos de 65 anos.

Se esta seção se aplicar a você e você desejar mais informações sobre padrões de renda e outras informações relevantes, ligue para (800) 841-2900, TDD/TTY: 711 para obter um Guia para Idosos. Se esta seção não se aplicar ao seu caso, vá para a Etapa 10: Leia e assine este requerimento.

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

1.	Você tem câncer de mama ou câncer do colo do útero? Sim Não O MassHealth tem regras especiais de cobertura para pessoas que precisam de tratamento para câncer de mama ou câncer do colo do útero.
	Nome:
IN	FORMAÇÕES SOBRE HIV <i>(OPCIONAIS)</i> (Apenas para pessoas com menos de 65 anos).
2.	Você é soropositivo?
	Nome:

ETAPA 10 Para solicitantes do MassHealth e do Health Connector

LEIA E ASSINE ESTE REQUERIMENTO

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

- 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.
- 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.
- Talvez eu tenha que pagar um prêmio de seguro pela cobertura de saúde para mim e outras pessoas listadas neste 6. formulário. A falta de pagamento de algum prêmio de seguro devido poderá resultar na dedução do valor devido das restituições de impostos dos responsáveis. Se eu pertencer a certas tribos de indígenas americanos ou for nativo do Alasca, talvez não precise pagar prêmios de seguros pelo MassHealth.
- 4. O MassHealth tem o direito de buscar e obter dinheiro de terceiros que possam ser obrigados a pagar serviços de saúde prestados a pessoas qualificadas inscritas em programas do MassHealth. Esses terceiros podem incluir outras seguradoras de saúde, cônjuges, pais obrigados a pagar assistência médica ou indivíduos obrigados a pagar acordos de acidentes. As pessoas qualificadas deverão cooperar com o MassHealth ao estabelecer suporte de terceiros, e ao obter pagamentos de terceiros para si e para qualquer pessoa cujos

- direitos elas possam legalmente outorgar. As pessoas que se candidatarem poderão ser isentas dessa obrigação, se acreditarem e informarem ao MassHealth que a cooperação poderá resultar em danos a elas ou a qualquer pessoa cujos direitos possam legalmente outorgar.
- 5. Um pai, mãe ou responsável por filhos menores deverá concordar em cooperar com os esforços do estado para obter apoio médico de um pai ou mãe ausente, a menos que acreditem e digam ao MassHealth que a cooperação prejudicará as crianças ou o pai, a mãe ou o responsável.
- 6. Pessoas qualificadas, que forem feridas em um acidente, ou de alguma outra forma, e receberem dinheiro de terceiros devido a esse acidente ou lesão, deverão usar esse dinheiro para reembolsar o MassHealth ou a Health Safety Net por determinados serviços de atendimento.
- 7. As pessoas qualificadas deverão informar ao MassHealth ou à Health Safety Net, por escrito, dentro de dez dias corridos, ou o mais rapidamente possível, sobre qualquer sinistro de seguro ou ações judiciais movidas por causa de acidente ou lesão.
- 8. O status deste requerimento poderá ser compartilhado com um hospital, centro de saúde comunitário, outro provedor médico ou agências federais ou estaduais, quando necessário para tratamento, pagamento, operações ou administração dos programas listados acima.

- 9. Na medida permitida por lei, após notificação e oportunidade de recurso, o MassHealth poderá colocar uma penhora com respeito a qualquer imóvel de propriedade de membros que se qualificarem ao MassHealth, ou no qual o membro qualificado tenha interesse legítimo: se o indivíduo estiver recebendo cuidados de longo prazo em uma instituição de enfermagem ou outra instituição médica; e se o MassHealth determinar que não é razoável esperar que o membro retorne para casa. Se o MassHealth colocar uma penhora contra tal propriedade e esta for vendida posteriormente, o dinheiro da venda dessa propriedade poderá ser usado para reembolsar o MassHealth pelos serviços médicos prestados.
- 10. Desde que permitido por lei, e a menos que haja alguma exceção, no caso de qualquer pessoa qualificada com 55 anos ou mais que recebe serviços e apoio de longo prazo (LTSS), ou de qualquer pessoa qualificada e independentemente da idade, que recebe ajuda do MassHealth para pagar cuidados de longo prazo em uma instituição com serviços de enfermagem ou outra instituição médica, o MassHealth tentará recuperar do espólio da pessoa morta qualificada, o valor do custo total dos cuidados prestados, conforme permitido por lei. Para obter mais informações sobre a recuperação de bens por meio do espólio, acesse mass.gov/EstateRecovery.
- 11. Desde que permitido por lei, o MassHealth procurará obter dinheiro de um Fundo Fiduciário de Qualificado para Necessidades Especiais pertencente a um indivíduo qualificado após a morte, pelo custo total do cuidado. O custo total do cuidado inclui o custo do MassHealth pago diretamente pelo cuidado (o pagamento por serviços chamado "Fee for Service") e o valor total pago a um plano de saúde, como uma Organização de Cuidados Responsáveis (ACO) ou um plano One Care pelo cuidado, independentemente dos serviços que o membro possa ter recebido.
- 12. Pessoas qualificadas deverão informar aos programas de assistência médica em que se cadastrarem sobre quaisquer alterações na renda ou emprego delas próprias ou de membros da família, tamanho da família, cobertura de seguro de saúde, prêmios de seguro de saúde e status de imigração, ou sobre alterações em quaisquer outras informações neste formulário, e quaisquer suplementos em até dez dias corridos após a mudança. As pessoas qualificadas podem fazer alterações ao ligar para (800) 841 2900, TDD/TTY: 711. Uma mudança nas informações pode afetar a qualificação de tais pessoas ou de pessoas da família.

Você também poderá informar alterações das seguintes maneiras.

- Acesse sua conta em MAhealthconnector.org.
 Crie uma conta on-line se ainda não tiver uma.
- Envie as informações de alterações para Health Insurance Processing Center PO Box 4405 Taunton, MA 02780.
- Envie as informações de alterações para o fax (857) 323-8300.
- 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 visitar hhs.gov/ocr/office/file.
- 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 ConnectorCare poderá afetar minha responsabilidade fiscal anual. Terei a opção de aplicar todo, parte ou nenhum valor do APTC ao qual eu possa me qualificar ao prêmio mensal.
- 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 que o MassHealth possa obter de uma fonte de dados confiável. Também concordo que o MassHealth

pode usar as mesmas informações para entrar em contato comigo, para distribuir informações referentes a outros benefícios de saúde e bem-estar para os quais eu possa me qualificar. Essas chamadas telefônicas e mensagens de texto podem utilizar tecnologia automatizada, como sistema de discagem telefônica automática, mensagens de voz artificiais ou pré-gravadas. Tarifas padrão de mensagens de texto e dados podem ser cobradas.

- 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 (ou dos pais ou outro representante legalmente autorizado) para enviar este requerimento. Também tenho permissão para agir em nome deles para concluir este requerimento e qualquer processo de qualificação relacionado. Isso poderá incluir, por exemplo:
 - apresentar informações pessoais sobre eles, incluindo informações sobre saúde, cobertura de saúde e renda, ver as informações que podem ser fornecidas pelo Massachusetts Health Connector, MassHealth e Health Safety Net, e fornecer consentimento em seu nome para o uso e divulgação de suas informações conforme descrito neste requerimento;
 - fazer escolhas sobre as opções de cobertura e como se comunicar com o Massachusetts Health Connector, MassHealth ou Health Safety Net;
 - fazer alterações no requerimento ou documentos de qualificação relacionados e apresentar informações sobre qualquer alteração em suas circunstâncias; e
 - apresentar consentimento em seu nome para usar fontes governamentais e privadas para verificar as informações conforme descritas neste requerimento.
- 21. Entendo meus direitos e responsabilidades e os direitos e responsabilidades de todas as pessoas listadas neste requerimento, conforme explicado na ETAPA 10.
- 22. Contei ou contarei a qualquer pessoa listada neste requerimento (ou seus pais ou representante legalmente autorizado, se for o caso) sobre esses direitos e responsabilidades para que elas os entendam.

- 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 números do Seguro Social para detectar fraudes, para ver se alguém está recebendo benefícios duplos ou para ver se outros deveriam pagar pelos serviços;
 - verifica o número do Seguro Social de qualquer pessoa do agregado familiar que estiver fazendo o requerimento e de qualquer pessoa que tiver ou puder obter seguro de saúde para qualquer pessoa da família com os arquivos de agências e instituições financeiras.
- 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 acesse socialsecurity.gov. Para obter uma explicação completa sobre como usamos seu número de Seguro Social, consulte o *Guia de Cobertura de Cuidados de Saúde para Idosos*.

PARA SOLICITANTES AO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA NUTRICIONAL SUPLEMENTAR (SNAP)

BENEFÍCIOS DO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA NUTRICIONAL SUPLEMENTAR (SNAP)

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

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

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

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

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

Este aviso lista os direitos e responsabilidades do programa SNAP. Leia estas páginas e guarde-as para consulta.

Informe o DTA se tiver dúvidas.

Juro sob pena de perjúrio que:

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

Entendo que:

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

Também entendo que:

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

Como o DTA usará minhas informações?

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

- bancos, escolas, governo, empregadores, senhorios, empresas de serviços públicos e outras agências para verificar se me qualifico aos benefícios;
- empresas telefônicas, de eletricidade e gás para que eu possa obter descontos em serviços de utilidade pública. As empresas não podem compartilhar minhas informações ou usá-las para qualquer outra finalidade;

- o Departamento de Habitação e Desenvolvimento Comunitário para me cadastrar no Programa Heat & Eat, que ajuda as pessoas a obter o maior número possível de benefícios SNAP;
- o Departamento de Educação Infantil e Secundária, para que meus filhos possam receber refeições escolares gratuitas;
- o Programa de Mulheres, Bebês e Crianças (WIC), para que qualquer criança menor de 5 anos ou uma grávida no meu agregado familiar possa obter o benefício do Programa WIC;
- os Serviços de Cidadania e Imigração dos Estados Unidos (USCIS), para verificar meu status de imigração. As informações do USCIS podem afetar a qualificação do meu agregado familiar e o valor dos benefícios do DTA.

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

- o Departamento de Receita (DOR), para verificar se me qualifico para créditos fiscais com base na renda, como o Renda recebida e Renda limitada, e para ver se me qualifico para a situação "Sem status fiscal" ("Tax Status") ou status de adversidades;
- o Departamento de Crianças e Famílias (DCF), para coordenar os serviços oferecidos conjuntamente pelo DTA e DCF.

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

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

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

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

Direito a um intérprete

Entendo que:

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

Direito de cadastro de eleitor

Entendo que:

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

Oportunidades de emprego

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

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

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

Status de cidadania

Declaro que todos os membros do meu agregado familiar que solicitarem benefícios DTA são cidadãos dos EUA ou não cidadãos que residem legalmente nos EUA.

Programa de Assistência Nutricional Suplementar Entendo que:

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

- trabalho, as únicas coisas que deverei informar são: se alguém começar a trabalhar; ou alguém entrar ou sair do meu agregado familiar. Tenho de informar essas mudanças até o décimo dia do mês após o mês da alteração.
- se eu receber o SNAP por meio da Alternativa de Benefícios Transitórios (TBA) porque meu TAFDC foi interrompido, não preciso informar nenhuma alteração ao DTA durante os cinco meses pelos quais que receber a TBA;
- se eu receber o SNAP por meio do Bay State CAP, não preciso informar nenhuma alteração ao DTA.

Se eu e todos no meu agregado familiar recebermos assistência em dinheiro (TAFDC ou EAEDC), devo informar algumas alterações ao DTA até dez dias após a alteração. Consulte o item Quando preciso informar o DTA sobre mudanças em minha família? em Auxílio transitório a famílias com crianças dependentes (TAFDC) e Auxílio de emergência a idosos, deficientes e crianças (EAEDC) abaixo.

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

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

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

Se você se enquadrar nas regras de trabalho do SNAP,

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

Regras do SNAP

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

Avisos de penalidade SNAP

Entendo que se eu ou qualquer membro do meu agregado familiar SNAP infringir intencionalmente alguma das regras listadas acima, essa pessoa não se qualificará ao SNAP por um ano após a primeira infração, dois anos após a segunda infração e para sempre após a terceira infração. Essa pessoa também poderá ser multada em até \$ 250,000.00, presa por até 20 anos, ou ambos. A pessoa também poderá estar sujeita a ações penais sob as leis federais e estaduais.

Também entendo as seguintes penalidades. Se eu ou um membro do meu agregado familiar SNAP:

- Cometer uma infração Intencional do Programa (IPV) do programa em dinheiro, eu/a pessoa não me/se qualificarei(á) ao SNAP pelo mesmo período em que não me/se qualificar à assistência em dinheiro;
- Fizer declaração fraudulenta sobre a identidade ou residência para obter vários benefícios do SNAP ao mesmo tempo em que não me/se qualificarei(á) ao SNAP por dez anos;
- Trocar (comprar ou vender) os benefícios do SNAP por uma substância controlada/droga(s) ilegal(is), não me/se qualificarei(á) para o SNAP por dois anos para a primeira descoberta e, permanentemente, para a segunda descoberta
- Trocar (comprar ou vender) benefícios SNAP por armas de fogo, munições ou explosivos, eu/a pessoa não me/se qualificarei(á) ao SNAP para sempre;
- Fizer uma oferta para vender benefícios do SNAP ou um cartão EBT on-line ou pessoalmente, o estado poderá entrar com um IPV contra mim/a pessoa;
- Pagar alimentos comprados a crédito, eu/a pessoa não me/se qualificarei(á) ao SNAP;
- Comprar produtos com benefícios do SNAP com a intenção de descartar o conteúdo e devolver os recipientes em troca de dinheiro, eu/a pessoa não me/se qualificarei(á) ao SNAP;
- Fugir para evitar ação, custódia ou confinamento após condenação por crime, eu/a pessoa não me/se qualificarei(á) ao SNAP;
- Infringir a suspensão condicional da pena e liberdade/ livramento condicional, pelo qual a polícia esteja ativamente procurando me prender/prender a pessoa, eu/a pessoa não me/se qualificarei(á) ao SNAP.

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

- Abuso sexual agravado de acordo com a seção 2241 do título 18, U.S.C.;
- 2. Assassinato de acordo com a seção 1111 do título 18, U.S.C.;
- 3. Qualquer crime de acordo com o capítulo 110 do título 18, U.S.C.;
- 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.

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					Nom	Nome em letra de forma		
					Data			
Se tiver menos de 18 anos, v	você é menor emanci	ipado?	Si	m 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.						Apresente as		
Nome	Nome do meio		Sobrenome				Sufixo	
Número de Seguro Social			Parentesco Data de nascimento			Data de nascimento		
Endereço principal						№ do apartamento/un	idade	
Cidade		Estado	СЕР			Condado		
Telefone R		Ramal		Tipo de telefone				
Segundo telefone		Ramal		Tipo de tel	efone			
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.

Registro de eleitor

O formulário para o cadastro de eleitor está incluído neste requerimento ou pode ser encontrado em sec. state.ma.us. Mais informações sobre como se cadastrar para votar também podem ser encontradas em sec.state.ma.us. Se você tiver dúvidas sobre o processo de cadastro de eleitores, ou se precisar de ajuda para preencher o formulário, visite um MassHealth Enrollment Center local ou ligue para o MassHealth Customer Service Center pelo número (800) 841-2900, TDD/TTY: 711.

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

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

Secretary of the Commonwealth, Elections Division One Ashburton Place **Room 1705** Boston, MA 02108

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

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

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

SUPLEMENTO A

Cuidados de longo prazo/Dispensa para receber atendimento domiciliar e comunitário

• '	Se a resposta for Sim , você de	dados de longo prazo em uma casa de repouso? everá responder a todas as perguntas e preencher toda ento ou recebendo cuidados de longo prazo em casa de unitário? Sim Não	as as se	ções deste suplemento.		
	Se a resposta for Sim , você pr	ecisará preencher "Transferências de recursos" e "Seg	guro de	cuidados de longo prazo".		
	<mark>eencha em letra de forma legí</mark> me e número de Seguro Social	vel. Se precisar de mais espaço para terminar qualque) e anexe a este suplemento.	r seção	, use uma folha separada (inclua seu		
In	formações do solicitant	e/membro				
Sol	brenome, nome, inicial do non	ne do meio		Número de Seguro Social		
No	me e endereço do hospital, ins	stituição de enfermagem ou outra instituição				
Da	ta de admissão (mm/dd/aaaa)	Você foi colocado aqui por outro estado? Sim		lão Se a resposta for Sim , que estado?		
1.	Você tem de pagar as despesa	as de tutela para um tutor designado por um tribunal?	s	im Não		
(N Sei sei	ão preencha esta seção so u cônjuge que mora em casa ta	do cônjuge e familiares que moram em de estiver pedindo Dispensa para receber aten alvez possa manter parte da renda. Preencha as seguin anjuge, vá para a próxima seção "Transferências de reces s atuais do seu cônjuge.	dimer tes info	ormações sobre as despesas atuais do		
Sol	brenome, nome, inicial do non	ne do meio do cônjuge		Número de Seguro Social		
2.	Quanto seu cônjuge paga por	mês por:				
	Aluguel?	Financiamento (quantia principal e juros)?				
	Seguro de proprietário/inquil					
		ria para condomínio ou cooperativa?				
	Moradia e alimentação para r	esidência assistida?				
3.	Seu cônjuge paga o aquecime	nto? Sim Não				
4.	Seu cônjuge paga os serviços	de utilidade pública? Sim Não				
5.	. Seu filho, pai/mãe, irmão e/ou irmã mora com seu cônjuge? Sim Não					
	Se a resposta for Sim , preencha esta seção. Se a resposta for Não , vá para a próxima seção " Transferências de recursos ".					
		n mensal antes dos descontos. Poderá ser permitido ur evem ter parentesco com você ou seu cônjuge, e um c				
No	me			Número de Seguro Social		
Pai	rentesco	Data de nascimento (mm/dd/aaaa)	Renda	mensal antes dos descontos \$		
No	me			Número de Seguro Social		
Pai	rentesco	Data de nascimento (mm/dd/aaaa)	Renda	mensal antes dos descontos \$		

Transferências de recursos (os recursos incluem renda e ativos)

bens, inclusive sua casa ou outro imóvel?										
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 quaisque 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 vitalicio, mesmo que o bem vitalicio relativo ao imóvel de outra pessoa, você morou na casa por pelo sem Não e. Se você comprou um bem vitalicio relativo ao imóvel de outra pessoa, você morou na casa por pelo menos um ano após a compra do imóvel? Sim Não f. Você, seu cônjuge ou alguém em seu nome adicionou outro nome à escritura de algum imóvel do qual você é proprietário: Sim Não g. Você, seu cônjuge ou alguém em seu nome recebeu ou deu a alguém um financiamento, empréstimo, ou nota promissória em relação a algum imóvel ou outro ativo? Sim Não h. Você, seu cônjuge ou alguém em seu nome comprou ou de alguma forma alterou um valor anual a receber? Sim Não Se você respondeu sim a alguma das perguntas acima, deverá preencher o seguinte e nos enviar o comprovante dessa informação. Descrição do ativo/renda Data da transferência (mm/dd/aaaa) Transferido para quem Parentesco com você ou seu cônjuge Valor da transferência (mm/dd/aaaa) Transferido para quem Parentesco com você ou seu cônjuge Valor da transferência (mm/dd/aaaa) Transferido para quem Parentesco com você ou seu cônjuge Valor da transferência (mm/dd/aaaa) Transferido para quem Parentesco com você ou seu cônjuge Valor da transferência \$ Pescrição do ativo/renda Data da transferência S Descrição do activo, responda às seguintes perguntas e envie um cópia do contrato que você assinou com o centro e quaisquer documentos sobre o depósito. Nome do centro Valor \$ S Centro ainda está com o depósito? Sim Não Se a resposta for Sim, informe o nome e endereço do centro Valor S S Centro ainda está	6.	No	os últimos 60 meses:							
c. Você, seu cônjuge ou alguém em seu nome transferiu, alterou a propriedade de imóveis, doou imóveis ou vendeu quaisque bens, inclusive sua casa ou outro imóvei? 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 do outro ativo? Sim Não g. Você, seu cônjuge ou alguém em seu nome comprou ou de alguma forma alterou um valor anual a receber? Sim Não Se você respondeu sim a alguma das perguntas acima, deverá preencher o seguinte e nos enviar o comprovante dessa informação. Descrição do ativo/renda Data da transferência (mm/dd/aaaa) Transferido para quem Parentesco com você ou seu cônjuge Valor da transferência (mm/dd/aaaa) Transferido para quem Parentesco com você ou seu cônjuge Valor da transferência (mm/dd/aaaa) Transferido para quem Parentesco com você ou seu cônjuge Valor da transferência (mm/dd/aaaa) Transferido para quem Parentesco com você ou seu cônjuge Valor da transferência (mm/dd/aaaa) Transferido para quem Parentesco com você ou seu cônjuge Valor da transferência S Data da transferência (mm/dd/aaaa) Transferido para quem Parentesco com você ou seu cônjuge Valor da transferência S Data da transferência Valo		a.								
bens, inclusive sua casa ou outro imóvel?		b.	o. Você, seu cônjuge ou alguém em seu nome transferiu renda ou o direito à renda? 🔲 Sim 🔲 Não							
bem vitalício, mesmo que o bem vitalício tenha sido adquirido na residência de outra pessoa?		c.								
compra do imóvel?		d.								
Sim		e.		ao imóvel de outra pessoa, você morou i	na casa por pelo menos um ano após a					
ou nota promissória em relação a algum imóvel ou outro ativo?		f.		adicionou outro nome à escritura de alg	gum imóvel do qual você é proprietário?					
Se você respondeu sim a alguma das perguntas acima, deverá preencher o seguinte e nos enviar o comprovante dessa informação. Descrição do ativo/renda Data da transferência (mm/dd/aaaa) Transferido para quem Parentesco com você ou seu cônjuge Valor da transferência (mm/dd/aaaa) Transferido para quem Parentesco com você ou seu cônjuge Valor da transferência (mm/dd/aaaa) Transferido para quem Parentesco com você ou seu cônjuge Valor da transferência (mm/dd/aaaa) 7. Você, seu cônjuge ou alguém em seu nome fez um depósito para alguma assistência médica ou instalação residencial, como ur centro de residência assistida para idosos, um centro de residência assistida continuada para idosos ou uma comunidade de vivência assistida? Se a resposta for Sim, informe o nome e endereço do centro, o valor do depósito, responda às seguintes perguntas e envie um cópia do contrato que você assinou com o centro e quaisquer documentos sobre o depósito. Nome do centro Endereço do centro A Valor \$ 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.		g.			ento, empréstimo,					
informação. Descrição do ativo/renda Data da transferência (mm/dd/aaaa) Transferido para quem Parentesco com você ou seu cônjuge Valor da transferência Data da transferência (mm/dd/aaaa) Transferido para quem Parentesco com você ou seu cônjuge Valor da transferência (mm/dd/aaaa) Transferido para quem Parentesco com você ou seu cônjuge Valor da transferência \$ Você, seu cônjuge ou alguém em seu nome fez um depósito para alguma assistência médica ou instalação residencial, como ur 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 um cópia do contrato que você assinou com o centro e quaisquer documentos sobre o depósito. Nome do centro Endereço do centro 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.		h.		comprou ou de alguma forma alterou u	m valor anual a receber?					
Transferido para quem Parentesco com você ou seu cônjuge Valor da transferência \$ Descrição do ativo/renda Data da transferência (mm/dd/aaaa) Transferido para quem Parentesco com você ou seu cônjuge Valor da transferência (mm/dd/aaaa) 7. Você, seu cônjuge ou alguém em seu nome fez um depósito para alguma assistência médica ou instalação residencial, como ur 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 um cópia do contrato que você assinou com o centro e quaisquer documentos sobre o depósito. Nome do centro Endereço do centro Bim Não Do centro ainda está com o depósito? Sim Não Se a resposta for Sim, informe o nome e endereço da pessoa que recebeu o depósito do centro.				untas acima, deverá preencher o seguint	e e nos enviar o comprovante dessa					
Descrição do ativo/renda Data da transferência (mm/dd/aaaa) Transferido para quem Parentesco com você ou seu cônjuge Valor da transferência \$ Valor da transferência, como un 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 um cópia do contrato que você assinou com o centro e quaisquer documentos sobre o depósito. Nome do centro Endereço do centro 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.	De	scri	ção do ativo/renda		Data da transferência (mm/dd/aaaa)					
Transferido para quem Parentesco com você ou seu cônjuge Valor da transferência Você, seu cônjuge ou alguém em seu nome fez um depósito para alguma assistência médica ou instalação residencial, como ur 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 um 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.	Tra	ınsf	erido para quem	Parentesco com você ou seu cônjuge						
\$ 7. Você, seu cônjuge ou alguém em seu nome fez um depósito para alguma assistência médica ou instalação residencial, como ur 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 um cópia do contrato que você assinou com o centro e quaisquer documentos sobre o depósito. Nome do centro Endereço do centro Endereço do centro Sim Não Do centro devolveu o depósito? Sim Não Se a resposta for Sim, informe o nome e endereço da pessoa que recebeu o depósito do centro.	De	scri	ção do ativo/renda		Data da transferência (mm/dd/aaaa)					
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 um cópia do contrato que você assinou com o centro e quaisquer documentos sobre o depósito. Nome do centro Endereço do centro 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.	Tra	ınsf	erido para quem	Parentesco com você ou seu cônjuge						
cópia do contrato que você assinou com o centro e quaisquer documentos sobre o depósito. Nome do centro Endereço do centro 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.	7.	centro de residência assistida para idosos, um centro de residência assistida continuada para idosos ou uma comunidade de								
Endereço do centro Valor \$ a. O centro ainda está com o depósito?		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.								
 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 do centro								
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.		Endereço do centro Valor \$								
Se a resposta for Sim , informe o nome e endereço da pessoa que recebeu o depósito do centro.										
		b.	O centro devolveu o depósito?	Não						
Nome da pessoa			Se a resposta for Sim , informe o nome e en	dereço da pessoa que recebeu o depósit	o do centro.					
			Nome da pessoa							
Endereço			Endereço							

Informações sobre imóveis

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

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

Ρ	pagamento de caldados de longo prazo, a menos que certas conalções sejam aten-	aldus.					
8. V	Você ou seu cônjuge é proprietário ou tem interesse legítimo em sua casa, incluinc	o a propriedade vitalícia? 🔲 Sim 📗 Não					
	Se a resposta for Sim , preencha as informações a seguir e responda às questões de 9 a 15. Se a resposta for Não , responda apenas à pergunta 15.						
	Nome e endereço da(s) pessoa(s) nos documentos de propriedade do imóvel						
Descrição e endereço do imóvel							
	Tipo de propriedade (assinale uma)						
	Individual (Valor justo de mercado) \$ Copropriedade	e (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) nos documentos de propriedade do imóvel _						
	Descrição e endereço do imóvel						
	Tipo de propriedade (assinale uma) Individual (Valor justo de mercado) \$ Copropriedade Propriedade conjunta (Valor justo de mercado) \$	e (Valor justo de mercado) \$					
	Direito vitalício sobre o imóvel (Valor justo de mercado) \$						
9. V	Você tem cônjuge? Sim Não. Se a resposta for Sim , preencha esta seção.						
N	Nome Essa p	essoa mora na sua casa? 🔲 Sim 🔲 Não					
10. V	O. Você tem um filho com deficiência total e permanente ou cego? 🔲 Sim 🔲 Não	o. Se a resposta for Sim , preencha esta seção.					
N	Nome Essa p	essoa mora na sua casa? 🔲 Sim 🔲 Não					
11. V	l. Você tem filho com menos de 21 anos? ☐ Sim ☐ Não. Se a resposta for Sim , p	reencha esta seção.					
N	Nome Data de nascimento (mm/dd/aaaa) Ess	a pessoa mora na sua casa? 🔲 Sim 🔲 Não					
	 Você tem um irmão ou irmã com interesse legítimo na casa que esteve morando p de você ser admitido no centro médico? Sim Não. Se a resposta for Sim, 						
N	Nome Essa p	essoa mora na sua casa? 🔲 Sim 🔲 Não					
	3. Você tem um filho ou filha que morou em casa pelo menos nos últimos dois anos a cuidou de você, permitindo que ficasse em casa? Sim Mão. Se a resposta						
N	Nome Essa p	essoa mora na sua casa? 🔲 Sim 🔲 Não					
14. V	I. Você tem um parente dependente? Sim Não. Se a resposta for Sim , preen	ncha esta seção.					
N	Nome Essa p	essoa mora na sua casa? 🔲 Sim 🔲 Não					
D	Descreva o parentesco e a natureza da dependência:						
	5. Você pretende voltar para a sua casa? Sim Não (Não responda a esta pergunta se estiver solicitando uma Dispensa para receber a	endimento domiciliar e comunitário).					

16. Você ou seu cônjuge é proprietário ou tem interess Sim Não	se legítimo em	outros imóveis não listados na per	gunta 8 acima?			
Se a resposta for Sim , descreva o imóvel e indique o endereço abaixo.						
Se precisar de mais espaço, use uma folha separada.						
Seguro de cuidados de longo prazo						
17. Você ou seu cônjuge tem seguro de cuidados de lo	ngo prazo?	Sim Não				
Se a resposta for Sim , preencha esta seção. Se a res	sposta for Não ,	vá para a próxima seção "Declara	ções de imposto de renda".			
Envie uma cópia da apólice.						
Nome da empresa/número da apólice						
Nome do titular da apólice	Da	ta de início (mm/dd/aaaa)	Valor do prêmio \$			
Nome da empresa/número da apólice						
Nome do titular da apólice	Da	ta de início (mm/dd/aaaa)	Valor do prêmio \$			
Declarações de imposto de renda 18. Você ou seu cônjuge fez declaração de imposto de	renda nos EUA	nos últimos dois anos? (Assinale u	 uma opcão).			
	Não, nenh		ma opçaoj.			
Se a resposta for sim, você deverá enviar cópias de dessas declarações, deverá enviar um formulário I deste requerimento.	essas declaraçõ	ses de renda. Se você não guardou				
ASSINE ESTE SUPLEMENTO.						
Ao assinar este suplemento abaixo, certifico sob as per completas, tanto quanto é do meu conhecimento e co	•					
Importante: se você estiver enviando este suplemento designação de representante autorizado (ARD) para q pois esta é a única maneira de falarmos com você sob	jue o requerim	ento seja processado. É importan				
Assinatura do requerente/membro ou representante a	utorizado	Nome em letra de forma	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 você tiver mais pessoas para incluir, faça uma cópia desta página e anexe.

Pessoa 1 AI/AN	Pessoa 2 AI/AN
1. Nome (nome, nome do meio, sobrenome)	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	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	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	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?
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	Se a resposta for Não , essa pessoa se qualifica para receber serviços do Serviço de Saúde Indígena, programas de saúde tribal ou o Programa de Saúde do Índio Urbano, ou foi encaminhada por um desses programas? Sim Não
 5. Certos fundos recebidos podem não ser contabilizados para o MassHealth. Informe qualquer renda (valor e com que frequência) informada no pedido que inclua dinheiro de: pagamentos per capita de uma tribo provenientes de recursos naturais, direitos de uso, arrendamentos ou 	 5. Certos fundos recebidos podem não ser contabilizados para o MassHealth. Informe qualquer renda (valor e com que frequência) informada no requerimento que inclua dinheiro de: pagamentos per capita de uma tribo provenientes de
 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? 	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.
y com que nequencia:	\$ Com que frequência?

SUPLEMENTO C Assistente de cuidados pessoais

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

PO Box 4405 Taunton, MA 02780

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

Informações do solicitante/membro Sobrenome Nome Nome do meio Telefone (Gênero ☐ M ☐ Número de Seguro Social Data de nascimento (mm/dd/aaaa) Cidade Estado CEP Endereço principal Informações sobre seus problemas de saúde Liste e descreva abaixo todos os seus problemas médicos e de saúde mental. Inclua qualquer coisa que dificulte as atividades diárias, como tomar banho, comer, ir ao banheiro, vestir-se, etc., mesmo que não esteja recebendo tratamento para o problema. Informações sobre as atividades diárias para as quais você precisa de ajuda física (prática) Informe no quadro abaixo se precisar de ajuda de outra pessoa para realizar as seguintes atividades diárias. Se você marcar Sim em algum dos itens abaixo, informe com que frequência você precisa de ajuda. Atividade diária Você precisa Quantas vezes por dia Quantos dias por semana de ajuda? você precisa de ajuda? você precisa de ajuda? Mobilidade (mover-se da cama para a cadeira, Sim Não andar ou usar equipamento médico aprovado) Tomar medicamentos Sim ∃Não Banho (banheira, banho na cama, chuveiro ou Sim ∏Não cadeira de banho) ou higiene geral (como escovar os dentes ou pentear o cabelo) Vestir-se/tirar a roupa Sim Não Exercícios de amplitude de movimento Sim Não (exercitar as articulações ao movê-las) Alimentação Sim Não Ir ao banheiro (como entrar ou sair do banheiro, Sim Não limpar-se, tirar e vestir a roupa ou trocar fraldas) 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.

Nome em letra de forma

SACA-2-PT-BR-0325

Assinatura do solicitante/membro ou representante autorizado

Data

SUPLEMENTO D Cobertura de saúde pelo emprego

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

CONTE-NOS SOBRE O EMPREGO QUE OFERECE COBERTURA.

IN	FORMAÇÃO DO EMPREGADO					
1.	. Nome do empregado (nome, nome do meio, sobrenome)			2. Número de Seguro Social do empregado		
3.	empregador, ou pelo menos uma pe	Pelo menos uma pessoa neste requerimento está atualmente qualificada ou cadastrada na cobertura oferecida por este apregador, 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 pe (mm/dd/aaaa)	ríodo de espera ou de experiência	a, quando	ela pode	erá se registrar para a cobertura?	
IN	FORMAÇÕES DO EMPREGADO	R				
4.	. Nome do empregador			5. Número federal do contribuinte (se conhecido) ———————————————————————————————————		
6.	Endereço do empregador					
8.	Cidade	idade 9. E		tado	10. CEP	
11	. Quem podemos contatar sobre a co	bertura de saúde do funcionário	neste emp	orego?	,	
12	. Telefone (se diferente do acima) 13. E-mail					
IN	IFORME SOBRE OS PLANO	S DE SAÚDE OFERECIDO	S POR	ESTE E	EMPREGADOR.	
14	. a. Qual é o nome do plano de saúde	e individual de menor custo ofere	cido ao en	npregado	0?	
	b. O empregador oferece plano de saúde que atende ao padrão de valor mínimo para cobertura? 🔲 Sim 🔲 Não			obertura? 🗌 Sim 🔲 Não		
	Quanto o empregado teria que pagar em prêmios por este plano? \$					
	d. Com que frequência esse empreg	ado pagaria essa quantia?				
15	. a. Qual é o nome do plano de saúde meio do empregador?				agregado familiar que se qualificam por	
	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 empreg	ado pagaria essa quantia?				
16	. Que mudança o empregador fará pa	ara o novo ano do plano (se conh	ecido)?			
	a. O empregador não oferecerá co	bertura de saúde. Data de términ	o da cobe	rtura (m	m/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)					
					b" se a participação do plano nos custos cos (Seção 36B(c)(2)(C)(ii) do Internal	

Status de imigração e tipos de documentos

As perguntas 13a e 23a no requerimento pergunta aos não cidadãos sobre seu status de imigração e sobre o tipo ou tipos de documentos de imigração que eles têm para comprovar o status de imigração. Consulte as seguintes listas para responder as perguntas 13a e 23a. Se precisar de mais ajuda, os detalhes podem ser encontrados on-line em www.MAhealthconnector.org/ immigration-document-types.

Status de imigração para se qualificar

Na seção "Status de imigração" das perguntas 13a e 23a, informe o status que descreve o seu caso ou os de membros do seu agregado familiar. Você pode informar mais de um status.

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

- Autorização de emprego concedida sob 8
 Documento de viagem para refugiados (I-571) 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
- Concessão de suspensão de remoção de acordo com a Convenção Contra a Tortura
- Requerente de status de Imigrante Especial Juvenil (SIJ)
- Requerente ou status concedido sob Ação Diferida para Chegadas na Infância (DACA)
- Tenho um documento, mas não consta nenhum status listado acima (pessoa residente sob a cor da lei, PRUCOL)

Tipos de documentos de imigração

Na seção "Tipo de documento de imigração" das perguntas 13a e 23a, informe o tipo de documento que você ou membros do seu agregado familiar tenham. Você pode listar mais de um tipo de documento de imigração.

• Permissão de reentrada (I-327)

Nativa do Havaí ou de outra ilha Branca

• Cartão de Residente Permanente ("green card", I-551)

- Cartão de Autorização de Emprego (I-766)
- Visto de imigrante legível por máquina (com idioma temporário I-551)
- Carimbo temporário I-551 (no passaporte ou I-94, I-94A
- Registro de chegada e saída (I-94, I-94A) emitido pelos Serviços de Cidadania e Imigração dos EUA
- Registro de chegada e saída em passaporte estrangeiro não vencido (I-94)
- Passaporte estrangeiro
- Certificado de qualificação para status de estudante não imigrante (I-20)
- Certificado de qualificação para status de visitante de intercâmbio (DS2019)
- Notificação de ação (I-797) Documento comprovando suspensão de remoção (ou suspensão de deportação)
- Ordem administrativa de suspensão de remoção emitida pelo Departamento Nacional de Segurança Pública (DHS -Department of Homeland Security)
- Documento que comprove ser membro de uma tribo indígena americana reconhecida pelo governo federal ou um índio americano nascido no Canadá
- Carta de qualificação do Escritório de Reassentamento de Refugiados (ORR) (se tiver menos de 18 anos)
- Cartão de residente da Samoa Americana
- Aviso de recebimento USCIS (I-797C)

Não coi

 Vistos dos EUA (como B1/B2, Visto-R, Cartão de Travessia de Fronteira, J/F/M)

RACA OU ETNIA (OPCIONAL)

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

Asiatica	Nativa do Havai ou de outra ilila	Dianca	Nao sei
Negra ou afro-americana	do Pacífico	A raça não consta da lista	Prefiro não responder
ETNIA			
EINIA			
Africana	Chinesa	Hondurenha	Salvadorenha
Afro-americana	Colombiana	Japonesa	Sul-americana
Americana	Cubana	Coreano	Vietnamita
Indiana da asiática	Dominicana	Laosiana/lao	A etnia não consta da lista
Brasileira	Europeia Oriental	Mexicana	(favor especificar)
Cambojana	Europeia	Oriente Médio ou norte africana	Não sei
Cabo-verdiano	Filipina	Portuguesa	Prefiro não responder
Ilhas do Caribe	Guatemalteca	Porto-riquenha	
Centroamericana	Haitiana	Russo	

Aciática

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		ata de nascimento do solicitante/membro nm/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 repanos dos quais sou o pai ou a mãe em exercício de custódia. Confirmo essa pessoa ou organização terá (conforme explicado anteriormente no	também que	entendo os deveres e responsabilidades que
Assinatura do solicitante/membro		Data (mm/dd/aaaa)
Nome do representante autorizado	Telefone do	representante autorizado
Endereço do representante autorizado (endereço para correspondênci	a, cidade, esta	do, CEP)
Parte B – a ser preenchida pelo representante autoriza B1. PREENCHER SE O REPRESENTANTE AUTORIZADO FOR UMA PE Certifico que sempre manterei a confidencialidade de todas as inform for o caso, dos dependentes do solicitante ou membro, que me foren	SSOA. nações sobre o n fornecidas p	o solicitante ou membro indicado acima e, se elo MassHealth ou pelo Health Connector.
prestador de serviços, funcionário ou voluntário em relação à minha sempre cumprirei todas as leis e regulamentações estaduais e federal e conflitos de interesse, inclusive aqueles estabelecidos no Código de C.F.R. 42 § 447.10 e C.F.R. 45 § 155.260(f).	designação co s em vigor en	n relação à confidencialidade de informações os Federais (C.F.R.) 42, parte 431, subparte F,
prestador de serviços, funcionário ou voluntário em relação à minha sempre cumprirei todas as leis e regulamentações estaduais e federa e conflitos de interesse, inclusive aqueles estabelecidos no Código de	designação co s em vigor en	mo representante autorizado, certifico que n relação à confidencialidade de informações
prestador de serviços, funcionário ou voluntário em relação à minha sempre cumprirei todas as leis e regulamentações estaduais e federal e conflitos de interesse, inclusive aqueles estabelecidos no Código de C.F.R. 42 § 447.10 e C.F.R. 45 § 155.260(f).	designação co s em vigor en Regulamento	omo representante autorizado, certifico que n relação à confidencialidade de informações os Federais (C.F.R.) 42, parte 431, subparte F,
prestador de serviços, funcionário ou voluntário em relação à minha sempre cumprirei todas as leis e regulamentações estaduais e federal e conflitos de interesse, inclusive aqueles estabelecidos no Código de C.F.R. 42 § 447.10 e C.F.R. 45 § 155.260(f). Assinatura do representante autorizado	designação co is em vigor en Regulamento E-mail do r	omo representante autorizado, certifico que n relação à confidencialidade de informações os Federais (C.F.R.) 42, parte 431, subparte F, Data (mm/dd/aaaa) epresentante autorizado
prestador de serviços, funcionário ou voluntário em relação à minha sempre cumprirei todas as leis e regulamentações estaduais e federal e conflitos de interesse, inclusive aqueles estabelecidos no Código de C.F.R. 42 § 447.10 e C.F.R. 45 § 155.260(f). Assinatura do representante autorizado Nome do representante autorizado em letra de forma	E-mail do ros dependentos de signação con Regulamento de signação con Regulamento de signação de signa	mo representante autorizado, certifico que n relação à confidencialidade de informações es Federais (C.F.R.) 42, parte 431, subparte F, Data (mm/dd/aaaa) epresentante autorizado nfidencialidade de todas as informações es do solicitante ou membro, que forem ixo, ao preencher este formulário, certifico, de serviços, funcionário ou voluntário que
prestador de serviços, funcionário ou voluntário em relação à minha sempre cumprirei todas as leis e regulamentações estaduais e federal e conflitos de interesse, inclusive aqueles estabelecidos no Código de C.F.R. 42 § 447.10 e C.F.R. 45 § 155.260(f). Assinatura do representante autorizado Nome do representante autorizado em letra de forma B2. PREENCHA SE O REPRESENTANTE AUTORIZADO FOR UMA OR Certifico, em nome da organização indicada abaixo, que esta sempre sobre o solicitante ou membro indicado acima e, se for o caso, sobre apresentadas à organização pelo MassHealth ou pelo Health Connect Eu, o prestador de serviços, funcionário ou voluntário da organização em meu nome e em nome da organização que represento, que qualq	E-mail do r GANIZAÇÃO manterá a colos dependentor. indicada abauer prestador epresentante ecialidade de	mo representante autorizado, certifico que n relação à confidencialidade de informações es Federais (C.F.R.) 42, parte 431, subparte F, Data (mm/dd/aaaa) epresentante autorizado nfidencialidade de todas as informações es do solicitante ou membro, que forem estado de serviços, funcionário ou voluntário que autorizado cumprirá sempre todas as leis e informações e conflitos de interesse, inclusive
prestador de serviços, funcionário ou voluntário em relação à minha sempre cumprirei todas as leis e regulamentações estaduais e federal e conflitos de interesse, inclusive aqueles estabelecidos no Código de C.F.R. 42 § 447.10 e C.F.R. 45 § 155.260(f). Assinatura do representante autorizado Nome do representante autorizado em letra de forma B2. PREENCHA SE O REPRESENTANTE AUTORIZADO FOR UMA OR Certifico, em nome da organização indicada abaixo, que esta sempre sobre o solicitante ou membro indicado acima e, se for o caso, sobre apresentadas à organização pelo MassHealth ou pelo Health Connect Eu, o prestador de serviços, funcionário ou voluntário da organização em meu nome e em nome da organização que represento, que qualq atue em nome da organização em conexão com esta designação de regulamentações estaduais e federais em vigor em relação à confider	E-mail do residencia de comos dependentos de comos dependentos de comos dependentos. indicada abaquer prestador e presentante de cialidade de comos de como	mo representante autorizado, certifico que n relação à confidencialidade de informações es Federais (C.F.R.) 42, parte 431, subparte F, Data (mm/dd/aaaa) epresentante autorizado nfidencialidade de todas as informações es do solicitante ou membro, que forem ixo, ao preencher este formulário, certifico, de serviços, funcionário ou voluntário que autorizado cumprirá sempre todas as leis e informações e conflitos de interesse, inclusive 45 § 155.260(f).
prestador de serviços, funcionário ou voluntário em relação à minha sempre cumprirei todas as leis e regulamentações estaduais e federal e conflitos de interesse, inclusive aqueles estabelecidos no Código de C.F.R. 42 § 447.10 e C.F.R. 45 § 155.260(f). Assinatura do representante autorizado Nome do representante autorizado em letra de forma B2. PREENCHA SE O REPRESENTANTE AUTORIZADO FOR UMA OR Certifico, em nome da organização indicada abaixo, que esta sempre sobre o solicitante ou membro indicado acima e, se for o caso, sobre apresentadas à organização pelo MassHealth ou pelo Health Connect Eu, o prestador de serviços, funcionário ou voluntário da organização em meu nome e em nome da organização que represento, que qualq atue em nome da organização em conexão com esta designação de regulamentações estaduais e federais em vigor em relação à confider aqueles estabelecidos no C.F.R. 42, parte 431, subparte F, C.F.R. 42 § 4	E-mail do residencia de como d	mo representante autorizado, certifico que n relação à confidencialidade de informações es Federais (C.F.R.) 42, parte 431, subparte F, Data (mm/dd/aaaa) epresentante autorizado disco, ao preencher este formulário, certifico, de serviços, funcionário ou voluntário que autorizado cumprirá sempre todas as leis e informações e conflitos de interesse, inclusive 45 § 155.260(f). Data (mm/dd/aaaa)



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			
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		lo, 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)	
	(IIIII) du) a	aaaaj	
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 o	do representante autorizado	
Endereço do representante autorizado (endereço para correspondência, cidade, estac	do, 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.

(Novmeber 2020)

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. Tip. You may be able to get your tax return or return information from other sources. If you had your tax return completed by a paid preparer, they

OMB No. 1545-0429

should be able to provide you a copy of the return. The IRS can provide a Tax Return Transcript for many returns free of charge. The transcript provides most of the line entries from the original tax return and usually contains the information that a third party (such as a mortgage company) requires. See Form 4506-T, Request for Transcript of Tax Return, or you can quickly request transcripts by using our automated self-help service tools. Please visit us at IRS.gov and click on "Get a Tax Transcript..." or call 1-800-908-9946. 1a Name shown on tax return. If a joint return, enter the name shown first. 1b First social security number on tax return, individual taxpayer identification number, or employer identification number (see instructions) 2a If a joint return, enter spouse's name shown on tax return. 2b Second social security number or individual taxpaver identification number if joint tax return 3 Current name, address (including apt., room, or suite no.), city, state, and ZIP code (see instructions) 4 Previous address shown on the last return filed if different from line 3 (see instructions) 5 If the tax return is to be mailed to a third party (such as a mortgage company), enter the third party's name, address, and telephone number. Caution: If the tax return is being sent to the third party, ensure that lines 5 through 7 are completed before signing. (see instructions). 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. ▶ 7 Year or period requested. Enter the ending date of the tax year or period using the mm/dd/yyyy format (see instructions). Fee. There is a \$43 fee for each return requested. Full payment must be included with your request or it will be rejected. Make your check or money order payable to "United States Treasury." Enter your SSN, ITIN, or EIN and "Form 4506 request" on your check or money order. \$ C If we cannot find the tax return, we will refund the fee. If the refund should go to the third party listed on line 5, check here . Caution: Do not sign this form unless all applicable lines have been completed. Signature of taxpaver(s), I declare that I am either the taxpaver 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 Phone number of taxpayer on line declares that he/she has the authority to sign the Form 4506. See instructions.

Sian 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	

1a or 2a

Form 4506 (Rev. 11-2020) Page **2**

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:

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

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

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

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

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

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

Chart for all other returns

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

Mail to:

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

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

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

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

Specific Instructions

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

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

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

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

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

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



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

processed and returned to you if the box is unchecked.

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

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

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

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

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

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

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

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

may subject you to penalties.

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

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

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

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

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

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