Solicitud de cobertura de salud para personas de la tercera edad y personas que requieren servicios de atención a largo plazo

CÓMO SOLICITAR COBERTURA

Puede presentar su solicitud de una de las siguientes maneras.

Envíe por correo postal su solicitud completada y firmada a
MassHealth Enrollment Center
PO Box 290794
Charlestown, MA 02129-0214

Envíe por fax su solicitud completada y firmada al (617) 887-8799

Llámenos al (800) 841-2900, TDD/TTY: 711, o al (877) 623-6765) [(877) MA ENROLL]

Visite mass.gov/how-to/apply-for-masshealth-coverage-for-seniors-and-people-of-any-age-who-need-long-term-care-services

Para programar una cita con un representante de MassHealth o para presentar una solicitud en persona, visite mass.gov/masshealth/appointment.

Para obtener los beneficios que necesita, usted debería enviarnos la documentación que compruebe los bienes e ingresos de su hogar.

Usted puede usar este formulario para solicitar los beneficios del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP). SNAP es un programa federal que le brinda asistencia para comprar alimentos cada mes. Si le interesa, marque la casilla en la página 1 y luego lea y firme los derechos y responsabilidades de SNAP en las páginas 20 a 23. Su solicitud será luego enviada automáticamente al Departamento de Asistencia Transicional (DTA). Usted no tiene que solicitar los beneficios de SNAP para ser considerado para recibir MassHealth.

MASSHEALTH y HEALTH SAFETY NET | Quién puede utilizar esta solicitud

Esta es su solicitud de cobertura de salud si usted vive en Massachusetts y cumple con uno de los siguientes requisitos:

- Es una persona mayor de 65 años que vive en su hogar y
  - no es padre o madre de un niño(a) menor de 19 años que vive con usted,
  - no es un pariente adulto que vive con un niño(a) menor de 19 años y lo(a) cuida cuando ninguno de los padres vive en el hogar; o
  - tiene una discapacidad y trabaja 40 o más horas por mes o actualmente está trabajando y ha trabajado al menos 240 horas en los seis meses inmediatamente anteriores al mes de la solicitud.
- Es una persona de cualquier edad que requiere servicios de atención a largo plazo en una institución médica o un centro de enfermería.
- Es una persona elegible, según ciertos programas, para recibir servicios de atención a largo plazo para vivir en su hogar.
- Es un afiliado(a) casado(a) que vive con su cónyuge y
  - usted y su cónyuge solicitan cobertura de salud;
  - no hay ningún niño menor de 19 años que viva con ustedes; y
  - uno de los cónyuges es mayor de 65 años y el otro es menor de 65 años. (Consulte el Paso 9 de la solicitud).

Si usted cumple con alguna de las siguientes excepciones, complete la *Solicitud para la cobertura de salud y dental, y ayuda para pagar los costos* (ACA-3). Para obtener una copia de esta solicitud, llámenos al (800) 841-2900, TDD/TTY: 711.

- Usted es padre o madre de un niño menor de 19 años que vive con usted; o
- Usted es un pariente adulto que vive y cuida a un niño menor de 19 años cuando ninguno de los padres vive en el hogar.

También necesitará completar un Suplemento A: Atención a largo plazo si usted

- Está en una institución tal como un centro de enfermería, hospital para enfermedades crónicas u otra institución médica (Tal vez usted tenga que hacer un pago mensual llamado *cantidad pagada por el paciente* al centro de atención a largo plazo. Para ver más información, consulte la página 13 de la *Guía para la persona de la tercera edad*).
- Está en un hospital de enfermedades agudas, en espera de ser internado en un centro para atención a largo plazo.
- Vive en su casa y solicita o recibe servicios de atención a largo plazo según la Exención para Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (HCBS).

Si alguien le está ayudando a completar esta solicitud, es posible que usted deba completar otro formulario aparte que autorice a esa persona actuar en su nombre. Consulte el *Formulario de designación del representante autorizado (ARD)* al final de esta solicitud.

MASSACHUSETTS HEALTH CONNECTOR | Quién puede utilizar esta solicitud

Esta es su solicitud de cobertura de salud si vive en Massachusetts y usted cumple con lo siguiente.

- Tiene 65 años o más;
- no es elegible para recibir MassHealth de ningún otro modo;
- no recibe Medicare; y
- no tiene acceso a un plan de salud económico que cumpla con el requisito de valor mínimo.*

* El requisito de valor mínimo significa que el plan de seguro de salud paga al menos el 60% de los costos totales de seguro de salud de la persona inscrita promedio.

Health Connector usa las reglas de Ingreso Bruto Ajustado Modificado (MAGI) para determinar la elegibilidad.

QUÉ NECESITA CUANDO SOLICITA COBERTURA

Lo siguiente DEBE ser enviado junto con su solicitud de cobertura de MassHealth, de Health Safety Net (HSN) y de Massachusetts Health Connector

NÚMEROS DE SEGURO SOCIAL (SSN)

Usted debe darnos su SSN o un comprobante de que todas las personas nombradas en esta solicitud también han solicitado un SSN. Existen excepciones para las siguientes personas.

- Quienes tengan una exención religiosa según lo descrito en las leyes federales;
- Quienes sean elegibles solamente para obtener un SSN que no sea de trabajo; o
- Quienes no sean elegibles para obtener un SSN.

A menos que aplique alguna excepción, **necesitamos los Números de Seguro Social (SSN) de todas las personas que soliciten** cobertura de salud. ***Un SSN es opcional para las personas que no solicitan cobertura de salud, pero dar el SSN podría acelerar el proceso de solicitud.*** Usamos los SSN para verificar ingresos y otra información que nos permita determinar quién es elegible para recibir ayuda para pagar por los costos de la cobertura de salud. Si alguien no tiene un SSN o necesita ayuda para obtenerlo, llame a la Administración del Seguro Social al (800) 772-1213, TTY: (800) 325-0778; o visite socialsecurity.gov. Consulte la *Guía para la persona de la tercera edad* para obtener más información.

PRUEBA DE INGRESOS, BIENES Y SEGURO

Intentaremos verificar parte de esta información por medio de la comparación electrónica de datos y le notificaremos si necesitáramos más pruebas. Si usted envía las pruebas de estos artículos junto con la solicitud, se podría acelerar el procesamiento.

- Prueba de todos los ingresos actuales antes de las deducciones, como copias de talonarios de pago o talonarios de cheques de la pensión (No necesita enviar prueba de Seguro Social o ingresos SSI, pero debe completar la información de ingresos del Seguro Social y SSI, si correspondiera.)
- Prueba de todos los bienes, como cuentas bancarias y pólizas de seguros de vida.
- Copias actuales de sus facturas de primas de seguro de salud (como Medex) si usted solicita servicios de atención a largo plazo en una institución médica. (No tiene que enviar copias de sus tarjetas de Medicare.)
- Números de póliza de cada cobertura de salud actual
- Información sobre cualquier otro seguro de salud disponible para su hogar

PRUEBA DE ESTADO DE CIUDADANÍA/NACIONAL

Intentaremos verificar esta información por medio de la comparación de datos electrónicos. Le notificaremos si necesitáramos más pruebas. Si usted envía las pruebas de estos artículos junto con la solicitud, se podría acelerar el procesamiento.

- Prueba de estado de ciudadanía o nacional de EE. UU. y prueba de identidad, como pasaportes de EE. UU. o papeles de naturalización de EE. UU. También puede probar su ciudadanía de EE. UU. con un acta de nacimiento público de EE. UU. También puede probar su identidad con una licencia de conducir o alguna otra forma de tarjeta emitida por el gobierno. Es posible que podamos probar su identidad por medio del Registro de Vehículos Motorizados de Massachusetts si posee una licencia de conducir o una tarjeta de identificación de Massachusetts. Una vez que entregue a MassHealth prueba de su estado de ciudadanía o nacional, e identidad de EE. UU., ya no tendrá que darnos esta prueba otra vez. También debe dar prueba de identidad para todos los miembros del hogar que estén presentando una solicitud. **Las personas de la tercera edad y discapacitadas que tengan o puedan recibir Medicare o Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) o las personas discapacitadas que reciben Ingreso por Discapacidad del Seguro Social (SSDI) no tienen que dar prueba de su estado de ciudadanía o nacional, e identidad de EE. UU.** (Para obtener más información, consulte la Sección 9 en la *Guía para la persona de la tercera edad*).
- Una copia de ambos lados de todas las tarjetas de inmigración (u otros documentos que muestren el estado inmigratorio) de usted o de su cónyuge si usted o su cónyuge no son ciudadanos/nacionales de los Estados Unidos y están solicitando para MassHealth (excepto para MassHealth Limited), Health Safety Net, o los planes de Health Connector.

Para obtener más información sobre estados inmigratorios y tipos de documentos, consulte la página 32.

POR QUÉ SOLICITAMOS ESTA INFORMACIÓN

Preguntamos sobre ingresos y otra información para hacerle saber para cuál cobertura califica y si puede obtener ayuda para pagarla. **Mantendremos toda la información que proporcione privada y segura, como lo exige la ley.** Para ver la política de privacidad de Health Connector, visite MAhealthconnector.org. Para ver la política de privacidad de MassHealth, visite mass.gov/service-details/masshealth-member-privacy-information.

QUÉ SUCEDE DESPUÉS y DÓNDE OBTENER AYUDA

Cuando recibamos su solicitud completada, firmada y fechada, la revisaremos. Si necesitamos más información, le escribiremos o llamaremos. Una vez que recibamos lo que necesitamos, tomaremos una decisión sobre su elegibilidad y le enviaremos un aviso por escrito. Si usted es elegible para recibir MassHealth, muestre este aviso inmediatamente a cualquier proveedor de atención de salud si durante su período de elegibilidad usted ha pagado por servicios que estarían cubiertos por MassHealth. Si el proveedor de atención de salud determina que MassHealth pagará por estos servicios, el proveedor le reembolsará lo que usted pagó.

Si necesita más información acerca de cómo solicitar o si necesita otra copia del **Suplemento C: Ayudante de Atención Individual** para su cónyuge quien también es solicitante, llámenos al (800) 841-2900, TDD/TTY: 711. Esta solicitud está disponible en otros idiomas. Por favor, llame al número anterior para pedir una.

Si tiene preguntas sobre cualquier formulario o sobre la información que tiene que enviar, por favor, llámenos al (800) 841-2900, TDD/TTY: 711.

Solicitud de cobertura de salud para personas de la tercera edad y personas que requieren servicios de atención a largo plazo

Por favor, escriba en letra de imprenta legible. Asegúrese de responder a todas las preguntas. Complete todas las partes de la solicitud junto con todos los suplementos que correspondan. Si necesita más espacio, adjunte otra hoja aparte a la solicitud. Escriba el nombre de la Persona 1 y Número de Seguro Social en la parte superior de todas las hojas adjuntas. Para cada miembro de su hogar, escriba el nombre de la(s) persona(s) bajo el programa o programas que quieran solicitar. Consulte la *Guía para la persona de la tercera edad* para informarse más sobre la cobertura de estos programas.

Por favor, escriba el nombre de todas las personas que solicitan cobertura de salud en esta solicitud.

☐ **MassHealth o Health Safety Net (HSN)**
(Si usted vive en su casa, o en una casa de reposo, un centro asistencial de vivienda, una comunidad de retiro con atención continua o una comunidad de atención de por vida, complete esta solicitud y cualquier suplemento que le corresponda a usted o a cualquier miembro de su hogar.) MassHealth comprobará si cualquier persona que solicite cobertura de salud en esta solicitud es elegible para MassHealth o el HSN.

Usted: _____

Cónyuge: _____

☐ **Atención a largo plazo y/o**
☐ **Exención para Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad**
(Si usted solicita o recibe servicios de atención a largo plazo en su hogar bajo una Exención para Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad, o en un centro de enfermería u hospital de enfermedades crónicas, complete esta solicitud y cualquier suplemento que le corresponda a usted o a cualquier miembro de su hogar, incluyendo todo o parte del Suplemento A: Atención a largo plazo.)

Usted: _____

Cónyuge: _____

☐ **Programas de Health Connector**
La cobertura de salud por medio de Massachusetts Health Connector no es MassHealth. Si usted tiene Medicare, no será elegible para recibir reducciones de compartir costos compartidos ni Créditos Fiscales Anticipados por el Pago de Primas mediante Health Connector, y no puede adquirir un plan de seguro de salud mediante por medio de Health Connector, a menos que ya hubiera estado inscrito en un plan de Health Connector cuando se volvió elegible para Medicare. La única vez que debiera solicitar programas de Health Connector si tiene Medicare es si aún no estuviera inscrito en Medicare, pero debiera pagar por su prima de la Parte A de Medicare. En este caso, podría ser elegible para recibir cobertura mediante Health Connector, la cual podría incluir Créditos Fiscales Anticipados por el Pago de Primas y planes de Health Connector.

Usted: _____

Cónyuge: _____

NOTA: Programa de atención integral para personas de la tercera edad (PACE)
Algunos afiliados de MassHealth podrían ser elegibles para inscribirse en PACE (*Program of All-inclusive Care for the Elderly*), el cual brinda a los afiliados acceso a una amplia variedad de servicios médicos, sociales, recreativos y de bienestar a través de un modelo basado en centros. Consulte la página 10 de la *Guía de cobertura de atención médica para la persona de la tercera edad* para obtener más información.

El **Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP)** es un programa federal que le brinda asistencia par a comprar alimentos saludables todos los meses.

☐ Marque esta casilla si desea que se envíe esta solicitud al Departamento de Asistencia Transicional como una solicitud de beneficios de SNAP. Usted debe leer los derechos y las responsabilidades de las páginas 18 a 23 y firmar en la página 24 para tramitar la solicitud.

¿Qué sucede después de que usted solicite los beneficios de SNAP?

- El DTA lo llamará pronto para hacerle una entrevista telefónica y verificar que pueda recibir beneficios de emergencia de SNAP dentro de los 7 días.
- El DTA colaborará con usted para verificar los datos de su caso.
- Si lo aprueban, recibirá una tarjeta de Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT) para poder acceder a sus beneficios.
- Recibirá un aviso notificándole nuestra decisión dentro de los 30 días.

PASO 1 Persona 1 (USTED): Denos información sobre USTED.

Necesitamos que un adulto en el hogar sea la persona de contacto para su solicitud. Esta persona debe ser alguien nombrado en la solicitud, no un tercero que desea participar como un contacto para el(los) solicitante(s). Consulte el *Formulario de designación del representante autorizado* (ARD) al final de esta solicitud para establecer la información de contacto de terceros.

1. Primer nombre, segundo nombre, apellido y sufijo			2. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
3. Dirección ☐ No tiene dirección de su domicilio. Debe proporcionar una dirección postal.			4. Número de apartamento o unidad
5. Ciudad	6. Estado	7. Código postal	8. Condado

9. ¿Es este un hospital, centro de enfermería u otra institución? ☐ Sí ☐ No
Si contestó **Sí**, nombre del establecimiento

10. Dirección postal ☐ Marque si es igual a la dirección.			11. Núm. de apartamento o unidad
12. Ciudad	13. Estado	14. Código postal	15. Condado

16. Número de teléfono celular	17. Otro número de teléfono
18. Correo electrónico	19. Núm. de personas nombradas en la solicitud

20. Si su idioma no es inglés, ¿cuál es su idioma de preferencia? Oral _____ Escrito _____ Es posible que se comuniquen por escrito con usted en su idioma de preferencia. Si usted no responde, le enviaremos sus avisos en inglés.

21. ¿Está alguien nombrado en esta solicitud en prisión o en la cárcel? ☐ Sí ☐ No
Por favor, marque **No**, si esta persona será liberada en los próximos 60 días.

Si contestó **Sí**, ¿quién es? Escriba el nombre aquí: _____

Si contestó **Sí**, ¿está esta persona esperando el juicio? ☐ Sí ☐ No

SOLAMENTE PARA ASISTENTES DE INSCRIPCIÓN

Complete esta sección si usted es asistente de inscripción y está completando esta solicitud para otra persona. Los Navegadores deben completar un *Formulario de designación del Navegador*. Los Asesores Certificados para Tramitar Solicitudes deben completar un *Formulario de designación del Asesor Certificado para Tramitar Solicitudes (CAC)*.

Marque uno ☐ Navegador ☐ Asesor Certificado para Tramitar Solicitudes

Primer nombre, segundo nombre, apellido y sufijo		Dirección de correo electrónico
Nombre de la organización	Número de identificación de la organización	Número de teléfono de la organización

PASO 2 Persona 1: Denos información sobre su hogar

1. Primer nombre, segundo nombre, apellido y sufijo	2. Relación con usted **USTED MISMO**

3. ¿Qué sexo se le asignó al nacer? ☐ Masculino ☐ Femenino
En general, se refiere al sexo que originalmente se indicó en su certificado de nacimiento.

4. ¿Está solicitando cobertura de salud o dental para USTED? ☐ Sí ☐ No
Si contestó **Sí**, conteste todas las preguntas a continuación en el Paso 2 para la Persona 1 (usted).
Si contestó **No**, conteste la Pregunta 20 (acomodaciones), luego vaya a la sección de *Información sobre ingresos* en la página 5.

OPCIONAL: MassHealth se compromete a brindar atención equitativa para todos los afiliados independientemente de su raza, etnicidad, género, orientación sexual o del idioma que hablen. Por favor, complete las Preguntas 5 a 9 para ayudarnos a satisfacer sus necesidades según su cultura y su idioma. Su respuesta es voluntaria y no afectará su elegibilidad ni será usada con fines discriminatorios.

5. ¿Qué opción describe mejor su identidad de género actual? Seleccione hasta cinco opciones.

> La identidad de género consiste en la manera en que una persona percibe y define su género ya sea como hombre, mujer, género no binario, género no conforme, transgénero o de otra manera.

☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Hombre transgénero u hombre trans ☐ Mujer transgénero o mujer trans
☐ Intergénero, cuirgénero (*gender queer*), no conforme, no binario, ni exclusivamente masculino ni exclusivamente femenino
☐ No se detalla la identidad de género. Especifique: _____ ☐ No sé. ☐ Prefiero no responder.

6. ¿Cuál de las siguientes opciones describe su orientación sexual actual? Seleccione hasta cinco opciones.

> La orientación sexual describe la manera en que una persona define su atracción física y/o emocional hacia los demás.

☐ Heterosexual ☐ Lesbiana o gay ☐ Bisexual ☐ Cuir *(queer)*, pansexual o cuestionándose
☐ No se detalla la orientación sexual. Especifique: _____ ☐ No sé. ☐ Prefiero no responder.

7. ¿Tiene usted ascendencia u origen hispano o latino?

Las palabras hispano o latino se refieren a personas que tienen cultura u origen cubano, mexicano, puertorriqueño, sudamericano, centroamericano o a otros hispanohablantes, independientemente de la raza.

☐ Sí, hispano o latino ☐ No, ni hispano ni latino ☐ No sé. ☐ Prefiero no responder.

8. Raza (vea la página 32) _____

La raza se refiere a la manera en que una persona se autoidentifica con uno o más grupos sociales. Usted puede indicar varias razas.

9. Etnicidad (vea la página 32) _____

La etnicidad se refiere a sus orígenes, herencia, cultura, ascendencia o al país donde nacieron usted y su familia.

10. ¿Tiene usted un Número de Seguro Social (SSN)? ☐ Sí ☐ No (opcional si **no** solicita cobertura)

Necesitamos un Número de Seguro Social (SSN) para cada persona que tenga uno y que solicite cobertura de salud. Existen excepciones para quienes tengan una exención religiosa según lo descrito en las leyes federales, sean elegibles solamente para obtener un SSN que no sea de trabajo, o que no sean elegibles para obtener un SSN. Tener un SSN es opcional para las personas que no solicitan cobertura de salud, pero al darnos un SSN se pueden acelerar el proceso de solicitud. Usamos los SSN para verificar los ingresos y otros datos para ver quién es elegible para recibir ayuda para pagar por los costos de cobertura de salud. Si necesita ayuda para obtener un SSN, llame a la Administración del Seguro Social al (800) 772-1213, TTY: (800) 325-0778, o visite **socialsecurity.gov**.

Para ver más información sobre cómo usar su número de Seguro Social, consulte la *Guía de cobertura de atención médica para la persona de la tercera edad*.

Si contestó **Sí**, denos el número ___ ___ ___ - ___ ___ - ___ ___ ___ ___

Si contestó **No**, marque una de las siguientes razones.
☐ Excepción por enfermedad ☐ Recién solicitado ☐ Excepción para no ciudadanos ☐ Excepción religiosa

¿Es su nombre en esta solicitud el mismo que aparece en su tarjeta del Seguro Social? ☐ Sí ☐ No

Si contestó **No**, ¿qué nombre aparece en su tarjeta del Seguro Social? _____
Primer nombre, segundo nombre, apellido y sufijo

11. Si usted obtiene un Crédito Fiscal Anticipado por el Pago de Primas (APTC), ¿acepta presentar una declaración de impuestos federales para el año fiscal en que se reciben los créditos? ☐ Sí ☐ No

Es probable que usted no haya necesitado o haya elegido no hacer una declaración de impuestos en el pasado, pero deberá hacer una declaración de impuestos federales para cualquier año que obtenga un APTC. Usted debe marcar **Sí** en la Pregunta 11 para ser elegible y recibir ConnectorCare o los APTC para ayudar a pagar por su seguro de salud. **Si usted califica, NO debe presentar ninguna declaración de impuestos para solicitar ni para obtener MassHealth o HSN.**

Si contestó **Sí**, por favor, responda a las Preguntas a–d. Si contestó **No**, pase a la Pregunta d.

Usted debe presentar una declaración federal de impuestos conjunta con su cónyuge para el año en que solicita beneficios para obtener ciertos programas (ConnectorCare o los APTC), a menos que sea víctima de abuso doméstico o abandono, o que usted declare impuestos como Jefe del hogar. Si usted declarará impuestos como Jefe del hogar, deberá contestar **No** a la Pregunta 11a ("¿Está usted casado o casada legalmente?"). Una manera en que usted podría calificar como Jefe del hogar es que viva separado/a de su cónyuge y reclame a otra persona como dependiente. Consulte la Publicación 501 del IRS o a un especialista en impuestos para obtener información sobre cómo declarar impuestos. Solamente deberá incluirse usted y todos sus dependientes en esta solicitud.

a. ¿Está usted casado o casada legalmente? ☐ Sí ☐ No
Si contestó **No**, pase a la Pregunta 11c.
Si contestó **Sí**, escriba el nombre y la fecha de nacimiento de su cónyuge. _____

b. ¿Planea usted presentar una declaración de impuestos federales conjunta con su cónyuge para el año fiscal en que solicita beneficios? ☐ Sí ☐ No

c. ¿Reclamará usted a algún dependiente en su declaración de impuestos federales para el año fiscal en que solicita beneficios?
☐ Sí ☐ No. Usted deberá reclamar una deducción de exención personal en su declaración de impuestos federales, para toda persona que sea nombrada en esta solicitud como dependiente y que esté inscrita en la cobertura, por medio de Massachusetts Health Connector y cuya prima para la cobertura se pague en parte o en su totalidad por pagos adelantados. Escriba los nombres y la fecha de nacimiento de los dependientes.

_____

d. ¿Será usted reclamado(a) como dependiente en la declaración de impuestos federales de otra persona para el año fiscal en que solicita beneficios? ☐ Sí ☐ No. Si usted es reclamado(a) por otra persona como dependiente en su declaración de impuestos federales, esto puede afectar si recibirá un Crédito Fiscal Anticipado por el Pago de Primas (APTC). No responda **Sí** a esta pregunta, si es un niño menor de 21 años que es reclamado por un padre o madre sin custodia. Si contestó **Sí**, nombre del declarante de impuestos. _____

Fecha de nacimiento del declarante _____ ¿Qué parentesco tiene usted con el declarante? _____

¿Está casado(a) el declarante de impuestos y presenta una declaración conjunta? ☐ Sí ☐ No

Si contestó **Sí**, escriba el nombre y la fecha de nacimiento del cónyuge. _____

¿A quién más reclama el declarante de impuestos como dependiente? _____

e. ¿Presenta usted una declaración de impuestos por separado porque es víctima de abuso doméstico o abandono? ☐ Sí ☐ No

Opcional Presenté una declaración federal de impuestos ante el Servicio de Impuestos Internos (IRS) para cada año en los pasados dos años cuando yo recibí un Crédito Fiscal Anticipado por el Pago de Primas (APTC) para reducir los pagos de las primas mensuales, incluso si estuve inscrito en ConnectorCare. Adjunté los formularios de impuestos que demuestran los créditos fiscales que recibí cuando presenté mi declaración de impuestos para que el IRS calculara la cantidad de Crédito Fiscal Anticipado por el Pago de Primas (APTC) al cual fui elegible de recibir según mis ingresos definitivos de ese año. ☐ Sí ☐ No

Conteste "**Sí**", en el caso que: 1. Usted ha recibido un APTC o ConnectorCare en el pasado, y
2. La declaración es verdadera para todas las personas nombradas en el hogar.

12. ¿Es usted ciudadano o nacional naturalizado de EE. UU.? ☐ Sí ☐ No

Si contestó **Sí**, ¿es usted ciudadano naturalizado o posee ciudadanía derivada o adquirida (no nació en EE. UU.)? ☐ Sí ☐ No

Número de extranjero _____ Número de certificado de naturalización o ciudadanía _____

13. Si usted no es ciudadano, ¿tiene un estado inmigratorio elegible? ☐ Sí ☐ No

a. ¿Es usted un Residente Permanente Legal (LPR o titular de una tarjeta verde), un Participante Cubano-Haitiano (CHE) con permiso de ingreso o un migrante según el Pacto de Libre Asociación (COFA)? ☐ Sí ☐ No, no estoy seguro/a, o prefiero no responder.

b. ¿Tiene usted un documento de inmigración? ☐ Sí ☐ No
Nos ayudaría a procesar esta solicitud más rápido si incluye una copia de su documento de inmigración con la solicitud. Verificaremos su estado inmigratorio mediante la comparación electrónica de datos. Escriba todas las condiciones o estados inmigratorios que le correspondan desde que ingresó a EE. UU. Si necesitara más espacio, adjunte otra hoja.

Fecha de otorgamiento del estado (mm/dd/aaaa) _____
(Para personas maltratadas, ingrese la fecha en que se aprobó la petición.)

Estado inmigratorio _____ Tipo de documento inmigratorio _____
Elija uno o más estados y tipos de documentos de la lista en la página 32.

Número de ID del documento _____ Número de extranjero _____

Fecha del vencimiento del pasaporte o documento (mm/dd/aaaa)_____ País _____

c. ¿Usó usted el mismo nombre en esta solicitud que el usado para obtener su estado inmigratorio? ☐ Sí ☐ No
Si contestó **No**, ¿qué nombre usó? Nombre, segundo nombre, apellido y sufijo _____

d. ¿Llegó usted a EE. UU. después del 22 de agosto de 1996? ☐ Sí ☐ No

e. ¿Es usted un veterano de guerra dado de baja honorablemente o miembro en servicio activo de las fuerzas armadas de EE. UU., o es cónyuge o hijo(a) de un veterano de guerra dado de baja honorablemente o de un miembro en servicio activo de las fuerzas armadas de EE. UU.? ☐ Sí ☐ No

f. **Opcional** ¿Es usted ☐ víctima de tráfico grave; ☐ cónyuge, hijo/a, hermano/a o padre/madre de una víctima de tráfico; ☐ cónyuge maltratado/a; o ☐ hijo/a o padre/madre de un cónyuge maltratado?

14. ¿Vive usted en Massachusetts, y planea usted residir aquí, incluso si aún no tiene una dirección fija? ¿O ha llegado usted a Massachusetts con un compromiso de trabajo o buscando empleo? ☐ Sí ☐ No

Si usted está visitando Massachusetts por placer personal o para recibir atención médica en un entorno que no sea un centro de enfermería, usted debe responder **No** a esta pregunta.

15. ¿Vive usted con al menos un niño menor de 19 años, y es usted la persona principal que cuida de este (estos) niño(s)? ☐ Sí ☐ No

Nombres y fecha de nacimiento del niño o los niños _____

16. ¿Está usted embarazada? ☐ Sí ☐ No
Si contestó **Sí**, ¿cuántos bebés está esperando? _____ ¿Cuál es su fecha prevista de parto? _____

17. ¿Estuvo usted alguna vez en un hogar de crianza? ☐ Sí ☐ No

a. Si contestó **Sí**, ¿en qué estado estuvo usted en un hogar de crianza? _____

b. ¿Recibió usted atención de salud por medio de un programa estatal de Medicaid? ☐ Sí ☐ No

18. ¿Es usted dueño(a) de su propiedad o alquila? ☐ Alquilo ☐ Soy dueño(a)

19. **DISCAPACIDAD.** Responda a esta pregunta si usted es menor de 65 años o si es mayor de 65 años y trabaja.
¿Tiene usted una discapacidad (incluido un problema de salud mental incapacitante) que ha durado o se prevé que dure por al menos 12 meses? (Si usted es legalmente ciego/a, responda **Sí**.) ☐ Sí ☐ No
Nombre: _____

20. ¿Necesita usted acomodación(es) razonable(s) debido a una discapacidad o lesión? ☐ Sí ☐ No
Si contestó **No**, vaya a la siguiente pregunta. Si contestó **Sí**, responda a las Preguntas a y b.

a. Condición

☐ Impedimentos visuales ☐ Ceguera ☐ Sordera ☐ Dificultad auditiva ☐ Discapacidad de desarrollo
☐ Discapacidad intelectual ☐ Discapacidad física ☐ Otra (Explique.) _____

b. Acomodación

☐ Teléfono de texto (TTY) ☐ Publicaciones con letras grandes ☐ Intérprete de Lenguaje de señas americano
☐ Servicio de retransmisión de video ☐ Traducciones de Acceso de comunicación en tiempo real (CART)
☐ Publicaciones en braille ☐ Dispositivo auxiliar para escuchar ☐ Publicaciones en formato electrónico
☐ Otra (Explique.) _____

21. ¿Recibió alguna vez Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)? ☐ Sí ☐ No
Si contestó **No**, vaya a Información sobre ingresos. Si contestó **Sí**, responda a las Preguntas a y b.

a. ¿Cuándo recibió SSI por última vez? (mm/aaaa) _____

b. Usted vive (marque uno): ☐ ¿solo(a)? ☐ ¿con su cónyuge? ☐ ¿en un hogar de reposo? ☐ ¿en el hogar de otra persona?

INFORMACIÓN SOBRE INGRESOS
(Usted debe enviar las pruebas del total de ingresos del hogar junto con esta solicitud.)

22. ¿Tiene usted algún ingreso? ☐ Sí ☐ No. Si contestó **No**, pase a la Pregunta 31.

EMPLEO ACTUAL | Si usted tiene más empleos y necesita más espacio, adjunte otra hoja.

23. Nombre y dirección del empleador	Núm. de ID del impuesto federal

24. a. Salarios/propinas (antes de impuestos) $ _____
☐ Semanal ☐ Cada 2 semanas ☐ Dos veces por mes ☐ Mensual ☐ Trimestral ☐ Anual
(Reste cualquier deducción antes de impuestos, tal como primas de seguros de salud no tributables.)

b. Fecha de inicio de los ingresos _____

25. Promedio de horas trabajadas por SEMANA _____

26. ¿Está usted empleado por temporada? ☐ Sí ☐ No. Si contestó **Sí**, ¿cuántos meses trabaja en cada año calendario?
☐ Ene. ☐ Feb. ☐ Marzo ☐ Abril ☐ Mayo ☐ Junio ☐ Julio ☐ Agosto ☐ Sept. ☐ Oct. ☐ Nov. ☐ Dic.

EMPLEO POR CUENTA PROPIA | Si usted está empleado(a) por cuenta propia, responda a las siguientes preguntas. Si necesita más espacio, adjunte otra hoja.

27. ¿Trabaja usted por cuenta propia? ☐ Sí ☐ No

a. Si contestó **Sí**, ¿qué tipo de trabajo hace usted? _____

b. En promedio, ¿cuánto ingreso neto (ganancias después de haber pagado los gastos del negocio) obtendrá usted de este trabajo por cuenta propia cada mes o cuánto dinero perderá usted de este trabajo por cuenta propia cada mes?
$_____/mes de **ganancia** O BIEN $_____/mes de **pérdida**

c. ¿Cuántas horas trabaja por semana? _____

OTROS INGRESOS

28. Marque todo lo que corresponda, escriba la cantidad y con qué frecuencia le pagan.
NOTA: No necesita informarnos sobre manutención de los hijos o Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI).

☐ Beneficios del Seguro Social $_____ ¿Con qué frecuencia? _____
☐ Jubilación, retiro o pensión $_____ ¿Con qué frecuencia? _____ Fuente de ingresos _____
☐ Anualidades $_____ ¿Con qué frecuencia? _____
☐ Fideicomisos $_____ ¿Con qué frecuencia? _____
☐ Desempleo $_____ ¿Con qué frecuencia? _____
☐ Intereses, dividendos y otros ingresos por inversiones $_____ ¿Con qué frecuencia? _____
☐ Ingresos de regalías $_____ ¿Con qué frecuencia? _____
☐ Pensión alimenticia recibida $_____ ¿Con qué frecuencia? _____
Si esta persona recibe pensión alimenticia proveniente de sentencias de divorcio, acuerdos de separación u órdenes judiciales cuyas sentencias finales sean anteriores al 1 de enero del 2019, escriba aquí la cantidad de dichos pagos. $_____
☐ Beneficios federales para veteranos $_____ ¿Con qué frecuencia? _____
☐ Ingresos de jubilación militar $_____ ¿Con qué frecuencia? _____

☐ Otros ingresos tributables (incluya el tipo) $_____ ¿Con qué frecuencia? _____ Tipo _____

☐ Ganancias de capital: En promedio, ¿cuántos ingresos netos o pérdidas tendrá usted de esta ganancia sobre el capital cada mes? $ _____/**ganancia** o $ _____/**pérdida**

☐ Ingresos netos de agricultura, ganadería o pesca: $ _____/**ganancia** o $ _____/**pérdida**
¿Cuántas horas por cada semana? _____

☐ Ganancias de lotería y de juegos de azar: $ _____ Fecha de vigencia _____
Frecuencia: ☐ Solo una vez ☐ Semanal ☐ Cada dos semanas ☐ Dos veces por mes ☐ Mensual ☐ Anual
Los premios que no sean en efectivo no califican para ser considerados ganancias de lotería o de juegos de azar.
No incluya las pérdidas en la cantidad.

INGRESOS POR ALQUILER

29. ¿Recibe usted ingresos por alquileres? (**Usted debe contestar esta pregunta.**) ☐ Sí ☐ No

Si contestó **Sí**, **envíe prueba** de los ingresos actuales por alquileres, tales como una declaración escrita por cada inquilino, copia del contrato de arriendo o una declaración actual de impuestos federales. Además, **envíe pruebas** de todos los siguientes gastos, si corresponden, para los últimos 12 meses: hipoteca, impuestos, servicios públicos (gas/electricidad), calefacción, agua/cloacas, seguro, tarifa de apartamento o cooperativa, reparaciones y mantenimiento.

a. ¿De qué tipo de propiedad es dueño? ☐ una familia ☐ dos familias ☐ tres familias ☐ otra (describa): _____

b. ¿Cuántos ingresos de alquiler mensual recibe o pierde usted por cada unidad rentada de la propiedad indicada anteriormente? (Detalle cada unidad rentada y la dirección por separado.)

Dirección _____ Unidad #_____
Cantidad de ingresos _____ Cantidad de pérdida _____ ¿Habitada por el propietario? ☐ Sí ☐ No
Dirección _____ Unidad #_____
Cantidad de ingresos _____ Cantidad de pérdida _____ ¿Habitada por el propietario? ☐ Sí ☐ No

c. ¿Usted paga la calefacción o los servicios públicos de su inquilino? ☐ Sí ☐ No

INGRESOS POR ÚNICA VEZ

30. ¿Ha recibido o recibirá usted ingresos durante este año calendario como un pago único? ☐ Sí ☐ No
Un ejemplo podría ser recibir la pensión en un pago único.

Si contestó **Sí**: Tipo _____ Cantidad $ _____
Mes en que se recibe _____ Año en que se recibe _____

31. ¿Recibirá usted ingresos durante el próximo año calendario como un pago único? ☐ Sí ☐ No

Si contestó **Sí**: Tipo _____ Cantidad $ _____
Mes en que se recibe _____ Año en que se recibe _____

DEDUCCIONES

32. ¿Qué deducciones presenta usted en su declaración de impuestos?
Si usted paga por ciertas cosas que pueden ser deducidas en una declaración de impuestos federales, al informarnos sobre ellas podría reducir un poco más el costo de la cobertura de salud. Marque todo lo que corresponda. Sus deducciones deberían ser lo que usted presentó en su declaración de impuestos federales en la sección "Ingreso Bruto Ajustado". Por cada deducción que usted elija, indique la cantidad anual. Usted puede escribir hasta la cantidad máxima de deducción permitida por el IRS.

☐ Gastos de educador: Cantidad anual $_____

☐ Ciertos gastos de negocios de reservistas, artistas o de funcionarios del gobierno basados en una tarifa: Cantidad anual $_____

☐ Deducciones de las cuentas de ahorro de salud: Cantidad anual $_____

☐ Gastos de mudanza para miembros de las Fuerzas Armadas: Cantidad anual $_____

☐ Parte deducible de los impuestos de empleo por cuenta propia: Cantidad anual $_____

☐ Contribución a SEP, SIMPLE y planes calificados para empleos por cuenta propia: Cantidad anual $_____

☐ Deducción del seguro de salud para empleos por cuenta propia: Cantidad anual $_____

☐ Multas por retiro anticipado de ahorros: Cantidad anual $_____

☐ Pensión alimenticia pagada proveniente de sentencias de divorcio, acuerdo de separación u orden judicial que haya sido finalizada antes de 1 de enero del 2019: Cantidad anual $_____

☐ Deducción de la Cuenta Personal de Jubilación (IRA, *Individual Retirement Account*): Cantidad anual $_____

☐ Deducción por intereses del préstamo estudiantil (solo los intereses, no incluye el pago total): Cantidad anual $_____

☐ Ninguno

INGRESO ANUAL

33. ¿Cuál es su ingreso total previsto para el año calendario actual?

34. ¿Cuál es su ingreso total previsto para el próximo año calendario, si es diferente?

¡GRACIAS! Esto es todo lo que necesitamos saber sobre usted. Vaya al Paso 2 Persona 2 para añadir otro miembro de su hogar, si fuera necesario. De otra manera, vaya al Paso 3 Miembro(s) del hogar Indígena Norteamericano o Nativo de Alaska (AI/AN).

PASO 2 Persona 2: Cónyuge u otras personas en este hogar

Complete esta parte para su cónyuge que vive con usted y/o cualquier otra persona incluida en su declaración federal de impuestos, si la presenta.

Si tiene que incluir más de dos personas en esta solicitud, haga una copia de las páginas de información en blanco para el Paso 2 Persona 2 ANTES de completarla. Cuando complete las páginas adicionales, asegúrese de informarnos cómo se relaciona cada persona con las demás en la solicitud. Necesitamos esta información para determinar la elegibilidad. También puede descargar las páginas para personas adicionales en mass.gov/masshealth.

1. Primer nombre, segundo nombre, apellido y sufijo

2. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

3. ¿Qué sexo se le asignó a esta persona al nacer? ☐ Masculino ☐ Femenino
   En general, se refiere al sexo que originalmente se indicó en su certificado de nacimiento.

4. Parentesco con la Persona 1

5. ¿Vive esta persona con la Persona 1? ☐ Sí ☐ No Si contestó No, escriba la dirección.

☐ Sin dirección. Nota: si marca esta casilla, usted debe dar una dirección postal.

6. ¿Es este un hospital, centro de enfermería u otra institución? ☐ Sí ☐ No
   Si contestó **Sí**, nombre del establecimiento

7. Dirección postal ☐ Marque si es la misma que la dirección.

8. Número de apartamento o unidad

9. Ciudad

10. Estado

11. Código postal

12. Condado

13. Si el idioma de esta persona no es el inglés, ¿cuál es su idioma de preferencia? Oral _____ Escrito _____
    Es posible que MassHealth y Health Connector se comuniquen por escrito con usted en su idioma de preferencia. Si usted no responde, le enviaremos los avisos en inglés.

14. ¿Está esta persona solicitando cobertura de salud? ☐ Sí ☐ No
    Si contestó **Sí**, conteste todas las preguntas a continuación en el Paso 2 para la Persona 2.
    Si contestó **No**, conteste la Pregunta 30 (acomodaciones), luego vaya a la sección de "Información sobre ingresos" en la página 10.

OPCIONAL: Consulte las instrucciones de las Preguntas 5 a 9 en la Persona 1.

15. ¿Qué opción describe mejor la identidad de género actual de esta persona? Seleccione hasta cinco opciones.
    ☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Hombre transgénero u hombre trans ☐ Mujer transgénero o mujer trans
    ☐ Intergénero, cuirgénero (*gender queer*), no conforme, no binario, ni exclusivamente masculino ni exclusivamente femenino
    ☐ No se detalla la identidad de género. Especifique: _____ ☐ No sé. ☐ Prefiero no responder.

16. ¿Cuál de las siguientes opciones describe la orientación sexual actual de esta persona? Seleccione hasta cinco opciones.
    ☐ Heterosexual ☐ Lesbiana o gay ☐ Bisexual ☐ Cuir *(queer)*, pansexual o cuestionándose
    ☐ No se detalla la orientación sexual. Especifique: _____ ☐ No sé. ☐ Prefiero no responder.

17. ¿Tiene esta persona ascendencia u origen hispano o latino?
    ☐ Sí, hispano o latino ☐ No, ni hispano ni latino ☐ No sé. ☐ Prefiero no responder.

18. Raza (vea la página 32)

19. Etnicidad (vea la página 32)

20. ¿Tiene esta persona un Número de Seguro Social (SSN)? ☐ Sí ☐ No (opcional si **no** solicita cobertura)
    Necesitamos un Número de Seguro Social (SSN) para cada persona que tenga uno y que solicite cobertura de salud. Para obtener información importante sobre el SSN y cómo solicitar un SSN, consulte las instrucciones en la Pregunta 10 de la Persona 1.
    Si contestó **Sí**, denos el número ___ ___ ___ - ___ ___ - ___ ___ ___ ___

Si contestó **No**, marque una de las siguientes razones.
☐ Excepción por enfermedad ☐ Recién solicitado ☐ Excepción para no ciudadanos ☐ Excepción religiosa

¿Es el nombre de la persona en la solicitud el mismo que en su tarjeta del Seguro Social? ☐ Sí ☐ No

Si contestó **No**, ¿qué nombre figura en la tarjeta del Seguro Social de esta persona? _____
Nombre, segundo nombre, apellido y sufijo

21. Si esta persona recibe un Crédito Fiscal Anticipado por el Pago de Primas (APTC), ¿acepta esta persona presentar una declaración de impuestos federales para el año fiscal en que se reciben los créditos? ☐ Sí ☐ No
Es probable que no haya necesitado o elegido hacer una declaración de impuestos en el pasado, pero deberá hacer una declaración de impuestos federales para cualquier año que esta persona obtenga un APTC. Usted debe marcar **Sí** en la Pregunta 21 para ser elegible para recibir ConnectorCare o los APTC para ayudar a pagar el seguro de salud de esta persona. **Si esta persona califica, NO deberá presentar ninguna declaración de impuestos para solicitar ni para obtener MassHealth o HSN.**

Si contestó **Sí**, por favor, responda a las Preguntas a–d. Si contestó **No**, pase a la Pregunta d.

Esta persona debe presentar una declaración federal de impuestos conjunta con un cónyuge para el año en que dicha persona solicita beneficios para obtener ciertos programas (ConnectorCare o los APTC), a menos que esta persona sea víctima de abuso doméstico o abandono, o que declare impuestos como Jefe del hogar. Si esta persona declarará impuestos como Jefe del hogar, deberá contestar **No** a la Pregunta 21a ("¿Está esta persona casada legalmente?"). Una manera en que esta persona podría calificar como Jefe del hogar es que viva separado/a de su cónyuge y reclame a otra persona como dependiente. Consulte la Publicación 501 del IRS o a un especialista en impuestos para obtener información sobre cómo declarar impuestos.
Esta persona solamente deberá incluirse y a todos sus dependientes en esta solicitud.

a. ¿Está esta persona casada legalmente? ☐ Sí ☐ No
Si contestó **No**, pase a la Pregunta 21c.
Si contestó **Sí**, escriba el nombre y la fecha de nacimiento del cónyuge. _____

b. ¿Planea esta persona presentar una declaración de impuestos federales conjunta con un cónyuge para el año fiscal en que esta persona solicita beneficios? ☐ Sí ☐ No

c. ¿Reclamará esta persona algún dependiente en su declaración federal de impuestos para el año fiscal en que esta persona solicita beneficios? ☐ Sí ☐ No
Esta persona reclamará una deducción de exención personal en su declaración de impuestos federales, para cualquier persona nombrada en esta solicitud como dependiente que esté inscrita en la cobertura por medio del Massachusetts Health Connector y cuya prima para la cobertura se pague en parte o en su totalidad por pagos adelantados.
Escriba los nombres y la fecha de nacimiento de los dependientes.
_____

d. ¿Será esta persona reclamada como dependiente de otra persona en la declaración de impuestos federales para el año en que esta persona solicita beneficios? ☐ Sí ☐ No.
Si esta persona es reclamada por alguien más como dependiente en la declaración de impuestos federales de aquella persona, esto podría afectar su posibilidad de recibir un crédito fiscal por el pago de primas (APTC). No conteste **"Sí"** a esta pregunta, si esta persona es un niño menor de 21 años que es reclamado por un padre o madre sin custodia. Si contestó **Sí**, indique el nombre del declarante de impuestos. _____
Fecha de nacimiento del declarante _____ ¿Qué parentesco tiene esta persona con el declarante? _____
¿Está el(la) declarante de impuestos casado(a) y presenta una declaración conjunta? ☐ Sí ☐ No
Si contestó **Sí**, escriba el nombre del(de la) cónyuge y la fecha de nacimiento. _____
¿A quién más reclama el declarante de impuestos como dependiente?
_____

e. ¿Presenta esta persona una declaración de impuestos por separado porque es víctima de abuso doméstico o abandono?
☐ Sí ☐ No

22. ¿Es esta persona un ciudadano de EE. UU. o ciudadano naturalizado? ☐ Sí ☐ No
Si contestó **Sí**, ¿es esta persona ciudadano naturalizado o posee ciudadanía derivada o adquirida (no nació en EE. UU.)? ☐ Sí ☐ No
Número de extranjero _____ Número de certificado de ciudadanía o de naturalización _____

23. Si esta persona no es ciudadano, ¿tiene un estado inmigratorio elegible? ☐ Sí ☐ No

a. ¿Es esta persona un Residente Permanente Legal (LPR o titular de una tarjeta verde), un Participante Cubano-Haitiano (CHE) con permiso de ingreso o un migrante según el Pacto de Libre Asociación (COFA)? ☐ Sí ☐ No, no estoy seguro/a, o prefiero no responder.

b. ¿Tiene esta persona un documento de inmigración? ☐ Sí ☐ No
Nos ayudaría a procesar esta solicitud más rápido si incluye una copia del documento de inmigración de esta persona con la solicitud. Verificaremos el estado inmigratorio de esta persona mediante una comparación electrónica de datos. Escriba todos los estados y/o condiciones inmigratorios correspondientes a esta persona desde que ingresó en EE. UU. Si necesitara más espacio, adjunte otra hoja.

Fecha de otorgamiento del estado (mm/dd/aaaa) _____
(Para personas maltratadas, ingrese la fecha en que se aprobó la petición.)

Estado inmigratorio _____ Tipo de documento inmigratorio _____
Elija uno o más estados y tipos de documentos de la lista en la página 32.

Número de ID del documento _____ Número de extranjero _____

Fecha del vencimiento del pasaporte o documento (mm/dd/aaaa) _____ País _____

c. ¿Utilizó esta persona el mismo nombre en esta solicitud que el usado para obtener su estado inmigratorio? ☐ Sí ☐ No
Si contestó **No**, ¿qué nombre usó esta persona? Nombre, segundo nombre, apellido y sufijo _____

d. ¿Llegó esta persona a EE. UU. después del 22 de agosto de 1996? ☐ Sí ☐ No

e. ¿Es esta persona un veterano de guerra dado de baja honorablemente o miembro en servicio activo de las fuerzas armadas de EE. UU., o es cónyuge o hijo(a) de un veterano de guerra dado de baja honorablemente o de un miembro en servicio activo de las fuerzas armadas de EE. UU.? ☐ Sí ☐ No

f. **Opcional** ¿Es esta persona ☐ víctima de tráfico grave; ☐ cónyuge, hijo/a, hermano/a o padre/madre de una víctima de tráfico; ☐ cónyuge maltratado/a; o ☐ hijo/a o padre/madre de un cónyuge maltratado?

24. ¿Vive esta persona en Massachusetts, y o bien planea esta persona residir aquí, incluso si aún no tiene una dirección fija, o si esta persona ha llegado a Massachusetts con un compromiso de trabajo o buscando empleo? ☐ Sí ☐ No

Si esta persona está visitando Massachusetts por placer personal o con el propósito de recibir atención médica en un entorno que no sea un centro de enfermería, usted debe responder **No** a esta pregunta.

25. ¿Vive esta persona con al menos un niño menor de 19 años, y es esta persona quien cuida principalmente de este niño o los niños? ☐ Sí ☐ No

Nombres y fecha de nacimiento del niño o los niños _____

26. ¿Está esta persona embarazada? ☐ Sí ☐ No
Si contestó **Sí**, ¿cuántos bebés está esperando? _____ ¿Cuál es su fecha prevista de parto? _____

27. ¿Estuvo esta persona alguna vez en un hogar de crianza? ☐ Sí ☐ No

a. Si contestó **Sí**, ¿en qué estado estuvo esta persona en un hogar de crianza? _____

b. ¿Recibía esta persona atención de salud por medio de un programa estatal de Medicaid? ☐ Sí ☐ No

28. ¿Es esta persona dueña de su propiedad o alquila? ☐ Alquila ☐ Es dueño(a)

29. **DISCAPACIDAD.** Responda a esta pregunta si esta persona es menor de 65 años, o tiene 65 años o es mayor y trabaja.
¿Tiene esta persona una discapacidad (incluido un problema de salud mental incapacitante) que ha durado o se prevé que dure por al menos 12 meses? (Si es legalmente ciego/a, responda Sí.) ☐ SÍ ☐ No
Nombre: _____

30. ¿Necesita esta persona acomodación(es) razonable(s) debido a una discapacidad o lesión? ☐ Sí ☐ No
Si contestó **No**, vaya a la siguiente pregunta. Si contestó **Sí**, responda a las Preguntas a y b.

a. Condición

☐ Impedimentos visuales ☐ Ceguera ☐ Sordera ☐ Dificultad auditiva ☐ Discapacidad de desarrollo
☐ Discapacidad intelectual ☐ Discapacidad física ☐ Otra (Explique) _____

b. Acomodación

☐ Teléfono de texto (TTY) ☐ Publicaciones con letras grandes ☐ Intérprete de Lenguaje de señas americano
☐ Servicio de retransmisión de video ☐ Traducciones de Acceso de comunicación en tiempo real (CART)
☐ Publicaciones en braille ☐ Dispositivo auxiliar para escuchar ☐ Publicaciones en formato electrónico
☐ Otra (Explique) _____

31. ¿Recibió esta persona alguna vez Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)? ☐ Sí ☐ No

Si contestó **No**, vaya a Información sobre ingresos. Si contestó **Sí**, responda a las Preguntas a y b.

a. ¿Cuándo recibió esta persona el SSI por última vez? (mm/aaaa) _____

b. Esta persona (marque uno):
☐ ¿vive solo(a)? ☐ ¿vive con su cónyuge? ☐ ¿vive en un hogar de reposo? ☐ ¿vive en el hogar de otra persona?

INFORMACIÓN SOBRE INGRESOS
(Usted debe enviar las pruebas del total de ingresos del hogar junto con esta solicitud.)

32. ¿Tiene esta persona algún ingreso? ☐ Sí ☐ No. Si esta persona no tiene ingresos, pase a la Pregunta 40.

EMPLEO ACTUAL | Si esta persona tiene más trabajos y necesita más espacio, adjunte otra hoja.

33. Nombre y dirección del empleador	Núm. de ID del impuesto federal

34. a. Salarios/propinas (antes de impuestos) **$** _____
☐ Semanal ☐ Cada 2 semanas ☐ Dos veces por mes ☐ Mensual ☐ Trimestral ☐ Anual
(Reste cualquier deducción antes de impuestos, tal como primas de seguros de salud no tributables.)
b. Fecha de inicio de los ingresos _____

35. Promedio de horas trabajadas por SEMANA _____

36. ¿Está esta persona empleada por temporada? ☐ Sí ☐ No. Si contestó **Sí**, ¿cuántos meses trabaja en cada año calendario?
☐ Ene. ☐ Feb. ☐ Marzo ☐ Abril ☐ Mayo ☐ Junio ☐ Julio ☐ Agosto ☐ Sept. ☐ Oct. ☐ Nov. ☐ Dic.

EMPLEO POR CUENTA PROPIA | Si esta persona está empleado(a) por cuenta propia, responda a las siguientes preguntas. Si necesita más espacio, adjunte otra hoja.

37. ¿Está esta persona empleada por cuenta propia? ☐ Sí ☐ No

a. Si contestó **Sí**, ¿qué tipo de trabajo hace esta persona? _____

b. En promedio, ¿cuánto ingreso neto (ganancias después de haber pagado los gastos del negocio) obtendrá esta persona de este trabajo por cuenta propia cada mes o cuánto dinero perderá esta persona de este trabajo por cuenta propia cada mes?
$_____/mes de **ganancia** O BIEN $_____/mes de **pérdida**

c. ¿Cuántas horas trabaja esta persona por semana? _____

OTROS INGRESOS

38. Marque todo lo que corresponda, escriba la cantidad y con qué frecuencia esta persona obtiene ingresos.
NOTA: No necesita informarnos sobre manutención de los hijos o Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI).

☐ Beneficios del Seguro Social $_____ ¿Con qué frecuencia? _____
☐ Jubilación, retiro o pensión $_____ ¿Con qué frecuencia? _____ Fuente de ingresos _____
☐ Anualidades $_____ ¿Con qué frecuencia? _____
☐ Fideicomisos $_____ ¿Con qué frecuencia? _____
☐ Desempleo $_____ ¿Con qué frecuencia? _____
☐ Intereses, dividendos y otros ingresos por inversiones $_____ ¿Con qué frecuencia? _____
☐ Ingresos de regalías $_____ ¿Con qué frecuencia? _____
☐ Pensión alimenticia recibida $_____ ¿Con qué frecuencia? _____
Si esta persona recibe pensión alimenticia proveniente de sentencias de divorcio, acuerdos de separación u órdenes judiciales cuyas sentencias finales sean anteriores al 1 de enero del 2019, escriba aquí la cantidad de dichos pagos. $_____
☐ Beneficios federales para veteranos $_____ ¿Con qué frecuencia? _____
☐ Ingresos de jubilación militar $_____ ¿Con qué frecuencia? _____
☐ Otros ingresos tributables (incluya el tipo) $_____ ¿Con qué frecuencia? _____ Tipo _____
☐ Ganancias de capital: En promedio, ¿cuántos ingresos netos o pérdidas tendrá usted de esta ganancia sobre el capital cada mes? $ _____/**ganancia** o $ _____/**pérdida**
☐ Ingresos netos de agricultura, ganadería o pesca: $ _____/**ganancia** o $ _____/**pérdida**
¿Cuántas horas por cada semana? _____
☐ Ganancias de lotería y de juegos de azar: $ _____ Fecha de vigencia _____
Frecuencia: ☐ Solo una vez ☐ Semanal ☐ Cada dos semanas ☐ Dos veces por mes ☐ Mensual ☐ Anual
Los premios que no sean en efectivo no califican para ser considerados ganancias de lotería o de juegos de azar.
No incluya las pérdidas en la cantidad.

INGRESOS POR ALQUILER

39. ¿Recibe esta persona ingresos por alquileres? ☐ Sí ☐ No

Si contestó Sí, envíe prueba de los ingresos actuales por alquileres, tales como una declaración escrita por cada inquilino, copia del contrato de arriendo o una declaración actual de impuestos federales. Además, **envíe pruebas** de todos los siguientes gastos, si corresponden, para los últimos 12 meses: hipoteca, impuestos, servicios públicos (gas/electricidad), calefacción, agua/cloacas, seguro, tarifa de apartamento o cooperativa, reparaciones y mantenimiento.

a. ¿De qué tipo de propiedad es esta persona dueña? ☐ una familia ☐ dos familias ☐ tres familias ☐ otra (describa): _____

b. ¿Cuántos ingresos de alquiler mensual recibe o pierde esta persona por cada unidad rentada de la propiedad indicada anteriormente? (Detalle cada unidad rentada y la dirección por separado.)

Dirección _____ Unidad #_____

Cantidad de ingresos _____ Cantidad de pérdida _____ ¿Habitada por el propietario? ☐ Sí ☐ No

Dirección _____ Unidad #_____

Cantidad de ingresos _____ Cantidad de pérdida _____ ¿Habitada por el propietario? ☐ Sí ☐ No

c. ¿Usted paga la calefacción y/o los servicios públicos de su inquilino? ☐ Sí ☐ No

INGRESOS POR ÚNICA VEZ

40. ¿Ha recibido o recibirá esa persona ingresos durante este año calendario como un pago único? ☐ Sí ☐ No
Un ejemplo podría ser recibir la pensión en un pago único.
Si contestó **Sí**: Tipo _____ Cantidad $ _____
Mes en que se recibe _____ Año en que se recibe _____

41. ¿Recibirá esta persona ingresos durante el próximo año calendario como un pago único? ☐ Sí ☐ No
Si contestó **Sí**: Tipo _____ Cantidad $ _____
Mes en que se recibe _____ Año en que se recibe _____

DEDUCCIONES

42. ¿Qué deducciones presenta esta persona en su declaración de impuestos?
Si esta persona paga por ciertas cosas que pueden ser deducidas en una declaración de impuestos federales, al informarnos sobre ellas podría reducir un poco más el costo de la cobertura de salud. Marque todo lo que corresponda. Las deducciones de esta persona deberían ser lo que él o ella presentó en su declaración de impuestos federales en la sección "Ingreso Bruto Ajustado". Por cada deducción que elija, indique la cantidad anual. Usted puede escribir hasta la cantidad máxima de deducción permitida por el IRS.

☐ Gastos de educador: Cantidad anual $_____
☐ Ciertos gastos de negocios de reservistas, artistas o de funcionarios del gobierno basados en una tarifa: Cantidad anual $_____
☐ Deducciones de las cuentas de ahorro de salud: Cantidad anual $_____
☐ Gastos de mudanza para miembros de las Fuerzas Armadas: Cantidad anual $_____
☐ Parte deducible de los impuestos de empleo por cuenta propia: Cantidad anual $_____
☐ Contribución a SEP, SIMPLE y planes calificados para empleos por cuenta propia: Cantidad anual $_____
☐ Deducción del seguro de salud para empleos por cuenta propia: Cantidad anual $_____
☐ Multas por retiro anticipado de ahorros: Cantidad anual $_____
☐ Pensión alimenticia pagada proveniente de sentencias de divorcio, acuerdo de separación u orden judicial que haya sido finalizada antes de 1 de enero del 2019: Cantidad anual $_____
☐ Deducción de la Cuenta Personal de Jubilación (IRA, *Individual Retirement Account*): Cantidad anual $_____
☐ Deducción por intereses del préstamo estudiantil (solo los intereses, no incluye el pago total): Cantidad anual $_____
☐ Ninguno

INGRESO ANUAL

43. ¿Cuál es el ingreso total previsto de esta persona para el año calendario actual?

44. ¿Cuál es el ingreso total previsto de esta persona para el próximo año calendario, si es diferente?

¡GRACIAS! Esto es todo lo que necesitamos saber sobre esta persona.

PASO 3 Miembros del hogar Indígenas Norteamericanos o Nativos de Alaska (AI/AN)

¿Es usted o alguien en su hogar indígena norteamericano o nativo de Alaska? ☐ Sí ☐ No

Si contestó **No**, vaya al Paso 4. Si contestó **Sí**, complete el resto de esta solicitud, incluido el **Suplemento B: Miembros del hogar Indígenas Norteamericanos o Nativos de Alaska.**

PASO 4 Facturas de servicios médicos anteriores

¿Tiene usted o su cónyuge facturas por servicios médicos que recibió en los tres meses anteriores a que presente su solicitud?
☐ Sí ☐ No

Si contestó **Sí**, es posible que MassHealth pague estas facturas. Si contestó **No**, vaya al **Paso 5: Bienes**.

¿Desean usted o su cónyuge solicitar MassHealth para ese período de tiempo? ☐ Sí ☐ No

Si contestó **Sí**, ¿cuál es la fecha más temprana en la cual necesita MassHealth? (mm/dd/aaaa) _____
(Debe darnos pruebas de todos los ingresos y bienes que poseía durante ese período de tiempo.)

Por favor, nombre a continuación todas las personas que soliciten el pago de facturas médicas anteriores. Usted debe darnos pruebas de todos los ingresos y de los bienes poseídos durante ese período.

Nombre	Fecha retroactiva de solicitud	¿Hubo algún cambio en sus circunstancias durante este período? ☐ Sí ☐ No
Nombre	Fecha retroactiva de solicitud	¿Hubo algún cambio en sus circunstancias durante este período? ☐ Sí ☐ No

PASO 5 Bienes | Usted **debe** completar todos los datos por cada bien que usted y/o su cónyuge posean.

Si vive en la comunidad y desea ayuda para pagar las cuentas médicas por un período de tres meses previos al mes en el que solicita, nos debe informar sobre todas las cuentas abiertas y cerradas para dicho período. Si está solicitando atención a largo plazo, usted también debe darnos información acerca de todos los bienes que usted o su cónyuge haya tenido en los 60 meses pasados. Si usted necesita más espacio, adjunte otra hoja.

CUENTAS BANCARIAS

1. ¿Usted o su cónyuge tiene cuentas bancarias o certificados de depósito, incluyendo cuentas corrientes, de ahorros, cooperativa de crédito, cuentas *NOW*, cuentas del mercado monetario y cuentas de Subsidio para Necesidades Personales (PNA)?
   ☐ Sí ☐ No

   a. ¿Usted o su cónyuge tiene cuentas de jubilación, incluyendo cuentas de jubilación individuales (IRA), Keogh o fondos de pensión? ☐ Sí ☐ No

   b. ¿Usted, su cónyuge o un propietario conjunto ha cerrado alguna cuenta en los 60 meses pasados, incluyendo cualquier cuenta que usted haya tenido conjuntamente con otra persona? ☐ Sí ☐ No

   Si contestó **Sí** a **cualquiera** de estas preguntas, complete esta sección. Si contestó **No** a **todas** estas preguntas, pase a la siguiente sección **(BIENES RAÍCES)**.

Envíe una copia de sus libretas de depósito actualizadas dentro de los últimos 45 días y/o **una copia** de los estados de cuenta más recientes. Consulte la *Guía para la persona de la tercera edad* para obtener información sobre las instituciones financieras que cobran por estados de cuenta. Si está solicitando para cobertura en un centro de enfermería, por favor, provea estados de cuenta de los últimos 60 meses.

Nombre en la cuenta		Tipo de cuenta
Nombre del banco/institución		Número de la cuenta
Saldo a la fecha $	Saldo en la fecha de admisión* $	☐ Cuenta abierta ☐ Cuenta cerrada
Fecha de cierre de la cuenta (mm/dd/aaaa)	Cantidad en la fecha de cierre de la cuenta $	
Nombre en la cuenta		Tipo de cuenta
Nombre del banco/institución		Número de la cuenta
Saldo a la fecha $	Saldo en la fecha de admisión* $	☐ Cuenta vigente ☐ Cuenta cerrada
Fecha de cierre de la cuenta (mm/dd/aaaa)	Cantidad en la fecha de cierre de la cuenta $	

*Escriba el saldo de la cuenta a la fecha de admisión a la institución médica, hospital o centro de enfermería.

BIENES RAÍCES

2. ¿Usted o su cónyuge es propietario o tiene un interés legal en su residencia primaria?
   Usted ☐ Sí ☐ No Su cónyuge ☐ Sí ☐ No

3. ¿Usted o su cónyuge es propietario o tiene un interés legal en cualquier bien raíz **aparte de** su residencia primaria?
   Usted ☐ Sí ☐ No Su cónyuge ☐ Sí ☐ No

   Si contestó **Sí** a cualquiera de estas preguntas, complete esta sección. **Si contestó No**, pase a la siguiente sección **(SEGURO DE VIDA)**.

Envíe una copia de la(s) escritura(s), factura(s) de impuestos actuales y prueba de la cantidad adeudada de toda propiedad poseída.

Dirección	
Tipo de propiedad	Valor actual $
Dirección	
Tipo de propiedad	Valor actual $

SEGURO DE VIDA

4. ¿Usted o su cónyuge **posee** algún seguro de vida? ☐ Sí ☐ No

   Si contestó **Sí**, complete esta sección.
   Si contestó **No,** vaya a la sección siguiente **[CUENTAS DE CORRETAJE DE VALORES (ACCIONES/BONOS/OTROS)]**.

Envíe una copia de la primera página de todas las pólizas de seguro de vida. Si el valor nominal total de todas las pólizas es de más de $1,500 por persona, envíe **también una carta** de la compañía aseguradora que indique el valor de rescate (que tengan todas las pólizas excepto las de término fijo).

Nombre(s) del (de los) titular(es)		
Compañía de seguros		
Número de la póliza	Valor nominal $	Tipo de seguro
Nombre(s) del (de los) titular(es)		
Compañía de seguros		
Número de la póliza	Valor nominal $	Tipo de seguro

CUENTAS DE CORRETAJE DE VALORES (ACCIONES/BONOS/OTROS)

5. ¿Usted o su cónyuge posee acciones, bonos, bonos de ahorro, fondos mutuos, títulos o valores, bienes en un casillero de seguridad, dinero en efectivo que no esté en el banco, opciones, o contratos futuros? ☐ Sí ☐ No

   Si contestó **Sí**, complete esta sección. Si contestó **No**, pase a la siguiente sección **(ANUALIDADES)**.

Envíe prueba del valor actual (excepto efectivo).

	Nombre(s) del (de los) titular(es)	Nombre de la compañía	Número de cuenta	Valor actual	Valor en la fecha de admisión*	¿Bienes conjuntos?
Dinero en efectivo				$	$	☐ Sí ☐ No
Acciones				$	$	☐ Sí ☐ No
Bonos				$	$	☐ Sí ☐ No
Bonos de ahorro				$	$	☐ Sí ☐ No
Fondos mutuos				$	$	☐ Sí ☐ No
Opciones				$	$	☐ Sí ☐ No
Contratos futuros				$	$	☐ Sí ☐ No
Otro				$	$	☐ Sí ☐ No

*Escriba el saldo de la cuenta a la fecha de admisión a la institución médica.

ANUALIDADES

6. ¿Usted, su cónyuge, o alguien en su nombre o a nombre de su cónyuge, compró o de cualquier forma cambió una anualidad? ☐ Sí ☐ No

   Si contestó **Sí**, complete esta sección. Para ser elegible, usted podría ser requerido a nombrar al Commonwealth como un beneficiario de saldo. (Consulte la *Guía para la persona de la tercera edad* para obtener más información.)
   Si contestó **No**, pase a la siguiente sección **(CENTRO ASISTENCIAL DE VIVIENDA/OTROS)**.

Envíe una copia del contrato. Para cada anualidad que posea, **provéanos la prueba** de anualidad de la compañía que indique el valor total de la anualidad menos cualquier multa y honorarios si es que puede ser cobrada en efectivo.

Nombre(s) del (de los) titular(es)	
Nombre de la institución que emite la anualidad	
Número de contrato	Fecha de compra (mm/dd/aaaa)
Nombre(s) del (de los) titular(es)	
Nombre de la institución que emite la anualidad	
Número de contrato	Fecha de compra (mm/dd/aaaa)

CENTRO ASISTENCIAL DE VIVIENDA/OTROS

7. ¿Usted, su cónyuge o alguien a nombre suyo, ha entregado un depósito a algún centro residencial o de atención médica, como un centro asistencial de vivienda, una comunidad de retiro con atención médica continua, o a una comunidad de atención médica de por vida? ☐ Sí ☐ No

   Si contestó **Sí**, complete esta sección. Si contestó **No**, pase a la siguiente sección **(VEHÍCULOS/CASAS MÓVILES)**.

Envíe una copia del contrato que firmó con el establecimiento y cualquier documento que tenga que ver con este depósito.

Nombre del establecimiento	
Dirección del establecimiento	
Cantidad del depósito $	Fecha en que el depósito se entregó al establecimiento (mm/dd/aaaa)

VEHÍCULOS/CASAS MÓVILES

8. ¿Usted o su cónyuge poseen algún tipo de vehículo, como automóviles, camionetas, camiones, vehículos recreativos, casas móviles o barcos? ☐ Sí ☐ No

   Si contestó **Sí**, complete esta sección.
   Si contestó **No**, pase a las secciones siguientes **(PLANES PREPAGOS PARA SEPULTURA/FIDEICOMISOS)**.

Envíe una copia del registro de cada vehículo y prueba del saldo pendiente de la deuda. Para casas móviles, **envíe una copia** de la escritura de venta. Si su cónyuge vive en casa, **envíe prueba** del valor comercial de cada vehículo en la fecha de admisión a la institución médica.

(Usted) Tipo de vehículo	Año/marca/modelo	Valor comercial $	Cantidad adeudada $
Dirección de la casa móvil			
(Su cónyuge) Tipo de vehículo	Año/marca/modelo	Valor comercial $	Cantidad adeudada $
Dirección de la casa móvil			

PLANES PREPAGOS PARA SEPULTURA

9. ¿Tienen usted o su cónyuge fideicomisos o contratos para el pago anticipado de sepulturas, seguro de vida destinado a pagar los gastos de funeral y sepultura o cuentas bancarias destinadas para gastos de funeral? ☐ Sí ☐ No

   Si contestó **Sí**, complete esta sección. Si contestó **No**, pase a la siguiente sección **(FIDEICOMISOS)**.

Envíe una copia del contrato de fideicomiso, instrumento de fideicomiso, póliza de seguro o de cuenta destinada para sepultura.

(Usted) Contrato para sepultura ☐ Sí (Cantidad $) ☐ No		Fideicomiso para sepultura ☐ Sí (Cantidad $) ☐ No	
Seguro de vida para sepultura ☐ Sí (Cantidad $) ☐ No		Cantidad solo para sepultura ☐ Sí (Cantidad $) ☐ No	
Parcela funeraria ☐ Sí ☐ No	Compañía de seguros		Número de póliza
Nombre del banco		Número de cuenta	
(Su cónyuge) Contrato para sepultura ☐ Sí (Cantidad $) ☐ No		Fideicomiso para sepultura ☐ Sí (Cantidad $) ☐ No	
Seguro de vida para sepultura ☐ Sí (Cantidad $) ☐ No		Cantidad solo para sepultura ☐ Sí (Cantidad $) ☐ No	
Parcela funeraria ☐ Sí ☐ No	Compañía de seguros		Número de póliza
Nombre del banco		Número de cuenta	

FIDEICOMISOS

10. ¿Es usted o su cónyuge el otorgante/donante, fideicomisario o beneficiario de algún fideicomiso? ☐ Sí ☐ No

11. ¿Usted, su cónyuge, u otra persona en su nombre, incluso un tribunal o ente administrativo, ha aportado ingresos o bienes de su propiedad o de su cónyuge hacia un fideicomiso? ☐ Sí ☐ No

    Si contestó **Sí** a cualquiera de estas preguntas, complete esta sección.
    Si contestó **No** a estas preguntas, vaya al **PASO 6: Información sobre el seguro de salud**

Envíe una copia del documento o documento(s) del fideicomiso, cualquier enmienda, documentos que demuestren actividad financiera y la lista de beneficiarios.

Nombre del fideicomiso	¿Revocable? ☐ Sí ☐ No	Capital principal actual del fideicomiso $
Capital principal del fideicomiso en la fecha de admisión* $		Fideicomisario(s)
Otorgante(s)/Donante(s)		Beneficiarios
Nombre del fideicomiso	¿Revocable? ☐ Sí ☐ No	Capital principal actual del fideicomiso $
Capital principal del fideicomiso en la fecha de admisión * $		Fideicomisario(s)
Otorgante(s)/Donante (s)		Beneficiarios

*Escriba el saldo del capital del fideicomiso a la fecha de admisión a la institución médica.

PASO 6 Información sobre el seguro de salud

El reglamento de MassHealth requiere que los afiliados obtengan y mantengan disponible un seguro de salud, incluido un seguro de salud a través de un empleador. Para determinar la continuidad de su elegibilidad para MassHealth para usted y los miembros de su hogar, es posible que le pidamos información adicional sobre usted y sobre su empleador acerca de su acceso a la cobertura de seguro de salud patrocinado por el empleador, y también es posible que divulguemos información suya y de los integrantes de su hogar a su(s) empleador(es) y/o a la(s) compañía(s) de seguros de salud para confirmar esta información.

Usted debe cooperar en proporcionar la información necesaria para mantener la elegibilidad, incluyendo pruebas de haber obtenido y de mantener disponible un seguro de salud, de lo contrario sus beneficios de MassHealth podrían finalizar. Para obtener más información, consulte la *Guía de cobertura de atención médica para la persona de la tercera edad*.

1. ¿Hay alguien nombrado en esta solicitud a quien se le ofrezca cobertura de seguro de salud a través de un empleo pero que no esté inscrito en ese seguro? ☐ Sí ☐ No
   Responda **Sí** aun si este seguro es a través del empleo de otra persona, como un cónyuge, incluso si esta persona no vive en el hogar.
   Si contestó **Sí**, usted deberá completar y adjuntar el **Suplemento D: Cobertura de salud de empleos** y el resto de esta solicitud.
2. ¿Hay alguien que califique o que esté inscrito en los siguientes tipos de cobertura de salud? ☐ Sí ☐ No
   Si contestó **Sí**, marque el tipo de cobertura y escriba el/los nombre(s) de la(s) persona(s) junto a la cobertura que tiene(n).
   Responda **Sí** aun si este seguro es a través de otra persona, como un cónyuge, incluso si la persona no vive en el hogar.
   ☐ Inscrito en Medicare o califica para un plan de Medicare Parte A plan sin prima.
   Nombre de la persona cubierta _____ Número de reclamo de Medicare _____
   ¿Cuándo comenzó la cobertura? (mm/dd/aaaa) _____
   a. ¿Tiene esta persona un plan de Medicare Parte D? ☐ Sí ☐ No
      Si contestó **Sí**, ¿cuándo comenzó la cobertura? (mm/dd/aaaa) _____
   b. ¿Tiene esta persona una póliza suplementaria de Medigap/Medicare? ☐ Sí ☐ No
      Si contestó **Sí**, nombre del plan de cobertura _____
      ¿Cuándo comenzó la cobertura? (mm/dd/aaaa) _____
   Nombre _____ Número de reclamo de Medicare _____
   ¿Cuándo comenzó la cobertura? (mm/dd/aaaa) _____
   a. ¿Tiene esta persona un plan de Medicare Parte D? ☐ Sí ☐ No
      Si contestó **Sí**, ¿cuándo comenzó la cobertura? (mm/dd/aaaa) _____
   b. ¿Tiene esta persona una póliza suplementaria de Medigap/Medicare? ☐ Sí ☐ No
      Si contestó **Sí**, nombre del plan de cobertura _____
      ¿Cuándo comenzó la cobertura? (mm/dd/aaaa) _____
   ¿Desea alguna de las personas nombradas solicitar ayuda para pagar las primas de Medicare Parte B? ☐ Sí ☐ No
   Si contestó **Sí**, nombre(s) _____

Si usted marca cualquiera de los siguientes programas, provea detalles a continuación.

- ☐ Califica para **Peace Corps (Cuerpo de Paz)**
- ☐ Califica para **TRICARE** (No lo marque si tiene atención directa o Line of Duty.)
- ☐ Inscrito en **Programas de salud de Asuntos para Veteranos (VA)**
- ☐ **MassHealth**
- ☐ **Otra cobertura** (incluidos COBRA y planes de salud para jubilados)

Nombre(s) del/de los miembro(s) del hogar cubierto(s)

Número de póliza o ID del afiliado	¿Fecha de inicio y de finalización? (mm/dd/aaaa–mm/dd/aaaa)

☐ Inscrito en cobertura por medio del empleador. Si alguien en esta solicitud está inscrito en cobertura a través del empleador, usted debe completar y adjuntar el **Suplemento D: Cobertura de salud de empleos**.

Nombre del empleador	Nombre del plan

Nombre(s) del/de los miembro(s) del hogar cubierto(s)

Número de póliza o ID del afiliado	¿Fecha de inicio y de finalización? (mm/dd/aaaa–mm/dd/aaaa)

PASO 7 Acuerdos de Reembolso de Gastos Médicos

¿Le ofrecen a alguien en el hogar Acuerdos de Reembolso de Gastos Médicos (HRA) del empleador de dicha persona? ☐ Sí ☐ No

Nombre(s) de la persona	Fecha de nacimiento

Nombre del empleador

Núm. de ID del impuesto federal

Tipo de HRA ofrecido por el empleador
☐ Acuerdo de Reembolso para Pequeños Empleadores Calificados (QSEHRA)
☐ Acuerdo de Reembolso de Gastos Médicos de Cobertura Individual (ICHRA)

Fecha de inicio	Fecha de finalización

Escriba la cantidad máxima anual del beneficio de cobertura para usted solamente:

Si tiene un Acuerdo de Reembolso para Pequeños Empleadores Calificados (QSEHRA), ¿planea usted usar los beneficios de cobertura familiar de QSEHRA de su empleador? ☐ Sí ☐ No

Si usted tiene beneficios de QSEHRA, escriba la cantidad máxima anual del beneficio de cobertura familiar por medio de QSEHRA.

¿Planea alguien del hogar aceptar un beneficio de Acuerdo de Reembolso de Gastos Médicos de Cobertura Individual (HRA) del empleador de dicha persona? ☐ Sí ☐ No

Nombre(s) de la persona	Fecha de nacimiento

Nombre del empleador

Núm. de ID del impuesto federal

Tipo de HRA ofrecido por el empleador
☐ Acuerdo de Reembolso para Pequeños Empleadores Calificados (QSEHRA)
☐ Acuerdo de Reembolso de Gastos Médicos de Cobertura Individual (ICHRA)

Fecha de inicio	Fecha de finalización

Escriba la cantidad máxima anual del beneficio de cobertura para usted solamente:

Si usted tiene un Acuerdo de Reembolso para Pequeños Empleadores Calificados (QSEHRA), ¿planea usar los beneficios de cobertura familiar de QSEHRA de su empleador? ☐ Sí ☐ No

Si usted tiene beneficios de QSEHRA, escriba la cantidad máxima anual del beneficio de cobertura familiar por medio de QSEHRA.

¿Planea alguien del hogar aceptar un beneficio de Acuerdo de Reembolso de Gastos Médicos de Cobertura Individual (HRA) del empleador de dicha persona? ☐ Sí ☐ No

PASO 8 Servicios de un ayudante de atención individual

Para personas mayores de 65 años y que no serán internadas en un centro de atención a largo plazo

Para obtener más información sobre los servicios de un Ayudante de Atención Individual (PCA, o Asistente de Cuidados Personales) y sobre cómo sus respuestas a las preguntas de esta sección podrían influir en nuestra decisión sobre su cobertura de MassHealth, si usted, en efecto, necesita servicios de PCA, consulte la sección PCA en la *Guía para la persona de la tercera edad* que se adjunta.

1. ¿Necesitan usted o su cónyuge los servicios de un ayudante de atención individual? ☐ Sí ☐ No

   Si contestó **Sí**, complete esta sección y conteste todas las preguntas. Si contestó **No**, vaya al **PASO 10: Lea y firme esta solicitud**.

2. ¿Usted o su cónyuge ha recibido servicios de un ayudante de atención individual **pagado por MassHealth** en los últimos seis meses? ☐ Sí ☐ No

   Si contestó **Sí**, vaya al **PASO 10: Lea y firme esta solicitud**. Si contestó **No**, conteste las siguientes preguntas de esta sección.

3. ¿Usted o su cónyuge tiene una discapacidad permanente o de larga duración?
   Usted ☐ Sí ☐ No Su cónyuge ☐ Sí ☐ No

   a. Si contestó **Sí,** ¿su discapacidad (o la de su cónyuge) le impide a usted (o a su cónyuge) realizar sus actividades del diario vivir, como bañarse, comer, ir al baño, vestirse, etc., a menos que alguien físicamente le ayude a usted (o a su cónyuge)?
      Usted ☐ Sí ☐ No Su cónyuge ☐ Sí ☐ No

   b. Si contestó **Sí**, ¿usted (o su cónyuge) planea comunicarse con una Agencia de Supervisión de Cuidados Personales (PCM) de MassHealth para solicitar los servicios de un ayudante de atención individual?
      Usted ☐ Sí ☐ No Su cónyuge ☐ Sí ☐ No

Nota: Usted tiene que comunicarse con la agencia PCM dentro de los 90 días posteriores a la fecha en que MassHealth decide que usted reúne los requisitos para afiliarse a MassHealth; de otra forma usted no podrá beneficiarse de las reglas especiales de los servicios PCA.

MassHealth podría no pagar a ciertos miembros de su familia para ser su ayudante de atención individual.

Cada cónyuge que contestó "Sí" a todas las partes de la Pregunta 3 tiene que completar su propio Suplemento C: Ayudante de atención individual. Se incluye una copia. Si necesita una segunda copia, llame al Servicio al cliente de MassHealth al (800) 841-2900, TDD/TTY: 711. Si usted (o su cónyuge) no nos envía los suplementos de PCA completados, consideraremos que no necesita servicios de PCA cuando determinemos si cumple con los requisitos de elegibilidad de MassHealth.

PASO 9 Cobertura *(opcional)* adicional para personas casadas menores de 65 años

Complete esta sección SOLAMENTE si está casado y vive con su cónyuge. Uno de los cónyuges que solicita beneficios debe ser menor de 65 años y no tener hijos menores de 19 años que vivan en el hogar. Responda a estas preguntas para el cónyuge que sea menor de 65 años.

Si esta sección se aplica a usted y si desea recibir más información sobre normas de ingresos y otra información que podría aplicarse a usted, llámenos para obtener una *Guía para la persona de la tercera edad* al (800) 841-2900, TDD/TTY: 711. Si esta sección no se aplica a usted, vaya al **Paso 10: Lea y firme esta solicitud**.

CÁNCER DE MAMA O DEL CUELLO DEL ÚTERO *(OPCIONAL)* (Solo para personas menores de 65 años)

1. ¿Tiene usted cáncer de mama o del cuello del útero? ☐ Sí ☐ No
   MassHealth tiene reglas de cobertura especial para personas que necesitan tratamiento para cáncer de mama o del cuello del útero.

   Nombre: _____

INFORMACIÓN SOBRE VIH *(OPCIONAL)* (Solo para personas menores de 65 años)

2. ¿Es usted VIH positivo? ☐ Sí ☐ No
   Si usted es VIH positivo, podría ser elegible para cobertura o beneficios adicionales.

   Nombre: _____

PASO 10 Lea y firme esta solicitud.

PARA LOS SOLICITANTES DE MASSHEALTH Y DE HEALTH CONNECTOR

En nombre mío y de todas las personas indicadas en esta solicitud, entiendo, declaro y acepto lo siguiente.

1. MassHealth puede requerir a las personas elegibles que se inscriban en un seguro de salud patrocinado por su empleador, si dicho seguro cumple con los criterios de asistencia con el pago de la prima de MassHealth.
2. Se podrá notificar y facturar a los empleadores de personas elegibles, de acuerdo con el reglamento de MassHealth, por cualquier servicio pagado por Health Safety Net que los hospitales o centros de salud comunitarios brinden a dichas personas.
3. Es posible que yo tenga que pagar las primas de la cobertura de salud para mí mismo y para todas las personas nombradas en esta solicitud. Si no se pagan las primas, el estado puede deducir la cantidad adeudada de los reembolsos de impuestos de las personas responsables. Si yo fuera indígena norteamericano o nativo de Alaska, es posible que no tenga que pagar las primas de MassHealth.
4. MassHealth tiene el derecho de cobrar y obtener dinero de terceros obligados a pagar por servicios de salud provistos a personas elegibles inscritas en programas de MassHealth. Estos terceros pueden ser otras compañías de seguro de salud, cónyuges, padres o madres obligados a pagar por manutención médica, o personas obligadas a pagar conforme a acuerdos de resolución de accidentes. Las personas elegibles tienen que cooperar con MassHealth para establecer la manutención de terceros y obtener pagos de terceros para sí mismas y de toda persona cuyos derechos puedan asignar legalmente. Las personas elegibles pueden estar exentas de esta obligación si creen y le informan a MassHealth que dicha cooperación podría causarles daño, ya sea a ellas o a toda persona cuyos derechos legales puedan asignar.
5. Un padre, una madre y/o tutor de menores de edad tiene que estar dispuesto a cooperar con los esfuerzos del estado para cobrar la manutención médica de un padre sin custodia, a menos que crea y le informe a MassHealth que dicha cooperación podría causar daño a los menores o al padre, madre o tutor.
6. Las personas elegibles que han sido lesionadas en un accidente o de alguna otra manera, y reciben dinero de terceros debido a dicho accidente o lesión, tienen que usar ese dinero para pagar a MassHealth o a Health Safety Net por ciertos servicios provistos.
7. Las personas elegibles deben informarle a MassHealth o a Health Safety Net, por escrito, dentro de los 10 días calendario o tan pronto sea posible, sobre todo reclamo o demanda de seguro presentados debido a un accidente o lesión.
8. El estado de esta solicitud puede ser compartido con un hospital, centro de salud comunitario, otro proveedor médico o agencias federales o estatales, cuando ello sea necesario para el tratamiento, pago, operaciones o la administración de los programa enumerados anteriormente.

9. En la medida que lo permita la ley, después de enviar un aviso y de dar una oportunidad de apelar la decisión, MassHealth puede imponer un embargo preventivo sobre todo bien raíz que sea propiedad de un afiliado de MassHealth elegible o del cual ese afiliado elegible tenga un interés legal, si dicho afiliado recibe atención a largo plazo en un centro de enfermería especializada u otro centro médico y si MassHealth determinara que por motivos razonables no se espera que el afiliado regrese a su hogar. Si MassHealth coloca un embargo preventivo contra dicha propiedad y esta es vendida, el dinero de la venta de dicha propiedad se podrá usar para pagar a MassHealth por los servicios médicos provistos.
10. En la medida que lo permita la ley, y a menos que haya excepciones, para cualquier persona elegible de 55 años o mayor, o para una persona elegible independientemente de su edad, a quien MassHealth ayuda a pagar por su atención a largo plazo en un centro de convalecencia u otro centro médico, MassHealth reclamará el dinero por el costo total de la atención a la sucesión de una persona elegible después de que fallezca. Para obtener más información sobre reclamos de pago ante la sucesión, visite mass.gov/EstateRecovery.
11. En la medida en que lo permita la ley, MassHealth reclamará dinero por el costo total de la atención después del fallecimiento de una persona elegible que tenga un Fideicomiso para necesidades especiales (SNT). El costo total de la atención incluye los costos pagados directamente por MassHealth para cuidados (pago por servicios o FFS) y la cantidad total pagada a un plan de seguro de salud para cuidados, como una Organización Responsable por el Cuidado de la Salud, o ACO, o un plan de One Care, independientemente de los servicios que el afiliado pueda haber recibido.
12. Las personas elegibles deben informar al(a los) programa(s) de atención de salud en el(los) cual(es) se inscriban sobre cualquier cambio en los ingresos o empleo suyos o de su hogar, tamaño del hogar, cobertura de seguro de salud, primas de seguro de salud y estado inmigratorio, o sobre cambios en cualquier otra información en esta solicitud y en cualquier suplemento de la misma dentro de los 10 días calendario de saber del cambio. Las personas elegibles pueden hacer cambios llamando al **(800) 841-2900**, TDD/TTY: 711. Un cambio en la información podría afectar la elegibilidad de tales personas o de las personas en su hogar.

    Usted también puede notificar cambios de una de las siguientes maneras.
    - Ingrese a su cuenta digital en **MAhealthconnector.org**. Usted puede crear una cuenta en línea si es que aún no tiene una.
    - Envíe los cambios de información a
      Health Insurance Processing Center
      PO Box 4405
      Taunton, MA 02780.
    - Envíe los cambios de información por fax al **(857) 323-8300**.
13. MassHealth, Massachusetts Health Connector y Health Safety Net obtendrán de los empleadores y compañías de seguro de salud actuales y anteriores de las personas elegibles toda la información sobre la cobertura del seguro de salud de dichas personas. Es posible que MassHealth divulgue información mía y de los integrantes de mi hogar a mis empleadores y, o a las compañías de seguros de salud para obtener esta información. Esto incluye, entre otros, la información sobre las pólizas, primas, coseguro, deducibles y beneficios cubiertos que son, podrían o deberían haber estado disponibles para dichas personas o miembros de su hogar.
14. MassHealth, Massachusetts Health Connector y Health Safety Net podrían obtener expedientes o datos sobre personas nombradas en esta solicitud de fuentes de datos y programas federales y estatales, tales como la Administración del Seguro Social, Servicio de Impuestos Internos, el Departamento de Seguridad Nacional, el Departamento de Ingresos y el Registro de Vehículos Automotores, como así también fuentes de datos privadas incluidas instituciones financieras, 1) para comprobar toda información dada en esta solicitud y en cualquier suplemento, u otra información una vez que una persona se afilie, 2) para documentar servicios médicos reclamados o proporcionados a tales personas, y 3) para apoyar la elegibilidad continua.
15. Con respecto a la elegibilidad y el proceso de inscripción, MassHealth, Massachusetts Health Connector y Health Safety Net podrían enviar avisos que contengan información personal sobre las personas nombradas en esta solicitud a otras personas de la solicitud, o de otra manera comunicar tal información a tales personas.
16. Conforme a la ley federal, no se permite la discriminación debido a raza, color, nacionalidad, género, edad, orientación sexual, identidad de género o discapacidad. Puedo presentar una queja de discriminación visitando www.hhs.gov/ocr/office/file.
17. Yo autorizo a Massachusetts Health Connector para que use los datos de ingresos, incluida la información de las declaraciones de impuestos para determinar mi elegibilidad en los próximos años. Consulte la *Política de privacidad* de Health Connector para obtener más información sobre la manera en que Health Connector usa su información tributaria. Massachusetts Health Connector me enviará un aviso y me permitirá hacer cambios a mi solicitud de elegibilidad. Entiendo que, si yo soy elegible para un Crédito Fiscal Anticipado por el Pago de Primas (APTC) y/o para ConnectorCare, estos pagos se realizarán directamente a las compañías de seguros que yo elegí. Aceptar un crédito APTC y/o ConnectorCare podría afectar mis obligaciones tributarias anuales. Se me brindará la opción de aplicar al pago de mi prima mensual el total, una parte o ninguna cantidad de créditos APTC a la que yo podría ser elegible de recibir.
18. Acepto que MassHealth o cualquier otra persona actuando en su nombre podría contactarme por correo postal, correo electrónico, llamadas telefónicas o mensajes de texto para comunicarse respecto a mi situación con MassHealth o mis necesidades de salud, beneficios, elegibilidad o cobertura usando la información de contacto que yo provea, ahora o en el futuro, o la información que se obtuvo de fuentes de datos confiables. Estas llamadas y mensajes de texto podrían realizarse usando tecnología automatizada, tal como un sistema de discado telefónico automático o artificial o con mensajes de voz pregrabados. Es posible que se apliquen tarifas para los mensajes y los datos. También acepto que es

posible que MassHealth obtenga, use o divulgue mis datos con el fin de coordinar otros beneficios de salud que yo pudiera ser elegible de recibir.

19. He leído o he pedido que me lean la información de esta solicitud, incluidos los suplementos y las instrucciones. Entiendo que la *Guía de cobertura de atención médica para la persona de la tercera edad* contiene información importante sobre esta solicitud.
20. Tengo la autorización de todas las personas nombradas en esta solicitud (o de su padre, madre u otro representante legalmente autorizado) para presentar esta solicitud. También tengo la autorización para actuar en su nombre para completar esta solicitud y todo trámite relacionado con su elegibilidad que podría incluir lo siguiente.
    - Proporcionar información personal sobre ellos, incluida salud, cobertura de salud e información sobre ingresos, ver dicha información tal como la proporciona Massachusetts Health Connector, MassHealth y Health Safety Net, y proporcionar consentimiento en su nombre para el uso y la divulgación de su información descrita en esta solicitud
    - Tomar decisiones sobre las opciones de cobertura y las maneras de comunicarnos con Massachusetts Health Connector, MassHealth o Health Safety Net
    - Hacer cambios a la solicitud o los documentos relacionados con la elegibilidad y proporcionar información sobre cualquier cambio en sus circunstancias
    - Proporcionar consentimiento en su nombre para el uso de fuentes privadas y gubernamentales para verificar la información descrita en esta solicitud
21. Entiendo cuáles son mis derechos y responsabilidades, y los derechos y responsabilidades de todas las personas indicadas en esta solicitud, como se explica en este PASO 10.
22. He informado o informaré a todas las personas nombradas en esta solicitud (o a su padre, madre u otro representante legal autorizado, si correspondiera) sobre esos derechos y responsabilidades, para que ellos también los comprendan.
23. Entiendo y acepto que MassHealth, Health Safety Net y Massachusetts Health Connector, considerarán que toda firma electrónica o enviada por fax, o toda copia de una firma, tendrá el mismo efecto que una firma original.
24. Entiendo que MassHealth:
    - puede pedir los SSN según las leyes federales y estatales;
    - usa los SSN para verificar los ingresos y otros datos para decidir quién es elegible para recibir asistencia para pagar los costos de cobertura de salud;
    - usa los SSN para detectar casos de fraude, para verificar si alguien recibe beneficios por duplicado o si terceros deberían pagar por los servicios; y
    - compara, con los archivos de agencias y de instituciones financieras, el SSN de todas las personas del hogar que soliciten beneficios y de quienes tengan seguro de salud o que puedan obtenerlo para cualquier persona del hogar.
25. Entiendo que si MassHealth pagara parte de las primas del seguro de salud de una persona, MassHealth enviará el SSN o el SSN del titular de esa póliza al archivo de proveedores del Contralor del Estado.
26. Entiendo que el titular de la póliza de mi hogar debe tener un SSN válido antes de obtener pagos de MassHealth.
27. La información que he suministrado sobre mí y las otras personas indicadas en esta solicitud es correcta y completa a mi leal saber y entender.
28. Si proporcionara intencionalmente información falsa o no veraz, podría quedar sujeto a sanciones conforme a las leyes federales.

Si alguien no tiene un SSN o si necesita ayuda para obtenerlo, llame a la Administración del Seguro Social (SSA) al (800) 772-1213, TTY: (800) 325-0778, o visite www.socialsecurity.gov. Para ver una explicación completa sobre cómo usamos su número de Seguro Social, consulte la *Guía de cobertura de atención médica para la persona de la tercera edad*.

PARA LOS SOLICITANTES DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA DE NUTRICIÓN SUPLEMENTARIA (SNAP)

BENEFICIOS DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA DE NUTRICIÓN SUPLEMENTARIA (SNAP)

Si usted marcó la casilla de la página 1, MassHealth enviará esta solicitud al Departamento de Asistencia Transicional (DTA). **¡Se usará como su solicitud de beneficios de SNAP!** Si usted es elegible, su beneficio de SNAP comenzará desde la fecha en que el DTA reciba esta solicitud de MassHealth. Al firmar a continuación, usted declara que ha leído y que acepta los Derechos, Responsabilidades y Sanciones del programa de SNAP, según el programa.

Es posible que usted sea elegible para recibir beneficios de SNAP, dentro de los 7 días en que el DTA haya recibido esta solicitud, si:

- La suma de sus ingresos y la cantidad de dinero que tenga en el banco es menor que sus gastos mensuales de vivienda; o
- Sus ingresos mensuales son menores de $150 y la cantidad de dinero que tenga en el banco es igual o menor que $100; o
- Es trabajador migrante y la cantidad de dinero que tenga en el banco es igual o menor que $100.

Para obtener más información sobre SNAP en Massachusetts, visite mass.gov/SNAP.

Aviso de derechos, responsabilidades y sanciones del Departamento de Asistencia Transicional (DTA)

Este aviso indica la lista de los derechos y las responsabilidades del programa SNAP.

Lea atentamente estas páginas y guárdelas para su archivo.

Informe al DTA si tiene alguna pregunta.

Yo juro bajo pena de perjurio que:

- He leído la información en este formulario, o que alguien me la ha leído.
- Mis respuestas a las preguntas en este formulario son verdaderas y completas a mi leal saber y entender.

- Proporcionaré al DTA información que es verdadera y completa a mi leal saber y entender durante la entrevista y en el futuro.

Yo entiendo que:

- dar información falsa o engañosa es fraude,
- alterar o retener datos para recibir beneficios del DTA es fraude,
- se considera que una Violación Intencional del Programa (IPV) es fraude, y
- si el DTA cree que yo he cometido fraude, entonces el DTA puede presentar sanciones civiles y penales en mi contra.

Además, entiendo que:

- El DTA verificará la información que yo brinde en mi solicitud. Si alguna información fuera falsa, el DTA podría negarme mis beneficios.
- Yo también podría estar sujeto a procesamiento penal por proporcionar información falsa.
- Si el DTA obtiene de una fuente confiable información sobre un cambio en mi hogar, podría cambiar la cantidad de mi beneficio.
- Al firmar este formulario, autorizo al DTA a verificar mi elegibilidad para recibir beneficios, incluido:
  - Obtener información de otras agencias estatales y federales, de autoridades locales de vivienda, de departamentos de bienestar de otros estados, de instituciones financieras y de Equifax Workforce Solutions (número del empleo). También autorizo a estas agencias para que compartan con el DTA la información sobre la elegibilidad de mi hogar para recibir beneficios.
  - Si el DTA utiliza la información proveniente de Equifax sobre los ingresos salariales de mi hogar, tengo derecho a recibir una copia gratuita de mi informe de Equifax si yo lo solicitara dentro de los 60 días de la decisión del DTA. Tengo derecho a cuestionar la información en dicho informe. Podría comunicarme con Equifax a: Equifax Workforce Solutions, 11432 Lackland Road, St. Louis, MO 63146, 1-800-996-7566 (línea gratuita).
- Tengo derecho a recibir una copia de mi solicitud, incluida la información que el DTA utilice para decidir respecto a la elegibilidad de mi hogar y la cantidad del beneficio. Puedo pedir al DTA una copia electrónica de mi solicitud completada.

¿Cómo utilizará el DTA mi información?

Al firmar a continuación, autorizo al DTA a obtener y compartir información sobre mí y los miembros de mi hogar con:

- Bancos, escuelas, agencias gubernamentales, empleadores, propietarios de viviendas de alquiler, compañías de servicios públicos y otras agencias para verificar que yo sea elegible para recibir beneficios.
- Compañías de electricidad, gas y telefonía para que pueda obtener descuentos en los servicios. Las compañías no pueden compartir ni usar mi información para ningún otro propósito.
- El Departamento de Vivienda y Desarrollo Comunitario (DHCD) para inscribirme en el programa de Calefacción y Alimentación. Este programa ayuda a las personas a recibir la mayor cantidad posible de beneficios de SNAP.
- El Departamento de Educación Primaria y Secundaria (DESE) para que mis hijos puedan recibir comidas escolares gratuitas.
- El Programa para Mujeres, Infantes y Niños (WIC) para que todos los niños menores de 5 años o las mujeres embarazadas de mi hogar puedan recibir WIC.
- Los Servicios de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos (USCIS) para verificar mi estado inmigratorio. Cualquier información proveniente de USCIS podría afectar la elegibilidad de mi hogar y la cantidad de los beneficios del DTA.

Nota: Aunque usted no sea elegible para recibir beneficios debido al estado inmigratorio, el DTA no lo reportará a las autoridades de inmigración a menos que usted le muestre al DTA una orden final de deportación.

- El Departamento de Hacienda (DOR) para verificar mi elegibilidad para recibir créditos fiscales basados en los ingresos, tales como los Ingresos salariales y los Límites de ingresos, y para determinar si soy elegible para el estado de "*No Tax Status*" (sin situación ante el impuesto) o de "dificultades económicas" (*hardship*).
- El Departamento de Niños y Familias (DCF) para coordinar los servicios que son ofrecidos de manera conjunta por el DTA y el DCF.

¿Cómo utiliza el DTA los Números de Seguro Social (SSN)?

La Ley de Alimentos y Nutrición del 2008 (7 U.S.C. 2011-2036) autoriza al DTA a pedir los SSN para SNAP según lo estipulado en M.G.L. c. 18 Sección 33 para TAFDC y EAEDC. El DTA utiliza los SSN para:

- Verificar la identidad y la elegibilidad de cada miembro del hogar para los cuales yo solicite beneficios por medio de programas de comparación de datos.
- Supervisar la conformidad con los requisitos del programa.
- Recaudar dinero si el DTA afirma que recibí beneficios para los cuales yo no era elegible.
- Ayudar a las agencias de cumplimiento de la ley a detener a los prófugos de la justicia.

Entiendo que no tengo que darle al DTA el SSN de ninguna persona de mi hogar que no sea ciudadano, incluido yo mismo, quien no desee recibir beneficios. Los ingresos de una persona que no sea ciudadano podrían ser considerados, aunque dicha persona no reciba beneficios.

Derecho a un intérprete

Yo entiendo que:

- Tengo derecho a recibir servicios gratuitos de un intérprete profesional provisto por el DTA si yo prefiriera comunicarme en otro idioma que no fuera el inglés.
- Si tengo una audiencia ante el DTA, puedo pedirle al DTA que me brinde los servicios gratuitos de un intérprete profesional, o si yo así lo prefiriera, llevar conmigo a alguien que interprete para mí. Si yo necesitara que el DTA me brinde un intérprete para una audiencia, debo llamar a la División de Audiencias al menos una semana antes de la fecha de la audiencia.

Derecho a inscribirse para votar

Yo entiendo que:

- Tengo derecho a inscribirme para votar por medio del DTA.
- El DTA me ayudará a completar el Formulario de Inscripción de Votante si deseara ayuda.
- Puedo completar el Formulario de Inscripción de Votante en privado.

- Solicitar o rechazar la inscripción para votar no afectará mis beneficios del DTA.

Oportunidades de empleo

Consiento en que el DTA comparta mi nombre y la información de contacto con los proveedores de empleo y capacitación, entre ellos:

- Proveedores del programa Camino al Trabajo de SNAP o especialistas del DTA para los clientes de SNAP; y
- Proveedores contratados del programa de Empleo y Capacitación o coordinadores de compromiso pleno para los clientes de TAFDC.

Los clientes de SNAP pueden participar voluntariamente en servicios de capacitación para empleo y educación por medio del programa Camino al Trabajo de SNAP.

Estado de ciudadanía

Juro que todos los miembros de mi hogar que solicitan beneficios del DTA son ciudadanos de EE. UU. o son no ciudadanos con residencia legal.

Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP)

Yo entiendo que:

- El DTA administra el programa de SNAP en Massachusetts.
- Cuando presento una solicitud ante el DTA (por teléfono, en línea, en persona o por correo electrónico o fax), el DTA tiene 30 días, desde la fecha en que recibió mi solicitud, para decidir si soy elegible.
  - Si fuera elegible para recibir los beneficios SNAP acelerados (de emergencia), el DTA debe darme SNAP y asegurarse de yo tenga una tarjeta de Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT) dentro de los 7 días de la fecha en que recibió mi solicitud.
  - Tengo el derecho de hablar con un supervisor del DTA si:
    El DTA indica que no soy elegible para recibir los beneficios SNAP de emergencia, y no estoy de acuerdo.
    Yo fuera elegible para recibir los beneficios SNAP de emergencia, pero no recibiera mis beneficios al 7.º día calendario después de haber solicitado SNAP.
    Yo fuera elegible para recibir los beneficios SNAP de emergencia, pero no recibiera mi tarjeta de EBT al 7.º día calendario después de haber solicitado SNAP.
- Cuando reciba SNAP, deberé cumplir con determinados requisitos. Cuando me aprueben para recibir SNAP, el DTA me dará una copia del folleto “Su derecho a saber” y del folleto del Programa de SNAP. Yo leeré los folletos o le pediré a alguien que me los lea. Si tuviera preguntas o si necesitara ayuda para leer o comprender esta información, puedo llamar al DTA al 1-877-382-2363.
- Informar al DTA de cambios en mi hogar:
  - Si perteneciera a un hogar con el requisito de Informe Simplificado de SNAP, no deberé notificar la mayoría de los cambios al DTA hasta que venza el Informe Provisorio o la Recertificación. Las únicas cosas que debo notificar cuanto antes son:
    Si los ingresos de mi hogar superaran el umbral de ingresos brutos (indicado en mi Notificación de aprobación). Yo debo informar esto antes del 10.º día del mes posterior al mes en que mis ingresos superaron dicho umbral.
    Si yo debiera cumplir con los Requisitos de Trabajo del programa Adultos Sanos sin Personas a Cargo (ABAWD) y mis horas de trabajo disminuyeran por debajo de las 20 horas por semana.
  - Si alguien en mi hogar fuera mayor de 60 años, discapacitado o menor de 18 años, y nadie tuviera ganancias de un trabajo, las únicas cosas que yo debiera notificar son:
    Si alguien empieza a trabajar, o
    Si alguien se agregara a mi hogar o lo dejara.
    Yo debo informar de estos cambios antes del 10.º día del mes posterior al mes en que ocurrió un cambio.
  - Si recibiera SNAP por medio de la Alternativa de Beneficios Transicionales (TBA) debido a que se suspendieron mis beneficios del TAFDC, yo no debo informar de ningún cambio al DTA durante los 5 meses en que reciba TBA.
  - Si yo recibiera SNAP por medio de Bay State CAP, yo no debo informar de ningún cambio al DTA.

Si yo o alguien en mi hogar recibiera asistencia en efectivo (TAFDC o EAEDC), debo informar sobre determinados cambios al DTA dentro de los 10 día de ocurrido el cambio.

Es posible que yo reciba más beneficios de SNAP si notifico al DTA y brindo comprobantes de los siguiente, en cualquier momento:

- Costos de servicios de atención para niños u otros dependientes, costos de albergue, y/o costos de servicios públicos;
- Manutención infantil que yo (o algún miembro de mi hogar) deba pagar según sentencia judicial a un miembro que no esté en el hogar; y
- Costos médicos para los miembros de mi hogar, incluyéndome, que sean de 60 o mayores, o discapacitados.

Requisitos de Trabajo para los clientes de SNAP: Si usted recibe beneficios de SNAP y tiene entre 16 y 59 años, es posible que deba cumplir con los requisitos generales de trabajo de SNAP o con los requisitos de trabajo de ABAWD a menos que usted esté exento. El DTA nos informará a mí y a los miembros de mi hogar si debemos cumplir con los Requisitos de Trabajo, cuáles son las exenciones y qué sucederá si no cumplimos con los requisitos.

Si usted está sujeto a los Requisitos de Trabajo de SNAP:

- Debe inscribirse para trabajar al momento de la solicitud y cuando se recertifique para recibir SNAP. Usted se inscribe cuando firma el formulario de solicitud o de recertificación de SNAP.
- Debe dar al DTA información sobre su estado de empleo cuando se lo pida el DTA.
- Debe presentarse ante un empleador si fue referido por el DTA.
- Debe aceptar un ofrecimiento de trabajo (a menos que usted tenga un motivo justificado para no hacerlo).
- No debe renunciar a un empleo de más de 30 horas semanales sin un motivo justificado.
- No debe reducir sus horas de trabajo a menos de 30 horas semanales sin un motivo justificado.

Requisitos de SNAP

- No proporcione información falsa ni oculte información para obtener beneficios de SNAP.
- No intercambie ni venda beneficios de SNAP.
- No altere las tarjetas de EBT para obtener beneficios de SNAP para los cuales usted no sea elegible.

- No use los beneficios de SNAP para comprar artículos que no sean elegibles, como bebidas alcohólicas y tabaco.
- No use los beneficios de SNAP o la tarjeta de EBT de otra persona, a menos que sea un Representante autorizado, o que el beneficiario lo haya autorizado para que use dicha tarjeta en su nombre.

Advertencia de sanciones de SNAP

Entiendo que, si yo o cualquier miembro de mi hogar de SNAP intencionalmente no cumpliera alguna de las reglas indicadas anteriormente, esa persona no será elegible para recibir SNAP durante un año después de la primera infracción, dos años después de la segunda infracción y para siempre después de la tercera infracción. Esa persona también puede ser multada hasta con $250,000, ir a prisión hasta por 20 años o ambas. También puede estar sujeta a juicio según las leyes federales y estatales aplicables.

También entiendo las siguientes sanciones: Si yo o un miembro de mi hogar de SNAP:

- Cometiera una Infracción Intencional del Programa (IPV) de efectivo, la persona no será elegible para SNAP durante el mismo período en que no sea elegible para la asistencia en efectivo.
- Hiciera una declaración fraudulenta sobre su identidad o residencia para obtener múltiples beneficios de SNAP en el mismo período, no será elegible para recibir SNAP durante diez años.
- Intercambie (compre o venda) beneficios de SNAP por drogas ilegales o sustancias controladas, no será elegible para SNAP durante dos años por la primera falta y para siempre por la segunda falta.
- Intercambie (compre o venda) beneficios de SNAP por armas de fuego, municiones o explosivos, no será elegible para SNAP para siempre.
- Hiciera una oferta para vender beneficios de SNAP o una tarjeta EBT en línea o en persona, el estado podría enjuiciarla por una IPV.
- Pagara alimentos comprados a crédito, no será elegible para recibir SNAP.
- Comprara productos con beneficios de SNAP con la intención de descartar el contenido y devolver los envases por efectivo, no será elegible para recibir SNAP.
- Escapara para evitar el juicio, detención o reclusión después de la convicción por un delito, no será elegible para recibir SNAP.
- Estuviera violando la libertad condicional o bajo palabra (*parole*), en el caso que las fuerzas policiales le estén buscando activamente para su arresto, no será elegible para recibir SNAP.

Las personas que hayan sido condenadas por delitos graves después del 7 de febrero de 2014 no son elegibles para recibir los beneficios de SNAP si son prófugos o están violando la libertad bajo palabra (*parole*), según lo establecido en 7 CFR §273.11(n), y fueron condenadas como adultos de los delitos de:

1. Abuso sexual agravado según la sección 2241 del título 18, U.S.C.;
2. Homicidio según la sección 1111 del título 18, U.S.C.;
3. Cualquier delito según el capítulo 110 del título 18, U.S.C.;
4. Un delito federal o estatal que implique una agresión sexual, según se lo defina en la sección 40002(a) de la Ley de Violencia contra las Mujeres (VAWA) de 1994 (42 U.S.C. 13925a); o
5. Un delito que, según las leyes estatales, el Fiscal General determine que sea considerablemente similar a un delito descrito en esta lista.

Declaración de no discriminación

De acuerdo con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y las normas del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA), se prohíbe que esta institución discrimine debido a raza, color, nacionalidad de origen, sexo (incluidas la identidad de género y la orientación sexual), credo religioso, discapacidad, edad, ideología política, represalia o venganza por haber participado en actividades en defensa de los derechos civiles.

Puede tener acceso a la información sobre el programa en otros idiomas además del inglés. Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para obtener información sobre el programa (p. ej. braille, letras grandes, cintas de audio, Lenguaje de Señas Americano o ASL) deben comunicarse con la Agencia (estatal o local) donde presentaron la solicitud para beneficios. Las personas sordas, con dificultad auditiva o discapacidad del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Servicio de Retransmisión Federal al (800) 877-8339.

Para presentar una queja contra el programa por discriminación, un Denunciante deber completar el Formulario AD-3027, el *Formulario de Queja por Discriminación* del Programa del USDA, que puede obtenerse en línea en: https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf, en cualquier oficina del USDA, llamando al (833) 620-1071 o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe incluir el nombre, la dirección y el teléfono del denunciante, y una descripción por escrito de la presunta acción discriminatoria con los suficientes detalles para informar al Secretario Adjunto de Derechos Civiles (ASCR) del carácter y la fecha de la presunta violación a los derechos civiles. Debe presentarse la carta o el formulario AD-3027 completado por:

1. correo postal:
   Food and Nutrition Service, USDA
   1320 Braddock Place, Room 334
   Alexandria, VA 22314; o
2. fax:
   (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o
3. correo electrónico:
   FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

Firme esta solicitud: Obligatorio.

Al firmar esta solicitud a continuación, por la presente certifico bajo pena de perjurio que las presentaciones y declaraciones que he hecho en esta solicitud son verdaderas y completas a mi leal saber y entender, y que estoy de acuerdo en aceptar y cumplir con los derechos y responsabilidades de los programas de MassHealth y de Health Connector indicados anteriormente.

Si yo he indicado en la página 1 de esta solicitud, que también solicito los beneficios del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP), certifico que entiendo y que acepto los derechos, los requisitos y las sanciones del programa SNAP, según lo detallado anteriormente. Le pido a MassHealth que envíe mi información, incluida la Información de Salud Protegida (PHI) según la Ley de responsabilidad y transferibilidad del seguro médico (HIPAA), al Departamento de Asistencia Transicional (DTA) con el propósito de solicitar los beneficios de SNAP.

Importante: Solamente para los solicitantes de MassHealth y de Health Connector

Si está enviando esta solicitud como un representante autorizado, debe enviarnos un *Formulario de designación del representante autorizado* (ARD) o tener un formulario en nuestros registros para que podamos procesar esta solicitud. El formulario ARD está al final de esta solicitud.

Firma de la Persona 1 o representante autorizado o tercero responsable	Nombre en letra de imprenta
.....	Fecha

Si usted es menor de 18 años, ¿es usted un menor emancipado? ☐ Sí ☐ No

Si contestó **No**, necesitamos que un tercero responsable, que tenga al menos 18 años, firme esta solicitud en su nombre. Por favor, proporcione la información de esa persona a continuación.

Primer nombre	Segundo nombre	Apellido(s)	Sufijo
Número de Seguro Social	Relación con usted	Fecha de nacimiento	
Dirección postal		Núm. de apartamento o unidad	
Ciudad	Estado	Código postal	Condado
Teléfono	Ext.	Tipo de teléfono	
Segundo teléfono	Ext.	Tipo de teléfono	
Dirección de correo electrónico			

Envíenos su solicitud completada.

Envíe por correo o **fax** su solicitud completada y firmada a:

MassHealth Enrollment Center
PO Box 290794
Charlestown, MA 02129-0214

Fax: (617) 887-8799

Visite un Centro de Inscripción de MassHealth (MEC).

Para presentar una solicitud en persona o programar una cita con un representante de MassHealth, visite **www.mass.gov/masshealth/appointment**.

Registro del votante

El formulario para registrarse para votar está incluido en esta solicitud o puede encontrarse en **sec.state.ma.us**. También puede encontrar más información sobre cómo registrarse para votar en **sec.state.ma.us**. Si desea hacer preguntas sobre el proceso de registro del votante, o si necesita ayuda para completar el formulario, visite un Centro de inscripción local o llame al Centro de servicio al cliente de MassHealth al **(800) 841-2900**, TDD/TTY: 711.

El hecho de que solicite registrarse o se niegue a registrarse para votar no afectará la cantidad de asistencia que le proporcione esta agencia. Si desea ayuda para completar el formulario de solicitud de registro del votante, lo ayudaremos. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. Puede completar el formulario de solicitud en privado.

Si piensa que alguien ha interferido con su derecho a registrarse o de negarse a registrarse para votar, con su derecho a la privacidad para decidir registrarse o para solicitar el registro para votar, o con su derecho de elegir su propio partido político u otra preferencia política, puede presentar una queja a:

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

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

Si usted o alguien más en su solicitud no está registrado(a) para votar donde vive ahora, ¿desearía solicitar registrarse para votar hoy? ☐ Sí ☐ No

SI NO MARCA NINGUNA CASILLA, SE CONSIDERARÁ QUE HA DECIDIDO NO REGISTRARSE PARA VOTAR EN ESTE MOMENTO.

SUPLEMENTO A Servicios y apoyos de atención a largo plazo

- ¿Necesita servicios y apoyos de atención a largo plazo en una institución tipo centro de enfermería? ☐ Sí ☐ No
  Si contestó **Sí**, debe responder todas las preguntas y completar todas las secciones de este suplemento.
- ¿Está usted solicitando u obteniendo servicios y apoyos de atención a largo plazo en su hogar mediante la Exención para Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (HCBS)? ☐ Sí ☐ No
  Si contestó **Sí**, usted debe completar la sección "**Transferencias de recursos**" y la sección "**Seguro de atención a largo plazo**".
- ¿Solicita usted servicios y apoyos de atención a largo plazo o los está recibiendo del Programa de atención integral para personas de la tercera edad (PACE)? ☐ Sí ☐ No
  Si contestó **Sí**, usted debe completar la sección "**Transferencias de recursos**" y la sección "**Seguro de atención a largo plazo**".

Por favor, escriba en letra de imprenta legible. Conteste todas las preguntas y complete todas las secciones. Si necesita más espacio para completar cualquier sección, use una hoja separada (incluya su nombre y número de Seguro Social) y adjúntela a este suplemento.

Información sobre el solicitante o afiliado

Apellido, nombre, inicial	Número de Seguro Social

Nombre y dirección del hospital, centro de enfermería u otra institución

Fecha de admisión (mm/dd/aaaa)	¿Fue colocado aquí por otro estado? ☐ Sí ☐ No Si contestó **Sí**, ¿qué estado?

1. ¿Tiene que pagar gastos de tutela para un guardián asignado por un tribunal? ☐ Sí ☐ No

Gastos de vivienda del cónyuge y miembros de familia que viven en el hogar (No complete esta sección si solicita la Exención para Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad o beneficios de PACE.)

Su cónyuge que vive en casa quizás pueda retener parte de los ingresos que usted recibe. Complete la siguiente información sobre los gastos de vivienda actuales de su cónyuge. **Si no tiene cónyuge**, pase a la siguiente sección **(Transferencias de recursos)**.
Envíe prueba de los gastos de vivienda actuales de su cónyuge.

Apellido, nombre, inicial del cónyuge	Número de Seguro Social

2. ¿Cuánto paga su cónyuge cada mes por:

   ¿Alquiler? _____ ¿Hipoteca (capital e intereses)? _____

   ¿Seguro de propiedad o de inquilino? _____ ¿Impuestos catastrales (por bienes raíces)? _____

   ¿Cuota de mantenimiento obligatoria del condominio o cooperativa? _____ ¿Comida y alojamiento en un centro asistencial de vivienda? _____

3. ¿Paga su cónyuge por la calefacción? ☐ Sí ☐ No

4. ¿Paga su cónyuge por los servicios públicos? ☐ Sí ☐ No

5. ¿Vive(n) un hijo/a, padre, madre, hermano, y/o hermana con su cónyuge? ☐ Sí ☐ No
   Si contestó **Sí**, complete esta sección. Si contestó **No**, pase a la siguiente sección **(Transferencias de recursos)**.
   Envíe prueba de los ingresos mensuales de ellos antes de deducciones. Quizá le autoricen una deducción para cubrir los gastos de mantenimiento de ellos. Estas personas tienen que ser parientes suyos o de su cónyuge; y, uno de ustedes debe declararlos como dependientes en su declaración federal de impuestos.

Nombre		Número de Seguro Social
Parentesco	**Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)**	**Ingreso mensual antes de deducciones $**
Nombre		**Número de Seguro Social**
Parentesco	**Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)**	**Ingreso mensual antes de deducciones $**

Transferencias de recursos (incluyen tanto ingresos como bienes)

6. En los últimos 60 meses:

   a. ¿Se ha transferido algún bien que estuvo a disposición o que fue de propiedad suya o de su cónyuge desde o a un fideicomiso? ☐ Sí ☐ No

   b. ¿Hizo usted, su cónyuge o alguien a nombre suyo, una transferencia de ingresos o del derecho a percibir ingresos? ☐ Sí ☐ No

   c. ¿Hizo usted, su cónyuge o alguien a nombre suyo, una transferencia, un cambio de propietario, una donación o una venta de algún bien, incluyendo su hogar u otro bien raíz? ☐ Sí ☐ No

   d. ¿Cambió usted, su cónyuge o alguien a nombre suyo, la escritura o la propiedad de cualquier bien raíz, incluyendo la creación de un dominio vitalicio, incluso si el dominio vitalicio fue comprado en la residencia de otra persona? ☐ Sí ☐ No

   e. Si usted compró un dominio vitalicio en la casa de otra persona, ¿vivió usted allí por lo menos un año después de haber comprado el dominio vitalicio? ☐ Sí ☐ No

   f. ¿Agregó usted, su cónyuge o alguien a nombre suyo, otro nombre a una escritura de algún bien que le pertenece a usted? ☐ Sí ☐ No

   g. ¿Recibió u otorgó usted, su cónyuge o alguien a nombre suyo, a alguien una hipoteca, un préstamo, o un pagaré sobre cualquier propiedad u otro bien? ☐ Sí ☐ No

   h. ¿Compró usted, su cónyuge, o alguien en su nombre o a nombre de su cónyuge, una anualidad o la cambió de alguna forma? ☐ Sí ☐ No

   Si usted contestó Sí a cualquiera de las preguntas anteriores, tiene que completar lo siguiente y **enviarnos prueba** de esta información.

Descripción del bien/ingreso		Fecha de transferencia (mm/dd/aaaa)
Transferido a quién	Parentesco con usted o su cónyuge	Cantidad de la transferencia $
Descripción del bien/ingreso		Fecha de transferencia (mm/dd/aaaa)
Transferido a quién	Parentesco con usted o su cónyuge	Cantidad de la transferencia $
Descripción del bien/ingreso		Fecha de transferencia (mm/dd/aaaa)
Transferido a quién	Parentesco con usted o su cónyuge	Cantidad de la transferencia $

7. ¿Ha entregado usted, su cónyuge o alguien a nombre suyo un depósito a algún centro residencial o de atención médica, como por ejemplo, un centro asistencial de vivienda, una comunidad de retiro con atención continua, o una comunidad de atención de por vida? ☐ Sí ☐ No

   Si contestó **Sí**, denos el nombre y la dirección del centro, la cantidad del depósito, conteste las siguientes preguntas y **envíenos una copia** del contrato que firmó con el centro y de todo documento que tenga que ver con este depósito.

   Nombre del centro _____

   Dirección del centro _____ Cantidad $ _____

   a. ¿Tiene el centro todavía el depósito? ☐ Sí ☐ No

   b. ¿Le devolvió el centro el depósito? ☐ Sí ☐ No

      Si contestó **Sí**, denos el nombre y la dirección de la persona que recibió el depósito devuelto por el centro.

      Nombre de la persona _____

      Dirección _____

Bienes raíces

Las respuestas a las siguientes preguntas se utilizarán para determinar si: (1) sus bienes raíces se van a contar como un bien o activo; o (2) si se le debe colocar un embargo preventivo o gravamen a sus bienes raíces.

Nota: Si los intereses sobre el capital de su lugar principal de residencia sobrepasan un cierto límite, es posible que usted no sea elegible para recibir el pago por servicios y apoyos de atención a largo plazo a menos que se cumplan ciertas condiciones.

8. ¿Usted o su cónyuge son dueños o tienen derechos legítimos por su hogar, incluyendo una propiedad vitalicia? ☐ Sí ☐ No

Si contestó **Sí**, complete la siguiente información y conteste las Preguntas 9 a 15. Si contestó **No**, solo conteste la Pregunta 15.

Nombre y dirección de la(s) persona(s) en los documentos de propiedad _____

_____

Descripción y dirección de la ubicación de la propiedad _____

_____

Tipo de propiedad (Marque uno.)

☐ Individual *(Valor normal de mercado)* $ _____ ☐ Inquilinato común *(Valor normal de mercado)* $ _____

☐ Inquilinato unido *(Valor normal de mercado)* $ _____ ☐ Propiedad vitalicia *(Valor normal de mercado)* $ _____

Nombre y dirección de la(s) persona(s) en los documentos de propiedad _____

_____

Descripción y dirección de la ubicación de la propiedad _____

_____

Tipo de propiedad (Marque uno.)

☐ Individual *(Valor normal de mercado)* $ _____ ☐ Inquilinato común *(Valor normal de mercado)* $ _____

☐ Inquilinato unido *(Valor normal de mercado)* $ _____ ☐ Propiedad vitalicia *(Valor normal de mercado)* $ _____

9. ¿Tiene usted cónyuge? ☐ Sí ☐ No Si contestó **Sí**, complete esta sección.

Nombre _____ ¿Vive esta persona en su casa? ☐ Sí ☐ No

10. ¿Tiene usted un niño ciego, o con una discapacidad total y permanente? ☐ Sí ☐ No Si contestó **Sí**, complete esta sección.

Nombre _____ ¿Vive esta persona en su casa? ☐ Sí ☐ No

11. ¿Tiene usted un hijo menor de 21 años? ☐ Sí ☐ No Si contestó **Sí**, complete esta sección.

Nombre _____ Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) _____ ¿Vive esta persona en su casa? ☐ Sí ☐ No

12. ¿Tiene usted un hermano o hermana que posea un interés legal sobre la casa y que haya vivido allí por lo menos durante un año inmediatamente anterior a la fecha en que usted ingresara en la institución médica?
☐ Sí ☐ No Si contestó **Sí**, complete esta sección.

Nombre _____ ¿Vive esta persona en su casa? ☐ Sí ☐ No

13. ¿Tiene usted un hijo o hija que haya vivido en la casa por al menos los dos últimos años antes de que usted ingresara en la institución médica y que le haya brindado la atención que le permitió a usted vivir en la casa?
☐ Sí ☐ No Si contestó **Sí**, complete esta sección.

Nombre _____ ¿Vive esta persona en su casa? ☐ Sí ☐ No

14. ¿Tiene usted un pariente dependiente? ☐ Sí ☐ No Si contestó **Sí**, complete esta sección.

Nombre _____ ¿Vive esta persona en su casa? ☐ Sí ☐ No

Describa el parentesco y la naturaleza de la dependencia: _____

_____

15. ¿Tiene usted la intención de regresar a su hogar? ☐ Sí ☐ No
(No responda a esta pregunta si solicita la Exención para Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad.)

16. ¿Posee usted o su cónyuge o tiene un interés legal en **otros** bienes raíces que no figuren en la Pregunta 8 anterior?
☐ Sí ☐ No

Si contestó **Sí**, por favor, describa la propiedad y escriba su dirección a continuación.

Si necesita más espacio, use otra hoja.

Seguro de atención a largo plazo

17. ¿Tiene usted o su cónyuge seguro de atención a largo plazo? ☐ Sí ☐ No

Si contestó **Sí**, complete esta sección. Si contestó **No**, pase a la siguiente sección **(Declaración de impuestos)**.

Envíe una copia de la póliza.

Nombre de la compañía/Número de la póliza		
Nombre del titular de la póliza	Fecha de vigencia (mm/dd/aaaa)	Cantidad de la prima $
Nombre de la compañía/Número de la póliza		
Nombre del titular de la póliza	Fecha de vigencia (mm/dd/aaaa)	Cantidad de la prima $

Declaración de impuestos

18. ¿Presentó usted o su cónyuge declaraciones de impuestos federales en los últimos dos años? (Marque uno.)

☐ Sí, ambos años ☐ Sí, uno de estos años ☐ No, ningún año

Si contestó Sí, usted debe **enviar copias** de estas declaraciones. Si usted no conservó copias de una o más de estas declaraciones, **debe enviar un Formulario 4506 del IRS completado y firmado.** El Formulario 4506 se incluye al final de esta solicitud.

FIRME ESTE SUPLEMENTO.

Al firmar este suplemento a continuación, por la presente certifico bajo penas y penalidades de perjurio que las presentaciones y declaraciones que he hecho en este suplemento son veraces y completas a mi mejor saber y entender, y estoy de acuerdo en aceptar y cumplir con los derechos y responsabilidades anteriores.

Importante: Si está presentando este suplemento como un representante autorizado, usted debe enviarnos un *Formulario de designación del representante autorizado* (ARD) para que podamos procesar esta solicitud. Es importante completar este formulario, ya que es la única manera en que podemos hablar con usted acerca de esta solicitud.

Firma del solicitante/afiliado o representante autorizado	Nombre en letra de imprenta	Fecha

SUPLEMENTO B Miembros del hogar Indígenas Norteamericanos o Nativos de Alaska (AI/AN)

Complete este suplemento si usted o cualquier miembro de su hogar es indígena norteamericano o nativo de Alaska.

Infórmenos sobre el(los) miembro(s) de su hogar que sea(n) indígena(s) norteamericano(s) o nativo(s) de Alaska.

Los indígenas norteamericanos y nativos de Alaska pueden recibir servicios de los Servicios de salud Indígena, programas de salud tribales o Programas Urbanos de Salud para Indígenas. Quizá no tengan que pagar primas o copagos y pueden tener períodos especiales de inscripción mensual. Para asegurar que usted y los miembros de su hogar reciban la mayor ayuda posible, por favor, conteste las siguientes preguntas.

NOTA: Si tiene más personas para incluir, haga una copia de esta página y adjúntela.

AI/AN Persona 1

1. Nombre (primer, inicial, apellido)

2. ¿Es miembro de una tribu reconocida por el gobierno federal? ☐ Sí ☐ No

   Si contestó **Sí,** nombre de la tribu _____

3. ¿Es miembro de una tribu reconocida por el gobierno de Massachusetts? ☐ Sí ☐ No

   Si contestó **Sí,** nombre de la tribu _____

4. ¿Ha recibido esta persona alguna vez un servicio del Servicio de Salud Indígena, un programa de salud tribal, o un Programa Urbano de Salud para Indígenas, o por medio de un referido de uno de estos programas?

   ☐ Sí ☐ No

   Si contestó **No**, ¿es esta persona elegible para recibir servicios del Servicio de salud Indígena, programas de salud tribal o de un Programa Urbano de Salud para Indígenas o por medio de un referido de uno de estos programas?

   ☐ Sí ☐ No

5. Cierto dinero recibido quizás no se cuente para MassHealth. Indique los ingresos (cantidad y con qué frecuencia) reportado en su solicitud que incluyen dinero de las siguientes fuentes.

   - Pagos per cápita de una tribu provenientes de recursos naturales, derechos de uso, renta o regalías
   - Pagos de recursos naturales, agricultura, ganadería, pesca, rentas o regalías de tierra designada como suelo de fideicomiso indígena por el Departamento del Interior (incluyendo las reservaciones y ex reservaciones)
   - Venta de objetos que tienen significado cultural.

     $ _____
     ¿Con qué frecuencia? _____

AI/AN Persona 2

1. Nombre (primer, inicial, apellido)

2. ¿Es miembro de una tribu reconocida por el gobierno federal? ☐ Sí ☐ No

   Si contestó **Sí,** nombre de la tribu _____

3. ¿Es miembro de una tribu reconocida por el gobierno de Massachusetts? ☐ Sí ☐ No

   Si contestó **Sí,** nombre de la tribu _____

4. ¿Ha recibido esta persona alguna vez un servicio del Servicio de Salud Indígena, un programa de salud tribal, o un Programa Urbano de Salud para Indígenas, o por medio de un referido de uno de estos programas?

   ☐ Sí ☐ No

   Si contestó **No**, ¿es esta persona elegible para recibir servicios del Servicio de salud Indígena, programas de salud tribal o de un Programa Urbano de Salud para Indígenas o por medio de un referido de uno de estos programas?

   ☐ Sí ☐ No

5. Cierto dinero recibido quizás no se cuente para MassHealth. Indique los ingresos (cantidad y con qué frecuencia) reportado en su solicitud que incluyen dinero de las siguientes fuentes.

   - Pagos per cápita de una tribu provenientes de recursos naturales, derechos de uso, renta o regalías
   - Pagos de recursos naturales, agricultura, ganadería, pesca, rentas o regalías de tierra designada como suelo de fideicomiso indígena por el Departamento del Interior (incluyendo las reservaciones y ex reservaciones)
   - Venta de objetos que tienen significado cultural.

     $ _____
     ¿Con qué frecuencia? _____

SUPLEMENTO C Ayudante de atención individual

Por favor, escriba en letra de imprenta legible. Complete todas las secciones.
Si necesita más espacio para completar cualquier sección, por favor, use otra hoja (incluya nombre y número de Seguro Social) y adjúntela a este formulario.

Envíelo por correo a:
Health Insurance Processing Center
PO Box 4405
Taunton, MA 02780
O por fax a: (857) 323-8300

Información sobre el solicitante o afiliado

Apellido	Nombre	Inicial	Número de teléfono ( )
Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)		Género ☐ M ☐ F
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal

Información sobre sus problemas de salud

Enumere y describa a continuación todos sus problemas médicos y de salud mental. Incluya cualquier cosa que le dificulte realizar actividades de la vida diaria, tales como bañarse, comer, asearse, vestirse, etc., incluso si no recibe tratamiento para ese problema.

1. _____
2. _____
3. _____

Información sobre sus actividades de la vida diaria con las que necesita ayuda física directa

Por favor, indíquenos en el cuadro a continuación si necesita ayuda física directa de otra persona para hacer las siguientes actividades de la vida diaria. Si marca **Sí** para cualquiera de esas actividades, indíquenos con qué frecuencia usted necesita ayuda.

Actividad de la vida diaria	¿Necesita ayuda física directa?	¿Cuántas veces por **día** necesita ayuda física directa?	¿Cuántos días por **semana** necesita ayuda física directa?
Movilidad (pasar de la cama a una silla, caminar, o utilizar equipo médico aprobado)	☐ Sí ☐ No		
Tomar medicamentos	☐ Sí ☐ No		
Bañarse (en la tina, cama, ducha o silla para ducha) o higiene general (p. ej., cepillarse los dientes o peinarse)	☐ Sí ☐ No		
Vestirse/desvestirse	☐ Sí ☐ No		
Ejercicios de amplitud de movimiento (ejercitar las articulaciones con movimientos)	☐ Sí ☐ No		
Comer	☐ Sí ☐ No		
Aseo personal (sentarse o pararse del inodoro, limpiarse luego de usar el inodoro, vestirse/desvestirse, o cambiarse el pañal)	☐ Sí ☐ No		

Información sobre el cuidador

Por favor, denos el nombre de la persona o personas que actualmente le presta(n) asistencia, e indique la relación entre ustedes.

Nombre del cuidador	Relación con usted (p. ej., pariente, vecino, ayudante de atención individual)
Nombre del cuidador	Relación con usted (p. ej., pariente, vecino, ayudante de atención individual)

Certifico, bajo pena de perjurio, que la información en este formulario es correcta y completa a mi mejor saber y entender.
Si usted actúa en nombre de otra persona al completar este formulario, también se debe completar un *Formulario de designación del representante autorizado* y enviarlo junto con este formulario. Su firma en este formulario como un representante autorizado certifica que la información en este formulario es correcta y completa a su mejor saber y entender.

X _____ _____ _____
Firma del solicitante o representante autorizado | Nombre en letra de imprenta | Fecha

SUPLEMENTO D Cobertura de salud de empleos

Responda a estas preguntas si alguien en su hogar es elegible para cobertura de seguro de salud a través de un empleo, ya sea que esté o no esté inscrito en la cobertura. Adjunte una copia de esta página por cada empleo que ofrezca cobertura.

INFÓRMENOS SOBRE EL EMPLEO QUE OFRECE COBERTURA.

INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADO

1. Nombre del empleado (nombre, inicial, apellido)

2. Número de Seguro Social del empleado
___ ___ ___ - ___ ___ - ___ ___ ___ ___

3. a. ¿Es al menos una persona en esta solicitud actualmente elegible para la cobertura ofrecida por este empleador o está inscrita en dicha cobertura, o será al menos una persona en esta solicitud elegible en los próximos 3 meses? ☐ Sí ☐ No
Si contestó **Sí a 3a**, continúe. Si contestó **No a 3a**, deténgase aquí y saltee el resto del Suplemento D.

b. Si alguna persona está en un período de espera o de prueba, ¿cuándo puede esta persona inscribirse en la cobertura? (mm/dd/aaaa) _____

INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADOR

4. Nombre del empleador

5. ID del impuesto federal (si lo sabe)
___ ___ - ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___

6. Dirección del empleador

7. Teléfono del empleador
( )

8. Ciudad

9. Estado

10. Código postal

11. ¿Con quién podemos comunicarnos con parentesco a la cobertura de salud del empleado en este empleo?

12. Número de teléfono (si es diferente del anterior)

13. Correo electrónico

INFÓRMENOS SOBRE LOS PLANES DE SALUD OFRECIDOS POR ESTE EMPLEADOR.

14. a. ¿Cuál es el nombre del plan de salud de menor costo que se ofrece al empleado?*

b. ¿Cumple el plan de salud ofrecido por el empleador con la norma de valor mínimo para la cobertura? ☐ Sí ☐ No

c. ¿Cuánto dinero pagaría este empleado por las primas de este plan? $ _____

d. ¿Con qué frecuencia pagaría el empleado esta cantidad? _____

15. a. ¿Cuál es el nombre del plan de salud de menor costo que cubra a los otros miembros del hogar que califican mediante el empleador? _____

b. ¿Cumple este plan de salud ofrecido por el empleador con la norma de valor mínimo para la cobertura? ☐ Sí ☐ No

c. ¿Cuánto dinero pagaría este empleado por las primas de este plan? $ _____

d. ¿Con qué frecuencia pagaría este empleado esta cantidad? _____

16. ¿Qué cambios realizará el empleador para el plan del nuevo año (si lo sabe)?

a. El empleador no ofrecerá cobertura de salud. Fecha de finalización de la cobertura (mm/dd/aaaa) _____

b. La persona piensa dejar la cobertura de salud del empleador. Fecha de finalización de la cobertura (mm/dd/aaaa) _____

c. El empleador comenzará a ofrecer la cobertura de salud a los empleados o cambiará la prima para el plan individual o familiar de más bajo costo disponible y que cumpla con el estándar de valor mínimo.* (La prima debe reflejar el descuento para los programas de bienestar.)

¿Cuánto dinero pagaría este empleado por las primas de este plan? $ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

Fecha del cambio (mm/dd/aaaa) _____

*Un plan de seguro de salud patrocinado por el empleador cumple con el "estándar de valor mínimo" si la parte compartida de los costos de los beneficios permitidos totales cubiertos por el plan es como mínimo el 60 por ciento de tales costos [Sección 36B(c)(2)(C)(ii) del Código de Impuestos Internos de 1986].

Estados inmigratorios y tipos de documentos

Las Preguntas 13b o 23b en la solicitud le pregunta a los no ciudadanos sobre su estado inmigratorio y sobre los tipos de documentos inmigratorios que tienen para demostrar su estado inmigratorio. Consulte las siguientes listas para completar las Preguntas 13b o 23b.

Si usted necesita más ayuda, puede encontrar información en línea en www.MAhealthconnector.org/immigration-document-types.

Estados inmigratorios elegibles

A partir del 1 de octubre de 2026, las personas que son ciudadanos o nacionales de EE. UU., Residentes Permanentes Legales (LPR o titulares de una tarjeta verde), Participantes Cubano-Haitianos (CHE) con permiso de ingreso o migrantes según el Pacto de Libre Asociación (COFA) son elegibles para obtener la cobertura total de MassHealth.

- Amerasiático
- Asilo otorgado
- Participantes Cubano-Haitiano (permiso de ingreso)
- Deportación suspendida
- Indígena norteamericano nacido en Canadá o territorios fuera de EE. UU.
- Refugiado(a)
- Víctima de tráfico grave, o su cónyuge, hijo(a), hermano(a) o padre/madre
- Inmigrante especial iraquí
- Inmigrante especial afgano o determinados evacuados afganos
- Ingreso condicional otorgado antes de 1980
- Veterano o miembro activo de las fuerzas armadas o su cónyuge o dependiente
- Migrante según el COFA (Tratado de Libre Asociación)
- Residente legal permanente
- Permiso condicional de viaje otorgado para al menos un año
- Cónyuge o hijo(a) maltratados (o su padre, madre o hijos)
- Estado de no inmigrante (visa)
- Permiso condicional de viaje otorgado para menos de un año
- Estado de residente temporal otorgado
- Estado de Protección Temporal otorgado (TPS) o solicitante de TPS con autorización de empleo
- Autorización de empleo otorgada bajo 8 CFR 274a(12)(c)
- Beneficiarios de unidad familiar
- Salida obligatoria diferida
- Estado de Acción Diferida excepto para Acción Diferida para los Llegados en la Infancia (DACA)
- Suspensión de remoción administrativa otorgada bajo 8 CFR 241
- Petición de visa aprobada con una solicitud pendiente para ajuste de estado
- Solicitante de asilo o de suspensión de remoción con autorización de empleo
- Solicitante (durante al menos 180 días) menor de 14 años de asilo o suspensión de remoción
- Suspensión de remoción otorgada bajo la Convención contra la tortura
- Solicitante de estado de Inmigrante Juvenil Especial (SIJ)
- Solicitante o estado otorgado bajo la Acción Diferida para los Llegados en la Infancia (DACA)
- Tengo un documento, pero no tengo ningún estado indicado arriba (Residente Permanente bajo el Color de la Ley, PRUCOL)

Tipos de documentos inmigratorios

- Permiso de Reingreso (I-327)
- Tarjeta de Residente Legal Permanente ("tarjeta verde", I-551)
- Documento de Viaje para Refugiado (I-571)
- Documento de Autorización de Empleo (I-766)
- Visa de Inmigrante Legible por Máquina (con lenguaje temporal I-551)
- Sello temporal I-551 (en pasaporte o I-94, I-94A)
- Registro de Llegada/Salida (I-94, I-94A) emitido por el Servicio de Ciudadanía e Inmigración de EE. UU.
- Registro de Llegada/Salida (I-94) en un pasaporte de país extranjero vigente
- Pasaporte extranjero
- Estado de Certificado de Elegibilidad para Estudiantes no Inmigrantes (I-20)
- Estado de Certificado de Elegibilidad para Visitantes de Intercambio (DS-2019)
- Aviso de Acción (I-797)
- Documento indicando el aplazamiento del traslado (o aplazamiento de deportación)
- Orden administrativa de suspensión del traslado emitido por el Departamento de Seguridad Nacional
- Documento que indique ser miembro de una tribu indígena reconocida a nivel federal o Indígena Americano nacido Canadá
- Carta de elegibilidad de la Oficina de Reasentamiento de Refugiados (ORR) (si es menor de 18)
- Tarjeta de residente de Samoa Americana
- Notificación de Acción de USCIS (Formulario I-797C)
- Visas de EE. UU. (como B1/B2, Visa R, Tarjeta de Cruce Fronterizo o BCC, J, F, M)

RAZA O ETNICIDAD (OPCIONAL)

Elija las opciones que mejor lo describan. Escriba todas las que correspondan. Por favor, especifique en las Preguntas 8 y 9 para la Persona 1 y en las Preguntas 18 y 19 para la Persona 2.

Indígena norteamericano o nativo de Alaska; Asiático; Negro o afroamericano; Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico; Blanco; No se detalla la raza; No sé; Prefiero no responder.

ETNICIDAD

Africano, afroamericano, estadounidense, indio asiático, brasileño, camboyano, caboverdiano, otras islas del Caribe, centroamericano, chino, colombiano, cubano, dominicano, europeo oriental, europeo, filipino, guatemalteco, haitiano, hondureño, japonés, coreano, laosiano, mexicano, de Oriente Medio o de África del Norte, portugués, puertorriqueño, ruso, salvadoreño, sudamericano, vietnamita, No se detalla la etnicidad (especifique), No sé, Prefiero no responder.

Formulario de designación del representante autorizado

Usted puede presentar este formulario si desea designar un representante autorizado para que actúe en su nombre. Si un representante autorizado firmó su solicitud por usted, o si usted es un representante autorizado que solicita en nombre de alguna otra persona, usted **DEBE** presentar este formulario para que se procese la solicitud.

Usted no necesita completar este formulario si vive en una institución y desea que le envíen copias de avisos de elegibilidad a usted y a su cónyuge, quien todavía vive en su casa. Haremos esto automáticamente.

Nota: Un representante autorizado tiene la autoridad de actuar en nombre de un solicitante o de un afiliado en todos los asuntos relacionados con MassHealth y el Health Connector, y recibirá información personal sobre el solicitante o el afiliado hasta que recibamos un aviso de cancelación que finalice la autoridad del representante, o hasta el fallecimiento del solicitante o del afiliado. La autoridad del representante no terminará automáticamente una vez que procesemos su solicitud.

Usted puede elegir a alguien para que lo ayude.

Usted podría elegir a un representante autorizado para que lo ayude a obtener cobertura de atención de salud a través de los programas ofrecidos por MassHealth y el Health Connector. Usted puede hacer esto completando este formulario (el Formulario de designación del representante autorizado). Usted o un representante puede firmar en su nombre y en nombre de cualquiera de sus hijos dependientes menores de 18 años de edad y para quienes usted sea un padre o una madre con custodia. **No es necesario que usted tenga un representante para solicitar o recibir beneficios.**

¿Quién me puede ayudar?

1. Un representante autorizado puede ser un amigo, familiar, pariente u otra persona u organización de su preferencia que acepte ayudarlo. La elección de un representante autorizado, si así lo desea, depende solo de usted. Ni MassHealth ni el Health Connector elegirán un representante autorizado en su nombre. Usted debe designar por escrito a la persona u organización que usted desea que sea su representante autorizado (complete la Sección I, Parte A). Su representante autorizado también debe completar la Sección I, Parte B. A veces nos referimos a esta persona u organización como el “Representante autorizado según la Sección I”.
2. Si usted no puede designar un representante autorizado por escrito y usted no tiene actualmente un representante autorizado ni otra persona que esté autorizada legalmente a actuar en su nombre, una persona (no una organización), quien certifique que será responsable de actuar en su nombre, puede ser su representante autorizado si dicha persona completa la Sección II de este formulario. A veces nos referimos a esta persona como el “Representante autorizado según la Sección II”.
3. Un representante autorizado también puede ser alguien quien ha sido nombrado por ley para actuar en su nombre, o en nombre de la sucesión de un solicitante o un afiliado que haya fallecido. Esta persona debe completar la Sección III y, ya sea usted o esta persona, debe enviarnos, junto con este formulario, una copia del documento legal pertinente que indique que dicha persona tiene la autoridad para representarlo legalmente a usted o a la sucesión de un solicitante o un afiliado fallecido. A veces nos referimos a esta persona como el “Representante autorizado según la Sección III”.
4. Un representante autorizado según la **Sección III** puede ser un tutor legal, apoderado legal, titular de un poder legal o apoderado para atención de salud, o, si el solicitante o el afiliado ha fallecido, el representante administrativo o albacea de la sucesión.

¿Qué puede hacer un representante autorizado?

Un representante autorizado según la **Sección I** o la **Sección II** puede

- completar sus formularios de solicitud o de renovación;
- completar otros formularios de elegibilidad o de inscripción de MassHealth o del Health Connector;
- dar pruebas de la información indicada en dichos formularios;
- informar sobre cambios en los ingresos, dirección u otras circunstancias;
- recibir copias de todos los avisos de su elegibilidad e inscripción de MassHealth y el Health Connector; y
- actuar en su nombre en todos los demás asuntos relacionados con MassHealth y el Health Connector.

Lo que un representante autorizado según la **Sección III** está autorizado a hacer en su nombre (o en nombre de la sucesión de un solicitante o un afiliado fallecido) dependerá de lo establecido en el nombramiento legal.

Por favor observe: Los avisos de elegibilidad pueden incluir información acerca de otros miembros del hogar de un solicitante o de miembros del hogar de un afiliado. Si hay numerosas personas en su hogar, es posible que no podamos enviarles copias de algunos de sus avisos a su representante autorizado a menos que cada miembro de su hogar también haya designado al mismo representante autorizado completando cada uno por separado un Formulario de designación de representante autorizado.

SECCIÓN 1 Designación del representante autorizado (si el solicitante o el afiliado puede firmar)

Parte A: a ser completada por el solicitante o el afiliado. Escriba en letra de imprenta, salvo la firma.

Nombre del solicitante o afiliado	Fecha de nacimiento del solicitante o afiliado (mm/dd/aaaa)

Número de ID de MassHealth __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ **O bien**
Los cuatro últimos dígitos del Número de Seguro Social (SSN) del solicitante o afiliado __ __ __ __

Correo electrónico del solicitante/afiliado

Certifico que he elegido a la siguiente persona u organización para que sea mi representante autorizado y el de cualquier niño dependiente menor de 18 años de edad de quien yo sea el padre o la madre con custodia, y que comprendo los deberes y responsabilidades que esta persona u organización tendrá (como se explicó anteriormente en este formulario).

Firma del solicitante/afiliado	Fecha (mm/dd/aaaa)

Nombre del representante autorizado	Teléfono del representante autorizado

Dirección del representante autorizado (dirección postal, ciudad, estado, código postal)

Parte B: a ser completada por el representante autorizado. Escriba en letra de imprenta, salvo la firma.

B1. COMPLETE SI EL REPRESENTANTE AUTORIZADO ES UNA PERSONA.

Certifico que mantendré en todo momento la confidencialidad de cualquier información, que me proporcione MassHealth o el Health Connector, relacionada con el solicitante o el afiliado indicado anteriormente y, si corresponde, con los niños dependientes de dicho solicitante o afiliado.

Si también soy proveedor, miembro del personal o un voluntario afiliado a una organización, y estoy actuando en mi capacidad de proveedor, miembro del personal o voluntario en relación con mi designación como representante autorizado, certifico que cumpliré en todo momento con las leyes y reglamentos estatales y federales aplicables referentes a la confidencialidad de la información y conflictos de interés, incluyendo aquellos estipulados en 42 CFR parte 431, subparte F, 42 CFR § 447.10 y 45 CFR § 155.260(f).

Firma del representante autorizado	Fecha (mm/dd/aaaa)

Nombre del representante autorizado en letra de imprenta	Correo electrónico del representante autorizado

B2. COMPLETE SI EL REPRESENTANTE AUTORIZADO ES UNA ORGANIZACIÓN.

Certifico, en nombre de la organización indicada a continuación, que dicha organización mantendrá en todo momento la confidencialidad de cualquier información, que me proporcione MassHealth o el Health Connector, relacionada con el solicitante o el afiliado indicado anteriormente y, si corresponde, con los niños dependientes de dicho solicitante o afiliado.

Yo, el proveedor, miembro del personal o voluntario de la organización que se indica a continuación, que completa este formulario, certifico en mi nombre y en nombre de la organización que represento, que todos los proveedores, miembros del personal o voluntarios que actúen en nombre de la organización con referencia a esta designación de representante autorizado, cumplirán en todo momento con las leyes y reglamentos estatales y federales aplicables referentes a la confidencialidad de la información y conflictos de interés, incluyendo aquellos estipulados en 42 CFR parte 431, subparte F, 42 CFR § 447.10 y 45 CFR § 155.260(f).

Firma del proveedor, miembro del personal o voluntario que completa el formulario	Fecha (mm/dd/aaaa)

Nombre en letra de imprenta del proveedor, miembro del personal o voluntario que completa el formulario

Correo electrónico del proveedor, miembro del personal o voluntario que completa el formulario	Nombre de la organización del representante autorizado

SECCIÓN 2 Designación de representante autorizado
(si el solicitante o el afiliado no puede proporcionar una designación por escrito)

A ser completada por el representante autorizado. Escriba en letra de imprenta, salvo la firma. Por favor proporcione un formulario por separado para cada solicitante o afiliado.

UNA ORGANIZACIÓN NO ES ELEGIBLE PARA SER UN REPRESENTANTE AUTORIZADO SEGÚN ESTA SECCIÓN.

Certifico que el solicitante o el afiliado indicado a continuación no puede proporcionar la designación por escrito y que, a mi leal saber y entender, de ninguna manera dispone de una persona que pueda actuar en su nombre, tal como un actual representante autorizado, tutor legal, apoderado legal, representante administrativo o albacea de la sucesión, titular de un poder legal o al amparo de un apoderado para atención de salud. Además, certifico que tengo pleno conocimiento de las circunstancias relacionadas a este solicitante o afiliado para asumir la responsabilidad por la veracidad de las declaraciones efectuadas en su nombre durante el proceso de determinación de elegibilidad y en otras comunicaciones con MassHealth o el Health Connector, y que entiendo mis derechos y responsabilidades como representante autorizado de esta persona (como se explicó previamente en este formulario). Si esta persona puede entender, le he informado a esta persona que MassHealth y Health Connector me enviarán una copia de todos los avisos de elegibilidad e inscripción de MassHealth y de Health Connector, y que esta persona está de acuerdo con esto, y le he informado a esta persona que me puede remover o reemplazarme como representante autorizado en cualquier momento por los métodos descritos anteriormente en este formulario.

Certifico además que mantendré en todo momento la confidencialidad de cualquier información, que me proporcione MassHealth o el Health Connector, relacionada con el solicitante o el afiliado indicado a continuación.

Si también soy proveedor, miembro del personal o un voluntario afiliado a una organización, y estoy actuando en mi capacidad de proveedor, miembro del personal o voluntario en relación con mi designación como representante autorizado, certifico además que cumpliré en todo momento con las leyes y reglamentos estatales y federales aplicables referentes a la confidencialidad de la información y conflictos de interés, incluyendo aquellos estipulados en 42 CFR parte 431, subparte F, 42 CFR § 477.10 y 45 CFR § 155.260(f).

Nombre del solicitante o afiliado	Fecha de nacimiento del solicitante o afiliado (mm/dd/aaaa)
Número de ID de MassHealth __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ **O bien** Los cuatro últimos dígitos del Número de Seguro Social del solicitante o afiliado __ __ __ __	
Firma del representante autorizado	Fecha (mm/dd/aaaa)
Nombre del representante autorizado (nombre, inicial, apellido)	Teléfono del representante autorizado
Dirección del representante autorizado (dirección postal, ciudad, estado, código postal)	Correo electrónico del representante autorizado

Si el representante autorizado según la Sección II está afiliado a una organización, y está actuando en dicha capacidad, una persona autorizada a actuar en nombre de la organización, tal como un funcionario, debe firmar a continuación para indicar que dicha organización reconoce y está de acuerdo con las representaciones y garantías efectuadas anteriormente.

Nombre del funcionario	Título del funcionario
Firma del funcionario	Fecha (mm/dd/aaaa)

SECCIÓN 3 Designación del representante autorizado (si es nombrado por ley)

A ser completada por un representante autorizado nombrado por ley (con autoridad para actuar en nombre del solicitante o del afiliado para tomar decisiones relacionadas con la atención de salud, incluyendo, pero sin limitarse, un tutor legal, apoderado legal, representante administrativo o albacea de la sucesión de un solicitante o un afiliado, titular de un poder legal o al amparo de un apoderado para atención de salud.) Escriba en letra de imprenta, salvo la firma.
Por favor presente una copia del documento legal pertinente junto con este formulario.

Certifico que mantendré en todo momento la confidencialidad de cualquier información, que me proporcione MassHealth o el Health Connector, relacionada con el solicitante o el afiliado indicado a continuación.

Nombre del solicitante o afiliado	Fecha de nacimiento del solicitante o afiliado (mm/dd/aaaa)
Número de ID de MassHealth __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ **O bien** Los cuatro últimos dígitos del Número de Seguro Social del solicitante o afiliado __ __ __ __	
Firma del representante autorizado	Fecha (mm/dd/aaaa)
Nombre del representante autorizado (nombre, inicial, apellido)	Teléfono del representante autorizado
Dirección del representante autorizado (dirección postal, ciudad, estado, código postal)	Correo electrónico del representante autorizado

¿Cómo finaliza la designación de un representante autorizado?

Si usted decide que ya no desea tener un representante autorizado según la **Sección I** o la **Sección II**, tiene que notificarnos por correo postal, fax o teléfono en el momento que usted desee finalizar la designación. Consulte la información de contacto a continuación. Si usted nos envía el aviso por correo postal o fax, el aviso debe incluir su nombre, dirección y fecha de nacimiento, el nombre de su representante autorizado, una declaración de que la designación ha finalizado y su firma o, si no puede dar un aviso por escrito, la firma de alguien que actúe en su nombre (solo en el caso de que sea un representante autorizado según la **Sección II**).

Además, si su representante autorizado nos notifica que dicha persona u organización ya no actúa en su nombre, ya no reconoceremos a dicha persona u organización como su representante autorizado.

La autoridad de un representante autorizado según la **Sección I** o la **Sección II** finalizará al momento de fallecer un solicitante o un afiliado.

La designación de un representante autorizado según la **Sección III** termina cuando finalice su nombramiento legal. El representante autorizado nos debe notificar tal como se explicó anteriormente.

Además, la designación de un representante autorizado para un niño menor de edad finaliza el día en que dicho niño cumpla 18 años de edad.

¿Cómo puedo presentar este formulario?

Si usted está solicitando beneficios de salud, envíenos su *Formulario de designación del representante autorizado* completado junto con su solicitud.

Si ya recibe beneficios, usted debe presentar el formulario en el momento en que desee designar a un representante autorizado o en que desee que finalice la designación declarada, de una de estas maneras

- Envíe su formulario por correo postal a

  Health Insurance Processing Center
  PO Box 4405
  Taunton, MA 02780;
- Envíe su formulario por fax al **(857) 323-8300**; o
- Llámenos al **(800) 841-2900**, TDD/TTY: **711**.

Form **4506**

(April 2025)

Department of the Treasury
Internal Revenue Service

Request for Copy of Tax Return

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

OMB No. 1545-0429

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Phone number of taxpayer on line 1a or 2a

Sign Here

Signature (see instructions) | Date

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

Spouse's signature | Date

Print/Type name

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

Future Developments

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

General Instructions

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

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

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

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

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

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

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

Chart for individual returns (Form 1040 series)

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

Chart for all other returns

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

Specific Instructions

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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