

Solicitud de exención temporal del deducible de ingresos de MassHealth por dificultades económicas



Si se evaluó que usted tiene un deducible de sus ingresos que lo califica para recibir los beneficios de MassHealth y desearía solicitar una exención por dificultad económica para que no se aplique este deducible durante la emergencia nacional por la COVID-19:

- Llame al Servicio al cliente de MassHealth al (800) 841-2900
TTY: (800) 497-4648 para personas sordas, con dificultad auditiva o discapacidad del habla, O
- Complete y firme este formulario, y envíelo por:

Correo postal:

Commonwealth of Massachusetts
Health Insurance Processing Center
P.O. Box 4405
Taunton, MA 02780

Fax:

(857) 323-8300

Internet:

Si usted es menor de 65 años de edad y actualmente tiene una cuenta en www.mahealthconnector.org, puede cargar el documento en su cuenta digital.

Si se aprueba su exención del deducible por dificultad económica, MassHealth aprobará temporalmente sus beneficios durante un período de seis meses del deducible, o mientras dure la emergencia nacional por el brote de COVID-19 y hasta el final del mes en que finalice el período de emergencia nacional, o el que sea más prolongado. Cuando finalice el período de emergencia nacional, usted recibirá un nuevo aviso con información sobre la continuidad de su elegibilidad para MassHealth.

Si usted tiene preguntas acerca de su elegibilidad para MassHealth o si tiene que informar sobre cambios en su caso, llame al Centro de servicio al cliente de MassHealth al (800) 841-2900, TTY: (800) 497-4648 para personas sordas, con dificultad auditiva o discapacidad del habla.

INFORMACIÓN SOBRE EL SOLICITANTE

Apellido(s) Nombre Inicial del 2.º nombre
ID de MassHealth Teléfono de día
Calle
Ciudad Estado Código postal

COMENTARIOS (Si usted necesita más espacio, por favor adjunte una hoja aparte.)

.....
.....
.....
.....

FIRMA

Yo certifico que he leído o me han leído la información de esta solicitud. Entiendo mis derechos y responsabilidades. Yo certifico, bajo pena de perjurio, que la información en la presente solicitud y en los documentos adjuntos es correcta y está completa a mi leal saber y entender. Si actúa en nombre de otra persona para completar este formulario, usted debe estar designado en el sistema informático de MassHealth como el representante autorizado. Si no fue designado, usted debe completar un *Formulario de designación del representante autorizado* (ARD) y enviarlo junto con esta solicitud. Su firma o la firma de su representante autorizado en esta solicitud certifica que la información en este formulario es correcta y está completa a su leal saber y entender. Yo doy fe de que, debido a la emergencia por la COVID-19, cumplir con mis deducibles me ocasionaría dificultades económicas excesivas.

.....
.....
.....
.....

Nombre impreso Fecha