

Pedido de dispensa ou redução do prêmio do MassHealth



Devolva este formulário para:

MassHealth Customer Service, Attn: Premium Billing, PO Box 219, Quincy, MA 02171-0219

Para obter uma dispensa por dificuldade econômica do Prêmio do MassHealth, é necessário que você tenha uma das dificuldades econômicas descritas abaixo. Você deve apresentar ao MassHealth uma comprovação de sua dificuldade econômica. As dispensas por dificuldade econômica são válidas por 12 meses. Os prêmios do MassHealth não serão cobrados de você durante o período aprovado de dificuldade econômica.

A data de início não pode ser mais do que três meses antes da data em que o MassHealth receber seu pedido de dispensa. Se tiver alguma pergunta sobre este formulário ou sobre um plano de pagamento do prêmio ou se precisar de um novo pedido de dispensa, ligue para o Serviço de atendimento ao cliente do MassHealth pelo número (800) 841-2900 (TDD/TTY: 711 para pessoas surdas, deficientes auditivos ou deficientes da fala).

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Sobrenome	Nome	Inicial do nome do meio
ID do MassHealth	Telefone diurno	
Endereço residencial		
Cidade	Estado	Código postal

DETALHES DA DIFICULDADE ECONÔMICA

Marque todas as caixas abaixo que esteja, relacionadas às suas dificuldades econômicas extremas ou às dificuldades econômicas extremas de sua família.

- Estou com atraso superior a 30 dias no pagamento do meu aluguel ou hipoteca, tenho uma ordem de despejo ou estou desabrigado. (Favor enviar cópia comprovante de notificações enviadas pelo seu locador, pelo banco ou financiadora de sua propriedade, por um tribunal.)
- Tenho uma notificação de desligamento de uma concessionária de serviços públicos (gás, eletricidade, óleo de aquecimento, água ou telefone), um ou mais dos meus serviços de utilidade pública foram desligados, uma ou mais das minhas concessionárias de serviços públicos não fornece serviços a mim porque não posso pagar. (Se você tem uma conta de uma concessionária de serviços públicos alta ou vencida há muito tempo, mas o desligamento não pode ser feito porque você tem uma deficiência, é inválido ou é inverno, marque esta seção. Favor enviar cópia da notificação de desligamento ou atraso ou a conta atrasada como comprovante.)
- Tenho contas de serviços médicos ou odontológicos altas e pendentes dos 12 meses anteriores ao envio deste pedido de dispensa. Essas contas representam mais de 7,5% da minha renda bruta anual. As contas podem ser para mim ou para outra pessoa na minha família imediata (como uma criança ou cônjuge). Elas não podem ser pagas pela Health Safety Net nem por nenhum outro seguro de saúde, incluindo o MassHealth. (Favor enviar cópias dessas contas como comprovantes.)
- Nos últimos seis meses, tive um aumento grande e inesperado em minhas despesas básicas. (Diga mais essas despesas na seção de comentários e envie um comprovante do valor das despesas.)
- Sou um membro da CommonHealth com um prêmio mensal total que causará dificuldades financeiras extremas à minha família (Diga mais sobre isso na seção de comentários e envie um comprovante das dificuldades financeiras.)
- Sofri dificuldades financeiras nos seis meses anteriores à data em que enviei este pedido de dispensa, ou espero ter dificuldades nos próximos seis meses, devido a um desastre declarado em nível estadual ou federal, ou a uma emergência de saúde pública

Se seu pedido de dispensa por dificuldades econômicas for aprovado, e sua conta tiver um saldo pendente, o MassHealth iniciará um plano de pagamento para você pagar a quantia em atraso. Você receberá um extrato separado da cobrança do prêmio. Se não fizer os pagamentos de acordo com o plano de pagamentos, você perderá sua dispensa por dificuldades econômicas.

Ao final dos 12 meses da dispensa por dificuldades econômicas, você poderá requerer outra dispensa, se acreditar que ainda se qualifica.

COMENTÁRIOS (Se precisar de mais espaço, anexe uma folha separada.)

Declaro que li ou leram para mim as informações neste documento. Compreendo meus direitos e responsabilidades. Declaro também, sob pena de perjúrio, que as informações contidas neste documento e em quaisquer outras folhas anexadas a ele estão, pelo que eu saiba, corretas e completas.

Se estiver agindo em nome de alguém a preencher este formulário, você deverá estar designado em nossos sistemas computadorizados como um Representante autorizado. Se não estiver, deverá preencher o formulário de Designação de representante autorizado (ARD - Authorized Representative Designation) anexo e devolvê-lo junto com este requerimento.

A sua assinatura ou a assinatura de seu representante autorizado neste requerimento certifica que as informações contidas neste formulário estão, pelo que você saiba, corretas e completas.

Assinatura do membro

Data

Assinatura do representante autorizado

Data