

# 豁免或减少 MassHealth 保费申请表



## 请将本表送回至：

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

如需获得 MassHealth 保费困难豁免，您必须符合下述困难之一。您必须向 MassHealth 提供您的经济困难证明。困难豁免有效期为 12 个月。在批准的困难期内，不会向您收取保费。

开始日期不能在 MassHealth 收到您的豁免申请表日期的三个月

前。如果您对本报或保费账单付款计划有任何疑问，或者您需要新的困难豁免申请表，请电洽 MassHealth 客户服务中心，电话号码 (800) 841-2900 (TDD/TTY: 711, 供失聪者、听力或语言障碍者使用)。

## 申请人信息

姓	名	中间名首字母缩写
MassHealth ID	日间电话	
街道地址		
城市	州	邮编

## 困难详细说明

请勾选以下所有与您或您家人的极度经济困难相关的方框。

- 我拖欠房租或抵押贷款超过 30 天，已收到驱逐通知，或者无家可归。（请送交您的房东、银行或抵押贷款公司或法院的任何通知副本作为证明。）
- 我已收到公用事业公司（天然气、电力、石油、水或电话）发出的关闭通知，我的一项或多项公用事业服务已关闭，或者我的一个或多个公用事业公司将不会提供服务，因为我无法付费。（如果您有大额或长期拖欠的公用事业账单，但由于您身体残障或现在是冬天而无法关闭，请勾选本部分。请发送您的关闭通知或逾期未付账单副本作为证明。）
- 在我发送本豁免申请表前的十二个月内，我已支付或未支付高额医疗和/或牙科账单。这些账单占我总年收入的 7.5% 以上。这些账单可能是我的，也可能是我的直系亲属中的其他人（例如孩子或配偶）的。它们不能由 Health Safety Net 或任何其他医疗保险（包括 MassHealth）支付。（请发送这些医疗账单副本作为证明。）
- 在过去六个月中，我的基本开支出现了意想不到的大幅增加。（请在“评论”部分告诉我们这些开支，并发送金额证明。）
- 我是 CommonHealth 会员，每月的总保费将给我的家庭带来极大的经济困难。（请在“评论”部分告诉我们这方面的情况，并发送困难证明。）
- 由于州或联邦政府宣布的灾难或公共卫生紧急情况，我在发送本豁免申请表日期前六个月内或预计在随后的六个月内遭受了或将要遭受经济困难。

如果您的困难豁免获得批准并且您的帐户有逾期未付余额，MassHealth 将为您启动逾期未付金额付款计划。您将另外收到一份保费账单。如果您不按照付款计划付款，您将失去困难豁免。

在 12 个月困难豁免期结束时，如果您认为自己仍然符合资格，可以再申请一次困难豁免。

**评论** (如果您需要更多纸页填写，请另附一页纸。)

我确认，我已阅读或已有人向我阅读本申请表中的信息。我了解我的权利和责任。我确认，据我所知，本申请表中的信息以及随附的任何纸页中的内容准确和完整，如有不实愿受作伪证之处罚。

如果您代表某人填写本表，您必须在我们的计算机系统中被指定为经授权代表。如果不是，您必须填写“经授权代表指定表”（ARD），并将该表与本申请表一起送回。

您或您的经授权代表在本申请表中的签名确认本表中的信息据您所知准确和完整。

\_\_\_\_\_  
会员签名

\_\_\_\_\_  
日期

\_\_\_\_\_  
经授权代表签名

\_\_\_\_\_  
日期