

Gửi lại mẫu đơn này cho:

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

Để được Miễn Lệ Phí Bảo Hiểm MassHealth Do Hoàn Cảnh Khó Khăn, quý vị phải đáp ứng một trong những hoàn cảnh khó khăn được mô tả dưới đây. Quý vị phải cung cấp cho MassHealth bằng chứng về tình trạng khó khăn về tài chính của mình. Miễn giảm do hoàn cảnh khó khăn có hiệu lực trong 12 tháng. Quý vị sẽ không bị tính lệ phí bảo hiểm trong thời gian khó khăn đã được phê duyệt.

Ngày bắt đầu không được quá ba tháng trước ngày MassHealth nhận được đơn xin miễn giảm của quý vị. Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào về mẫu đơn này hoặc kế hoạch trả góp cho lệ phí bảo hiểm hoặc nếu quý vị cần đơn xin miễn giảm do hoàn cảnh khó khăn mới, vui lòng gọi Dịch vụ Chăm sóc Khách hàng MassHealth theo số (800) 841-2900 (TDD/TTY: 711 cho người bị điếc, lãng tai, hoặc bị khuyết ngôn ngữ).

THÔNG TIN CỦA NGƯỜI XIN

Họ	Tên	Tên đệm viết tắt
MassHealth ID	Số điện thoại ban ngày	
Địa chỉ		
Thành phố	Tiểu bang	ZIP code

THÔNG TIN CHI TIẾT VỀ HOÀN CẢNH KHÓ KHĂN

Vui lòng đánh dấu vào tất cả các ô dưới đây có liên quan đến hoàn cảnh khó khăn nghiêm trọng về tài chính của quý vị hoặc gia đình quý vị.

- Tôi trả tiền thuê nhà hoặc khoản vay thế chấp trễ hơn 30 ngày, có thông báo trực xuất hoặc là người vô gia cư. (Vui lòng gửi một bản sao của bất kỳ thông báo nào từ chủ nhà, ngân hàng hoặc công ty vay thế chấp, hoặc tòa án của quý vị để làm bằng chứng.)
- Tôi nhận được thông báo tắt dịch vụ tiện ích từ một công ty tiện ích (khí đốt, điện, dầu, nước hoặc điện thoại), một hoặc nhiều dịch vụ tiện ích của tôi đã bị tắt, hoặc một hoặc nhiều công ty tiện ích của tôi sẽ không cung cấp dịch vụ vì tôi không thể trả tiền. (Nếu quý vị có hóa đơn dịch vụ tiện ích lớn hoặc bị trễ hạn quá lâu, nhưng không thể ngưng dịch vụ vì quý vị bị khuyết tật hoặc đang là mùa đông, hãy kiểm tra phần này. Vui lòng gửi một bản sao của thông báo tắt dịch vụ hoặc hóa đơn bị trễ hạn làm bằng chứng.)
- Tôi đã trả hoặc chưa trả các hóa đơn y tế và/hoặc nha khoa trong mười hai tháng trước khi tôi gửi đơn xin miễn giảm này. Những hóa đơn này chiếm hơn 7.5% tổng thu nhập hàng năm của tôi.
- Các hóa đơn có thể là của tôi hoặc của người khác trong gia đình của tôi (chẳng hạn như con cái hoặc vợ/chồng). Health Safety Net hoặc bất kỳ bảo hiểm y tế khác, bao gồm MassHealth không thể trả hóa đơn đó được. (Vui lòng gửi bản sao của các hóa đơn y tế này để làm bằng chứng.)
- Trong sáu tháng qua, tôi đã có sự gia tăng đáng kể về chi phí cơ bản mà không lường trước được. (Vui lòng cho chúng tôi biết về các chi phí trong phần Chú giải và gửi bằng chứng về số tiền.)
- Tôi là thành viên của CommonHealth với tổng lệ phí bảo hiểm hàng tháng sẽ gây khó khăn tài chính nghiêm trọng cho gia đình tôi (Vui lòng cho chúng tôi biết điều này trong phần chú giải và gửi bằng chứng về khó khăn.)
- Tôi đã gặp khó khăn về kinh tế trong sáu tháng trước ngày tôi gửi đơn xin miễn giảm này, hoặc dự kiến trong sáu tháng sau đó, vì một thảm họa do tiểu bang hoặc liên bang tuyên bố hoặc tình trạng khẩn cấp về sức khỏe cộng đồng.

Nếu sự miễn giảm khó khăn của quý vị được chấp thuận và tài khoản của quý vị có số dư bị trễ hạn, MassHealth sẽ bắt đầu một kế hoạch trả góp cho quý vị cho số tiền bị trễ hạn. Quý vị sẽ nhận được một bản sao kê trả lệ phí bảo hiểm riêng. Nếu quý vị không trả theo kế hoạch trả góp, quý vị sẽ bị mất quyền miễn giảm do hoàn cảnh khó khăn.

Vào cuối 12 tháng miễn giảm do hoàn cảnh khó khăn, quý vị có thể yêu cầu một khoản miễn giảm do hoàn cảnh khó khăn khác nếu quý vị nghĩ rằng mình vẫn đủ điều kiện.

CHÚ GIẢI (Nếu quý vị cần thêm chỗ trống, xin vui lòng đính kèm một trang riêng.)

Tôi xác nhận rằng tôi đã đọc, hoặc đã được đọc cho nghe, những thông tin trong đơn này. Tôi hiểu các quyền và trách nhiệm của mình. Tôi xác nhận theo hình phạt khai man rằng thông tin trong đơn này và bất kỳ giấy tờ nào được đính kèm vào là chính xác và đầy đủ theo hiểu biết của tôi.

Nếu quý vị đang thay mặt cho ai đó điền vào mẫu đơn này, quý vị phải được chỉ định trên hệ thống máy tính của chúng tôi với tư cách là Đại diện được Ủy quyền. Nếu không, quý vị phải điền vào mẫu Đơn Chỉ Định Người Đại Diện Được Ủy Quyền (ARD) và gửi lại cùng với đơn này.

Chữ ký của quý vị hoặc chữ ký của người đại diện được ủy quyền của quý vị trên đơn này xác nhận rằng thông tin trên đơn là chính xác và đầy đủ theo hiểu biết của quý vị.

Chữ ký của thành viên

Tháng/Ngày/Năm

Chữ ký của người