



# Formulário de declaração para comprovação de renda

Preencha este formulário se não puder apresentar a documentação necessária para a comprovação de sua renda. Você deve sempre tentar apresentar a documentação formal, se isso for possível. Veja os tipos de documentos de comprovação de renda em <https://www.mahealthconnector.org/verification-documents>. Este formulário será aceito se o indivíduo tiver feito esforços de boa-fé para obter documentação comprovante de sua renda, mas não conseguiu obtê-la devido aos exemplos abaixo.

Você poderá usar este formulário se:

- obter a documentação necessária representa um risco à sua segurança,
- acessar o documento é impossível devido a circunstâncias fora de seu controle, ou
- você enviou documentação que foi rejeitada repetidamente e você não tem nenhum outro comprovante aceitável deste tipo de renda

Nome do chefe da família: \_\_\_\_\_

Outros membros da família: \_\_\_\_\_

ID de referência/ID do membro: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ Data de hoje: \_\_\_\_\_

Qual é a sua renda total esperada para o ano civil atual, conforme declarado em seu requerimento? \$ \_\_\_\_\_

**Selecione uma opção abaixo:** Estou preenchendo este formulário porque:

- 1. Não posso acessar a documentação comprovante de minha renda (Exemplos: A documentação está retida ou você não terá a documentação até um período futuro).
- 2. Não existe documentação para comprovar minha renda

Revise os tipos de rendas listadas em sua *Solicitação de informações*. Marque abaixo os tipos de rendas listados em sua carta.

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Comprovante de renda de emprego (incluindo empregador, nome do cargo, endereço, horas trabalhadas) | <input type="checkbox"/> Comprovante de renda por ganhos de capital (ou Perdas)                      | <input type="checkbox"/> Comprovante de recebimento de pensão de manutenção/pensão alimentícia |
| <input type="checkbox"/> Comprovante de renda de autônomo   | <input type="checkbox"/> Comprovante de renda de juros, dividendos ou outras rendas de investimentos | <input type="checkbox"/> Comprovante de renda de dívidas canceladas                            |
| <input type="checkbox"/> Comprovante de benefícios da previdência social  | <input type="checkbox"/> Comprovante de renda de aluguéis ou patrimoniais                            | <input type="checkbox"/> Comprovante de rendas concedidas em juízo                             |
| <input type="checkbox"/> Comprovante de renda por desemprego  | <input type="checkbox"/> Comprovante de renda de agricultura ou pesca                                | <input type="checkbox"/> Comprovante de renda pelo exercício da função de jurado               |
| <input type="checkbox"/> Comprovante de renda por aposentadoria ou pensão   |  | <input type="checkbox"/> Comprovantes de outras rendas de outras fontes                        |

Detalhes da renda – para cada tipo de renda listada na Solicitação de informações que você recebeu pelo correio, inclua o valor recebido e a frequência com que é recebida (mensal, trimestral, sazonal, pagamento único).



Explicação da renda - favor fornecer o máximo possível de detalhes sobre sua estimativa de renda, incluindo os motivos de qualquer mudança no tipo de renda, mudanças na fonte ou frequência dos pagamentos, data da mudança, etc.

- Ao assinar este documento, declaro, sob pena de perjúrio, que os dados contidos neste formulário e na documentação de apoio ao formulário que eu desejar incluir são, pelo que eu saiba, verdadeiros e completos.
- Reconheço que se eu mentir neste formulário, minha cobertura de saúde poderá ser cancelada e poderei ter de reembolsar Massachusetts por qualquer crédito ou benefício de saúde que tenha recebido.

Assinatura do chefe da família: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

### **DEVOLVA ESTE FORMULÁRIO ASSINADO DE UMA DESSAS QUATRO MANEIRAS**

- **Carregue-o para sua conta do HIX (Health Insurance Exchange)**
- **Envie-o por fax para (857) 323-8300**
- **Envie-o pelo correio para Health Insurance Processing Center, PO Box 4405, Taunton, MA 02780**
- **Entregue este formulário a alguma pessoa nos seguintes locais**

#### **Centros de Inscrição no MassHealth (MassHealth Enrollment Centers)**

529 Main Street  
Charlestown, MA 02129

88 Industry Avenue, Suite D  
Springfield, MA 01104

21 Spring Street, Suite 4  
Taunton, MA 02780

367 East Street  
Tewksbury, MA 01876

100 Hancock Street, 1<sup>st</sup> Floor  
Quincy, MA 02171

#### **Centros de atendimento do Health Connector**

133 Portland Street  
Boston, MA 02114

146 Main Street  
Worcester, MA 01608

### **PERGUNTAS?**

Ligue para o Health Connector pelo telefone **(877) MA ENROLL, (877) 623-6765** ou **TTY: (877) 623-7773**. Ou ligue para o MassHealth pelo telefone **(800) 841-2900** ou **TDD/TTY: 711**.