Formulario de declaración para verificar ingresos

Complete este formulario si no puede proporcionar la documentación necesaria para verificar sus ingresos. Si es posible, usted siempre debe presentar los documentos formales. Consulte los tipos de documentos necesarios para la verificación de ingresos en https://www.mahealthconnector.org/verification-documents. Se aceptará este formulario si la persona realizó de buena fe un esfuerzo para obtener los comprobantes de ingresos, pero no lo logró debido a las circunstancias siguientes.

Puede usar este formulario si:

- obtener la documentación necesaria implicaría un posible riesgo para usted,
- es imposible acceder al documento debido a circunstancias fuera de su control, o
- ha enviado documentos que fueron rechazados en reiteradas ocasiones y usted no tiene ninguna otra prueba de este tipo de ingreso.

Nombre del jefe del hogar: _____

Otros integrantes del hogar: _____

ID de referencia o ID del afiliado: _____

Número de teléfono: _____ Fecha de hoy: _____

Cuál es su ingreso total esperado para el año calendario actual según lo declaró en su solicitud $ _____

Elija una de las siguientes opciones: Yo completo este formulario porque:

☐ 1. No tengo acceso a la documentación que compruebe mis ingresos (Ejemplos: El documento está retenido o no tendré el documento hasta dentro de algún tiempo).

☐ 2. No existe la documentación que compruebe mis ingresos.

Revise los tipos de ingresos indicados en su *Solicitud de información*. A continuación, marque los tipos de ingresos indicados en su carta.

☐ Prueba de ingresos por empleo (que incluya el empleador, nombre del empleo, dirección, número de horas trabajadas)

☐ Prueba de ingresos de empleo por cuenta propia

☐ Prueba de Beneficios de Seguro Social

☐ Prueba de ingresos por desempleo

☐ Prueba de ingresos por retiro o pensión

☐ Prueba de ingresos por ganancias de capital (o pérdidas)

☐ Prueba de ingresos por intereses, dividendos o ingresos de otras inversiones

☐ Prueba de ingresos por alquiler o regalías

☐ Prueba de ingresos por agricultura, ganadería o pesca

☐ Prueba de pensión alimenticia recibida

☐ Prueba de ingresos por deudas canceladas

☐ Prueba de ingresos por indemnización judicial

☐ Prueba de ingresos de pago por servicio de jurado

☐ Prueba de otros ingresos de otras fuentes

_____

Detalles de los ingresos: por cada tipo de ingreso indicado en la *Solicitud de información* que recibió por correo postal, incluya la cantidad en dólares que recibió y la frecuencia con que la recibió (mensual, trimestral, estacional o por única vez).

Explicación de los ingresos: por favor brinde tantos datos como le sea posible sobre los ingresos que prevé recibir, incluidos los motivos por cualquier cambio en el tipo de ingresos, cambios en la fuente de ingresos o la frecuencia, fecha del cambio, etc.

- Al firmar a continuación, yo juro bajo pena de perjurio que todo lo declarado en este formulario y todos los comprobantes que decidí incluir son verdaderos y están completos a mi leal saber y entender.
- Entiendo que, si no digo la verdad en este formulario, mi cobertura del seguro de salud podría finalizar y quizá deba devolver a Massachusetts cualquier crédito fiscal o los beneficios de salud que haya recibido.

Firma del jefe del hogar: _____ Fecha: _____

ENVÍE ESTE DOCUMENTO FIRMADO DE UNA DE ESTAS CUATRO MANERAS:

- **Cárguelo a su cuenta de HIX**
- **Por fax al** (857) 323-8300
- **Por correo postal a** Health Insurance Processing Center, PO Box 4405, Taunton, MA 02780
- **Entregue este formulario a** alguien en uno de estos lugares:

Centros de Inscripción de MassHealth (MEC)

529 Main Street
Charlestown, MA 02129

45 Spruce Street
Chelsea, MA 02150

100 Hancock Street, 1st Floor
Quincy, MA 02171

88 Industry Avenue, Suite D
Springfield, MA 01104

21 Spring Street, Suite 4
Taunton, MA 02780

367 East Street
Tewksbury, MA 01876

50 SW Cutoff, Suite 1A
Worcester, MA 01604

SI TIENE PREGUNTAS

Llame a **Health Connector** al (877) 623-6765, o bien llame a **MassHealth** al (800) 841-2900. **TDD/TTY** al **711**.

Imprimir Borrar