# Declaração para confirmar renda zero

Quando nos enviar este formulário, inclua uma cópia da carta que enviamos a você pedindo comprovação de sua renda. A carta é chamada “Solicitação de informações”.

## 1ª ETAPA: Forneça suas informações. Favor usar letra de forma.

Nome

Inicial do nome do meio

Sobrenome

Data de nascimento (MM/DD/AAAA)

ID de referência (opcional)

Número da Previdência Social (SSN)

ID do MassHealth (opcional)

## 2ª ETAPA: Leia e assine este formulário.

Eu não tenho nenhuma renda no momento.

Ao assinar este documento, declaro, sob pena de perjúrio, que os dados contidos neste formulário 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 requerente, membro ou de um representante autorizado

Data (MM/DD/AAAA)

## 3ª ETAPA: Devolva este formulário assinado de uma das três maneiras abaixo.

1. FAX: (857) 323-8300
2. Correio: Health Insurance Processing Center, P.O. Box 4405, Taunton, MA 02780
3. Pessoalmente:

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

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

## Perguntas?

Ligue para o Health Connector pelo telefone (877) 623-6765, ou ligue para o MassHealth pelo telefone (800) 841-2900.

TDD/TTY: 711