Declaración jurada para verificar
Cero ingresos

Cuando usted nos envíe este formulario, por favor incluya una copia de la carta que le enviamos pidiéndole una prueba de sus ingresos. La carta se llama "Solicitud de información".

PASO 1 Denos su información personal. Por favor escriba en letra de imprenta.

Nombre	Inicial del 2.º nombre	Apellido(s)

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) / /	ID de ref. (opcional)
Número de Seguro Social	ID de MassHealth (opcional)

PASO 2 Lea este formulario y fírmelo.

Yo no recibo ningún ingreso en este momento.

Al firmar a continuación, juro bajo pena de perjurio que todo lo declarado en este formulario es verdadero y completo a mi leal saber y entender.

Entiendo que si no digo la verdad, mi cobertura del seguro de salud podría finalizar y que quizá deba reembolsar a Massachusetts por cualquier crédito fiscal o beneficios de salud que tenga.

Firma del solicitante, afiliado o representante autorizado ▶	Fecha (MM/DD/AAAA) / /

PASO 3 Firme este formulario y envíelo de una de estas 3 maneras.

1. Por fax: (857) 323-8300

2. Por correo postal: Health Insurance Processing Center
P.O. Box 4405
Taunton, MA 02780

3. Personalmente:

Centros de Inscripción de MassHealth

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

¿Tiene preguntas? Llame al **Health Connector** al (877) 623-6765, o llame a **MassHealth** al (800) 841-2900.

TDD/TTY: 711