**FORMULARIO DE AUTODECLARACIÓN**

**Para personas desplazadas por huracanes que solicitan MassHealth**

Complete este formulario si usted

* Se ha mudado a Massachusetts debido a la reciente devastación causada por los huracanes Harvey, Irma o María,
* Solicita MassHealth, y
* No tiene documentación debido a un desastre natural.

**¡Importante! Intentaremos verificar la ciudadanía o el estado inmigratorio por medio de la comparación de datos.** Solamente pediremos verificación si no podemos comprobar por medio de la comparación de datos. Posiblemente aún necesitemos prueba de ciudadanía o estado inmigratorio. Consulte el Folleto para el afiliado para obtener más información sobre cómo verificar datos.

Por favor, escriba claramente en imprenta y complete todas las secciones.

# **SECCIÓN A: Información del jefe del hogar o afiliado**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ................................................................................... | ................................................................................ | ............. |
| Apellido | Nombre | Inicial |
| ..................................................................................SSN (si lo tiene) | ................................................................Fecha de nacimiento |  |
| ..................................................................................Número de ID de afiliado de MassHealth (si lo sabe): |  |  |
| Domicilio (donde está viviendo en Massachusetts) |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ...................................................................... | ................................................................ | ............. | ......................... |
| Calle | Ciudad | Estado | Código postal |
| o Sin domicilio. Nota: si usted marca esta casilla, debe dar una dirección postal. |
| Dirección postal (si es distinta del domicilio) |  |  |  |
| ...................................................................... | ................................................................ | ............. | ......................... |
| Calle | Ciudad | Estado | Código postal |

..........................................................................................

Estado o territorio de EE. UU. de donde fue desplazado

## Información importante sobre la elegibilidad para MassHealth

Usted debe ser residente de Massachusetts para calificar para MassHealth. Usted no puede mantener la residencia en dos estados. Usted no puede estar inscrito en Medicaid en más de un estado o territorio. Le informaremos a otros estados o territorios que usted se ha inscrito en MassHealth.

Cuando usted completó una solicitud para MassHealth, nos dio información sobre ingresos, bienes, empleo, seguro de salud, composición del hogar, declaración de impuestos, residencia y estado de encarcelamiento, entre otras cosas. Al firmar este formulario, usted nos está diciendo que no puede dar documentos de verificación (excepto con respecto a ciudadanía y estado inmigratorio) debido a un desastre natural y que la información que brindó en su solicitud a MassHealth es correcta y está completa.

Si necesita informar sobre cambios o actualizar su solicitud, usted debe comunicarse con nosotros dentro de los 10 días del cambio.

SAF (SP) (Rev. 10/17)

# **SECCIÓN B: Esta declaración jurada corresponde a la(s) siguiente(s) persona(s):**

Si hay más de seis personas en su hogar que requieran verificación, excepto ciudadanía o estado inmigratorio, haga una copia de las páginas de información en blanco de la Sección B y complete la información requerida.

.......................................................................................... ..........................................................................................

Nombre completo del integrante del hogar al que se le solicitó que presente verificaciones (en letra de imprenta)

Nombre completo del integrante del hogar al que se le solicitó que presente verificaciones (en letra de imprenta)

.......................................................................................... ..........................................................................................

Nombre completo del integrante del hogar al que se le solicitó que presente verificaciones (en letra de imprenta)

Nombre completo del integrante del hogar al que se le solicitó que presente verificaciones (en letra de imprenta)

.......................................................................................... ..........................................................................................

Nombre completo del integrante del hogar al que se le solicitó que presente verificaciones (en letra de imprenta)

Nombre completo del integrante del hogar al que se le solicitó que presente verificaciones (en letra de imprenta)

# **SECCIÓN C: Firma**

Certifico bajo pena de perjurio que la información en mi solicitud y en este formulario es correcta y está completa a mi leal

saber y entender.

................................................................................. ...................................................................... ..........................

Firma del solicitante o del representante autorizado Nombre en letra de imprenta Fecha

Si está presentando este formulario para otra persona, usted debe completar un Formulario de designación de representante autorizado (ARD) y enviarlo con este formulario. Si usted necesita un formulario ARD, llame al Servicio al cliente de MassHealth o visite [www.mass.gov/eohhs/consumer/insurance/masshealth-member-library/member-forms.html](http://www.mass.gov/eohhs/consumer/insurance/masshealth-member-library/member-forms.html) para descargar un formulario.

o Marque aquí si usted es un Representante autorizado

## Envíe a: Health Insurance Processing Center

**P.O. Box 4405 Taunton, MA 02780**

**O**

**Por fax al: 1-857-323-8300**

El Servicio al cliente de MassHealth ha dedicado una línea telefónica especial para las personas desplazadas por huracanes que solicitan MassHealth: 1-844-748-3928 (TTY: 1-800-497-4648 para personas sordas, con dificultad auditiva o discapacidad del habla).

##  Print Clear