# 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.

Comprovante de renda de emprego (incluindo empregador, nome do cargo, endereço, horas trabalhadas)

Comprovante de renda de autônomo

Comprovante de benefícios da providência social

Comprovante de renda por desemprego

Comprovante de renda por aposentadoria ou pensão

Comprovante de renda por ganhos de capital (ou Perdas)

Comprovante de renda de juros, dividendos ou outras rendas de investimentos

Comprovante de renda de aluguéis ou patrimoniais

Comprovante de renda de agricultura ou pesca

Comprovante de recebimento de pensão de manutenção/pensão alimentícia

Comprovante de renda de dívidas canceladas

Comprovante de rendas concedidas em juízo

Comprovante de renda pelo exercício da função de jurado

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 DOCUMENTO 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

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. TTD/TTY: 711.