

Asistencia para obtener pruebas de ciudadanía de EE. UU. para personas nacidas en Massachusetts



Si es un solicitante o afiliado nacido en Massachusetts, que desea asistencia para obtener las pruebas de su ciudadanía de EE. UU., por favor complete, firme y escriba la fecha en este formulario.

Envíe su formulario completado a:

Health Insurance Processing Center
P.O. Box 4405
Taunton, MA 02780
Fax: (857) 323-8300

Si es un solicitante o afiliado nacido fuera de Massachusetts, que desea asistencia para obtener pruebas de su ciudadanía de EE. UU., MassHealth podría asistirlo. Por favor llame al Servicio al cliente de MassHealth al (800) 841-2900, o TTY: (800) 497-4648, para personas sordas, con dificultad auditiva o discapacidad del habla.

A continuación, complete una sección por CADA solicitante o afiliado nacido en Massachusetts, que solicita o recibe beneficios y que desea asistencia para obtener pruebas de su ciudadanía de EE. UU. por medio del Registro de Estadísticas Vitales de Massachusetts.

Nota: Cuando complete las siguientes secciones, asegúrese de escribir con letra de imprenta el nombre de cada solicitante o afiliado tal como figura en el certificado de nacimiento de dicha persona.

| | | | |
|---|--|---------|---------------------------------|
| Apellido actual del solicitante/afiliado | Nombre | Inicial | Sufijo (ej., "Jr.") |
| Apellido de nacimiento del solicitante/afiliado <i>(si es diferente)</i> | Nombre | Inicial | Sufijo (ej., "Jr.") |
| Fecha de nacimiento | Género a la fecha de nacimiento <i>(si es diferente)</i> | | |
| Nombre del hospital en Massachusetts | Ciudad de nacimiento en Massachusetts | | |
| Apellido de la madre/Copadre <i>(a la fecha de nacimiento del solicitante/afiliado)</i> | Nombre | Inicial | Apellido de soltera de la madre |
| Apellido del padre/Copadre <i>(a la fecha de nacimiento del solicitante/afiliado)</i> | Nombre | Inicial | Sufijo (ej., "Jr.") |
| Apellido actual del solicitante/afiliado | Nombre | Inicial | Sufijo (ej., "Jr.") |
| Apellido de nacimiento del solicitante/afiliado <i>(si es diferente)</i> | Nombre | Inicial | Sufijo (ej., "Jr.") |
| Fecha de nacimiento | Género a la fecha de nacimiento <i>(si es diferente)</i> | | |
| Nombre del hospital en Massachusetts | Ciudad de nacimiento en Massachusetts | | |
| Apellido de la madre/copadre <i>(a la fecha de nacimiento del solicitante/afiliado)</i> | Nombre | Inicial | Apellido de soltera de la madre |
| Apellido del padre/copadre <i>(a la fecha de nacimiento del solicitante/afiliado)</i> | Nombre | Inicial | Sufijo (ej., "Jr.") |

.....
 Firma de la persona que completa el formulario

.....
 Nombre en imprenta de la persona que completa el formulario

.....
 Número de Seguro Social

.....
 Fecha

.....
 Dirección, ciudad/pueblo, estado, código postal

| | | | |
|---|--|---------|---------------------------------|
| Apellido actual del solicitante/afiliado | Nombre | Inicial | Sufijo (ej., "Jr.") |
| Apellido de nacimiento del solicitante/afiliado <i>(si es diferente)</i> | Nombre | Inicial | Sufijo (ej., "Jr.") |
| Fecha de nacimiento | Género a la fecha de nacimiento <i>(si es diferente)</i> | | |
| Nombre del hospital en Massachusetts | Ciudad de nacimiento en Massachusetts | | |
| Apellido de la madre/copadre <i>(a la fecha de nacimiento del solicitante/afiliado)</i> | Nombre | Inicial | Apellido de soltera de la madre |
| Apellido del padre/copadre <i>(a la fecha de nacimiento del solicitante/afiliado)</i> | Nombre | Inicial | Sufijo (ej., "Jr.") |
| Apellido actual del solicitante/afiliado | Nombre | Inicial | Sufijo (ej., "Jr.") |
| Apellido de nacimiento del solicitante/afiliado <i>(si es diferente)</i> | Nombre | Inicial | Sufijo (ej., "Jr.") |
| Fecha de nacimiento | Género a la fecha de nacimiento <i>(si es diferente)</i> | | |
| Nombre del hospital en Massachusetts | Ciudad de nacimiento en Massachusetts | | |
| Apellido de la madre/copadre <i>(a la fecha de nacimiento del solicitante/afiliado)</i> | Nombre | Inicial | Apellido de soltera de la madre |
| Apellido del padre/copadre <i>(a la fecha de nacimiento del solicitante/afiliado)</i> | Nombre | Inicial | Sufijo (ej., "Jr.") |
| Apellido actual del solicitante/afiliado | Nombre | Inicial | Sufijo (ej., "Jr.") |
| Apellido de nacimiento del solicitante/afiliado <i>(si es diferente)</i> | Nombre | Inicial | Sufijo (ej., "Jr.") |
| Fecha de nacimiento | Género a la fecha de nacimiento <i>(si es diferente)</i> | | |
| Nombre del hospital en Massachusetts | Ciudad de nacimiento en Massachusetts | | |
| Apellido de la madre/copadre <i>(a la fecha de nacimiento del solicitante/afiliado)</i> | Nombre | Inicial | Apellido de soltera de la madre |
| Apellido del padre/copadre <i>(a la fecha de nacimiento del solicitante/afiliado)</i> | Nombre | Inicial | Sufijo (ej., "Jr.") |

.....
Firma de la persona que completa el formulario

.....
Nombre en imprenta de la persona que completa el formulario

.....
Número de Seguro Social

.....
Fecha

.....
Dirección, ciudad/pueblo, estado, código postal