Por favor observe: El formato de este documento ha sido modificado para su uso con lectores de pantalla.

**Masshealth**

**Health Connector**

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 (si es diferente)   
Nombre  
Inicial  
Sufijo (ej., “Jr.”)  
Apellido actual del solicitante/afiliado   
Nombre  
Inicial  
Sufijo (ej., “Jr.”)  
Apellido de nacimiento del solicitante/afiliado (si es diferente)   
Nombre  
Inicial  
Sufijo (ej., “Jr.”)

Apellido actual del solicitante/afiliado   
Nombre  
Inicial  
Sufijo (ej., “Jr.”)  
Apellido de nacimiento del solicitante/afiliado (si es diferente)   
Nombre  
Inicial  
Sufijo (ej., “Jr.”)  
Apellido actual del solicitante/afiliado   
Nombre  
Inicial  
Sufijo (ej., “Jr.”)  
Apellido de nacimiento del solicitante/afiliado (si es diferente)   
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

Apellido actual del solicitante/afiliado   
Nombre  
Inicial  
Sufijo (ej., “Jr.”)  
Apellido de nacimiento del solicitante/afiliado (si es diferente)   
Nombre  
Inicial  
Sufijo (ej., “Jr.”)  
Apellido actual del solicitante/afiliado   
Nombre  
Inicial  
Sufijo (ej., “Jr.”)  
Apellido de nacimiento del solicitante/afiliado (si es diferente)   
Nombre  
Inicial  
Sufijo (ej., “Jr.”)

Apellido actual del solicitante/afiliado   
Nombre  
Inicial  
Sufijo (ej., “Jr.”)  
Apellido de nacimiento del solicitante/afiliado (si es diferente)   
Nombre  
Inicial  
Sufijo (ej., “Jr.”)  
Apellido actual del solicitante/afiliado   
Nombre  
Inicial  
Sufijo (ej., “Jr.”)  
Apellido de nacimiento del solicitante/afiliado (si es diferente)   
Nombre  
Inicial  
Sufijo (ej., “Jr.”)

Apellido actual del solicitante/afiliado   
Nombre  
Inicial  
Sufijo (ej., “Jr.”)  
Apellido de nacimiento del solicitante/afiliado (si es diferente)   
Nombre  
Inicial  
Sufijo (ej., “Jr.”)  
Apellido actual del solicitante/afiliado   
Nombre  
Inicial  
Sufijo (ej., “Jr.”)  
Apellido de nacimiento del solicitante/afiliado (si es diferente)   
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

Form code MVRS (ES) (Rev 01/19)

End of the MVRS application.