Requerimento de cobertura odontológica e de saúde e ajuda para pagar custos de Massachusetts

COMO FAZER O REQUERIMENTO

Você pode fazer o requerimento de qualquer uma das seguintes formas.

- **Acesse sua conta em MAhealthConnector.org.**
  Você pode criar uma conta online se ainda não tiver uma conta.
  Fazer o requerimento online pode ser a forma mais rápida de obter ajuda do que enviar um formulário impresso.
- Envie seu requerimento preenchido e assinado **por correio** para
  Health Insurance Processing Center
  PO Box 4405
  Taunton, MA 02780.
- Envie o requerimento preenchido e assinado pelo **fax** (857) 323-8300.
- **Ligue** para nós pelo telefone **(800) 841-2900**, TDD/TTY: 711, ou **(877) MA ENROLL [(877) 623-6765]**.
- **Visite** um Centro de Inscrições do MassHealth (MassHealth Enrollment Center - MEC). Para fazer o requerimento pessoalmente ou para agendar um horário com um representante do MassHealth, acesse **mass.gov/masshealth/appointment**. Consulte o **Livreto para membros para cobertura de saúde e odontológica e ajuda para pagar os custos (Member Booklet for Health and Dental Coverage and Help Paying Costs)** para obter uma lista dos endereços do MEC.
- Você pode usar esse requerimento para inscrever-se no Programa de Assistência Nutricional Suplementar (Supplemental Nutrition Assistance Program - SNAP). O SNAP é um programa federal que ajuda você a comprar alimentos todos os meses. Se você estiver interessado no SNAP, marque a caixa na página 1, leia e assine os direitos e responsabilidades do SNAP nas páginas 23 a 26. Seu requerimento será enviado automaticamente para o Departamento de Assistência Transicional (Department of Transitional Assistance). Você não precisa se inscrever no SNAP para ser considerado para o MassHealth.

USE ESTE REQUERIMENTO PARA VER PARA QUAIS OPÇÕES DE COBERTURA VOCÊ PODE SE QUALIFICAR.

- Cobertura acessível do MassHealth, da Health Safety Net (HSN), do Children's Medical Security Plan (CMSP) ou do Health Connector. Você pode se qualificar a um desses programas, independentemente da sua renda.
- Planos de seguro de saúde privado acessíveis que oferecem cobertura abrangente.
- Um crédito fiscal que pode ajudar a pagar os seus prêmios da coberturade saúde.

QUEM PODE USAR ESTE REQUERIMENTO?

Este requerimento destina-se a quem precisa de cobertura de saúde ou dental e de ajuda para pagar por ela e

- quem mora em Massachusetts e reside na comunidade, e;
- tem menos de 65 anos.

Este requerimento também pode ser usado por pessoas **de qualquer idade**, que são

- pais de crianças com menos de 19 anos, ou
- parentes adultos que moram ou que cuidam de crianças com menos de 19 anos quando o pai e a mãe não moram na casa

Se este requerimento não for para você, ligue para nós pelo telefone (800) 841-2900, TDD/TTY: 711.

Este requerimento está disponível em outros idiomas. Ligue para o número fornecido acima para solicitar um requerimento.

Faça o requerimento mesmo se você ou filho(a) já tiver uma cobertura de saúde, incluindo cobertura do MassHealth ou do Health Connector. Precisamos saber sobre todos os membros do seu agregado familiar para decidirmos se você se qualifica.

Se uma pessoa está ajudando você a preencher este requerimento, talvez seja necessário preencher um formulário separado que autoriza essa pessoa a agir em seu nome. Veja o **Formulário de designação de representante autorizado** no final deste requerimento.

O QUE SERÁ NECESSÁRIO PARA FAZER O REQUERIMENTO

- Números de Seguro Social (SSNs). Você deve apresentar um SSN ou comprovante de que outra pessoa incluída neste requerimento também solicitou um SSN. Há exceções para as seguintes pessoas.
  - Quem tiver uma isenção religiosa, conforme descrito nas leis federais
  - Quem se qualificar apenas para um SSN que não é válido para trabalhar, ou
  - Quem não se qualificar para obter um SSN.
- Declaração de imposto de renda federal, se fizer
- Informações sobre cidadania/situação nacional ou situação imigratória
- Informações do empregador e de renda de todas as pessoas do seu agregado familiar (p. ex., holerites ou informes de rendimentos)
- Informações sobre quaisquer seguros de saúde relacionados ao emprego ou outro seguro de saúde para o qual esteja inscrito ou tenha acesso

POR QUE PEDIMOS ESSAS INFORMAÇÕES?

Perguntamos sobre renda e outras informações para que você saiba para qual cobertura se qualifica e se pode obter ajuda para pagar por ela. **Manteremos todas as informações que você fornecer privadas e seguras, conforme exigido por lei.** Para ler a Política de Privacidade do Health Connector, acesse **mahealthconnector.org/site-policies/privacy-policy**. Para ler a Política de Privacidade do MassHealth leia o Livreto para membros ou acesse **mass.gov/service-details/masshealth-member-privacy-information**.

O QUE ACONTECE EM SEGUIDA?

Você receberá instruções sobre as próximas etapas para completar seu processo de qualificação. Se você se qualificar para o MassHealth e precisar se inscrever em um plano de saúde, nós avisaremos. Você poderá então escolher um plano, acessando **mass.gov/how-to/enroll-in-a-masshealth-health-plan-individuals-and-families-younger-than-65**. Preencher este requerimento não significa que você precisa comprar uma cobertura de saúde. Se precisar de ajuda para escolher um plano de saúde, você encontrará mais informações em **MassHealthChoices.com**.

OBTER AJUDA PARA ESTE REQUERIMENTO

Fone: ligue para nós para obter ajuda para este requerimento ou se precisar de serviços de interpretação. **(800) 841-2900**. TDD/TTY: 711.

INSTRUÇÕES GERAIS

- **Preencha em letra de fôrma legível e responda todas as perguntas**. Poderemos pedir para você pular algumas perguntas. A não ser por essas exceções, respostas em branco ou incompletas atrasam o processamento do seu requerimento.
- Você pode baixar páginas para pessoas adicionais em **mass.gov/masshealth**. Não deixe de informar como as pessoas se relacionam. Precisamos dessas informações para determinar a qualificação.
- Não é necessário enviar folhas em banco para a Etapa 2 se não houver tantas pessoas no seu agregado familiar. Verifique se indicou na Seção 1 o número de pessoas que estão fazendo o requerimento, e envie todas as demais seções, mesmo que estejam total ou parcialmente em branco.
- O MassHealth ou o Massachusetts Health Connector enviará uma Solicitação de Informações (Request for Information) se precisarmos de informações adicionais ou comprovantes para decidirmos sobre a qualificação. Se enviarmos um aviso Solicitação de Informações, a pessoa tem 90 dias para enviar o comprovante solicitado. O MassHealth pode fornecer benefícios provisórios durante esse período de 90 dias para requerentes qualificados com menos de 21 anos e para aquelas pessoas que autoatestam estar grávidas, serem HIV positivas, ou terem câncer de mama ou cervical. Os benefícios do MassHealth não podem ser concedidos a pessoa com 21 anos ou mais até que toda renda de um agregado familiar com Rendimento Bruto Ajustado Modificado (MAGI) seja verificada, a menos que a pessoa esteja grávida, tenha HIV ou esteja em tratamento para câncer de mama ou cervical.
- Inclua todos os comprovantes de renda familiar. Esta é a forma mais rápida de obter seus benefícios.

Requerimento de cobertura odontológica e de saúde e ajuda para pagar custos de Massachusetts

O **Programa de Assistência Nutricional Suplementar (SNAP)** é um programa federal que ajuda você a comprar alimentos saudáveis todos os meses.

☐ Marque esta caixa se desejar que este formulário seja enviado ao Departamento de Assistência Transicional (DTA) como um requerimento para o SNAP. Você deve ler os direitos e responsabilidades nas páginas 23 a 25 e assinar na página 26 para prosseguir com seu requerimento.

O que acontece depois que você se inscrever para os benefícios do SNAP?

- O Departamento de Assistência Transicional (DTA) ligará para marcar uma entrevista pelo telefone e para verificar se você pode receber os benefícios emergenciais do SNAP dentro de sete dias.
- O DTA trabalhará com você para verificar as informações sobre o seu caso.
- Você receberá um cartão de Transferência Eletrônica de Benefícios (EBT) para acessar seus benefícios, se aprovados.
- Você receberá um aviso sobre a decisão do seu caso dentro de 30 dias.

Se estiver requerendo ou recebendo serviços de cuidados de longo prazo em casa mediante uma Dispensa de serviços de atendimento domiciliar e comunitário (HCBS), ou se estiver em uma instituição com serviços de enfermagem ou em hospital de tratamento de doenças crônicas, selecione esse programa. Precisaremos de mais informações e contataremos você para um processamento adicional.

☐ Cuidados de longo prazo e/ou
☐ Dispensa dos serviços domiciliares e comunitários

ETAPA 1 Pessoa 1. Informe sobre você. Escreva com letra de fôrma legível.

Um adulto do agregado domiciliar deve ser a pessoa de contato do requerimento. Essa pessoa deve constar no requerimento, não deve ser um terceiro disposto a ser um contato da pessoa que fez o requerimento. Leia o Formulário de Designação de Representante Autorizado do MassHealth (ARD) no final deste requerimento para criar um terceiro como contato.

1. Nome, nome do meio, sobrenome, sufixo	2. Data de nascimento

3. Endereço de e-mail

☐ Sem endereço residencial. Nota: se marcar esta caixa, é preciso fornecer um endereço para correspondência.

4. Endereço residencial	5. No. do apartamento ou unidade

6. Cidade	7. Estado	8. ZIP (CEP)	9. Condado

10. Endereço para correspondência ☐ Marque se igual ao residencial.	11. No. do apartamento ou unidade

12. Cidade	13. Estado	14. ZIP (CEP)	15. Condado

16. Número de telefone celular	17. Outro número de telefone	18. No. de pessoas no requerimento

19. Qual é seu idioma preferido, se não for inglês? Falado _____ Escrito _____

O idioma escrito de preferência pode ser usado pelo MassHealth e Health Connector nas comunicações com você. Se você não responder, os avisos serão enviados em inglês.

20. Alguém neste requerimento está na prisão ou cadeia? ☐ Sim ☐ Não

Selecione **Não** se essa pessoa será solta nos próximos 60 dias.

Se **Sim**, quem? Digite o nome da pessoa aqui: _____

Se **Sim**, essa pessoa está aguardando julgamento? ☐ Sim ☐ Não

A quantidade de ajuda ou tipo de programa para o qual você pode se qualificar depende do número de pessoas em seu agregado familiar e sua renda. Essas informações nos ajudam a garantir que todas as pessoas da casa tenham a cobertura à qual se qualificam.

PREENCHA A ETAPA 2 SOBRE VOCÊ e **TODAS AS PESSOAS ADICIONAIS DO SEU AGREGADO FAMILIAR** que moram com você, ou toda pessoa mencionada na sua declaração de imposto renda, se você entregou uma declaração. Se você não precisa declarar a renda, lembre-se de adicionar a pessoa do agregado familiar que mora com você.

SOMENTE PARA ASSISTENTES DE INSCRIÇÃO

Complete esta seção se você for um assistente de inscrição e estiver preenchendo este requerimento para outra pessoa. Os navegadores devem preencher um Formulário de Designação de Navegador, se ainda não tiverem preenchido. Os conselheiros certificados de requerimentos devem preencher um Formulário de Designação de Conselheiro Certificado de Requerimentos, se ainda não o tiverem feito.

Marque um ☐ Navegador ☐ Conselheiro Certificado de Requerimentos

Nome, nome do meio, sobrenome e sufixo	Endereço de e-mail	
Nome da organização	No. de identificação da organização	Telefone da organização

ETAPA 2 Informe sobre seu agregado familiar.

Quem deve estar incluído(a) neste requerimento?

Informe sobre todas as pessoas do agregado familiar que moram com você. Se você declara sua renda, precisamos saber sobre todas as pessoas que constam na declaração de imposto de renda. Você não precisa fazer declaração de imposto de renda para obter MassHealth, Health Safety Net ou o Children' Medical Security Plan (Plano de Segurança Médica Infantil).

Inclua

- Você e seu cônjuge (se você for casado[a])
- Seus filhos naturais, adotivos ou de criação com menos de 19 anos
- Seu parceiro doméstico que mora com você, se vocês têm filhos juntos que são menores de 19 anos
- Os filhos do seu parceiro doméstico que moram com você e têm menos de 19 anos, se você incluir esse parceiro
- Qualquer pessoa que você incluir na sua declaração de imposto de renda (mesmo que não more com você)
- Qualquer pessoa que seu parceiro doméstico incluir na declaração de imposto de renda (mesmo que não more com você), se você também incluir seu parceiro doméstico
- Qualquer outra pessoa com quem você more e de quem você cuide, com menos de 19 anos

NÃO inclua

- Seu parceiro doméstico, a menos que tenham filhos juntos
- Os filhos do seu parceiro doméstico, a menos que morem com você ou que seu parceiro doméstico os tenha incluído na declaração de renda
- Seus pais com quem você mora, se eles fazem sua própria declaração de renda e não o declaram como dependente para efeitos fiscais (se você tiver 19 anos ou mais)
- Outros parentes adultos que você não declara como dependentes para efeitos fiscais

ETAPA 2 Pessoa 1. Esta seção tem a finalidade de coletar mais informações sobre a pessoa de contato mencionada na página 1.

1. Nome, nome do meio, sobrenome, sufixo	2. Parentesco com você	3. Data de nascimento (mm/dd/aaaa)
	VOCÊ MESMO	

4. Qual sexo foi atribuído a você ao nascer? ☐ Masculino ☐ Feminino.
Este é o sexo que consta originalmente na sua certidão de nascimento.

OPCIONAL: o MassHealth empenha-se em fornecer cuidados equitativos para todos os membros, independentemente de raça, etnia, gênero, orientação sexual ou idioma falado. Responda às perguntas 5 a 9 para nos ajudar a atender às suas necessidades de idioma e cultura. Sua resposta é voluntária e não afetará sua qualificação (elegibilidade), nem será utilizada para fins discriminatórios.

5. Qual a melhor descrição para sua atual identidade de gênero?

> Identidade de gênero é como uma pessoa define e compreende seu gênero como sendo masculino, feminino, não binário, gênero não conforme, transgênero ou outro. Selecione até cinco opções

☐ Masculino ☐ Feminino ☐ Homem transgênero/homem trans ☐ Mulher transgênero/mulher trans

☐ Genderqueer/gênero não conforme/não binário/ que não se encaixa exclusivamente no masculino ou no feminino

☐ Identidade de gênero não está listada Especifique _____ ☐ Não sei ☐ Prefiro não responder

6. Qual das opções abaixo melhor descreve a sua orientação sexual atual?

A orientação sexual descreve como uma pessoa define sua atração física e/ou emocional por outras pessoas. Selecione até cinco opções

☐ Straight ou heterossexual ☐ Lésbica ou gay ☐ Bissexual ☐ Queer, pansexual ou em questionamento

☐ Orientação sexual não listada Especifique _____ ☐ Não sei ☐ Prefiro não responder

7. Sua origem ou descendência é hispânica ou latina?

Hispânica ou latina refere-se a uma pessoa de cultura ou origem cubana, mexicana, porto-riquenha, sul-americana ou centro-americana, independentemente da raça.

☐ Sim, hispânica ou latina ☐ Não, nem hispânica nem latina ☐ Não sei ☐ Prefiro não responder

8. Raça (veja a página 27) _____

Raça refere-se a como a pessoa se identifica com um ou mais grupos sociais. Você pode declarar várias raças.

9. Etnia (veja a página 27) _____

Etnia refere-se à sua origem, herança, cultura, descendência ou ao país onde você ou sua família nasceram.

10. Você tem um número de Seguro Social (SSN)? ☐ Sim ☐ Não (opcional se **não** se aplicar)

Precisamos do número de Seguro Social (SSN) de toda pessoa que está requerendi uma cobertura de saúde e tem um número. Há exceções para toda pessoa que tiver uma isenção religiosa, conforme descrito nas leis federais, que se qualifica somente para um SSN que não é válido para trabalhar, ou que não se qualifica para ter um SSN. Um SSN é opcional para as pessoas que não estão requerendo cobertura de saúde, mas fornecer um SSN pode acelerar o processo do requerimento. Usamos os SSNs para verificar a renda e outras informações, e determinar quem se qualifica a receber ajuda para os custos da cobertura de saúde. Se você precisar de ajuda para obter um SSN, ligue para a Administração da Previdência Social (Social Security Administration) pelo telefone (800) 772-1213, TTY: (800) 325-0778, ou acesse **socialsecurity.gov**. Para obter mais detalhes sobre como utilizamos o seu número de Seguro Social, consulte o Livreto para membros.

Se **Sim**, informe o número ___ ___ ___ - ___ ___ - ___ ___ ___ ___

Se **Não**, marque um dos seguintes motivos.

☐ Exceção para doença ☐ Acabei de requerer ☐ Exceção para não cidadão ☐ Exceção religiosa

Seu nome neste requerimento é o mesmo que seu nome no cartão de Seguro Social? ☐ Sim ☐ Não

Se **Não**, qual é o nome no cartão do SSN dessa pessoa? _____

Nome, nome do meio, sobrenome e sufixo

11. Se você receber um Crédito Fiscal de Prêmio Antecipado (APTC), você concorda em fazer uma declaração de imposto de renda do ano fiscal em que os créditos forem recebidos? ☐ Sim ☐ Não

As pessoas podem não ter precisado ou não optaram por apresentar uma declaração de imposto de renda no passado, mas precisarão apresentar uma declaração de imposto de renda federal para todo ano em que receberem APTC. Elas precisam marcar "Sim" na Pergunta 11 para se qualificarem ao ConnectorCare ou APTCs para ajudar a pagar o seguro de saúde. **Você NÃO precisa fazer uma declaração de imposto de renda para pedir ou obter o MassHealth ou HSN, caso se qualifique.**

Se **Sim**, responda às Perguntas de a até d. Se **Não**, vá para a Pergunta d.

A pessoa deve fazer uma declaração de imposto de renda conjunta com seu cônjuge para se qualificar para determinados programas (ConnectorCare ou APTCs), a menos que seja vítima de abuso doméstico ou abandono ou faça a declaração como chefe de família. Se você fizer a declaração de imposto de renda como chefe de família, deverá responder Não à Pergunta 11 ("Você é casado perante a lei?). Uma pessoa pode se qualificar como chefe de família é viver separadamente do cônjuge e declarar outra pessoa como dependente. Consulte a publicação 501 do IRS ou um profissional tributário para obter informações sobre como fazer a declaração de renda. Só será preciso incluir a si próprio e quaisquer dependentes constantes neste requerimento.

a. Você é casado perante a lei? ☐ Sim ☐ Não
Se **Não**, vá para a Pergunta 11c.
Se **Sim**, forneça o nome e data de nascimento do cônjuge. _____

b. Você planeja apresentar uma declaração de renda conjunta com o cônjuge, referente ao ano fiscal para o qual está fazendo o requerimento? ☐ Sim ☐ Não

c. Você reivindicará dependentes na declaração de imposto de renda federal do ano em que estiver fazendo o requerimento?
☐ Sim ☐ Não
Você irá reivindicar uma dedução de isenção pessoal na declaração de renda para toda pessoa listada neste requerimento como dependente, que está inscrita no plano de saúde por meio do Massachusetts Health Connector e cujo prêmio de cobertura é pago total ou parcialmente por pagamentos antecipados. Liste os nomes e datas de nascimento dos dependentes.

_____

d. Você será reivindicado como dependente na declaração de imposto de renda federal de outra pessoa para o ano para o qual está fazendo o requerimento? ☐ Sim ☐ Não

Se você for declarado como dependente por outra pessoa na declaração de imposto de renda federal, isso poderá afetar como você irá receber um suplemento como crédito de imposto. Não responda **Sim** a esta pergunta se você tiver menos de 21 anos e estiver sendo declarado como dependente por um pai ou mãe sem custódia. Se **Sim**, liste o nome do declarante do imposto.

_____

Data de nascimento do declarante do imposto _____
Qual é o seu parentesco com o declarante do imposto? _____

O declarante do imposto é casado e faz declaração conjunta? ☐ Sim ☐ Não

Se **Sim**, forneça o nome e data de nascimento do cônjuge. _____

Quem mais o declarante do imposto inclui como dependentes? _____

e. Você declara o imposto de renda separadamente porque é vítima de abuso doméstico ou abandono? ☐ Sim ☐ Não

Opcional Enviei a declaração de imposto de renda ao Internal Revenue Service (IRS) referente a pelo menos um ano dos últimos dois anos que eu recebi Crédito Fiscal de Prêmio Antecipado (APTC) para reduzir os pagamentos mensais de prêmios, inclusive se eu estava inscrito no ConnectorCare. Incluí os formulários de impostos comprovando os créditos fiscais que eu recebi quando enviei minha declaração de renda, para que o IRS pudesse calcular o valor do Crédito Fiscal de Prêmio Antecipado ao qual eu tinha direito baseado na minha renda final do ano. ☐ Sim ☐ Não

Responda **Sim** se: 1. Você recebeu um APTC ou ConnectorCare no passado, e
2. Essa afirmação for pertinente para todas as pessoas do agregado familiar.

12. Você está requerendo cobertura de saúde ou odontológica para **VOCÊ**? ☐ Sim ☐ Não

Se **Sim**, responda a todas as perguntas abaixo. Se **Não**, responda às Perguntas 18 e 19, e leia as **Informações de renda**.

13. Você é cidadão dos EUA ou tem nacionalidade dos EUA? ☐ Sim ☐ Não
Se **Sim**, você é cidadão naturalizado, tem cidadania derivada ou adquirida (não nasceu nos EUA)? ☐ Sim ☐ Não

Número de estrangeiro _____ Número do certificado de naturalização ou cidadania _____

14. Se não é cidadão, você tem status de imigração qualificado? ☐ Sim ☐ Não. Se **Não**, vá para a Pergunta 15.

> A página 27 mostra ajuda sobre "Status de imigração e tipos de documentos". Se a resposta foi Não ou Não houve resposta, os requerentes talvez recebam somente um ou mais dos seguintes: MassHealth Standard (se estiver grávida), MassHealth Limited, Children's Medical Security Plan (CMSP) ou Health Safety Net (HSN).

a. Se **Sim**, você tem um documento de imigração? ☐ Sim ☐ Não

> Poderá nos ajudar a processar o requerimento mais rapidamente se você incluir uma cópia de documentos de imigração de todas as pessoas que estão requerendo. Tentaremos verificar o status de imigração por meio de uma correspondência de dados eletrônicos. Liste todos os status ou condições de imigração que se aplicaram a todas as pessoas neste requerimento deste que entraram nos EUA. Se precisar de mais espaço, anexe outra folha de papel.

Data de concessão de status (mm/dd/aaaa) _____ (para pessoas agredidas, digite a data em que a petição foi aprovada como sendo devidamente apresentada.)

Status de imigração _____ Tipo de documento de imigração _____
Escolha um ou mais status e tipos de documento na lista da página 27.

Número de identificação do documento _____ Número de estrangeiro _____

Data de validade do passaporte ou documento (mm/dd/aaaa) _____ País _____

b. Você usou o mesmo nome neste requerimento que usou para obter o status de imigração? ☐ Sim ☐ Não

Se **Não**, que nome você usou? Nome, nome do meio, sobrenome e sufixo _____

c. Você chegou aos EUA depois de 22 de agosto de 1996? ☐ Sim ☐ Não

d. Você é veterano dispensado com honra ou membro ativo das forças armadas dos EUA, ou é cônjuge ou filho de um veterano dispensado com honra ou membro ativo das forças armadas dos EUA? ☐ Sim ☐ Não

e. **Opcional** Você é ☐ vítima de tráfico humano grave, ☐ cônjuge, filho(a), irmão(ã), ou pai/mãe de vítima de tráfico humano, ☐ cônjuge agredido(a), ou ☐ filho(a) de pai/mãe ou cônjuge agredido(a)?

15. Você mora com pelo menos uma criança menor de 19 anos e você é a principal pessoa cuidadora dessa criança ou dessas crianças? ☐ Sim ☐ Não

Nome(s) e data(s) de nascimento das crianças _____

16. Você mora em Massachusetts e pretende residir aqui, mesmo sem endereço fixo, ou entrou em Massachusetts com um compromisso de trabalho ou procurando emprego? ☐ Sim ☐ Não
Se você estiver visitando Massachusetts para lazer pessoal ou para receber cuidados médicos em um ambiente diferente de uma instituição de enfermagem, você deverá responder **Não** a esta pergunta.

17. Você tem uma lesão, doença ou deficiência (inclusive uma condição de saúde mental incapacitante) que durou ou deverá durar pelo menos 12 meses? Se for legalmente cego, responda **Sim**. ☐ Sim ☐ Não

18. Você precisa de adaptações razoáveis devido a uma deficiência ou lesão? ☐ Sim ☐ Não
Se **Sim**, preencha o resto deste requerimento, incluindo o Suplemento C: Acomodações.

19. Você está grávida? ☐ Sim ☐ Não
Se **Sim**, quantos bebês está esperando? _____ Qual é a data prevista para o parto? _____

20. **Opcional** Você tem câncer de mama ou câncer do colo do útero?
☐ Sim ☐ Não (Regras especiais de cobertura podem ser aplicadas.)

21. **Opcional** Você é HIV positivo(a)? ☐ Sim ☐ Não (O MassHealth tem regras especiais de cobertura para pessoas com HIV.)

22. Você já morou com família de acolhimento? ☐ Sim ☐ Não
   a. Se **Sim**, em qual estado você morou com família de acolhimento? _____
   b. Você recebeu assistência médica por meio de um programa estadual do Medicaid? ☐ Sim ☐ Não

INFORMAÇÕES DE RENDA (Você pode enviar comprovantes de toda renda familiar com este requerimento.)

23. Você tem alguma renda? ☐ Sim ☐ Não
Se não tem nenhuma renda, vá para a Pergunta 37.

EMPREGO | Se precisar de mais espaço, anexe outra folha de papel.

24. **EMPREGO ATUAL 1:** Nome e endereço do empregador | No. ID fiscal federal

25. a. Salários/gorjetas (antes do imposto) **$** _____ ☐ Semanal ☐ A cada duas semanas ☐ Duas vezes por mês ☐ Mensal ☐ Trimestral ☐ Anual (subtraia todas deduções antes do imposto, como prêmios de seguro de saúde não tributáveis.)
b. Data de início da renda _____

26. Número médio de horas trabalhadas por SEMANA _____

27. Você tem emprego sazonal? ☐ Sim ☐ Não. Se **Sim**, em quais meses do ano você trabalha?
☐ Jan. ☐ Fev. ☐ Mar. ☐ Abr. ☐ Maio ☐ Jun. ☐ Jul. ☐ Ago. ☐ Set. ☐ Out. ☐ Nov. ☐ Dez.

28. **EMPREGO ATUAL 2:** Nome e endereço do empregador | No. ID fiscal federal

29. a. Salários/gorjetas (antes do imposto) **$** _____ ☐ Semanal ☐ A cada duas semanas ☐ Duas vezes por mês ☐ Mensal ☐ Trimestral ☐ Anual (subtraia todas deduções antes do imposto, como prêmios de seguro de saúde não tributáveis.)
b. Data de início da renda _____

30. Número médio de horas trabalhadas por SEMANA _____

31. Você tem emprego sazonal? ☐ Sim ☐ Não. Se **Sim**, em quais meses do ano você trabalha?
☐ Jan. ☐ Fev. ☐ Mar. ☐ Abr. ☐ Maio ☐ Jun. ☐ Jul. ☐ Ago. ☐ Set. ☐ Out. ☐ Nov. ☐ Dez.

32. **AUTÔNOMO:** Você é trabalhador autônomo? ☐ Sim ☐ Não
   a. Se **Sim**, que tipo de trabalho você faz? _____
   b. Em média, qual será sua renda líquida (lucros ou perdas depois do pagamento das despesas comerciais) gerada por esse trabalho autônomo todo mês? $_____/mês **lucro** ou $_____/mês **perda**?
   c. Quantas horas você trabalha por semana? _____

OUTROS RENDIMENTOS

33. Marque todas as opções. Informe o valor e a frequência em que recebe. **OBSERVAÇÃO: você não precisa informar sobre pensão alimentícia, pagamentos não tributáveis a veteranos de guerra ou Renda Suplementar de Segurança (Supplemental Security Income, SSI).**

☐ Benefícios da Providência Social $ _____ Com que frequência? _____

☐ Desemprego $ _____ Com que frequência? _____

☐ Aposentadoria ou pensão $ _____ Com que frequência? _____ Fonte _____

☐ Juros, dividendos e outros rendimentos de investimentos $ _____ Com que frequência? _____

☐ Benefícios tributáveis de veterano de guerra $ _____ Com que frequência? _____

☐ Benefícios tributáveis de aposentadoria militar $ _____ Com que frequência? _____

☐ Pensão alimentícia recebida $ _____ Com que frequência? _____

Se você estiver recebendo pagamentos de pensão alimentícia por divórcio, acordo de separação ou ordem judicial finalizada antes de 1º de janeiro de 2019, digite o valor desses pagamentos aqui. $ _____

☐ Outros rendimentos tributáveis $ _____ Com que frequência? _____ Tipo _____

☐ Renda líquida de aluguel ou royalties: $ _____ /**lucro** ou $ _____ /**perda** Com que frequência? _____

☐ Ganhos de capital: Em média, qual será seu ganho líquido ou perda resultante desse ganho de capital por mês?

$ _____ /**lucro** ou $ _____ /**perda**

☐ Renda líquida de agricultura ou pesca: $ _____ /**lucro** ou $ _____ /**perda** Quantas horas por semana? _____

☐ Prêmios de loteria e jogos de azar: $ _____ Data efetiva _____

Com que frequência? ☐ Uma única vez ☐ Semanal ☐ A cada duas semanas ☐ Duas vezes por mês ☐ Mensal ☐ Anual

Prêmios não monetários não são contabilizados como ganhos qualificados em loterias e jogos de azar. Não inclua nenhuma perda no valor.

RENDA EM UMA ÚNICA VEZ

34. Você recebeu ou receberá renda durante este ano civil como um pagamento único? ☐ Sim ☐ Não
Um exemplo pode ser um pagamento à vista de pensão.
Se **Sim**: Tipo _____ Valor $ _____ Mês recebido _____ Ano recebido _____

35. Você irá receber renda durante o próximo ano civil como um pagamento único? ☐ Sim ☐ Não
Se **Sim**: Tipo: _____ Valor $ _____ Mês recebido _____ Ano recebido _____

DEDUÇÕES

36. Que deduções você abate na declaração de imposto de renda?

> Se você pagar por certas coisas que podem ser deduzidas na declaração de imposto de renda federal, nos informar sobre elas pode reduzir um pouco o custo da cobertura de saúde. Marque todas as opções que se aplicam. As deduções devem ser o que você declara na declaração de imposto de renda na seção "Renda bruta ajustada" (Adjusted Gross Income). Para cada dedução selecionada, indique o valor anual. Você pode digitar até o valor máximo de dedução permitido pelo IRS.

☐ Despesas de educadores: Valor anual $_____

☐ Certas despesas comerciais de reservistas, artistas performáticos ou funcionários públicos que recebem honorários: Valor anual $_____

☐ Dedução da conta poupança de saúde (Health Savings Account): Valor anual $_____

☐ Despesas de mudança para membros das Forças Armadas: Valor anual $_____

☐ Parte dedutível do imposto de trabalho autônomo: Valor anual $_____

☐ Contribuição para planos de aposentadoria para autônomos, como SEP, SIMPLE e outros planos qualificados: Valor anual $_____

☐ Dedução do seguro de saúde de autônomo: Valor anual $_____

☐ Multa por saque antecipado de poupança: Valor anual $_____

☐ Pagamentos de pensão alimentícia por divórcio, acordo de separação ou ordem judicial finalizada antes de 1º de janeiro de 2019: Valor anual $_____

☐ Dedução da conta de aposentadoria individual (Individual Retirement Account - IRA): Valor anual $_____

☐ Dedução do empréstimo estudantil (apenas juros e não o pagamento total): Valor anual $_____

☐ Nenhuma

RENDA ANUAL

37. Qual é a sua renda total esperada para o ano civil atual?

38. Qual é a sua renda total esperada para o próximo ano civil, se for diferente?

Obrigado! Isso é tudo que precisamos saber sobre você. Vá para a Etapa 2 Pessoa 2 para acrescentar outro membro do agregado familiar, se necessário. Se não for necessário, vá para a Etapa 3 Membros do agregado familiar indígenas americanos ou nativos do Alasca (AI/AN).

ETAPA 2 Pessoa 2

1. Nome, nome do meio, sobrenome e sufixo

2. Parentesco com a pessoa 1 | Essa pessoa mora com a pessoa 1? ☐ Sim ☐ Não

Se **Não**, forneça o endereço.

3. Data de nascimento (mm/dd/aaaa)

4. Qual sexo foi atribuído a essa pessoa ao nascer? ☐ Masculino ☐ Feminino.
Este é o sexo que consta originalmente na certidão de nascimento.

OPCIONAL: Leia as instruções para Perguntas 5 a 9, Pessoa 1.

5. Qual melhor descreve a identidade de gênero atual dessa pessoa? Selecione até cinco opções
☐ Masculino ☐ Feminino ☐ Homem transgênero/homem trans ☐ Mulher transgênero/mulher trans
☐ Genderqueer/gênero não conforme/não binário/ que não se encaixa exclusivamente no masculino ou no feminino
☐ Identidade de gênero não está listada Especifique _____ ☐ Não sei ☐ Prefiro não responder

6. Qual das opções abaixo melhor descreve a orientação sexual atual dessa pessoa? Selecione até cinco opções
☐ Straight ou heterossexual ☐ Lésbica ou gay ☐ Bissexual ☐ Queer, pansexual ou em questionamento
☐ Orientação sexual não está listada Especifique _____ ☐ Não sei ☐ Prefiro não responder

7. Essa pessoa é de origem ou descendência hispânica ou latina?
☐ Sim, hispânica ou latina ☐ Não, nem hispânica nem latina ☐ Não sei ☐ Prefiro não responder

8. Raça (veja a página 27) | 9. Etnia (veja a página 27)

10. Essa pessoa tem um número de Seguro Social (SSN)? ☐ Sim ☐ Não (opcional se **não** for requerente)
Precisamos do número de Seguro Social (SSN) de toda pessoa que está requerendo uma cobertura de saúde e tem um número.

Para informações importantes sobre SSN e como requerer um SSN, consulte as instruções para a Pergunta 10 Pessoa 1.

Se **Sim**, informe o número ___ ___ ___ - ___ ___ - ___ ___ ___ ___

Se **Não**, marque um dos seguintes motivos.
☐ Exceção para doença ☐ Acabei de requerer ☐ Exceção para não cidadão ☐ Exceção religiosa

O nome neste requerimento é o mesmo que o nome no cartão de Seguro Social dessa pessoa? ☐ Sim ☐ Não

Se **Não**, qual é o nome no cartão do SSN dessa pessoa?

Nome, nome do meio, sobrenome e sufixo

11. Se essa pessoa receber um Crédito Fiscal de Prêmio Antecipado (APTC), ela concorda em fazer uma declaração de imposto de renda do ano fiscal em que os créditos forem recebidos? ☐ Sim ☐ Não

Leia as instruções para Pergunta 11, Pessoa 1.

Se **Sim**, responda às Perguntas de a até d. Se **Não**, vá para a Pergunta d.

a. Essa pessoa é casada perante a lei? ☐ Sim ☐ Não
Se **Não**, vá para a Pergunta 11c.
Se **Sim**, forneça o nome e data de nascimento do cônjuge.

b. Essa pessoa planeja apresentar uma declaração de renda conjunta com o cônjuge, referente ao ano fiscal para o qual está fazendo o requerimento?
☐ Sim ☐ Não

c. Essa pessoa reivindicará dependentes na declaração de imposto de renda federal do ano em que estiver fazendo o requerimento?
☐ Sim ☐ Não
Essa pessoa irá reivindicar uma dedução de isenção pessoal na declaração de renda para toda pessoa listada neste requerimento como dependente, que está inscrita no plano de saúde por meio do Massachusetts Health Connector e cujo prêmio de cobertura é pago total ou parcialmente por pagamentos antecipados. Liste os nomes e datas de nascimento dos dependentes.

d. Essa pessoa será reivindicada como dependente na declaração de imposto de renda federal de outra pessoa para o ano para o qual está fazendo o requerimento? ☐ Sim ☐ Não

Se essa pessoa for declarada como dependente por outra pessoa na declaração de imposto de renda federal, isso poderá afetar a capacidade dessa pessoa de receber um suplemento como crédito de imposto. Não responda **Sim** a esta pergunta se essa pessoa tiver menos de 21 anos e estiver sendo declarada como dependente por um pai ou mãe sem custódia. Se **Sim**, liste o nome do declarante do imposto. _____

Data de nascimento do declarante do imposto _____
Qual é o parentesco dessa pessoa com o declarante do imposto? _____

O declarante do imposto é casado e faz declaração conjunta? ☐ Sim ☐ Não

Se **Sim**, forneça o nome e data de nascimento do cônjuge. _____

Quem mais o declarante do imposto inclui como dependentes? _____

e. Essa pessoa declara o imposto de renda separadamente porque é vítima de abuso doméstico ou abandono? ☐ Sim ☐ Não

12. Essa pessoa está requerendo cobertura de saúde ou odontológica? ☐ Sim ☐ Não
Se **Sim**, responda a todas as perguntas abaixo. Se **Não**, responda às Perguntas 18 e 19, e leia as **Informações de renda** na página 9.

13. Essa pessoa é cidadã dos EUA ou tem nacionalidade dos EUA? ☐ Sim ☐ Não

Se **Sim**, essa pessoa é cidadã naturalizada, tem cidadania derivada ou adquirida (não nasceu nos EUA)? ☐ Sim ☐ Não

Número de estrangeiro _____ Número do certificado de naturalização ou cidadania _____

14. Se essa pessoa não é cidadã, ela tem status de imigração qualificado? ☐ Sim ☐ Não

Leia as instruções para Pergunta 14, Pessoa 1.

a. Se **Sim**, essa pessoa tem um documento de imigração? ☐ Sim ☐ Não

Data de concessão de status (mm/dd/aaaa) _____ (para pessoas agredidas, digite a data em que a petição foi aprovada como sendo devidamente apresentada.)

Status de imigração _____ Tipo de documento de imigração _____
Escolha um ou mais statuses e tipos de documento na lista da página 27.

Número de identificação do documento _____ Número de estrangeiro _____

Data de validade do passaporte ou documento (mm/dd/aaaa) _____ País _____

b. Essa pessoa usou o mesmo nome neste requerimento que usou para obter o status de imigração? ☐ Sim ☐ Não

Se **Não**, que nome essa pessoa usou? Nome, nome do meio, sobrenome e sufixo _____

c. Essa pessoa chegou aos EUA depois de 22 de agosto de 1996? ☐ Sim ☐ Não

d. Essa pessoa é veterana dispensada com honra ou membro ativo das forças armadas dos EUA, ou é cônjuge ou filho de um veterano dispensado com honra ou membro ativo das forças armadas dos EUA? ☐ Sim ☐ Não

e. **Opcional** Essa pessoa é ☐ vítima de tráfico humano grave, ☐ cônjuge, filho(a), irmão(ã), ou pai/mãe de vítima de tráfico humano ☐ cônjuge agredido(a), ou ☐ filho(a) ou pai/mãe de cônjuge agredido(a)?

15. Essa pessoa mora com pelo menos uma criança menor de 19 anos e é a principal cuidadora dessa criança ou dessas crianças?

☐ Sim ☐ Não

Nome(s) e data(s) de nascimento das crianças _____

16. Essa pessoa mora em Massachusetts e pretende residir aqui, mesmo sem endereço fixo, ou entrou em Massachusetts com um compromisso de trabalho ou procurando emprego? ☐ Sim ☐ Não
Se essa pessoa estiver visitando Massachusetts para lazer pessoal ou com o objetivo de receber cuidados médicos em um ambiente diferente de uma instituição de enfermagem, ela deverá responder **Não** a esta pergunta.

17. Essa pessoa tem uma lesão, doença ou deficiência (inclusive uma condição de saúde mental incapacitante) que durou ou deverá durar pelo menos 12 meses? Se for legalmente cego(a), responda **Sim**. ☐ Sim ☐ Não

18. Essa pessoa precisa de adaptações razoáveis devido a uma deficiência ou lesão? ☐ Sim ☐ Não
Se **Sim**, preencha o resto deste requerimento, incluindo o Suplemento C: Acomodações.

19. Essa pessoa está grávida? ☐ Sim ☐ Não
Se **Sim**, quantos bebês está esperando? _____ Qual é a data prevista do parto? _____

20. **Opcional** Essa pessoa tem câncer de mama ou câncer do colo do útero?
☐ Sim ☐ Não (Regras especiais de cobertura podem ser aplicadas.)

21. **Opcional** Essa pessoa é HIV positiva? ☐ Sim ☐ Não (O MassHealth tem regras especiais de cobertura para pessoas com HIV.)

22. Essa pessoa já viveu com uma família de acolhimento (foster care)? ☐ Sim ☐ Não

a. Se **Sim**, em qual estado ela morou com família de acolhimento? _____

b. Essa pessoa estava recebendo assistência médica por meio de um programa estadual do Medicaid? ☐ Sim ☐ Não

INFORMAÇÕES DE RENDA (Você pode enviar comprovantes de toda renda familiar com este requerimento.)

23. Essa pessoa tem alguma renda? ☐ Sim ☐ Não
Se essa pessoa não tem nenhuma renda, vá para a Pergunta 37.

EMPREGO | Se essa pessoa precisar de mais espaço, anexe outra folha de papel.

24. **EMPREGO ATUAL 1:** Nome e endereço do empregador | No. ID fiscal federal

25. a. Salários/gorjetas (antes do imposto) **$** _____ ☐ Semanal ☐ A cada duas semanas ☐ Duas vezes por mês ☐ Mensal ☐ Trimestral ☐ Anual (subtraia todas deduções antes do imposto, como prêmios de seguro de saúde não tributáveis.)
b. Data de início da renda _____

26. Número médio de horas trabalhadas por SEMANA _____

27. Essa pessoa tem emprego sazonal? ☐ Sim ☐ Não. Se **Sim**, em quais meses do ano essa pessoa trabalha?
☐ Jan. ☐ Fev. ☐ Mar. ☐ Abr. ☐ Maio ☐ Jun. ☐ Jul. ☐ Ago. ☐ Set. ☐ Out. ☐ Nov. ☐ Dez.

28. **EMPREGO ATUAL 2:** Nome e endereço do empregador | No. ID fiscal federal

29. a. Salários/gorjetas (antes do imposto) **$** _____ ☐ Semanal ☐ A cada duas semanas ☐ Duas vezes por mês ☐ Mensal ☐ Trimestral ☐ Anual (subtraia todas deduções antes do imposto, como prêmios de seguro de saúde não tributáveis.)
b. Data de início da renda _____

30. Número médio de horas trabalhadas por SEMANA _____

31. Essa pessoa tem emprego sazonal? ☐ Sim ☐ Não. Se **Sim**, em quais meses do ano essa pessoa trabalha?
☐ Jan. ☐ Fev. ☐ Mar. ☐ Abr. ☐ Maio ☐ Jun. ☐ Jul. ☐ Ago. ☐ Set. ☐ Out. ☐ Nov. ☐ Dez.

32. **AUTÔNOMO:** Essa pessoa é trabalhador autônomo? ☐ Sim ☐ Não

a. Se **Sim**, que tipo de trabalho ela faz? _____

b. Em média, qual será a renda líquida dessa pessoa (lucros ou perdas depois do pagamento das despesas comerciais) gerada por esse trabalho autônomo todo mês? $_____/mês **lucro** ou $_____/mês **perda**?

c. Quantas horas essa pessoa trabalha por semana? _____

OUTROS RENDIMENTOS

33. Marque todas as opções. Informe o valor e a frequência em que essa pessoa recebe. **OBSERVAÇÃO: você não precisa informar sobre pensão alimentícia, pagamentos não tributáveis a veteranos de guerra ou Renda Suplementar de Segurança (Supplemental Security Income, SSI).**

☐ Benefícios da Providência Social $ _____ Com que frequência? _____

☐ Desemprego $ _____ Com que frequência? _____

☐ Aposentadoria ou pensão US $ _____ Com que frequência? _____ Fonte _____

☐ Juros, dividendos e outros rendimentos de investimentos $ _____ Com que frequência? _____

☐ Benefícios tributáveis de veterano de guerra $ _____ Com que frequência? _____

☐ Benefícios tributáveis de aposentadoria miliar $ _____ Com que frequência? _____

☐ Pensão alimentícia recebida $ _____ Com que frequência? _____
Se essa pessoa estiver recebendo pagamentos de pensão alimentícia de um divórcio, acordo de separação ou ordem judicial finalizada antes de 1º de janeiro de 2019, insira o valor desses pagamentos aqui. $ _____

☐ Outros rendimentos tributáveis $ _____ Com que frequência? _____ Tipo _____

☐ Renda líquida de aluguel ou royalties: $ _____ /**lucro** ou $ _____ /**perda** Com que frequência? _____

☐ Ganhos de capital: Em média, qual será o ganho líquido ou perda dessa pessoa resultante desse ganho de capital por mês?
$ _____ /**lucro** ou $ _____ /**perda**

☐ Renda líquida de agricultura ou pesca: $ _____ /**lucro** ou $ _____ /**perda** Quantas horas por semana? _____

☐ Prêmios de loteria e jogos de azar: $ _____ Data efetiva _____
Com que frequência? ☐ Uma única vez ☐ Semanal ☐ A cada duas semanas ☐ Duas vezes por mês ☐ Mensal ☐ Anual
Prêmios não monetários não são contabilizados como ganhos qualificados em loterias e jogos de azar. Não inclua nenhuma perda no valor.

RENDA EM UMA ÚNICA VEZ

34. Essa pessoa recebeu ou receberá renda durante este ano civil como um pagamento único? ☐ Sim ☐ Não
Um exemplo pode ser um pagamento à vista de pensão.
Se **Sim**: Tipo: _____ Valor $ _____ Mês recebido _____ Ano recebido _____

35. Essa pessoa irá receber renda durante o próximo ano civil como um pagamento único? ☐ Sim ☐ Não
Se **Sim**: Tipo: _____ Valor $ _____ Mês recebido _____ Ano recebido _____

DEDUÇÕES

36. Que abatimentos essa pessoa relata na declaração de imposto de renda?
Leia as instruções para Pergunta 36, Pessoa 1.

☐ Despesas de educadores: Valor anual $_____

☐ Certas despesas comerciais de reservistas, artistas performáticos ou funcionários públicos que recebem honorários: Valor anual $_____

☐ Dedução da conta poupança de saúde (Health Savings Account): Valor anual $_____

☐ Despesas de mudança para membros das Forças Armadas: Valor anual $_____

☐ Parte dedutível do imposto de trabalho autônomo: Valor anual $_____

☐ Contribuição para planos de aposentadoria para autônomos, como SEP, SIMPLE e outros planos qualificados: Valor anual $_____

☐ Dedução do seguro de saúde de autônomo: Valor anual $_____

☐ Multa por saque antecipado de poupança: Valor anual $_____

☐ Pagamentos de pensão alimentícia por divórcio, acordo de separação ou ordem judicial finalizada antes de 1º de janeiro de 2019: Valor anual $_____

☐ Dedução da conta de aposentadoria individual (Individual Retirement Account - IRA): Valor anual $_____

☐ Dedução do empréstimo estudantil (apenas juros e não o pagamento total): Valor anual $_____

☐ Nenhuma

RENDA ANUAL

37. Qual é a renda total esperada dessa pessoa para o ano civil atual?

38. Qual é a renda total esperada dessa pessoa para o próximo ano civil, se for diferente?

Obrigado! Isso é tudo que precisamos saber sobre essa pessoa. Vá para a Etapa 2 Pessoa 3 para acrescentar outro membro do agregado familiar, se necessário. Se não for necessário, vá para a Etapa 3 Membros do agregado familiar indígenas americanos ou nativos do Alasca (AI/AN).

ETAPA 2 Pessoa 3

1. Nome, nome do meio, sobrenome e sufixo

2. Parentesco com a Pessoa 1 | Parentesco com a Pessoa 2 | Essa pessoa mora com a pessoa 1? ☐ Sim ☐ Não

Se **Não**, forneça o endereço.

3. Data de nascimento (mm/dd/aaaa)

4. Qual sexo foi atribuído a essa pessoa ao nascer? ☐ Masculino ☐ Feminino.
Este é o sexo que consta originalmente na certidão de nascimento.

OPCIONAL: Leia as instruções para Perguntas 5 a 9, Pessoa 1.

5. Qual melhor descreve a identidade de gênero atual dessa pessoa? Selecione até cinco opções

☐ Masculino ☐ Feminino ☐ Homem transgênero/homem trans ☐ Mulher transgênero/mulher trans
☐ Genderqueer/gênero não conforme/não binário/ que não se encaixa exclusivamente no masculino ou no feminino
☐ Identidade de gênero não está listada Especifique _____ ☐ Não sei ☐ Prefiro não responder

6. Qual das opções abaixo melhor descreve a orientação sexual atual dessa pessoa? Selecione até cinco opções

☐ Straight ou heterossexual ☐ Lésbica ou gay ☐ Bissexual ☐ Queer, pansexual ou em questionamento
☐ Orientação sexual não listada Especifique _____ ☐ Não sei ☐ Prefiro não responder

7. Esta pessoa é de origem ou descendência hispânica ou latina?

☐ Sim, hispânica ou latina ☐ Não, nem hispânica nem latina ☐ Não sei ☐ Prefiro não responder

8. Raça (veja a página 27) | 9. Etnia (veja a página 27)

10. Essa pessoa tem um número de Seguro Social (SSN)? ☐ Sim ☐ Não (opcional se **não** se aplicar)
Precisamos do número de Seguro Social (SSN) de toda pessoa que está requerendo uma cobertura de saúde e tem um número.

Para informações importantes sobre SSN e como requerer o SSN, consulte as instruções para a Pergunta 10 Pessoa 1.

Se **Sim**, informe o número ___ ___ ___ - ___ ___ - ___ ___ ___ ___

Se **Não**, marque um dos seguintes motivos.

☐ Exceção para doença ☐ Acabei de requerer ☐ Exceção para não cidadão ☐ Exceção religiosa

O nome neste requerimento é o mesmo que o nome no cartão de Seguro Social dessa pessoa? ☐ Sim ☐ Não

Se **Não**, qual é o nome no cartão do SSN dessa pessoa?

Nome, nome do meio, sobrenome e sufixo

11. Se essa pessoa receber um Crédito Fiscal de Prêmio Antecipado (APTC), ela concorda em fazer uma declaração de imposto de renda do ano fiscal em que os créditos forem recebidos? ☐ Sim ☐ Não

Leia as instruções para Pergunta 11, Pessoa 1.

Se **Sim**, responda às Perguntas de a até d. Se **Não**, vá para a Pergunta d.

a. Essa pessoa é casada perante a lei? ☐ Sim ☐ Não

Se **Não**, vá para a Pergunta 11c.

Se **Sim**, forneça o nome e data de nascimento do cônjuge.

_____

b. Essa pessoa planeja apresentar uma declaração de renda conjunta com o cônjuge, referente ao ano fiscal para o qual está fazendo o requerimento? ☐ Sim ☐ Não

c. Essa pessoa reivindicará dependentes na declaração de imposto de renda federal do ano em que estiver fazendo o requerimento?
☐ Sim ☐ Não

Essa pessoa irá reivindicar uma dedução de isenção pessoal na declaração de renda para toda pessoa listada neste requerimento como dependente, que está inscrita no plano de saúde por meio do Massachusetts Health Connector e cujo prêmio de cobertura é pago total ou parcialmente por pagamentos antecipados. Liste os nomes e datas de nascimento dos dependentes.

_____

d. Essa pessoa será reivindicada como dependente na declaração de imposto de renda federal de outra pessoa para o ano para o qual está fazendo o requerimento? ☐ Sim ☐ Não

Se essa pessoa for declarada como dependente por outra pessoa na declaração de imposto de renda federal, isso poderá afetar a capacidade dessa pessoa de receber um suplemento como crédito de imposto. Não responda **Sim** a esta pergunta se essa pessoa tiver menos de 21 anos e estiver sendo declarada como dependente por um pai ou mãe sem custódia. Se **Sim**, liste o nome do declarante do imposto. _____

Data de nascimento do declarante do imposto _____
Qual é o parentesco dessa pessoa com o declarante do imposto? _____

O declarante do imposto é casado e faz declaração conjunta? ☐ Sim ☐ Não

Se **Sim**, forneça o nome e data de nascimento do cônjuge. _____

Quem mais o declarante do imposto inclui como dependentes? _____

e. Essa pessoa declara o imposto de renda separadamente porque é vítima de abuso doméstico ou abandono? ☐ Sim ☐ Não

12. Essa pessoa está requerendo cobertura de saúde ou odontológica? ☐ Sim ☐ Não
Se **Sim**, responda a todas as perguntas abaixo. Se **Não**, responda às Perguntas 18 e 19, e leia as **Informações de renda**.

13. Essa pessoa é cidadã dos EUA ou tem nacionalidade dos EUA? ☐ Sim ☐ Não

Se **Sim**, essa pessoa é cidadã naturalizada, tem cidadania derivada ou adquirida (não nasceu nos EUA)? ☐ Sim ☐ Não

Número de estrangeiro _____ Número do certificado de naturalização ou cidadania _____

14. Se essa pessoa não é cidadã, ela tem status de imigração qualificado? ☐ Sim ☐ Não

Leia as instruções para Pergunta 14, Pessoa 1.

a. Se **Sim**, essa pessoa tem um documento de imigração? ☐ Sim ☐ Não

Data de concessão de status (mm/dd/aaaa) _____ (para pessoas agredidas, digite a data em que a petição foi aprovada como sendo devidamente apresentada.)

Status de imigração _____ Tipo de documento de imigração _____
Escolha um ou mais status e tipos de documento na lista da página 27.

Número de identificação do documento _____ Número de estrangeiro _____

Data de validade do passaporte ou documento (mm/dd/aaaa) _____ País _____

b. Essa pessoa usou o mesmo nome neste requerimento que usou para obter o status de imigração? ☐ Sim ☐ Não

Se **Não**, que nome essa pessoa usou? Nome, nome do meio, sobrenome e sufixo _____

c. Essa pessoa chegou aos EUA depois de 22 de agosto de 1996? ☐ Sim ☐ Não

d. Essa pessoa é veterana dispensada com honra ou membro ativo das forças armadas dos EUA, ou é cônjuge ou filho de um veterano dispensado com honra ou membro ativo das forças armadas dos EUA? ☐ Sim ☐ Não

e. **Opcional** Essa pessoa é ☐ vítima de tráfico humano grave ☐ cônjuge, filho(a), irmão(ã), ou pai/mãe de vítima de tráfico humano ☐ cônjuge agredido(a), ou ☐ filho(a) ou pai/mãe de cônjuge agredido(a)?

15. Essa pessoa mora com pelo menos uma criança menor de 19 anos e é a principal cuidadora dessa criança ou dessas crianças?

☐ Sim ☐ Não

Nome(s) e data(s) de nascimento da(s) criança(s) _____

16. Essa pessoa mora em Massachusetts e pretende residir aqui, mesmo sem endereço fixo, ou entrou em Massachusetts com um compromisso de trabalho ou procurando emprego? ☐ Sim ☐ Não
Se essa pessoa estiver visitando Massachusetts para lazer pessoal ou com o objetivo de receber cuidados médicos em um ambiente diferente de uma instituição de enfermagem, ela deverá responder **Não** a esta pergunta.

17. Essa pessoa tem uma lesão, doença ou deficiência (inclusive uma condição de saúde mental incapacitante) que durou ou deverá durar pelo menos 12 meses? Se for legalmente cego(a), responda **Sim**. ☐ Sim ☐ Não

18. Essa pessoa precisa de adaptações razoáveis devido a uma deficiência ou lesão? ☐ Sim ☐ Não
Se **Sim**, preencha o resto deste requerimento, incluindo o Suplemento C: Acomodações.

19. Essa pessoa está grávida? ☐ Sim ☐ Não
Se **Sim**, quantos bebês está esperando? _____ Qual é a data prevista do parto? _____

20. **Opcional** Essa pessoa tem câncer de mama ou câncer do colo do útero?
☐ Sim ☐ Não (Regras especiais de cobertura podem ser aplicadas.)

21. **Opcional** Essa pessoa é HIV positiva? ☐ Sim ☐ Não (O MassHealth tem regras especiais de cobertura para pessoas com HIV.)

22. Essa pessoa já viveu com uma família de acolhimento (foster care)? ☐ Sim ☐ Não

a. Se **Sim**, em qual estado ela morou com família de acolhimento? _____

b. Essa pessoa estava recebendo assistência médica por meio de um programa estadual do Medicaid? ☐ Sim ☐ Não

INFORMAÇÕES DE RENDA (Você pode enviar comprovantes de toda renda familiar com este requerimento.)

23. Essa pessoa tem alguma renda? ☐ Sim ☐ Não
Se essa pessoa não tem nenhuma renda, vá para a Pergunta 37.

EMPREGO | Se essa pessoa essa pessoa precisar de mais espaço, anexe outra folha de papel.

24. **EMPREGO ATUAL 1:** Nome e endereço do empregador | No. ID fiscal federal

25. a. Salários/gorjetas (antes do imposto) **$** _____ ☐ Semanal ☐ A cada duas semanas ☐ Duas vezes por mês ☐ Mensal ☐ Trimestral ☐ Anual (subtraia todas deduções antes do imposto, como prêmios de seguro de saúde não tributáveis.)
b. Data de início da renda _____

26. Número médio de horas trabalhadas por SEMANA _____

27. Essa pessoa tem emprego sazonal? ☐ Sim ☐ Não. Se **Sim**, em quais meses do ano essa pessoa trabalha?
☐ Jan. ☐ Fev. ☐ Mar. ☐ Abr. ☐ Maio ☐ Jun. ☐ Jul. ☐ Ago. ☐ Set. ☐ Out. ☐ Nov. ☐ Dez.

28. **EMPREGO ATUAL 2:** Nome e endereço do empregador | No. ID fiscal federal

29. a. Salários/gorjetas (antes do imposto) **$** _____ ☐ Semanal ☐ A cada duas semanas ☐ Duas vezes por mês ☐ Mensal ☐ Trimestral ☐ Anual (subtraia todas deduções antes do imposto, como prêmios de seguro de saúde não tributáveis.)
b. Data de início da renda _____

30. Número médio de horas trabalhadas por SEMANA _____

31. Essa pessoa tem emprego sazonal? ☐ Sim ☐ Não. Se **Sim**, em quais meses do ano essa pessoa trabalha?
☐ Jan. ☐ Fev. ☐ Mar. ☐ Abr. ☐ Maio ☐ Jun. ☐ Jul. ☐ Ago. ☐ Set. ☐ Out. ☐ Nov. ☐ Dez.

32. **AUTÔNOMO:** Essa pessoa é trabalhador autônomo? ☐ Sim ☐ Não

a. Se **Sim**, que tipo de trabalho ela faz? _____

b. Em média, qual será a renda líquida dessa pessoa (lucros ou perdas depois do pagamento das despesas comerciais) gerada por esse trabalho autônomo todo mês? $_____/mês **lucro** ou $_____/mês **perda**

c. Quantas horas essa pessoa trabalha por semana? _____

OUTROS RENDIMENTOS

33. Marque todas as opções que se aplicam. Informe o valor e a frequência em que recebe. **OBSERVAÇÃO: você não precisa informar sobre pensão alimentícia, pagamentos não tributáveis a veteranos de guerra ou Renda Suplementar de Segurança (Supplemental Security Income, SSI).**

☐ Benefícios da Providência Social $ _____ Com que frequência? _____

☐ Desemprego $ _____ Com que frequência? _____

☐ Aposentadoria ou pensão US $ _____ Com que frequência? _____ Fonte _____

☐ Juros, dividendos e outros rendimentos de investimentos $ _____ Com que frequência? _____

☐ Benefícios tributáveis de veterano de guerra $ _____ Com que frequência? _____

☐ Benefícios tributáveis de aposentadoria miliar $ _____ Com que frequência? _____

☐ Pensão alimentícia recebida $ _____ Com que frequência? _____

Se essa pessoa estiver recebendo pagamentos de pensão alimentícia de um divórcio, acordo de separação ou ordem judicial finalizada antes de 1º de janeiro de 2019, insira o valor desses pagamentos aqui. $ _____

☐ Outros rendimentos tributáveis $ _____ Com que frequência? _____ Tipo _____

☐ Renda líquida de aluguel ou royalties: $ _____ /**lucro** ou $ _____ /**perda** Com que frequência? _____

☐ Ganhos de capital: Em média, qual será o ganho líquido ou perda dessa pessoa resultante desse ganho de capital por mês?
$ _____ /**lucro** ou $ _____ /**perda**

☐ Renda líquida de agricultura ou pesca: $ _____ /**lucro** ou $ _____ /**perda** Quantas horas por semana? _____

☐ Prêmios de loteria e jogos de azar: $ _____ Data efetiva _____
Com que frequência? ☐ Uma única vez ☐ Semanal ☐ A cada duas semanas ☐ Duas vezes por mês ☐ Mensal ☐ Anual
Prêmios não monetários não são contabilizados como ganhos qualificados em loterias e jogos de azar. Não inclua nenhuma perda no valor.

RENDA EM UMA ÚNICA VEZ

34. Essa pessoa recebeu ou receberá renda durante este ano civil como um pagamento único? ☐ Sim ☐ Não
Um exemplo pode ser um pagamento à vista de pensão.
Se **Sim**: Tipo: _____ Valor $ _____ Mês recebido _____ Ano recebido _____

35. Essa pessoa irá receber renda durante o próximo ano civil como um pagamento único? ☐ Sim ☐ Não
Se **Sim**: Tipo: _____ Valor $ _____ Mês recebido _____ Ano recebido _____

DEDUÇÕES

36. Que abatimentos essa pessoa relata na declaração de imposto de renda?

Leia as instruções para Pergunta 36, Pessoa 1.

☐ Despesas de educadores: Valor anual $_____

☐ Certas despesas comerciais de reservistas, artistas performáticos ou funcionários públicos que recebem honorários: Valor anual $_____

☐ Dedução da conta poupança de saúde (Health Savings Account): Valor anual $_____

☐ Despesas de mudança para membros das Forças Armadas: Valor anual $_____

☐ Parte dedutível do imposto de trabalho autônomo: Valor anual $_____

☐ Contribuição para planos de aposentadoria para autônomos, como SEP, SIMPLE e outros planos qualificados: Valor anual $_____

☐ Dedução do seguro de saúde de autônomo: Valor anual $_____

☐ Multa por saque antecipado de poupança: Valor anual $_____

☐ Pagamentos de pensão alimentícia por divórcio, acordo de separação ou ordem judicial finalizada antes de 1º de janeiro de 2019: Valor anual $_____

☐ Dedução da conta de aposentadoria individual (Individual Retirement Account - IRA): Valor anual $_____

☐ Dedução do empréstimo estudantil (apenas juros e não o pagamento total): Valor anual $_____

☐ Nenhuma

RENDA ANUAL

37. Qual é a renda total esperada dessa pessoa para o ano civil atual?

38. Qual é a renda total esperada dessa pessoa para o próximo ano civil, se for diferente?

Obrigado! Isso é tudo que precisamos saber sobre essa pessoa. Vá para a Etapa 2 Pessoa 4 para acrescentar outro membro do agregado familiar, se necessário. Se não for necessário, vá para a Etapa 3 Membros do agregado familiar indígenas americanos ou nativos do Alasca (AI/AN).

ETAPA 2 Pessoa 4 (Se mais de quatro pessoas, esta é a Pessoa ___)

Se precisar incluir mais de quatro pessoas neste requerimento, faça download ou uma cópia das páginas de informação em branco da Etapa 2 Pessoa 4 ANTES de preenchê-las. Ao preencher as páginas adicionais, não deixe de informar como as pessoas se relacionam entre si no requerimento.

1. Nome, nome do meio, sobrenome e sufixo

2. Parentesco com a Pessoa 1 | Parentesco com a Pessoa 2 | Parentesco com a Pessoa 3?

Essa pessoa mora com a pessoa 1? ☐ Sim ☐ Não

Se **Não**, forneça o endereço.

3. Data de nascimento (mm/dd/aaaa)

4. Qual sexo foi atribuído a essa pessoa ao nascer? ☐ Masculino ☐ Feminino.
Este é o sexo que consta originalmente na certidão de nascimento.

OPCIONAL: Leia as instruções para Perguntas 5 a 9, Pessoa 1.

5. Qual melhor descreve a identidade de gênero atual dessa pessoa? Selecione até cinco opções
☐ Masculino ☐ Feminino ☐ Homem transgênero/homem trans ☐ Mulher transgênero/mulher trans
☐ Genderqueer/gênero não conforme/não binário/ que não se encaixa exclusivamente no masculino ou no feminino
☐ Identidade de gênero não listada Especifique _____ ☐ Não sei ☐ Prefiro não responder

6. Qual das opções abaixo melhor descreve a orientação sexual atual dessa pessoa? Selecione até cinco opções
☐ Straight ou heterossexual ☐ Lésbica ou gay ☐ Bissexual ☐ Queer, pansexual ou em questionamento
☐ Orientação sexual não está listada Especifique _____ ☐ Não sei ☐ Prefiro não responder

7. Esta pessoa é de origem ou descendência hispânica ou latina?
☐ Sim, hispânica ou latina ☐ Não, nem hispânica nem latina ☐ Não sei ☐ Prefiro não responder

8. Raça (veja a página 27) | 9. Etnia (veja a página 27)

10. Essa pessoa tem um número de Seguro Social (SSN)? ☐ Sim ☐ Não (opcional se **não** se aplicar)
Precisamos do número de Seguro Social (SSN) de toda pessoa que está requerendo uma cobertura de saúde e tem um número.

Para informações importantes sobre SSN e como requerer um SSN, consulte as instruções para a Pergunta 10 Pessoa 1.

Se **Sim**, informe o número ___ ___ ___ - ___ ___ - ___ ___ ___ ___

Se **Não**, marque um dos seguintes motivos. ☐ Acabei de requerer ☐ Exceção para não cidadão ☐ Exceção religiosa

O nome neste requerimento é o mesmo que o nome no cartão de Seguro Social dessa pessoa? ☐ Sim ☐ Não

Se **Não**, qual é o nome no cartão do SSN dessa pessoa?

Nome, nome do meio, sobrenome e sufixo

11. Se essa pessoa receber um Crédito Fiscal de Prêmio Antecipado (APTC), ela concorda em fazer uma declaração de imposto de renda do ano fiscal em que os créditos forem recebidos? ☐ Sim ☐ Não

Leia as instruções para Pergunta 11, Pessoa 1.

Se **Sim**, responda às Perguntas de a até d. Se **Não**, vá para a Pergunta d.

a. Essa pessoa é casada perante a lei? ☐ Sim ☐ Não

Se **Não**, vá para a Pergunta 11c.

Se **Sim**, forneça o nome e data de nascimento do cônjuge. _____

b. Essa pessoa planeja apresentar uma declaração de renda conjunta com o cônjuge, referente ao ano fiscal para o qual está fazendo o requerimento? ☐ Sim ☐ Não

c. Essa pessoa reivindicará dependentes na declaração de imposto de renda federal do ano em que estiver fazendo o requerimento?
☐ Sim ☐ Não

Essa pessoa irá reivindicar uma dedução de isenção pessoal na declaração de renda para toda pessoa listada neste requerimento como dependente, que está inscrita no plano de saúde por meio do Massachusetts Health Connector e cujo prêmio de cobertura é pago total ou parcialmente por pagamentos antecipados. Liste os nomes e datas de nascimento dos dependentes.

_____

d. Essa pessoa será reivindicada como dependente na declaração de imposto de renda federal de outra pessoa para o ano para o qual está fazendo o requerimento? ☐ Sim ☐ Não

Se essa pessoa for declarada como dependente por outra pessoa na declaração de imposto de renda federal, isso poderá afetar a capacidade dessa pessoa de receber um suplemento como crédito de imposto. Não responda **Sim** a esta pergunta se essa pessoa tiver menos de 21 anos e estiver sendo declarada como dependente por um pai ou mãe sem custódia. Se **Sim**, liste o nome do declarante do imposto. _____

Data de nascimento do declarante do imposto _____
Qual é o parentesco dessa pessoa com o declarante do imposto? _____

O declarante do imposto é casado e faz declaração conjunta? ☐ Sim ☐ Não

Se **Sim**, forneça o nome e data de nascimento do cônjuge. _____

Quem mais o declarante do imposto inclui como dependentes? _____

e. Essa pessoa declara o imposto de renda separadamente porque é vítima de abuso doméstico ou abandono? ☐ Sim ☐ Não

12. Essa pessoa está requerendo cobertura de saúde ou odontológica? ☐ Sim ☐ Não
Se **Sim**, responda a todas as perguntas abaixo. If **Não**, responda às Perguntas 18 e 19, e leia as **Informações de renda**.

13. Essa pessoa é cidadã dos EUA ou tem nacionalidade dos EUA? ☐ Sim ☐ Não

Se **Sim** , essa pessoa é cidadã naturalizada, tem cidadania derivada ou adquirida (não nasceu nos EUA)? ☐ Sim ☐ Não

Número de estrangeiro _____ Número do certificado de naturalização ou cidadania _____

14. Se essa pessoa não é cidadã, ela tem status de imigração qualificado? ☐ Sim ☐ Não

Leia as instruções para Pergunta 14, Pessoa 1.

a. Se **Sim**, essa pessoa tem um documento de imigração? ☐ Sim ☐ Não

Data de concessão de status (mm/dd/aaaa) _____ (para pessoas agredidas, digite a data em que a petição foi aprovada como sendo devidamente apresentada.)

Status de imigração _____ Tipo de documento de imigração _____
Escolha um ou mais statuses e tipos de documento na lista da página 27.

Número de identificação do documento _____ Número de estrangeiro _____

Data de validade do passaporte ou documento (mm/dd/aaaa) _____ País _____

b. Essa pessoa usou o mesmo nome neste requerimento que usou para obter o status de imigração? ☐ Sim ☐ Não

Se **Não**, que nome essa pessoa usou? Nome, nome do meio, sobrenome e sufixo _____

c. Essa pessoa chegou aos EUA depois de 22 de agosto de 1996? ☐ Sim ☐ Não

d. Essa pessoa é veterana dispensada com honra ou membro ativo das forças armadas dos EUA, ou é cônjuge ou filho de um veterano dispensado com honra ou membro ativo das forças armadas dos EUA? ☐ Sim ☐ Não

e. **Opcional** Essa pessoa é ☐ vítima de tráfico humano grave ☐ cônjuge, filho(a), irmão(ã), ou pai/mãe de vítima de tráfico humano ☐ cônjuge agredido(a) ou ☐ filho(a) ou pai/mãe de cônjuge agredido(a)?

15. Essa pessoa mora com pelo menos um filho menor de 19 anos e é sua principal cuidadora? ☐ Sim ☐ Não

Nome(s) e data(s) de nascimento da(s) criança(s) _____

16. Essa pessoa mora em Massachusetts e pretende residir aqui, mesmo sem endereço fixo, ou entrou em Massachusetts com um compromisso de trabalho ou procurando emprego? ☐ Sim ☐ Não
Se essa pessoa estiver visitando Massachusetts para lazer pessoal ou com o objetivo de receber cuidados médicos em um ambiente diferente de uma instituição de enfermagem, ela deverá responder **Não** a esta pergunta.

17. Essa pessoa tem uma lesão, doença ou deficiência (inclusive uma condição de saúde mental incapacitante) que durou ou deverá durar pelo menos 12 meses? Se for legalmente cego, responda **Sim**. ☐ Sim ☐ Não

18. Essa pessoa precisa de adaptações razoáveis devido a uma deficiência ou lesão? ☐ Sim ☐ Não
Se **Sim**, preencha o resto deste requerimento, incluindo o Suplemento C: Acomodações.

19. Essa pessoa está grávida? ☐ Sim ☐ Não
Se **Sim**, quantos bebês está esperando? _____ Qual é a data prevista do parto? _____

20. **Opcional** Essa pessoa tem câncer de mama ou câncer do colo do útero?
☐ Sim ☐ Não (Regras especiais de cobertura podem ser aplicadas.)

21. **Opcional** Essa pessoa é HIV positiva? ☐ Sim ☐ Não (O MassHealth tem regras especiais de cobertura para pessoas com HIV.)

22. Essa pessoa já viveu com uma família de acolhimento (foster care)? ☐ Sim ☐ Não

a. Se **Sim**, em qual estado ela morou com família de acolhimento? _____

b. Essa pessoa estava recebendo assistência médica por meio de um programa estadual do Medicaid? ☐ Sim ☐ Não

INFORMAÇÕES DE RENDA (Você pode enviar comprovantes de toda renda familiar com este requerimento.)

23. Essa pessoa tem alguma renda? ☐ Sim ☐ Não
Se essa pessoa não tem nenhuma renda, vá para a Pergunta 37.

EMPREGO | Se essa pessoa precisar de mais espaço, anexe outra folha de papel.

24. **EMPREGO ATUAL 1:** Nome e endereço do empregador | No. ID fiscal federal

25. a. Salários/gorjetas (antes do imposto) **$** _____ ☐ Semanal ☐ A cada duas semanas ☐ Duas vezes por mês ☐ Mensal ☐ Trimestral ☐ Anual (subtraia todas deduções antes do imposto, como prêmios de seguro de saúde não tributáveis.)
b. Data de início da renda _____

26. Número médio de horas trabalhadas por SEMANA _____

27. Essa pessoa tem emprego sazonal? ☐ Sim ☐ Não. Se **Sim**, em quais meses do ano essa pessoa trabalha?
☐ Jan. ☐ Fev. ☐ Mar. ☐ Abr. ☐ Maio ☐ Jun. ☐ Jul. ☐ Ago. ☐ Set. ☐ Out. ☐ Nov. ☐ Dez.

28. **EMPREGO ATUAL 2:** Nome e endereço do empregador | No. ID fiscal federal

29. a. Salários/gorjetas (antes do imposto) **$** _____ ☐ Semanal ☐ A cada duas semanas ☐ Duas vezes por mês ☐ Mensal ☐ Trimestral ☐ Anual (subtraia todas deduções antes do imposto, como prêmios de seguro de saúde não tributáveis.)
b. Data de início da renda _____

30. Número médio de horas trabalhadas por SEMANA _____

31. Essa pessoa tem emprego sazonal? ☐ Sim ☐ Não. Se **Sim**, em quais meses do ano essa pessoa trabalha?
☐ Jan. ☐ Fev. ☐ Mar. ☐ Abr. ☐ Maio ☐ Jun. ☐ Jul. ☐ Ago. ☐ Set. ☐ Out. ☐ Nov. ☐ Dez.

32. **AUTÔNOMO:** Essa pessoa é trabalhador autônomo? ☐ Sim ☐ Não

a. Se **Sim**, que tipo de trabalho ela faz? _____

b. Em média, qual será a renda líquida dessa pessoa (lucros ou perdas depois do pagamento das despesas comerciais) gerada por esse trabalho autônomo todo mês? $_____/mês **lucro** ou $_____/mês **perda**?

c. Quantas horas essa pessoa trabalha por semana? _____

OUTROS RENDIMENTOS

33. Marque todas as opções que se aplicam. Informe o valor e a frequência em que essa pessoa recebe. **OBSERVAÇÃO: você não precisa informar sobre pensão alimentícia, pagamentos não tributáveis a veteranos de guerra ou Renda Suplementar de Segurança (Supplemental Security Income, SSI).**

☐ Benefícios da Providência Social $ _____ Com que frequência? _____

☐ Desemprego $ _____ Com que frequência? _____

☐ Aposentadoria ou pensão US $ _____ Com que frequência? _____ Fonte _____

☐ Juros, dividendos e outros rendimentos de investimentos $ _____ Com que frequência? _____

☐ Benefícios tributáveis de veterano de guerra $ _____ Com que frequência? _____

☐ Benefícios tributáveis de aposentadoria miliar $ _____ Com que frequência? _____

☐ Pensão alimentícia recebida $ _____ Com que frequência? _____
Se essa pessoa estiver recebendo pagamentos de pensão alimentícia de um divórcio, acordo de separação ou ordem judicial finalizada antes de 1º de janeiro de 2019, insira o valor desses pagamentos aqui. $ _____

☐ Outros rendimentos tributáveis $ _____ Com que frequência? _____ Tipo _____

☐ Renda líquida de aluguel ou royalties: $ _____ /**lucro** ou $ _____ /**perda** Com que frequência? _____

☐ Ganhos de capital: Em média, qual será o ganho líquido ou perda dessa pessoa resultante desse ganho de capital por mês?
$ _____ /**lucro** ou $ _____ /**perda**

☐ Renda líquida de agricultura ou pesca: $ _____ /**lucro** ou $ _____ /**perda** Quantas horas por semana? _____

☐ Prêmios de loteria e jogos de azar: $ _____ Data efetiva _____
Com que frequência? ☐ Uma única vez ☐ Semanal ☐ A cada duas semanas ☐ Duas vezes por mês ☐ Mensal ☐ Anual
Prêmios não monetários não são contabilizados como ganhos qualificados em loterias e jogos de azar. Não inclua nenhuma perda no valor.

RENDA EM UMA ÚNICA VEZ

34. Essa pessoa recebeu ou receberá renda durante este ano civil como um pagamento único? ☐ Sim ☐ Não
Um exemplo pode ser um pagamento à vista de pensão.
Se **Sim**: Tipo: _____ Valor $ _____ Mês recebido _____ Ano recebido _____

35. Essa pessoa irá receber renda durante o próximo ano civil como um pagamento único? ☐ Sim ☐ Não
Se **Sim**: Tipo: _____ Valor $ _____ Mês recebido _____ Ano recebido _____

DEDUÇÕES

36. Que abatimentos essa pessoa relata na declaração de imposto de renda?

Leia as instruções para Pergunta 36, Pessoa 1.

☐ Despesas de educadores: Valor anual $_____

☐ Certas despesas comerciais de reservistas, artistas performáticos ou funcionários públicos que recebem honorários: Valor anual $_____

☐ Dedução da conta poupança de saúde (Health Savings Account): Valor anual $_____

☐ Despesas de mudança para membros das Forças Armadas: Valor anual $_____

☐ Parte dedutível do imposto de trabalho autônomo: Valor anual $_____

☐ Contribuição para planos de aposentadoria para autônomos, como SEP, SIMPLE e outros planos qualificados: Valor anual $_____

☐ Dedução do seguro de saúde de autônomo: Valor anual $_____

☐ Multa por saque antecipado de poupança: Valor anual $_____

☐ Pagamentos de pensão alimentícia por divórcio, acordo de separação ou ordem judicial finalizada antes de 1º de janeiro de 2019: Valor anual $_____

☐ Dedução da conta de aposentadoria individual (Individual Retirement Account - IRA): Valor anual $_____

☐ Dedução do empréstimo estudantil (apenas juros e não o pagamento total): Valor anual $_____

☐ Nenhuma

RENDA ANUAL

37. Qual é a renda total esperada dessa pessoa para o ano civil atual?

38. Qual é a renda total esperada dessa pessoa para o próximo ano civil, se for diferente?

Obrigado! Isso é tudo que precisamos saber sobre essa pessoa. Vá para a Etapa 3 Membros do agregado familiar indígenas americanos ou nativos do Alasca (AI/AN).

ETAPA 3 Membros do agregado familiar indígenas americanos ou nativos do Alasca (AI/AN).

Você ou uma pessoa do seu agregado familiar é indígena americana ou nativa do Alasca? ☐ Sim ☐ Não

Se **Não**, vá para a Etapa 4.

Se **Sim**, preencha o resto deste requerimento, incluindo o **Suplemento B: Membro do agregado familiar indígena americano ou nativo do Alasca**.

ETAPA 4 Contas médicas anteriores

Você ou qualquer pessoa listada no pedido tem contas de serviços médicos recebidas nos três meses anteriores ao mês em que enviou este requerimento? ☐ Sim ☐ Não

Se **Sim**, o MassHealth talvez possa pagar essas contas se você se qualificar durante o período de tempo solicitado. Talvez seja necessário que você forneça ao MassHealth comprovantes de renda, tamanho da família, endereço, deficiência, gravidez ou seguro de saúde durante o período de tempo solicitado.

Liste abaixo todas as pessoas que estão solicitando o pagamento de contas médicas anteriores.

Nome	Data mais antiga solicitada	Circunstâncias mudaram nesse período? ☐ Sim ☐ Não
Nome	Data mais antiga solicitada	Circunstâncias mudaram nesse período? ☐ Sim ☐ Não

ETAPA 5 Cobertura de saúde do seu agregado familiar

As regulamentações do MassHealth exigem que os membros obtenham e mantenham um seguro de saúde disponível, incluindo o seguro de saúde disponível por meio de um empregador. Para determinar se você e membros do seu agregado familiar se qualificam para o MassHealth. Podemos solicitar a você e seu empregador informações adicionais sobre seu acesso à cobertura de seguro de saúde oferecido pelo empregador. É preciso que você coopere e forneça as informações necessárias para manter sua qualificação (elegibilidade), incluindo comprovação de ter obtido ou mantido seguro de saúde disponível, caso contrário seus benefícios do MassHealth poderão ser encerrados. Consulte o Livreto para membros para obter mais informações.

1. Alguma pessoa incluída neste requerimento recebeu **oferta** de cobertura de saúde por meio do emprego mas **NÃO SE INSCREVEU** para recebê-lo? ☐ Sim ☐ Não
   Responda **Sim**, mesmo que esse seguro seja do trabalho de outra pessoa, como um cônjuge, mesmo que essa pessoa não more no agregado familiar. Se **Sim**, você precisa preencher e incluir o **Suplemento A: Cobertura de saúde por meio de empregos**, e o restante deste requerimento.
   Nomes das pessoas às quais foi oferecido seguro _____

2. Alguma pessoa se qualifica ou está **inscrita** em algum dos seguintes tipos de cobertura de saúde? ☐ Sim ☐ Não
   Se **Sim**, verifique o tipo de cobertura e escreva o nome da pessoa ao lado da cobertura que tem.
   Responda **Sim**, mesmo que esse seguro seja de outra pessoa, como um cônjuge, mesmo que essa pessoa não more no agregado familiar.

   ☐ Inscrita no **Medicare** ou se qualifica para o Medicare Parte A sem nenhum prêmio.
   Nomes das pessoas cobertas _____
   Data de início _____ Data de término _____ No. de ID do Medicare _____

   ☐ Qualificada para benefícios de saúde do **Corpo da Paz** . . . . . Data de início _____ Data de término _____
   Nomes das pessoas cobertas _____

   ☐ Qualificada para **TRICARE** ou um programa de benefícios de saúde para funcionários federais.
   Data de início _____ Data de término _____
   Nomes das pessoas cobertas _____
   Número da apólice ou ID do membro _____

   ☐ Inscrita em um **programa de saúde para veteranos de guerra (VA).** Data de início _____ Data de término _____
   Nomes das pessoas cobertas _____

   ☐ **MassHealth**
   Nomes das pessoas cobertas _____

   ☐ Inscrita na **cobertura do empregador**. Se alguma pessoa neste requerimento estiver inscrita na cobertura do empregador, você precisa preencher e incluir o **Suplemento A: Cobertura de saúde pelo emprego**.
   Nome do empregador _____ Nome do plano _____
   Nomes dos membros do agregado familiar cobertos _____
   Número da apólice ou ID do membro _____ Data de início _____ Data de término _____

   ☐ **Outras coberturas** (incluindo COBRA ou planos de saúde para aposentados)
   Data de início _____ Data de término _____
   Nomes das pessoas cobertas _____
   Número da apólice ou ID do membro _____

ETAPA 6 Acordos de reembolso de saúde

Alguma pessoa no agregado familiar recebe Acordos de Reembolso de Saúde (HRAs) do empregador? ☐ Sim ☐ Não

Nomes das pessoas	Data de nascimento

Nome do empregador

ID de contribuinte federal

Tipo de HRA oferecido pelo empregador ☐ Acordo de Reembolso de Saúde do Pequeno Empregador Qualificado (QSEHRA)
☐ Acordo de Reembolso de Saúde de Cobertura Individual (ICHRA)

Data de início	Data de término	Insira o valor máximo anual do benefício de cobertura individual

Se você tiver um Acordo de Reembolso de Saúde de Pequeno Empregador Qualificado (QSEHRA), você pretende usar os benefícios de cobertura familiar QSEHRA do seu empregador? ☐ Sim ☐ Não

Se você tiver QSEHRA, digite o valor máximo anual do benefício de cobertura familiar por meio do QSEHRA.

Alguma pessoa no agregado familiar pretende aceitar um benefício do Acordo de Reembolso de Saúde de Cobertura Individual (ICHRA) do empregador dessa pessoa? ☐ Sim ☐ Não

Nomes das pessoas	Data de nascimento

Nome do empregador

ID de contribuinte federal

Tipo de HRA oferecido pelo empregador ☐ Acordo de Reembolso de Saúde do Pequeno Empregador Qualificado (QSEHRA)
☐ Acordo de Reembolso de Saúde de Cobertura Individual (ICHRA)

Data de início	Data de término	Insira o valor máximo anual do benefício de cobertura individual

Se você tiver um Acordo de Reembolso de Saúde de Pequeno Empregador Qualificado (QSEHRA), você pretende usar os benefícios de cobertura familiar QSEHRA do seu empregador? ☐ Sim ☐ Não

Se você tiver QSEHRA, digite o valor máximo anual do benefício de cobertura familiar por meio do QSEHRA.

Alguma pessoa no agregado familiar pretende aceitar um benefício do Acordo de Reembolso de Saúde de Cobertura Individual (ICHRA) do empregador dessa pessoa? ☐ Sim ☐ Não

ETAPA 7 Informações dos pais

Responda a estas perguntas sobre cada criança com menos de 18 anos que esteja listada neste requerimento, mas que não tenha dois pais responsáveis listados neste requerimento.

1. Alguma criança foi adotada por uma família monoparental? ☐ Sim ☐ Não
   Se **Sim**, nome(s) da(s) criança(s) _____
2. Alguma criança tem um pai ou uma mãe que faleceu? ☐ Sim ☐ Não
   Se **Sim**, nome(s) da(s) criança(s) _____
3. Alguma criança tem pai/mãe cuja identidade é desconhecida? ☐ Sim ☐ Não
   Se **Sim**, nome(s) da(s) criança(s) _____
4. Alguma criança tem pai ou uma mãe que não mora com ela e que não consta nas perguntas anteriores? ☐ Sim ☐ Não
   Se **Sim**, nome(s) da(s) criança(s) _____

ETAPA 8 Leia e assine este requerimento.

PARA REQUERENTES DO MASSHEALTH E HEALTH CONNECTOR

Declaro, em meu nome, e em nome de todas as pessoas listadas neste requerimento, que compreendo e concordo, a saber:

1. O MassHealth pode exigir que as pessoas qualificadas se inscrevam em um seguro de saúde patrocinado pelo empregador, se esse seguro atender aos critérios do programa MassHealth Premium Assistance.
2. Os empregadores de pessoas qualificadas podem ser notificados e cobrados de acordo com os regulamentos do MassHealth por quaisquer serviços que hospitais ou centros de saúde comunitários prestem a essas pessoas e que sejam pagos pela Health Safety Net.
3. Talvez eu tenha que pagar um prêmio de seguro pela cobertura de saúde para mim e outras pessoas listadas neste requerimento. A falta de pagamento de qualquer prêmio devido pode fazer com que o estado deduza o valor devido das restituições dos impostos das pessoas responsáveis. Se eu for de origem indígena americana ou nativa do Alasca, talvez não precise pagar prêmios ao MassHealth.
4. O MassHealth tem o direito de dar prosseguimento e obter dinheiro de terceiros que possam ser obrigados a pagar serviços de saúde prestados a pessoas qualificadas inscritas nos programas do MassHealth. Tais terceiros podem incluir outras seguradoras de saúde, cônjuges, pais obrigados a pagar assistência médica ou indivíduos obrigados a pagar indenizações por acidentes. As pessoas qualificadas devem cooperar com o MassHealth ao estabelecer o suporte de terceiros e ao obter pagamentos de terceiros para si próprias e para qualquer pessoa cujos direitos elas possam outorgar legalmente. As pessoas qualificadas podem estar isentas desta obrigação se acreditarem e informarem ao MassHealth que a cooperação poderia causar danos a elas ou a qualquer pessoa cujos direitos elas possam outorgar legalmente.
5. Um pai/mãe e/ou responsável por filhos menores deverá concordar em cooperar com os esforços do estado para obter apoio médico de um pai/mãe ausente, a menos que acreditem e informem ao MassHealth que a cooperação prejudicará as crianças ou o pai/mãe ou responsável.
6. Pessoas qualificadas que forem feridas em um acidente, ou de alguma outra forma, e receberem dinheiro de terceiros devido a esse acidente ou lesão, deverão usar esse dinheiro para reembolsar o MassHealth ou a Health Safety Net por determinados serviços prestados.
7. As pessoas qualificadas deverão informar ao MassHealth ou à Health Safety Net, por escrito, dentro de dez dias corridos, ou o mais rapidamente possível, sobre qualquer sinistro de seguro ou processos movidos por causa de acidente ou lesão.
8. O status deste requerimento poderá ser compartilhado com um hospital, centro de saúde comunitário, outro provedor médico ou agências federais ou estaduais, quando necessário para tratamento, pagamento, operações ou administração dos programas listados acima.
9. Desde que permitido por lei, depois do envio de notificação e de dar oportunidade de recurso, o MassHealth pode impor um gravame em qualquer imóvel de propriedade de um membro qualificado do MassHealth ou no qual o membro qualificado tenha participação legal, se o membro estiver recebendo cuidados de longo prazo em uma instituição de enfermagem ou outra instituição médica e o MassHealth determinar não haver expectativa razoável de o membro retornar para casa. Se o MassHealth impuser um gravame em tal propriedade e esta for vendida posteriormente, o dinheiro da venda dessa propriedade poderá ser usado para reembolsar o MassHealth pelos serviços médicos prestados.
10. Desde que permitido por lei e a menos que haja alguma exceção, no caso de qualquer pessoa qualificada com 55 anos ou mais que recebe serviços e apoio de longo prazo (LTSS), ou de qualquer pessoa qualificada e independentemente da idade, que recebe ajuda do MassHealth para pagar cuidados de longo prazo em uma instituição com serviços de enfermagem ou outra instituição médica, o MassHealth tentará recuperar do espólio da pessoa morta qualificada, o valor do custo total dos cuidados prestados, conforme permitido por lei. Para obter mais informações sobre a recuperação de bens por meio do espólio, acesse mass.gov/EstateRecovery.
11. Desde que permitido por lei, o MassHealth procurará obter dinheiro de um Fundo Fiduciário de Qualificado para Necessidades Especiais pertencente a um indivíduo qualificado após a morte, pelo custo total do cuidado. O custo total do cuidado inclui o custo do MassHealth pago diretamente pelo cuidado (Fee for Service [pagamento por serviços]) e o valor total pago a um plano de saúde (como uma Organização de Cuidados Responsáveis (ACO) ou um plano One Care) pelo cuidado, independentemente dos serviços que o membro possa ter recebido.
12. As pessoas qualificadas deverão informar ao(s) programa(s) de assistência médica em que se inscreverem sobre quaisquer alterações na renda ou emprego delas próprias ou de membros do agregado familiar, tamanho da família, cobertura de seguro de saúde, prêmios de seguro de saúde e status de imigração, ou sobre alterações em quaisquer outras informações constantes neste requerimento e suplementos em até dez dias corridos ao saber da mudança. As pessoas qualificadas podem informar mudanças ligando para **(800) 841-2900**; TDD/TTY: 711. Uma mudança nas informações pode afetar a qualificação de tais pessoas ou das pessoas do agregado familiar.

    Você pode informar mudanças das seguintes maneiras.

    - Acesse sua conta em **MAhealthConnector.org**. Você pode criar uma conta online se ainda não tiver uma conta.
    - Envie as informações da mudança para **Health Insurance Processing Center PO Box 4405 Taunton, MA 02780**.
    - Envie as informações sobre mudança pelo fax **(857) 323-8300**.
13. O MassHealth, o Massachusetts Health Connector e a Health Safety Net obterão dos empregadores e seguradoras de saúde atuais e anteriores das pessoas qualificadas todas as informações sobre a cobertura do seguro de saúde para essas pessoas. O MassHealth pode compartilhar informações sobre minha pessoa e membros do meu agregado familiar com meus empregadores e/ou seguradoras de saúde para obter essas informações. Isso inclui, mas não se limita a, informações sobre apólices, prêmios, cosseguros, franquias e benefícios cobertos que estão, podem estar ou deveriam estar disponíveis para essas pessoas ou membros do seu agregado familiar.

14. O MassHealth, o Massachusetts Health Connector e a Health Safety Net podem obter registros ou dados sobre pessoas listadas neste requerimento, provenientes de fontes e programas de dados federais e estaduais, como a Administração da Previdência Social (SSA), o Departamento da Receita Federal (IRS), o Departamento de Segurança Nacional (DHS), o Departamento da Receita (DOR) e o Registro de Veículos Automotores (RMV), e também de fontes de dados privados, incluindo instituições financeiras, 1) para comprovar qualquer informação fornecida neste requerimento ou em quaisquer suplementos, ou outras informações fornecidas quando a pessoa se tornar um membro, 2) para documentar serviços médicos solicitados ou prestados a tais pessoas, e 3) em apoio à continuação de sua qualificação.
15. Com respeito ao processo de qualificação e inscrição, o MassHealth, o Massachusetts Health Connector e a Health Safety Net podem enviar avisos que contenham informações pessoais sobre as pessoas listadas neste requerimento, para outras pessoas neste requerimento ou comunicar essas informações a essas pessoas.
16. De acordo com a lei federal, não é permitido discriminação com base em raça, cor, nacionalidade, sexo, idade, orientação sexual, identidade de gênero ou deficiência. Posso apresentar uma queixa de discriminação, acessando hhs.gov/ocr/complaints/index.html.
17. Concordo em permitir que o Massachusetts Health Connector use dados de renda, inclusive informações de declarações de imposto de renda para determinar minha qualificação em anos futuros. Leia a Política de Privacidade do Health Connector para obter mais informações sobre como o Health Connector usa suas informações fiscais. O Massachusetts Health Connector enviará um aviso e permitirá que eu faça mudanças no requerimento de qualificação. Entendo que, se me qualificar a um Crédito Fiscal de Prêmio Antecipado (APTC) ou ConnectorCare, esses pagamentos serão feitos diretamente à(s) minha(s) seguradora(s) selecionada(s). A aceitação do APTC ou do ConnectorCare poderá afetar minha responsabilidade fiscal anual. Terei opção de requerer todo, parte ou nenhum valor do APTC ao qual eu possa me qualificar quanto ao prêmio mensal.
18. Concordo que o MassHealth ou qualquer pessoa agindo em nome do MassHealth pode entrar em contato comigo, incluindo por correio, e-mail, chamada telefônica ou mensagem de texto, para qualquer comunicação sobre minha relação com o MassHealth ou minhas necessidades, meus benefícios, elegibilidade ou cobertura de atendimento de saúde, utilizando as informações de contato que eu fornecer, agora ou no futuro, ou informações que obtemos de uma fonte de dados confiável. Essas chamadas telefônicas e mensagens de texto podem utilizar tecnologia automatizada, como sistema de discagem telefônica automática ou mensagens de voz artificiais ou pré-gravadas. Tarifas padrão de mensagens de texto e de dados podem ser cobradas. Também concordo que o MassHealth pode obter, usar ou compartilhar minhas informações com o objetivo de coordenar outros benefícios relacionados à saúde para os quais eu possa estar qualificado(a) a receber.
19. As informações neste pedido foram lidas por mim ou por alguém mais, incluindo quaisquer anexos e páginas de instruções.Entendo que o Livreto para membros do MassHealth contém informações importantes sobre este requerimento.
20. Tenho permissão de todas as pessoas listadas neste requerimento (ou seus pais ou outro representante autorizado legalmente) para enviar este requerimento. Tenho também permissão para agir em nome dessas pessoas para preencher este requerimento e todo processo de qualificação relacionado, incluindo o seguinte
    - Apresentar informações pessoais sobre essas pessoas, inclusive informações de saúde, cobertura de saúde e renda, tendo em consideração que as informações podem ser fornecidas pelo Massachusetts Health Connector, MassHealth e Health Safety Net, e dar consentimento em nome delas para uso e divulgação de suas informações conforme descrito neste requerimento;
    - Fazer escolhas sobre as opções de cobertura e métodos de comunicação com o Massachusetts Health Connector, MassHealth ou Health Safety;
    - Fazer alterações no requerimento ou documentos de qualificação relacionados e apresentar informações sobre qualquer alteração nas circunstâncias dessas pessoas;
    - Oferecer consentimento em nome dessas pessoas para usar fontes governamentais e privadas para verificar as informações descritas neste requerimento.
21. Entendo meus direitos e responsabilidades e os direitos e responsabilidades de todas as pessoas listadas neste pedido, conforme explicado nesta Etapa 8.
22. Contei ou contarei a todas as pessoas listadas neste requerimento (ou seus pais ou representante legalmente autorizado, se aplicável) sobre esses direitos e responsabilidades para que elas os entendam.
23. Entendo e concordo que o MassHealth, a Health Safety Net e o Massachusetts Health Connector tratarão qualquer assinatura eletrônica ou enviada por fax, ou cópia da assinatura, da mesma maneira que uma assinatura original.
24. Entendo que o MassHealth
    - está autorizado a solicitar os números de Seguro Social (SSNs), conforme previsto nas leis federais e estaduais;
    - utiliza números de Seguro Social para verificar a renda e outras informações, e determinar quem se qualifica a receber ajuda para os custos da cobertura de saúde;
    - utiliza os SSNs para detectar fraudes, verificar se alguém está recebendo benefícios duplicados ou se outras pessoas devem pagar pelos serviços; e
    - faz a correspondência do SSN de qualquer pessoa do agregado familiar que esteja se candidatando e de qualquer pessoa que tenha ou possa obter seguro de saúde para qualquer pessoa do agregado familiar, com os arquivos de agências e instituições financeiras.
25. Entendo que, se o MassHealth pagar parte dos prêmios de seguro de saúde de qualquer pessoa, o MassHealth acrescenta o SSN ou o SSN desse titular da apólice ao arquivo de fornecedores do Controlador do Estado.
26. Entendo que o titular da apólice precisa ter um número de SSN válido antes de receber um pagamento do MassHealth.
27. As informações que eu forneci são corretas e completas, até onde eu saiba, sobre mim e outras pessoas listadas neste pedido.
28. Posso estar sujeito a penalidades de acordo com a lei federal, se apresentar informações falsas ou não verdadeiras de maneira intencional.

Se uma pessoa não tiver um SSN ou precisar de ajuda para obtê-lo, ligue para a Administração da Previdência Social (Social Security Administration) pelo telefone (800) 772-1213, TTY: (800) 325-0778, ou acesse socialsecurity.gov. Para uma explicação completa sobre como utilizamos o seu número de Seguro Social, consulte o Livreto para membros para cobertura de saúde e odontológica e ajuda para pagar os custos.

PARA REQUERENTES DO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA NUTRICIONAL SUPLEMENTAR (SUPPLEMENTAL NUTRITIONAL ASSISTANCE PROGRAM - SNAP)

PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA NUTRICIONAL SUPLEMENTAR (SNAP)

Se você marcou a caixa na página 1, o MassHealth enviará este requerimento ao Departamento de Assistência Transicional (DTA - Department of Transitional Assistance). Este documento servirá como seu requerimento do SNAP! Se você se qualificar, seu SNAP começará a partir da data em que o DTA receber este requerimento do MassHealth. Ao assinar abaixo, você está concordando que leu e concorda com seus direitos, responsabilidades e penalidades previstas no programa SNAP.

Você pode se qualificar para os benefícios do SNAP em de 7 dias contados a partir da data em que o DTA receber este requerimento, se:

- Sua renda e dinheiro no banco totalizam menos do que suas despesas mensais com habitação, ou
- Sua renda mensal é inferior a $150 e o total do seu dinheiro no banco é $100 ou menos, ou
- Você é um trabalhador migrante e o total do seu dinheiro no banco é $100 ou menos.

Para obter mais informações sobre o SNAP em Massachusetts, acesse mass.gov/SNAP.

Aviso de Direitos, Responsabilidades e Penalidades do Departamento de Assistência Transicional

Este aviso enumera os direitos e responsabilidades de todos os programas do SNAP.

Leia estas páginas e guarde-as em seus arquivos.

Contate o DTA se tiver alguma dúvida.

Declaro sob pena de perjúrio que:

- Li as informações neste formulário ou alguém as leu para mim.
- Minhas respostas neste formulário são verdadeiras e completas, pelo que eu saiba.
- Darei ao DTA informações que sejam verdadeiras e completas, pelo que eu saiba, durante minha entrevista e futuramente.

Compreendo que:

- fornecer informações falsas ou enganosas é fraude,
- distorcer ou omitir fatos para obter benefícios do DTA é fraude,
- uma fraude é considerada uma Violação Intencional do Programa (Intentional Program Violation - IPV) e
- se acreditar que cometi fraude, o DTA poderá aplicar penalidades civis e criminais contra mim.

Também compreendo que:

- O DTA irá verificar as informações fornecidas no meu requerimento. Se alguma informação for falsa, o DTA poderá negar meus benefícios.
- Também posso estar sujeito a processo criminal por fornecer informações falsas.
- Se o DTA obtiver informações de uma fonte confiável sobre uma mudança em meu agregado familiar, o valor do meu benefício poderá ser alterado.
- Pela minha assinatura neste formulário, estou dando permissão ao DTA para verificar minha qualificação (elegibilidade) para benefícios, incluindo:
  - Obter informações de outras agências estaduais ou federais, autoridades locais de habitação, departamentos de programas assistenciais de fora do estado, instituições financeiras e da Equifax Workforce Solutions (The Work Number). Também dou permissão a essas agências para que compartilhem informações sobre a qualificação (elegibilidade) de meu agregado familiar para o recebimento de benefícios do DTA.
  - Se o DTA usar informações da Equifax sobre a renda de meu agregado familiar, tenho direito de receber uma cópia gratuita do meu relatório da Equifax, se eu a solicitar no prazo de 60 dias da decisão do DTA. Tenho o direito de questionar as informações contidas no relatório. Posso contatar a Equifax no seguinte endereço ou telefone: Equifax Workforce Solutions, 11432 Lackland Road, St. Louis, MO 63146, 1-800-996-7566 (ligação gratuita).
- Tenho direito a uma cópia do meu requerimento, incluindo as informações que o DTA usa para decidir se meu agregado familiar se qualifica ou não, e para decidir o valor dos benefícios. Posso pedir ao DTA uma cópia eletrônica do requerimento preenchido.

Como o DTA usará minhas informações?

Pela minha assinatura abaixo, dou permissão ao DTA para obter informações e compartilhar informações sobre mim e sobre os membros do meu agregado familiar com:

- Bancos, escolas, governo, empregadores, locadores, empresas de serviços de utilidade pública e outras agências, para verificar se me qualifico para receber benefícios.
- Empresas de eletricidade, gás e telefone para que eu possa obter descontos nos serviços públicos. As empresas não podem compartilhar minhas informações ou usá-las para nenhuma outra finalidade.
- O Departamento de Habitação e Desenvolvimento Comunitário (Department of Housing and Urban Development) para inscrever-me no Programa Aquecimento e Alimentação (Heat & Eat Program). Este programa ajuda as pessoas a obter o máximo possível de benefícios do SNAP.
- O Departamento de Educação Primária e Secundária (Department of Elementary and Secondary Education - DESE) para que meus filhos possam receber refeições gratuitas na escola.
- O Programa Mulheres, Bebês e Crianças (Women, Infants & Children - WIC) para que qualquer criança com menos de 5 anos ou mulheres grávidas em meu agregado familiar possam receber benefícios do WIC.
- Os Serviços de Cidadania e Imigração dos EUA (The United States Citizenship and Immigration Services - USCIS), para verificar minha situação imigratória. As informações do USCIS podem afetar a qualificação dos meus familiares e o valor dos benefícios do DTA.

Observação: mesmo se você não se qualificar para benefícios devido ao seu status imigratório, o DTA não irá denunciá-lo às autoridades de imigração, a menos que você mostre ao DTA uma ordem final de deportação.

- O Departamento da Receita (Department of Revenue - DOR) para verificar minha qualificação para créditos fiscais com base na renda recebida e renda limitada, e para determinar se me qualifico para o “status de não pagamento de imposto” ou status de dificuldade econômica.
- O Departamento de Crianças e Famílias (Department of Children and Families - DCF) para coordenar os serviços oferecidos conjuntamente pelo DTA e DCF.

Como o DTA usa o número de Seguro Social

O DTA pode pedir os SSNs de acordo com a Lei de Alimentos e Nutrição de 2008 (7 USC 2011-2036) para o SNAP e de acordo com as M.G.L. (Leis Gerais de Massachusetts) c. 18 Seção 33 para TAFDC e EAEDC. O DTA usa os SSNs para:

- Verificar a identidade e qualificação de cada membro do agregado familiar que inscrevo por meio de programas de correspondência de dados.
- Monitorar a conformidade com as regras do programa.
- Arrecadar dinheiro se o DTA alegar que recebi benefícios para os quais não me qualificava.
- Ajudar as autoridades a apreender pessoas que estão se escondendo das autoridades.

Entendo que não preciso fornecer ao DTA o SSN de qualquer pessoa em meu agregado familiar que não seja cidadão e que não deseje receber benefícios. A renda de uma pessoa que não é cidadão pode contar mesmo que essa pessoa que não é cidadão não receba benefícios.

Direito a um intérprete

Compreendo que:

- Tenho direito a um intérprete profissional gratuito fornecido pelo DTA se preferir me comunicar em um idioma diferente do inglês.
- Se eu tiver uma audiência no DTA, posso pedir ao DTA que providencie um intérprete profissional gratuito ou, se preferir, posso levar uma outra pessoa para interpretar para mim. Se eu precisar que o DTA providencie um intérprete para a audiência, preciso ligar para a Divisão de Audiências pelo menos uma semana antes da data da audiência.

Direito de se registrar para votar

Compreendo que:

- Tenho o direito de me registrar para votar por intermédio do DTA.
- O DTA me ajudará a preencher o formulário de requerimento de registro de eleitor, se eu precisar de ajuda.
- Posso preencher o formulário de requerimento de registro de eleitor em particular.
- Requerer o registro ou recusar o registro para votar não afetará meus benefícios do DTA.

Oportunidades de emprego

Concordo que o DTA pode compartilhar meu nome e informações de contato com provedores de treinamento ou potenciais empregadores, incluindo:

- Provedores SNAP Path to Work ou especialistas DTA para clientes SNAP; e
- Provedores contratados e de treinamento, ou funcionários com engajamento completo para clientes do Programa de Apoio Transitório a Famílias com Filhos Dependentes (Transitional Aid to Families with Dependent Children - TAFDC).

Os clientes do SNAP podem participar voluntariamente de serviços de educação e treinamento profissional por meio do programa Caminho para o Trabalho (Path to Work) do SNAP.

Situação de cidadania

Juro que todos os membros da minha casa que estão requerendo benefícios do DTA são cidadãos americanos ou residentes legais que não são cidadãos.

Programa de Assistência Nutricional Suplementar (SNAP)

Compreendo que:

- O DTA administra o programa SNAP em Massachusetts.
- Quando apresento um requerimento ao DTA (por telefone, online, pessoalmente ou por correio ou fax), o DTA tem 30 dias a partir da data em que recebeu meu requerimento para decidir se me qualifico.
  - Se me qualificar para o SNAP acelerado (emergencial), o DTA deve me fornecer o SNAP e garantir que eu tenha um cartão de Transferência Eletrônica de Benefícios (EBT - Electronic Benefit Transfer) no prazo de 7 dias a partir da data em que receber meu requerimento.
  - Tenho o direito de falar com um supervisor do DTA se:

    O DTA me informar que não me qualifico para benefícios de emergência do SNAP e eu discordar disso.

    Me qualificar para benefícios de emergência do SNAP, mas não receber meus benefícios até o 7º dia após o meu requerimento ao SNAP.
    Eu me qualificar para benefícios de emergência do SNAP, mas não receber meu cartão de EBT até o 7º dia após o meu requerimento para o SNAP.
- Quando recebo o SNAP, eu preciso seguir determinadas regras. Quando eu for aprovado para o SNAP, o DTA me dará uma cópia do folheto "Seu Direito de Saber" (Your Right to Know) e do folheto do Programa SNAP. Lerei os folhetos ou alguém os lerá para mim. Se tiver alguma pergunta ou precisar de ajuda para ler ou entender estas informações, posso ligar para o DTA pelo telefone 1-877-382-2363.
- Informar ao DTA sobre mudanças em meu agregado familiar:
  - Se eu for um agregado familiar que usa o Relatório Simplificado SNAP (SNAP Simplified Reporting), não preciso informar a maioria das mudanças ao DTA até a hora de entregar o Relatório Interino ou a Recertificação. As únicas coisas que tenho de informar antes são:

    Se a renda do meu agregado familiar ultrapassar o limite de renda bruta (informado no meu aviso de aprovação).
- Tenho que informar isso até o dia 10 dia do mês seguinte ao mês em que minha renda ultrapassou tal limite.

  Se eu tiver que cumprir as Regras de Trabalho para Adultos Fisicamente Capazes Sem Dependentes (Able-Bodied Adults Without Dependents - ABAWD) e minhas horas de trabalho caírem para menos de 20 horas por semana.
  - Se todos na minha casa tiverem 60 anos ou mais, sejam incapacitados, ou tenham menos de 18 anos, e ninguém tenha rendimentos provenientes de trabalho, as únicas coisas que tenho de informar são:

    Se alguém começar a trabalhar, ou

    Se alguém entrar ou deixar meu agregado familiar.
- Devo informar essas mudanças até o dia 10 do mês seguinte ao mês em que ocorreu a mudança.
  - Se eu obtiver o SNAP por meio da Alternativa de Benefícios Transitórios (Transitional Benefits Alternative - TBA) porque parei de receber meu TAFDC, não preciso informar nenhuma mudança ao DTA durante os 5 meses nos quais receber o TBA.
  - Se eu obtiver o SNAP por meio do Projeto de Requerimento Combinado do Bay State (Bay State CAP), não preciso informar nenhuma alteração ao DTA.

Se eu e todas as pessoas no meu agregado familiar recebermos assistência em dinheiro (TAFDC ou EAEDC), devo informar certas alterações ao DTA no prazo de 10 dias da alteração.

Poderei obter mais benefícios do SNAP se informar e fornecer, a qualquer momento, comprovantes ao DTA do seguinte:

- Custos de cuidados de crianças ou outros dependentes, custos de abrigo e/ou custos de serviços de utilidade pública;
- Pensão alimentícia que eu (ou alguém do meu agregado familiar) seja legalmente obrigado a pagar a uma pessoa fora de meu agregado familiar; e
- Despesas médicas com pessoas do meu agregado familiar, inclusive eu mesmo, que tenha 60 anos ou mais ou seja incapacitado.

Regras de trabalho para clientes do SNAP: se você recebe benefícios do SNAP e tem de 16 a 59 anos, pode ser necessário que cumpra as regras gerais de trabalho do SNAP ou as regras de trabalho para Adultos Fisicamente Capazes Sem Dependentes (Able-Bodied Adults Without Dependents - ABAWD), a menos que esteja isento deste requisito. O DTA informará a mim e aos membros do meu agregado familiar se precisarmos cumprir alguma regra de trabalho, quais são as isenções e o que acontecerá se não cumprirmos as regras.

Se estiver sob as Regras de Trabalho do SNAP, você precisa:

- Se registrar para trabalhar no momento da inscrição e quando se recertificar para o SNAP. Você se registra quando assina o formulário de inscrição ou recertificação do SNAP.
- Fornecer informações ao DTA sobre sua situação empregatícia quando o DTA as solicitar.
- Apresentar-se a um empregador, se for encaminhado pelo DTA.
- Aceitar uma oferta de emprego (a menos que tenha um bom motivo para não fazer isso).
- Não deixar um emprego onde trabalha mais de 30 horas por semana sem motivo justo.
- Reduzir suas horas de trabalho para menos de 30 horas por semana sem motivo justo.

Regras do SNAP

- Não fornecer informações falsas ou ocultar informações visando obter benefícios do SNAP.
- Não trocar ou vender benefícios do SNAP.
- Não alterar os cartões de EBT para obter benefícios do SNAP para os quais você não se qualifica.
- Não usar os benefícios do SNAP para comprar itens que não podem ser comprados, como bebidas alcoólicas e tabaco.
- Não usar os benefícios SNAP ou o cartão EBT de outra pessoa, a menos que você seja um representante autorizado ou que o titular do cartão tenha dado a você permissão para usar o cartão em nome dele.

Advertências de penalidades do SNAP

Entendo que se eu ou qualquer pessoa do meu agregado familiar do SNAP violar intencionalmente qualquer uma das regras enumeradas acima, essa pessoa não se qualificará para o SNAP por um ano após a primeira violação, por dois anos após a segunda violação e permanentemente após a terceira violação. Essa pessoa também pode ser multada em até $250.000, condenada à prisão por até 20 anos, ou ambos. Ela também pode estar sujeita a processos de acordo com leis federais e estaduais.

Entendo também as penalidades a seguir. Se eu ou uma pessoa do meu agregado familiar do SNAP:

- Cometer uma Violação Intencional do Programa (Intentional Program Violation - IPV) envolvendo dinheiro, eu ou essa pessoa não se qualificará para o SNAP pelo mesmo período em que não se qualificar para receber assistência em dinheiro.
- Fizer uma declaração fraudulenta sobre a minha ou a identidade ou residência dessa pessoa para obter múltiplos benefícios do SNAP ao mesmo tempo, eu ou essa pessoa não se qualificará para o SNAP por dez anos.
- Trocar (comprar ou vender) benefícios do SNAP por substâncias controladas/drogas ilícitas, eu ou essa pessoa não se qualificará para o SNAP por dois anos na primeira ocorrência, e permanentemente na segunda ocorrência.
- Trocar (comprar ou vender) benefícios do SNAP por armas de fogo, munições ou explosivos, eu ou essa pessoa não se qualificará para o SNAP permanentemente.
- Fizer uma oferta para vender benefícios SNAP ou um cartão EBT online ou pessoalmente, o Estado pode impor uma IPV a mim ou a essa pessoa.
- Pagar alimentos comprados a crédito, eu ou essa pessoa não se qualificará para o SNAP.
- Comprar produtos com benefícios do SNAP com a intenção de descartar o conteúdo e devolver as embalagens para receber dinheiro, eu ou essa pessoa não se qualificará para o SNAP.
- Fugir para evitar processo, custódia ou confinamento após condenação por um crime, eu ou essa pessoa não se qualificará para o SNAP.
- Violar liberdade supervisionada ou liberdade condicional, quando as autoridades estiverem tentando nos prender-nos, eu ou essa pessoa não se qualificará para o SNAP.

Toda pessoa que tenha sido condenada por crime qualificado depois de 7 de fevereiro de 2014 não se qualifica para benefícios do SNAP, se for criminosa em fuga ou violando sua liberdade supervisionada ou liberdade condicional —de acordo com a 7 CFR §273.11(n) - e se foi condenada como adulto por:

1. Abuso sexual qualificado no âmbito da seção 2241 do título 18, do U.S.C.;
2. Assassinato no âmbito da seção 1111 do título 18, do U.S.C.;
3. Qualquer ofensa no âmbito do capítulo 110 do título 18, do U.S.C.;
4. Um crime federal ou estadual envolvendo estupro, conforme definido na seção 40002(a) da Lei de Prevenção da Violência contra Mulheres (VAWA - Violence Against Women Act) de 1994 (42 U.S.C. 13925a); ou
5. Um crime no âmbito das leis estaduais, determinado pelo Procurador-Geral como sendo substancialmente semelhante a um dos crimes descritos nesta lista.

Declaração de não discriminação

De acordo com a lei federal de direitos civis e as regulamentações e políticas de direitos civis do Departamento de Agricultura dos EUA (USDA), esta instituição está proibida de discriminar com base em raça, cor, origem nacional, sexo (incluindo identidade de gênero e orientação sexual), crença religiosa, deficiência, idade, crenças políticas ou represália ou retaliação por atividades anteriores de direitos civis.

As informações do programa podem ser disponibilizadas em idiomas que não sejam o inglês. Pessoas com deficiência que necessitarem de meios alternativos de comunicação para obterem informações sobre o programa (p.ex., Braille, caracteres grandes, gravações de áudio, Língua de Sinais Americana [ASL], etc.) deverão entrar em contato com o órgão (estadual ou local) onde fizeram o requerimento de benefícios. Indivíduos que forem surdos, tiverem problemas de audição ou deficiências de fala podem entrar em contato com o USDA por meio do Federal Relay Service (Serviço de Retransmissão Federal), pelo telefone (800) 877-8339.

Para registrar uma reclamação de discriminação de programa, a pessoa reclamante deve preencher o Formulário AD-3027, o Formulário de Reclamação de Discriminação de Programa do USDA (USDA Program Discrimination Complaint Form), que pode ser obtido online em: https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf, em qualquer escritório do USDA, ligando para (833) 620-1071, ou escrevendo uma carta endereçada ao USDA. A carta deve conter o nome, endereço, número de telefone e uma descrição da suposta ação discriminatória em detalhes suficientes para informar o(a) Secretário(a) Assistente de Direitos Civis (ASCR) sobre a natureza e a data de uma suposta violação dos direitos civis. O formulário AD-3027 preenchido ou a carta devem ser enviados por:

1. correio:
   Food and Nutrition Service, USDA
   1320 Braddock Place, Room 334
   Alexandria, VA 22314; ou
2. fax:
   (833) 256 1665 ou (202)-690-7442; ou
3. e-mail:
   FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

Esta instituição é um provedor que oferece igualdade de oportunidades.

ASSINE ESTE REQUERIMENTO - OBRIGATÓRIO

Ao assinar este requerimento abaixo, certifico, sob pena de perjúrio, que as informações e declarações que fiz neste requerimento são verdadeiras e completas, pelo que eu saiba., e concordo em aceitar e cumprir os direitos e responsabilidades dos programas do MassHealth e do Health Connector.

Se eu indiquei que estou requerendo entrar para o Programa de Assistência Nutricional Suplementar (SNAP) na página 1 deste requerimento, certifico que compreendo e concordo com os direitos, regras e penalidades do programa SNAP, conforme descritos acima. Solicito que o MassHealth envie minhas informações, incluindo Informações de Saúde Protegidas sujeitas à Lei de Portabilidade e Responsabilidade de Seguro Saúde (Health Insurance Portability and Accountability Act - HIPAA), ao Departamento de Assistência Transitória (DTA) para fins de solicitação de benefícios do SNAP.

Importante: somente para requerentes do MassHealth e Health Connector. Se estiver enviando este requerimento como um representante autorizado, deverá nos enviar um **Formulário de Designação de Representante Autorizado do MassHealth** (ARD) ou já ter registrado um formulário para processarmos este requerimento. O ARD está no final deste requerimento.

Assinatura de Pessoa 1, representante autorizado ou parte responsável	Nome em letra de fôrma
.....	Data

Se tiver menos de 18 anos, você é menor emancipado? ☐ Sim ☐ Não

Se **Não**, um responsável com pelo menos 18 anos deverá assinar este formulário em seu nome. Forneça abaixo as informações dessa pessoa.

Nome	Nome do meio	Sobrenome	Sufixo
Números de Seguro Social	Parentesco com você	Data de nascimento	
Endereço residencial		Número de apartamento/unidade	
Cidade	Estado	ZIP	Condado
Telefone	Ramal	Tipo de telefone	
Segundo telefone	Ramal	Tipo de telefone	
Endereço de e-mail			

ETAPA 9 Envie o requerimento preenchido.

Envie seu requerimento assinado para: **Health Insurance Processing Center**; ou por fax: **(857) 323-8300**
PO Box 4405
Taunton, MA 02780

INFORMAÇÕES SOBRE A INSCRIÇÃO ELEITORAL

O formulário de inscrição para votar está incluído neste pedido ou pode ser encontrado em **sec.state.ma.us**. Mais informações sobre como se inscrever para votar também podem ser obtidas em **sec.state.ma.us**. Se você tiver dúvidas sobre como se inscrever para votar, ou se precisar de ajuda para preencher o formulário, procure um Centros de Inscrições do MassHealth (MassHealth Enrollment Centers) local ou ligue para o Centro de Atendimento ao Cliente do MassHealth (MassHealth Customer Service Center) pelo número **(800) 841-2900**, TTY: 711.

Requerer o título eleitoral ou recusar a se inscrever para votar não afetará o montante de assistência que você receberá desta agência. Se você quiser ajuda para preencher o formulário de requerimento de inscrição de eleitor, nós o ajudaremos. A decisão de procurar ou aceitar ajuda é sua. Você poderá preencher o formulário sozinho.

Se você acredita que alguém interferiu no seu direito de se inscrever ou de se recusar a se inscrever como eleitor, no direito à privacidade ao decidir se inscrever ou ao se inscrever para votar, ou no seu direito de escolher o próprio partido político ou outra preferência política, você pode enviar uma reclamação para:

Secretary of the Commonwealth, Elections Division
One Ashburton Place, Room 1705
Boston, MA 02108

Telefone: (617) 727-2828 ou (800) 462-8683.

Se você ou qualquer outra pessoa no requerimento não estiver inscrita para votar onde você mora agora, gostaria de se inscrever hoje para votar?
☐ Sim ☐ Não

SE VOCÊ NÃO MARCAR UMA DAS CAIXAS, SERÁ INTERPRETADO COMO TENDO DECIDO NÃO SE INSCREVER PARA VOTAR, NESTE MOMENTO.

STATUS DE IMIGRAÇÃO TIPO DE DOCUMENTO DE IMIGRAÇÃO

A Pergunta 14a do requerimento pergunta aos não cidadãos sobre seu status de imigração e sobre o tipo ou os tipos de documentos de imigração que possuem para comprovar seu status de imigração. Consulte as seguintes listas para preencher a Pergunta 14a.
Se precisar de mais ajuda, informações adicionais podem ser encontradas online em MAhealthconnector.org/immigration-document-types.

Status de imigração qualificados

Na Seção "Status de imigração" da pergunta 14a, escreva o status que se aplica a você ou aos membros do seu agregado familiar. Você pode escrever mais de um status.

- Americano-asiático
- Asilo concedido
- Cubano-haitiano participante
- Deportação suspensa
- Nativo americano nascido no Canadá ou em territórios fora dos EUA
- Refugiado
- Vítima de tráfico humano grave ou seu cônjuge, filho, filha, irmão, irmã, pai ou mãe
- Imigrante especial iraquiano
- Imigrante especial afegão ou certos afegãos refugiados
- Entrada condicional concedida antes de 1980
- Veterano de guerra ou membro ativo das forças armadas ou seu cônjuge ou dependente
- Migrante COFA (Compact of Free Association)
- Residente permanente legal
- Concessão de permissão de estadia durante pelo menos um ano
- Cônjuge ou filho(a) agredidos (ou seus pais ou filhos)
- Status de não imigrante (visto)• Concessão de permissão de estadia por menos de um ano
- Concessão de status de residente temporário
- Concessão de Status de Proteção Temporária (TPS) ou solicitante de TPS com autorização de emprego
- Autorização de emprego concedida sob 8 CFR 274a(12)(c)
- Beneficiários da unidade familiar
- Partida forçada diferida
- Status de Ação Diferida, exceto para Ação Diferida para Chegadas na Infância (DACA)
- Concessão de estada administrativa de remoção sob 8 CFR 241
- Petição de visto aprovada com pedido pendente de ajuste de status
- Requerente de asilo ou de suspensão de remoção com autorização de trabalho
- Requerente (por pelo menos 180 dias) de asilo ou suspensão de remoção menor de 14 anos
- Concessão de suspensão de remoção de acordo com a Convenção Contra a Tortura
- Requerente de status de Imigrante Especial Juvenil (SIJ)
- Requerente ou status concedido sob Ação Diferida para Chegadas na Infância (DACA)
- Tenho um documento, mas não consta nenhum status listado acima (pessoa residente sob a cor da lei, PRUCOL)

Tipos de documentos de imigração

Na Seção "Tipo de documento de imigração" da Pergunta 14a, escreva o tipo de documento que você ou membros do seu agregado familiar tenham. Você pode listar mais de um tipo de documento de imigração.

- Permissão de reingresso (I-327)
- Cartão de residente permanente ("Green Card", I-551)
- Documento de viagem para refugiados (I-571)
- Cartão de Autorização de Emprego (I-766)
- Visto de imigrante legível por máquina (com linguagem temporária I-551)
- Carimbo temporário I-551 (no passaporte ou I-94, I-94A)
- Registro de chegada/saída (I-94, I-94A)
- Registro de chegada/saída em passaporte estrangeiro não vencido (I-94)
- Passaporte estrangeiro
- Certificado de qualificação para status de estudante não imigrante (I-20)
- Certificado de qualificação para status de visitante de intercâmbio (DS2019)
- Notificação de ação (I-797)
- Documento comprovando suspensão de remoção (ou suspensão de deportação)
- Ordem administrativa de suspensão de remoção emitida pelo Departamento Nacional de Segurança Pública (DHS - Department of Homeland Security)
- Documento que comprove ser membro de uma tribo indígena americana reconhecida pelo governo federal ou um índio americano nascido no Canadá
- Carta de qualificação do Escritório de Reassentamento de Refugiados (ORR) (se tiver menos de 18 anos)
- Cartão de residente da Samoa Americana
- Aviso de recebimento USCIS (I-797C)
- Vistos dos EUA (como B1/B2, Visto-R, Cartão de Travessia de Fronteira, J/F/M)

RAÇA (OPCIONAL) Escolha as opções que melhor descrevem você. Escreva todas as que se aplicam.

Especifique nas Perguntas 8 e 9, nas páginas 3, 7, 11 e 15

Indígena americana ou nativa do Alasca (AI/AN)
Asiática
Negra ou afro-americana
Nativa do Havaí ou de outra ilha do Pacífico
Branca
A raça não consta da lista (especifique)
Não sei
Prefiro não responder

ETNIA

Africana, afro-americana, americana, indiana asiática, brasileira, cambojana, cabo-verdiana, habitante das ilhas do Caribe, centro-americana, chicana, chinesa, colombiana, cubana, dominicana, europeia oriental, europeia, filipina, chamorra, guatemalteca, haitiana, hondurenha, japonesa, coreana, laosiana/lao, mexicana, mexicana-americana, do Oriente Médio ou do Norte da África, outra asiática, portuguesa, porto-riquenha, russa, salvadorenha, samoana, sul-americana, vietnamita, a etnia não consta da lista (favor especificar), Não sei, Prefiro não responder.

SUPLEMENTO A Cobertura de saúde pelos empregos

Responda a estas perguntas se uma pessoa do agregado familiar se qualificar para cobertura de saúde pelo emprego, independentemente de estar inscrita na cobertura ou não. Anexe uma cópia desta página para cada emprego que ofereça cobertura.

INFORMAÇÕES DO EMPREGADO

1. Nome do empregado (nome, nome do meio, sobrenome)

2. Número do empregado
___ ___ ___ - ___ ___ - ___ ___ ___ ___

3. a. Pelo menos uma pessoa neste requerimento está atualmente qualificada ou cadastrada na cobertura oferecida por este empregador, ou pelo menos uma pessoa neste requerimento se qualificará nos próximos três meses? ☐ Sim ☐ Não

   Se a resposta para 3a for **Sim**, continue. Se a resposta para 3a for **Não**, pare aqui e pule o restante do **Suplemento A**

   b. Se alguma pessoa estiver em período de espera ou de experiência, quando ela poderá se inscrever na cobertura? (mm/dd/aaaa) _____

INFORMAÇÕES DO EMPREGADOR

4. Nome do empregador

5. ID de contribuinte federal (se conhecido)

6. Endereço residencial

7. Telefone do empregador

8. Cidade

9. Estado

10. ZIP (CEP)

11. Quem podemos contatar sobre a cobertura de saúde do funcionário neste emprego?

12. Telefone (se diferente do acima)

13. Endereço de e-mail

INFORME SOBRE OS PLANOS DE SAÚDE OFERECIDOS POR ESTE EMPREGADOR.

14. a. Qual é o nome do plano de saúde individual de menor custo oferecido ao empregado?* _____

   b. O empregador oferece plano de saúde que atende ao padrão de valor mínimo para cobertura? ☐ Sim ☐ Não

   c. Quanto o empregado teria que pagar em prêmios por este plano? US$ _____

   d. Com que frequência esse empregado pagaria essa quantia? _____

15. a. Qual é o nome do plano de saúde de menor custo para cobrir os outros membros do agregado familiar que se qualificam por meio do empregador? _____

   b. Esse plano de saúde oferecido pelo empregador atende ao padrão de valor mínimo para cobertura? ☐ Sim ☐ Não

   c. Quanto o empregado teria que pagar em prêmios por este plano? US$ _____

   d. Com que frequência esse empregado pagaria essa quantia? _____

16. Que mudança o empregador fará para o novo ano do plano (se conhecido)?

   a. O empregador não oferecerá cobertura de saúde. Data de término da cobertura (mm/dd/aaaa) _____

   b. A pessoa planeja cancelar a cobertura de saúde do empregador. Data de término da cobertura (mm/dd/aaaa) _____

   c. O empregador começará a oferecer cobertura de saúde aos empregados ou irá mudar o prêmio para os planos de saúde individuais ou familiares de menor custo que estão disponíveis e atendem ao padrão de valor mínimo.* (O prêmio deve conter o desconto para programas de bem-estar.)

   Quanto esse empregado teria que pagar em prêmios por este plano? US$ _____ Com que frequência? _____

   Data da mudança (mm/dd/aaaa) _____

* Um plano de saúde patrocinado pelo empregador atende ao "padrão de valor mínimo" se a participação do plano nos custos totais de benefícios permitidos cobertos pelo plano representar pelo menos 60% desses custos (Seção 36B(c)(2)(C)(ii) do Internal Revenue Code de 1986).

SUPLEMENTO B Membro do agregado familiar indígena americano ou nativo do Alasca (AI/AN)

Preencha este suplemento se você ou um membro do agregado familiar for indígena americano ou nativo do Alasca.

INFORME SOBRE OS MEMBROS DO SEU AGREGADO FAMILIAR DE ORIGEM INDÍGENA AMERICANA OU NATIVA DO ALASCA.

Indígenas americanos ou nativos do Alasca podem obter serviços do Indian Health Service (IHS), programas de saúde tribal ou programas de saúde de indígenas urbanos. É possível também que precisem pagar prêmios ou copagamentos e que haja períodos especiais de inscrição mensal. Responda às seguintes perguntas para assegurar que seu agregado familiar obtenha o máximo de ajuda possível.

OBSERVAÇÃO: se houver mais pessoas a serem incluídas, faça uma cópia desta página e anexe-a.

PESSOA 1 AI/AN

1. Nome (nome, nome do meio, sobrenome)

2. Membro de uma tribo reconhecida pelo governo federal?
   ☐ Sim ☐ Não
   Se **Sim**, nome da tribo _____

3. Membro de uma tribo reconhecida por Massachusetts?
   ☐ Sim ☐ Não
   Se **Sim**, nome da tribo _____

4. Essa pessoa já recebeu algum serviço do Serviço de Saúde Indígena, de um programa de saúde tribal ou do programa de saúde do indígena urbano, ou já foi encaminhada a um desses programas?
   ☐ Sim ☐ Não
   Se a resposta for **Não**, essa pessoa se qualifica para receber serviços do Serviço de Saúde Indígena, programas de saúde tribal ou o programa de saúde do indígena urbano, ou foi encaminhada por um desses programas?
   ☐ Sim ☐ Não

5. Certos montantes recebidos podem não ser contabilizados para o MassHealth. Liste toda renda (valor e frequência) informada no seu requerimento que inclua dinheiro proveniente dos seguintes:
   - pagamentos per capita de uma tribo oriundos de recursos naturais, direitos de uso, arrendamentos ou royalties;
   - pagamentos de recursos naturais, agricultura, pecuária, pesca, arrendamentos ou royalties de terras designadas como terras indígenas pelo Departamento do Interior (inclusive reservas e antigas reservas); ou
   - dinheiro da venda de objetos com significado cultural.

     $ _____ Com que frequência? _____

PESSOA 2 AI/AN

1. Nome (nome, nome do meio, sobrenome)

2. Membro de uma tribo reconhecida pelo governo federal?
   ☐ Sim ☐ Não
   Se **Sim**, nome da tribo _____

3. Membro de uma tribo reconhecida por Massachusetts?
   ☐ Sim ☐ Não
   Se **Sim**, nome da tribo _____

4. Essa pessoa já recebeu algum serviço do Serviço de Saúde Indígena, de um programa de saúde tribal ou do programa de saúde do indígena urbano, ou já foi encaminhada a um desses programas?
   ☐ Sim ☐ Não
   Se a resposta for **Não**, essa pessoa se qualifica para receber serviços do Serviço de Saúde Indígena, programas de saúde tribal ou o programa de saúde do indígena urbano, ou foi encaminhada por um desses programas?
   ☐ Sim ☐ Não

5. Certos montantes recebidos podem não ser contabilizados para o MassHealth. Liste toda renda (valor e frequência) informada no seu requerimento que inclua dinheiro proveniente dos seguintes:
   - pagamentos per capita de uma tribo oriundos de recursos naturais, direitos de uso, arrendamentos ou royalties;
   - pagamentos de recursos naturais, agricultura, pecuária, pesca, arrendamentos ou royalties de terras designadas como terras indígenas pelo Departamento do Interior (inclusive reservas e antigas reservas); ou
   - dinheiro da venda de objetos com significado cultural.

     $ _____ Com que frequência? _____

SUPLEMENTO C Acomodações

Se você respondeu **Sim** à Pergunta 18, na Etapa 2, sobre si próprio ou outro membro do agregado familiar que precisa de adaptações razoáveis devido a uma deficiência ou lesão, marque todas as opções que se aplicam e forneça o(s) nome(s).

1. Condição

- ☐ Cegueira - Nome(s): _____
- ☐ Surdez - Nome(s): _____
- ☐ Deficiência de desenvolvimento - Nome(s): _____
- ☐ Deficiência auditiva - Nome(s): _____
- ☐ Deficiência intelectual - Nome(s): _____
- ☐ Visão fraca - Nome(s): _____
- ☐ Deficiência física - Nome(s): _____
- ☐ Outras (Explique.)—Nome(s): _____

2. Acomodações

- ☐ Intérprete de língua de sinais americana (ASL) - Nome(s): _____
- ☐ Dispositivo de audição assistida - Nome(s): _____
- ☐ Traduções em Tempo Real de Acesso à Comunicação (CART) - Nome(s): _____
- ☐ Publicações em letras grandes - Nome(s): _____
- ☐ Publicações em braille - Nome(s): _____
- ☐ Publicações em formato eletrônico - Nome(s): _____
- ☐ Telefone para texto (TDD/TTY) - Nome(s): _____
- ☐ Serviço de retransmissão de vídeo (VRS) - Nome(s): _____
- ☐ Outras (Explique.)—Nome(s): _____

Formulário de designação de representante autorizado

Envie este formulário caso queira designar um representante autorizado para agir em seu nome. Se um representante autorizado tiver assinado o pedido em seu nome, ou se você for representante autorizado solicitando em nome de outra pessoa, DEVERÁ enviar este formulário para que o pedido seja processado.

Não é necessário preencher este formulário caso more em uma instituição e deseja que cópias das notificações de elegibilidade sejam enviadas a você e ao seu cônjuge que ainda mora em casa. Isso será feito automaticamente.

Observação: um representante autorizado tem poder para agir em nome de um solicitante ou membro em todas as questões com o MassHealth e o Health Connector, e receberá informações pessoais sobre o solicitante ou membro até recebermos uma notificação de cancelamento rescindindo essa representação, ou após a morte do solicitante ou membro. Esse poder não será rescindido automaticamente assim que processarmos o pedido.

É possível escolher alguém para ajudar você.

É possível escolher um representante autorizado para ajudar você a obter cobertura de saúde por meio de programas oferecidos pelo MassHealth e pelo Health Connector. Você pode fazer isso ao preencher este formulário (o Formulário de Designação de Representante Autorizado). Você ou um representante pode assinar por si mesmo e pelos dependentes menores de 18 anos de quem você seja o pai ou mãe que exerce a custódia. Você não é obrigado a ter um representante para solicitar ou receber benefícios.

Quem pode me ajudar?

1. Um representante autorizado pode ser um amigo, membro da família, parente ou outra pessoa ou organização de sua escolha que concorde em ajudar. Cabe a você escolher um representante autorizado, se desejar. Nem o MassHealth nem o Health Connector escolherão um representante autorizado por você. Você deverá designar por escrito (preencher a Seção I, parte A) a pessoa ou organização que deseja ter como representante autorizado. O representante autorizado também deve preencher a Seção I, Parte B. Às vezes, nos referimos a essa pessoa ou organização como "representante autorizado da Seção I".
2. Se você não puder designar um representante autorizado por escrito e não tiver um representante autorizado ou outra pessoa autorizada por lei a representar você, uma pessoa (não uma organização) que garantir que representará você com responsabilidade poderá ser seu representante autorizado se preencher a Seção II deste formulário. Às vezes nos referimos a essa pessoa como “representante autorizado da Seção II”.
3. Um representante autorizado também pode ser alguém que tenha sido nomeado por lei para representar você ou em nome do inventariante de um solicitante ou membro que tenha falecido. Essa pessoa deverá preencher a Seção III. Você ou essa pessoa deverá nos enviar, além deste formulário, uma cópia do documento legal declarando que essa pessoa tem poder para representar você ou o inventariante de um solicitante ou membro falecido. Às vezes nos referimos a essa pessoa como “representante autorizado da Seção III”.
4. Um representante autorizado da **Seção III** pode ser um tutor legal, curador, titular de procuração ou procurador de cuidados de saúde, ou, se o solicitante ou membro tiver falecido, o inventariante.

O que um representante autorizado pode fazer?

Um representante autorizado da Seção I ou II pode:

- preencher formulários de pedido ou renovação;
- preencher outros formulários do MassHealth ou Health Connector de elegibilidade ou admissão;
- comprovar as informações apresentadas nesses formulários;
- informar mudanças de renda, endereço ou outras circunstâncias;
- obter cópias de todas as notificações de elegibilidade e admissão do MassHealth e Health Connector; e
- representar você em todos os demais assuntos com o MassHealth e o Health Connector.

O que um representante autorizado da Seção III está autorizado a fazer por você (ou pelo espólio de um solicitante ou membro falecido) dependerá da redação da nomeação legal.

Observe que: as notificações de elegibilidade podem incluir informações sobre outros membros do domicílio de um solicitante ou membro. Se houver várias pessoas na sua residência, talvez não seja possível enviar cópias de algumas das suas notificações ao seu representante autorizado, a menos que cada membro do domicílio também tenha designado o mesmo representante autorizado, ao preencher um formulário de designação de representante autorizado separadamente.

SEÇÃO 1 Designação de representante autorizado (se o solicitante ou membro puder assinar)

Parte A – a ser preenchida pelo solicitante ou membro. Use letra de forma, exceto na assinatura.

Nome do solicitante/membro	Data de nascimento do solicitante/membro (mm/dd/aaaa)

Número de identificação do MassHealth __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __

OU últimos quatro dígitos do SSN do solicitante/membro __ __ __ __

E-mail do solicitante/membro

Certifico que escolhi a pessoa ou organização a seguir para ser meu representante autorizado e de dependentes menores de 18 anos dos quais sou o pai ou a mãe em exercício de custódia. Confirmo também que entendo os deveres e responsabilidades que essa pessoa ou organização terá (conforme explicado anteriormente neste formulário).

Assinatura do solicitante/membro	Data (mm/dd/aaaa)

Nome do representante autorizado	Telefone do representante autorizado

Endereço do representante autorizado (endereço para correspondência, cidade, estado, CEP)

Parte B – a ser preenchida pelo representante autorizado. Use letra de forma, exceto na assinatura.

B1. PREENCHER SE O REPRESENTANTE AUTORIZADO FOR UMA PESSOA.

Certifico que sempre manterei a confidencialidade de todas as informações sobre o solicitante ou membro indicado acima e, se for o caso, dos dependentes do solicitante ou membro, que me forem fornecidas pelo MassHealth ou pelo Health Connector.

Se eu também for prestador de serviços, funcionário ou voluntário afiliado a uma organização e estiver agindo na qualidade de prestador de serviços, funcionário ou voluntário em relação à minha designação como representante autorizado, certifico que sempre cumprirei todas as leis e regulamentações estaduais e federais em vigor em relação à confidencialidade de informações e conflitos de interesse, inclusive aqueles estabelecidos no Código de Regulamentos Federais (C.F.R.) 42, parte 431, subparte F, C.F.R. 42 § 447.10 e C.F.R. 45 § 155.260(f).

Assinatura do representante autorizado	Data (mm/dd/aaaa)

Nome do representante autorizado em letra de forma	E-mail do representante autorizado

B2. PREENCHA SE O REPRESENTANTE AUTORIZADO FOR UMA ORGANIZAÇÃO.

Certifico, em nome da organização indicada abaixo, que esta sempre manterá a confidencialidade de todas as informações sobre o solicitante ou membro indicado acima e, se for o caso, sobre os dependentes do solicitante ou membro, que forem apresentadas à organização pelo MassHealth ou pelo Health Connector.

Eu, o prestador de serviços, funcionário ou voluntário da organização indicada abaixo, ao preencher este formulário, certifico, em meu nome e em nome da organização que represento, que qualquer prestador de serviços, funcionário ou voluntário que atue em nome da organização em conexão com esta designação de representante autorizado cumprirá sempre todas as leis e regulamentações estaduais e federais em vigor em relação à confidencialidade de informações e conflitos de interesse, inclusive aqueles estabelecidos no C.F.R. 42, parte 431, subparte F, C.F.R. 42 § 447.10 e C.F.R. 45 § 155.260(f).

Assinatura do prestador de serviços, funcionário ou voluntário preenchendo o formulário	Data (mm/dd/aaaa)

Nome em letra de forma do prestador de serviços, funcionário ou voluntário preenchendo o formulário

E-mail do prestador de serviços, funcionário ou voluntário preenchendo o formulário	Nome da organização representante autorizada

SEÇÃO 2 Designação de representante autorizado
(se o solicitante ou membro não puder apresentar a designação por escrito)

A ser preenchido pelo representante autorizado. Use letra de forma, exceto na assinatura. Preencha um formulário para cada solicitante ou membro.

UMA ORGANIZAÇÃO NÃO SE QUALIFICA PARA SER REPRESENTANTE AUTORIZADO PREVISTO NESTA SEÇÃO.

Certifico que o solicitante ou membro indicado abaixo não pode apresentar designação por escrito e, salvo informação em contrário, não tem uma pessoa que possa ser seu representante autorizado, tal como um representante autorizado já existente, tutor, curador, inventariante, titular de procuração ou procurador de cuidados de saúde. Além disso, certifico que estou suficientemente ciente das circunstâncias deste solicitante ou membro para assumir a responsabilidade pela exatidão das declarações feitas em seu nome durante o processo de elegibilidade e em outras comunicações com o MassHealth ou o Health Connector, que entendo meus direitos e minhas responsabilidades como representante autorizado dessa pessoa (conforme explicado anteriormente neste formulário). Se a pessoa conseguir entender a situação, informei a ela que o MassHealth e o Health Connector me enviarão cópias de todas as notificações de elegibilidade e admissão, com o que essa pessoa concorda; eu ainda disse à pessoa que ela poderá me excluir ou substituir da função de representante autorizado a qualquer momento pelos métodos descritos anteriormente neste formulário.

Certifico ainda que sempre manterei a confidencialidade de todas as informações relativas ao solicitante ou membro abaixo que a mim forem enviadas pelo MassHealth ou pelo Health Connector.

Caso eu também seja prestador de serviços, funcionário ou voluntário de uma organização e esteja atuando na qualidade de prestador de serviços, funcionário ou voluntário em relação à designação como representante autorizado, certifico ainda que sempre cumprirei todas as leis e regulamentações estaduais e federais em vigor em relação à confidencialidade de informações e conflitos de interesse, inclusive aqueles estabelecidos no C.F.R. 42, parte 431, subparte F, C.F.R. 42 § 447.10 e C.F.R. 45 § 155.260(f).

Nome do solicitante/membro	Data de nascimento do solicitante/membro (mm/dd/aaaa)
Número de identificação do MassHealth __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ **OU** últimos quatro dígitos do SSN do solicitante/membro __ __ __ __	
Assinatura do representante autorizado	Data (mm/dd/aaaa)
Nome do representante autorizado (nome, nome do meio, sobrenome)	Telefone do representante autorizado
Endereço do representante autorizado (endereço para correspondência, cidade, estado, CEP)	E-mail do representante autorizado

Se o representante autorizado da Seção II for afiliado a uma organização e estiver atuando como tal, um indivíduo autorizado a responder em nome da organização, tal como executivo, deverá assinar abaixo para indicar o reconhecimento e a concordância da organização com as representações e garantias feitas acima.

Nome do executivo	Cargo do executivo
Assinatura do executivo	Data (mm/dd/aaaa)

SEÇÃO 3 Designação de representante autorizado (se nomeado por lei)

A ser preenchido por um representante autorizado nomeado por lei (com autorização para atuar em nome do solicitante ou membro na tomada de decisões relacionadas aos cuidados de saúde, incluindo, entre outros, tutor, curador, inventariante de um solicitante ou membro, titular de procuração ou procurador de cuidados médicos). Use letra de forma, exceto na assinatura. Envie uma cópia do documento legal relevante com este formulário.

Certifico que sempre manterei a confidencialidade de todas as informações relativas ao solicitante ou membro, conforme estabelecido abaixo, que forem a mim fornecidas pelo MassHealth ou pelo Health Connector.

Nome do solicitante/membro	Data de nascimento do solicitante/membro (mm/dd/aaaa)
Número de identificação do MassHealth __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ **OU** últimos quatro dígitos do SSN do solicitante/membro __ __ __ __	
Assinatura do representante autorizado	Data (mm/dd/aaaa)
Nome do representante autorizado (nome, nome do meio, sobrenome)	Telefone do representante autorizado
Endereço do representante autorizado (endereço para correspondência, cidade, estado, CEP)	E-mail do representante autorizado

Como terminar a designação de um representante autorizado?

Se decidir que não quer mais um representante autorizado de Seção I ou Seção II, você deverá notificar o MassHealth ou Health Connector por correio, fax ou telefone no momento em que desejar que a designação termine. Veja abaixo as informações de contato. Se você enviar este aviso por correio ou fax para nós, o aviso deve incluir seu nome, endereço e data de nascimento, o nome de seu representante autorizado, uma declaração de que a designação terminou e sua assinatura ou, se você não puder fornecer aviso por escrito, a assinatura de alguém agindo em seu nome (no caso de um representante autorizado da Seção II apenas).

Além disso, se o representante autorizado notificar o MassHealth ou Health Connector que ele ou a organização não está mais agindo em seu nome, ele a organização deixará de ser reconhecido como seu representante autorizado.

A autorização de um representante da Seção I ou da Seção II termina quando a sua nomeação legal termina.

A designação do representante autorizado de Seção III termina quando a sua nomeação legal termina. O representante autorizado deverá notificar o MassHealth ou Health Connector conforme as instruções acima.

Além disso, a designação de um representante autorizado para um menor termina na data de aniversário de 18 anos.

Como devo enviar este formulário?

Se você estiver solicitando benefícios de saúde, envie o formulário de designação de representante autorizado preenchido com o pedido.

Se você já estiver recebendo benefícios, deverá enviar o formulário no momento em que desejar designar um representante autorizado, ou que desejar terminar a designação declarada.

- Envie o formulário para:

  Health Insurance Processing Center
  P. O. Box 4405
  Taunton, MA 02780;

- Envie o formulário por fax para **(857) 323-8300**; ou
- Ligue para **(800) 841-2900**, TDD/TTY: 711.