# Pedido de cobertura médica e dentária e auxílio-saúde de Massachusetts para pagar custos médicos – Pessoas adicionais

ACA-3-AP-PT-BR-0325

Contato primário do Passo 1

## PASSO 2 Pessoa \_\_\_ .

Use o formulário de Pessoas adicionais se desejar incluir mais de quatro pessoas neste pedido. Ao preencher as páginas adicionais, informe o parentesco de cada pessoa adicional às pessoas no pedido. Precisamos destas informações para determinar se as pessoas se qualificam.

1. Nome, nome do meio, sobrenome, sufixo

2. Parentesco com a pessoa 1   
Parentesco com a Pessoa 2   
Parentesco com a Pessoa 3  
Parentesco com a Pessoa 4  
Parentesco com a Pessoa 5  
Parentesco com a Pessoa 6

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 sua 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   
omem transgênero/homem trans   
Mulher transgênero/mulher trans   
Genderqueer/gênero não conforme/não binário/ que não se encaixa exclusivamente no masculino ou no feminine   
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. Essa pessoa é de 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 centroamericana, independentemente da raça.

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

8. Raça

9. Etnia

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 do 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 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

Leia as instruções para Perguntas 5 a 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 sua capacidade 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 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. 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. 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.

Leia as instruções para Perguntas 5 a 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

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 para o 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 positivo(a)? Sim Não (O MassHealth tem regras especiais de cobertura para pessoas com HIV.)

22. Essa pessoa já morou com família de acolhimento? Sim Não

a. Se **Sim**, em qual estado você 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 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. 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 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 essa pessoa trabalha por semana?

### OUTROS RENDIMENTOS

33. Marque todas as opçõesque se aplicam. iInforme 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 essa pessoa 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. 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 US Mês recebido Ano recebido

### DEDUÇÕES

36. Que deduções essa pessoa abate na declaração de imposto de renda?

Leia as instruções para Perguntas 5 a 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 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?

durante o próximo ano civil como um pagamento único? Sim Não

Se **Sim**: Tipo: Valor US Mês recebido Ano recebido

### DEDUÇÕES

36. Que deduções essa pessoa abate na declaração de imposto de renda?

Leia as instruções para Perguntas 5 a 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 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 o que precisamos saber sobre essa pessoa. Para obter cópias adicionais deste formulário, o ACA-3-AP, acesse www.mass.gov/lists/applications-to-become-a-masshealth-member. Clique no Pedido de cobertura médica e dentária e auxílio-saúde de Massachusetts para pagar custos médicos – Pessoas adicionais.**

Envie o pedido completo a   
Health Insurance Processing Center  
PO Box 4405  
Taunton, MA 02780;

ou envie um fax para (857) 323-8300.

ACA-3-AP-PT-BR-0325

End of the application.