

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



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

Esta 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

9. Etnia

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 \_\_\_\_\_

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 Previdência 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 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](http://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