

Actualización de datos de empleo



Este formulario se usa para avisarle a MassHealth acerca de un empleo nuevo o un cambio en su empleo.

Escriba aquí su nombre y número de seguro social (SSN) o ID de MassHealth. Tiene que completar todas las secciones. Firme y feche el formulario.

Nombre del empleado _____ SSN/ID de MassHealth _____

Sección A. Datos sobre el empleo actual (Usted debe completar esta sección.)

Sí. Tengo empleo ahora. [complete la(s) siguiente(s) sección(ones)]

1. Empleo actual 1

Nombre del empleador _____

Dirección del empleador _____

- Salario/propinas (antes de impuestos) \$ _____
 Semanal Cada dos semanas Dos veces por mes Mensual Anual
(Reste cualquier deducción antes de impuestos, tal como las primas de seguro no gravables.)
- ¿Cuántas horas por semana trabaja usted? _____
- ¿Está usted empleado por temporada? sí no
Si contestó sí, ¿cuántos meses trabaja en cada año calendario? _____
- ¿Trabaja usted por cuenta propia? sí no
- Si contestó sí, ¿cuánto ingreso neto (ganancia después de pagar los gastos del negocio) obtendrá usted de este trabajo por cuenta propia cada mes? \$ _____
- ¿Es este empleo un taller de trabajo protegido? sí no
- ¿Le ofrecen seguro médico que cubra consultas médicas y hospitalizaciones? (Conteste **sí** incluso si no lo puede obtener ahora, si optó por no inscribirse, o si abandonó el seguro que le ofrecían.) sí no
Si contestó **no** a la pregunta G, ¿le ofrecieron seguro médico en los últimos seis meses? sí no

2. Empleo actual 2 (Si tiene más empleos y necesita más espacio, adjunte otra hoja de papel.)

Nombre del empleador _____

Dirección del empleador _____

- Salario/propinas (antes de impuestos) \$ _____
 Semanal Cada dos semanas Dos veces por mes Mensual Anual
(Reste cualquier deducción antes de impuestos, tal como las primas de seguro no gravables.)
- ¿Cuántas horas por semana trabaja usted? _____
- ¿Está usted empleado por temporada? sí no
Si contestó sí, ¿cuántos meses trabaja en cada año calendario? _____
- ¿Trabaja usted por cuenta propia? sí no
- Si contestó sí, ¿cuánto ingreso neto (ganancia después de pagar los gastos del negocio) obtendrá usted de este trabajo por cuenta propia cada mes? \$ _____
- ¿Es este empleo un taller de trabajo protegido? sí no
- ¿Le ofrecen seguro médico que cubra consultas médicas y hospitalizaciones? (Conteste **sí** incluso si no lo puede obtener ahora, si optó por no inscribirse, o si abandonó el seguro que le ofrecían.) sí no
Si contestó **no** a la pregunta G, ¿le ofrecieron seguro médico en los últimos seis meses? sí no

Debe enviar dos talonarios de sueldo recientes u otros comprobantes de ingresos junto con este formulario completo y firmado. SI NO lo hace, se suspenderán los beneficios que su familia recibe de MassHealth o de Health Safety Net (HSN).

- Dejé de trabajar recientemente (dentro de los últimos seis meses).** ¿Cuándo dejó de trabajar? _____
- Estoy recibiendo beneficios de desempleo. Adjunte copia de un cheque reciente que indique su ingreso bruto por desempleo.**
- No he trabajado en los últimos seis meses.**

Sección B. Datos sobre los ingresos anuales (Usted debe completar esta sección.)

1. ¿Cuál es su ingreso total estimado para el año calendario actual? \$ _____
2. ¿Cuál es su ingreso total estimado para el año calendario siguiente, si es diferente? \$ _____

Sección C. Seguro médico (Usted debe completar esta sección.)

1. ¿Está usted y/o algún integrante de la familia inscrito en el seguro médico que le dan en su empleo? sí no

Si contestó sí, complete esta sección y **adjunte copia de ambos lados de la(s) tarjeta(s) del seguro médico.**

- a. Nombre de la compañía aseguradora _____
- b. Nombres de los familiares cubiertos _____

- c. Número de la póliza _____
- d. ¿Es una cobertura COBRA? sí no
- e. ¿Es una cobertura de plan de seguro médico para jubilados? sí no

Sección D. Firma (Usted debe completar esta sección.)

Certifico so pena de perjurio que todo lo manifestado en este formulario es correcto y está completo a mi leal saber y entender.

Firma de la persona empleada o de un representante autorizado

Fecha

Envíe este formulario completo y firmado acompañado de las pruebas de sus ingresos actuales a:

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