

# Revisión de elegibilidad para recibir atención a largo plazo de MassHealth

Por favor, **escriba en letra de imprenta**. Por favor responda **todas** las preguntas y complete **todas** las secciones. Si necesita más espacio para completar una sección, por favor use una hoja aparte (incluya su nombre y su número de identificación de MassHealth) y adjúntela a este formulario. **Por favor adjunte los comprobantes de todos sus ingresos y bienes.**

Sección I: Información del afiliado			
Apellido/s		Nombre	Inicial del 2.º nombre
			Número de ID de MassHealth o Número de Seguro Social
Dirección			Ciudad
Estado	Código postal	¿Es usted ciudadano o nacional de EE. UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
			Número de teléfono Hogar o celular:

Sección II: Información de ingresos del afiliado (Envíe los comprobantes de todos sus ingresos antes de descontar los impuestos y las deducciones, excepto por los ingresos de seguro social y de SSI.)		
Tipo de ingresos	Cantidad	Frecuencia en que los recibe
Salariales	\$	
Seguro Social	\$	
Beneficios de veteranos (federales, estatales o municipales)	\$	
Retiro, jubilación o pensión	\$	
A anualidades	\$	
Dividendos o intereses	\$	
Fideicomisos	\$	
Alquiler de inmuebles	\$	
Otros:	\$	

Sección III: Información sobre bienes (Envíe los estados de cuenta más recientes de todos sus bienes.)			
Tipo	Nombre del banco, institución o compañía	Número de cuenta o de póliza	Cantidad actual
<b>Cuentas bancarias</b> (incluye cuentas corrientes, de ahorros, de cooperativas de crédito, certificados de depósito, cuentas por necesidades personales, cuentas de fideicomisos, cuentas del mercado monetario, cuentas de fondos de retiro: IRA, Keogh, 401k)			\$
			\$
			\$
			\$
<b>Seguro de vida</b>			Valor nominal \$ Valor de rescate en efectivo \$
<b>Valores u otros</b> (incluye acciones, bonos, bonos de ahorros, fondos mutuos de inversión, dinero en efectivo)			\$
<b>A anualidades</b>			\$

**Sección III: Información sobre bienes (Envíe los estados de cuenta más recientes de todos sus bienes.)**

¿Adquirió usted, su cónyuge o alguien en su nombre una anualidad o la modificó desde su última revisión?  sí  no  
**Si contestó "sí" a la pregunta anterior, usted debe enviarnos los comprobantes de esta información.**

Las anualidades y/u otras transacciones de anualidades adquiridas a partir del 8 de febrero de 2006 podrían dar lugar a que usted no sea elegible para recibir pagos por los servicios de atención a largo plazo, a menos que se cumplan determinadas condiciones. Para ser elegible, es posible que deba nombrar y mantener al Commonwealth, o Estado de Massachusetts, como beneficiario del remanente de su patrimonio testamentario.

Las respuestas a las siguientes preguntas se usarán para decidir si: (1) se considerarán sus inmuebles como bienes; y/o (2) se impondrá un gravamen sobre sus bienes inmuebles.

<b>Bienes inmuebles</b> (principal u otras residencias)	Descripción:  Dirección:	Valor catastral: \$
	Tipos de derecho a la propiedad:  <input type="checkbox"/> propietario único <input type="checkbox"/> propiedad mancomunada <input type="checkbox"/> inquilinos en común <input type="checkbox"/> usufructo vitalicio <input type="checkbox"/> otros:	Valor actual de mercado: \$
	Descripción:  Dirección:	Valor catastral: \$
	Tipos de derecho a la propiedad:  <input type="checkbox"/> propietario único <input type="checkbox"/> propiedad mancomunada <input type="checkbox"/> inquilinos en común <input type="checkbox"/> usufructo vitalicio <input type="checkbox"/> otros:	Valor actual de mercado: \$

¿Realizó usted, su cónyuge o alguien en su nombre la transferencia, modificación de derechos a la propiedad, donación o venta de algún bien, incluido su hogar u otros bienes inmuebles?  sí  no

¿Modificó usted, su cónyuge o alguien en su nombre la escritura o los derechos a la propiedad de un bien inmueble, como la creación de un usufructo vitalicio, incluso si se adquirió el usufructo vitalicio de una residencia que pertenece a otra persona?  sí  no  
**Si usted transfirió o modificó sus derechos a la propiedad en bienes inmuebles, por favor provea una copia de la nueva escritura que demuestre este cambio.**

**Nota: Si el interés patrimonial de su lugar principal de residencia supera un determinado límite, es posible que usted no sea elegible para recibir pagos por servicios de atención a largo plazo, a menos que se cumplan determinadas condiciones.**

	Año, marca y modelo:	Cantidad adeudada	Valor de mercado
<b>Vehículos</b>		\$	\$
		\$	\$

**Cuentas destinadas a servicios de sepelio, contratos de sepelio, sepelio**

\$

**Fideicomisos**

¿Es revocable?  sí  no

Capital actual del fideicomiso \$

¿Ha usted creado o modificado un fideicomiso desde su última revisión?  sí  no

**Si contestó "sí", envíe los comprobantes de su fideicomiso nuevo o actualizado.**

**SECCIÓN IV: Información del cónyuge o dependiente**

¿Tiene usted un cónyuge o dependientes que viven en su hogar?  sí  no

Apellido, nombre, inicial del segundo nombre del cónyuge

Número de Seguro Social (SSN)

Cuánto dinero paga su cónyuge por mes de:

Alquiler \$

Hipoteca (capital e intereses) \$

Seguro de propietario o de inquilino \$

Impuestos a los bienes inmuebles

Gastos de mantenimiento obligatorio  
para un condominio o cooperativa \$

Alojamiento y comidas en un centro  
de vida cotidiana asistida \$

¿Paga su cónyuge los gastos de calefacción?  sí  no

¿Paga su cónyuge los gastos de servicios públicos?  sí  no

**Envíe los comprobantes de los gastos mensuales de vivienda y los ingresos brutos mensuales de su cónyuge. Es posible que le permitan deducir gastos por sus necesidades de mantenimiento.**

¿Vive con su cónyuge un niño/a, padre, madre, hermano y/o hermana?  sí Si contestó "sí", complete esta sección.

no Si contestó "no", pase a la sección siguiente.

**Envíe los comprobantes de los ingresos brutos mensuales de su dependiente. Es posible que le permitan deducir gastos por sus necesidades de mantenimiento. Estas personas deben ser parientes suyos o de su cónyuge, y uno de ustedes debe declararlas como dependientes en su declaración de impuestos federales.**

Nombre

Número de Seguro Social (SSN)

Parentesco o relación

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

Ingresos mensuales antes de deducir gastos  
\$

Nombre

Número de Seguro Social (SSN)

Parentesco o relación

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

Ingresos mensuales antes de deducir gastos  
\$

**Sección V: Información del seguro de salud** (Indique todas las pólizas de seguro de salud que tiene, como Medex, BC/BS, AARP (incluya los planes de farmacia en la descripción del título), HMO u otras pólizas. No incluya Medicare ni MassHealth.)

Compañía de seguros	Tipo	Número de póliza	Fecha de inicio	Cantidad de la prima
				\$
				\$
				\$

¿Ha usted iniciado o suspendido algún seguro de salud en el último año?  sí  no

Si contestó "sí", por favor incluya la información de la póliza y la fecha de finalización de la cobertura.

Nota: Usted debe presentar una copia de la factura de su prima actual.

¿Tiene seguro de atención a largo plazo?  sí  no

**Si contestó "sí", por favor envíe una copia de la póliza y un estado de cuenta para comprobar el costo.**

**Sección VI: Firma** (Usted y/o su representante de elegibilidad deben leer esta página atentamente, y luego firmarla y fecharla al pie.)

**En mi nombre y en el de todas las personas nombradas en esta solicitud, yo entiendo, declaro y acepto lo siguiente.**

1. MassHealth podría requerir que las personas elegibles se inscriban en un seguro de salud patrocinado por su empleador, si dicho seguro cumple con los criterios de MassHealth para cubrir el pago de primas.
2. Se podrá notificar y facturar a los empleadores de las personas elegibles, conforme a lo estipulado en los reglamentos de MassHealth, por cualquier servicio que los hospitales o los centros de salud comunitarios presten a dichas personas y que sean pagados por Health Safety Net.
3. Es posible que deba pagar las primas por la cobertura de salud para mí y para todas las personas nombradas en esta solicitud. El incumplimiento del pago de las primas pendientes podría dar a lugar a que el estado descunte la cantidad adeudada del reembolso de los impuestos de las personas responsables. Si yo fuera indígena norteamericano o nativo de Alaska, es posible que no tenga que pagar las primas de MassHealth.
4. MassHealth tiene el derecho de cobrar y obtener dinero de terceras partes que pudieran tener la obligación de pagar por los servicios de salud provistos a las personas elegibles inscritas en los programas de MassHealth. Estas terceras partes podrían ser otras compañías de seguro de salud, cónyuges, padres o madres obligados a pagar la manutención médica, o las personas obligadas a pagar conforme a acuerdos por resolución de accidentes. Las personas elegibles deben cooperar con MassHealth en establecer la manutención de las terceras partes y obtener los pagos de dichas terceras partes para sí mismas y para todos aquellos cuyos derechos les sean asignados por ley. Las personas elegibles podrían estar exentas de cumplir con esta obligación si notifican a MassHealth que creen que dicha cooperación podría causarles daños, tanto a sí mismas como a todos aquellos cuyos derechos les sean asignados por ley.
5. El padre, madre y/o tutor de menores de edad debe estar dispuesto a cooperar con las iniciativas del estado para recuperar la manutención médica de un padre o madre ausente a menos que notifique a MassHealth que cree que dicha cooperación podría causarles daños a los menores o al padre, madre o tutor.
6. Las personas elegibles que sufrieran lesiones en un accidente, o de alguna otra manera, y que reciben dinero de terceras partes debido a dicho accidente o lesión, deben usar ese dinero para devolver a MassHealth o a Health Safety Net por determinados servicios provistos.
7. Las personas elegibles deben informar a MassHealth o a Health Safety Net, por escrito, dentro de los 10 días calendario o lo antes posible, de todos los reclamos de seguro o de las demandas judiciales presentadas debido a un accidente o lesión.
8. Podría divulgarse el estado de la presente solicitud a un hospital, centro de salud comunitario, otros proveedores de servicios médicos, o a agencias federales o estatales, cuando sea necesario para el tratamiento, pago, funcionamiento o la administración de los programas indicados anteriormente.
9. En la medida en que lo permita la ley, después de notificar y de dar una oportunidad de apelar la decisión, MassHealth puede imponer un gravamen sobre cualquier bien inmueble que sea propiedad de un afiliado de MassHealth elegible o del cual un afiliado elegible tenga derecho legal, si dicho afiliado recibe atención a largo plazo en un centro de enfermería especializada u otro centro médico y si MassHealth determinara que por motivos razonables no se espera que el afiliado regrese a su hogar. Si MassHealth impone un gravamen contra dicha propiedad y esta es vendida, el dinero de la venta de dicha propiedad se podrá usar para devolver a MassHealth los servicios médicos provistos.
10. En la medida que lo permita la ley, y a menos que haya excepciones, para cualquier persona elegible de 55 años de edad o mayor, o para una persona elegible sin importar su edad, a quien MassHealth ayuda a pagar por su atención a largo plazo en un centro de convalecencia u otra institución médica, MassHealth reclamará el dinero por el costo total de la atención a la sucesión de una persona elegible después de que fallezca. Para obtener más información sobre la reclamación del patrimonio sucesorio, visite [mass.gov/EstateRecovery](http://mass.gov/EstateRecovery).
11. Las personas elegibles deben informar al(a los) programa(s) de atención de salud en el(los) cual(es) se inscriban sobre cualquier cambio en los ingresos o empleo suyos o de su hogar, tamaño del hogar, cobertura de seguro de salud, primas de seguro de salud y estado inmigratorio, o sobre cambios en cualquier otra información en esta solicitud y en cualquier suplemento de la misma dentro de los 10 días calendario de saber del cambio. Las personas elegibles pueden hacer cambios llamando al (800) 841-2900 o por TTY al (800) 497-4648 para personas sordas, con dificultad auditiva o discapacidad del habla. Un cambio en la información podría afectar la elegibilidad de tales personas o de las personas en su hogar.

**Usted también puede notificar cambios de alguna de las siguientes maneras.**

- Inicie una sesión de su cuenta en [MAhealthconnector.org](http://MAhealthconnector.org). Usted puede crear una cuenta en línea si es que aún no tiene una.
  - Envíe los cambios de información a: Health Insurance Processing Center, P.O. Box 4405, Taunton, MA 02780.
  - Envíe los cambios de información por fax al (857) 323-8300.
12. MassHealth, Massachusetts Health Connector y Health Safety Net obtendrán de los empleadores actuales y anteriores y de las compañías de seguros de salud actuales y anteriores de las personas elegibles toda la información sobre la cobertura del seguro de salud de dichas personas. Esto incluye, entre otros, información sobre pólizas, primas, coseguros, deducibles y servicios cubiertos que están, podrían estar o deberían haber estado disponibles para dichas personas o miembros de su hogar.

**Sección VI: Firma** (Usted y/o su representante de elegibilidad deben leer esta página atentamente, y luego firmarla y fecharla al pie.)

13. Es posible que MassHealth, Massachusetts Health Connector y Health Safety Net puedan obtener registros o datos sobre las personas nombradas en la presente solicitud provenientes de programas y fuentes de datos federales y estatales, tales como la Administración del Seguro Social (SSA), el Servicio de Impuestos Internos (IRS), el Departamento de Seguridad Nacional (DHS), el Departamento de Hacienda (DOR) y el Registro de Vehículos Motorizados (RMV), como así también de fuentes de datos privadas, incluidas las instituciones financieras: 1) para comprobar toda la información dada en la presente solicitud y en todos los suplementos, o toda la información dada desde que la persona se afiliara; 2) para documentar servicios médicos reclamados o provistos a dichas personas; y 3) para sustentar la continuidad de la elegibilidad.
14. Respecto al proceso de elegibilidad y de inscripción, MassHealth, Massachusetts Health Connector y Health Safety Net podrían enviarle avisos con información personal sobre las personas nombradas en esta solicitud, o también podría comunicar esta información a dichas personas.
15. En conformidad con las leyes federales, está prohibido discriminar debido a raza, color, nacionalidad de origen, edad, sexo, orientación sexual, identidad de género o discapacidad. Puedo presentar una queja por discriminación visitando [www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html).
16. Yo autorizo a Massachusetts Health Connector para que use los datos de los ingresos, incluida la información de las declaraciones de impuestos, para determinar mi elegibilidad en los próximos años. Consulte la Política de privacidad de Health Connector para obtener más información sobre la manera en que Health Connector usa su información tributaria. Massachusetts Health Connector me enviará un aviso y me permitirá hacer cambios a mi solicitud de elegibilidad. Entiendo que si yo soy elegible para un Crédito Fiscal Anticipado por el Pago de Primas (APTC) y/o para ConnectorCare, estos pagos se realizarán directamente a la(s) compañía(s) de seguros que yo elegí. Aceptar un APTC y/o ConnectorCare podría afectar mis obligaciones tributarias anuales. Se me brindará la opción de utilizar para el pago de mi prima mensual el total, una parte o nada de cualquier cantidad de APTC a la que yo podría ser elegible de recibir.

**YO ESTOY DE ACUERDO CON LAS SIGUIENTES DECLARACIONES.**

**Para los solicitantes de MassHealth y de Health Connector**

- He leído o he pedido que me lean la información de esta solicitud, incluidos los suplementos y las instrucciones, y entiendo que el Folleto para el afiliado contiene información importante.
- Tengo la autorización de todas las personas nombradas en esta solicitud (o de su padre, madre u otro representante legalmente autorizado) para presentar esta solicitud y para actuar en su nombre a fin de completar esta solicitud y cualquier proceso o trámite relacionado con su elegibilidad. Esto podría incluir, por ejemplo:
  - proporcionar información personal sobre dichas personas, incluidos temas de salud, cobertura de salud e información sobre ingresos; ver dicha información tal como la proporcionan Massachusetts Health Connector, MassHealth y Health Safety Net; y dar consentimiento en su nombre para el uso y la divulgación de su información como se describe en esta solicitud;
  - tomar decisiones sobre las opciones de cobertura y las maneras de comunicarnos con Massachusetts Health Connector, MassHealth o Health Safety Net;
  - hacer cambios a la solicitud o a los documentos relacionados con la elegibilidad y proporcionar información sobre cualquier cambio en sus circunstancias; y
  - dar consentimiento en su nombre para el uso de fuentes privadas y gubernamentales para verificar la información como se describe en esta solicitud.
- Entiendo mis derechos y responsabilidades, y los derechos y responsabilidades de todas las personas nombradas en esta solicitud, como se explica en la presente Sección VI.
- He informado o informaré a dichas personas (o a su padre, madre u otro representante legal autorizado, si correspondiera) sobre esos derechos y responsabilidades, para que ellos también los comprendan.
- Entiendo y acepto que MassHealth, Health Safety Net y Massachusetts Health Connector, considerarán que toda firma electrónica o enviada por fax, o toda copia de una firma tendrá el mismo efecto que una firma original.
- La información que he suministrado, sobre mí y sobre las demás personas nombradas en esta solicitud, es correcta y completa a mi leal saber y entender.
- Si yo proporcionara intencionalmente información falsa o no veraz, podría quedar sujeto a sanciones según las leyes federales.

Si usted presenta esta solicitud como representante autorizado, debe presentar un *Formulario de designación del representante autorizado (ARD)* o tener un formulario ya registrado para que podamos procesar la presente solicitud. Su firma en esta revisión como un representante autorizado certifica que la información dada en la presente revisión es correcta y está completa a su leal saber y entender.

.....  
Firma del afiliado o representante de elegibilidad

.....  
Nombre en letra de imprenta

.....  
Fecha