Ayuda con los costos de Medicare
Programas de Ahorros de Medicare (MSP)

Esta solicitud es para verificar que usted sea elegible para recibir asistencia con el pago de las primas de Medicare Parte B, las primas de Medicare Parte A si las tiene, o para los copagos o deducibles de la Parte A o B.

Su cobertura dependerá de sus ingresos y los de su cónyuge (si estuviera casado).

Si usted es elegible para recibir un Programa de Ahorros de Medicare (MSP), también será inscrito para recibir Medicare Parte D: *Extra Help* (Ayuda adicional). Extra Help podría ayudarle con los costos de sus medicamentos con receta.

Usted puede usar este formulario para solicitar los beneficios del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP). SNAP es un programa federal que le brinda asistencia para comprar alimentos cada mes. Si le interesa, marque la casilla en la página 1 de la solicitud y luego lea y firme los derechos y responsabilidades de SNAP en las páginas 3 a 6 y firme en la página 2. Luego, su solicitud será enviada automáticamente al Departamento de Asistencia Transicional (DTA). Usted no tiene que solicitar los beneficios del Programa SNAP para ser considerado para recibir los Programas de Ahorros de Medicare.

¿Cuántos bienes puedo tener?

No hay topes de bienes para los Programas de Ahorros de Medicare de Massachusetts.

¿Cuántos ingresos puedo tener?

Si sus ingresos y bienes son iguales o menores que las cantidades aquí indicadas, usted podría calificar para recibir asistencia de uno de los diversos Programas de Ahorros de Medicare.

Es	Sus ingresos son iguales o menores que*
una persona sola	$2,935/mes
una pareja casada	$3,966/mes

*Los topes de ingresos cambian todos los años el 1 de marzo.

Puede encontrar información más actualizada sobre los topes de ingresos en www.mass.gov/info-details/program-financial-guidelines-for-certain-masshealth-applicants-and-members.

Es posible que MassHealth descuente determinadas deducciones de sus ingresos brutos cuando calcule sus ingresos considerados contables. Estas deducciones se describen en el reglamento desde 130 CMR 520.012 hasta 520.014.

Si soy elegible para recibir uno de los Programas de Ahorros de Medicare, ¿cómo me pagarán?

Si MassHealth considera que usted es elegible para pagarle todas sus primas de Medicare Parte B, le informaremos a Medicare.

Si su prima de Medicare Parte B se deduce de su beneficio del Seguro Social, ya no se descontará su prima de Medicare. Esto quiere decir que la cantidad de su beneficio del Seguro Social aumentará por el valor que solía descontarse para pagar su prima de Medicare Parte B.

Si usted es elegible para recibir Medicare Parte B, pero aún no lo recibe (o si paga su prima de Medicare Parte B de otra manera, como por ejemplo, con una factura trimestral de Medicare), MassHealth comenzará a pagar esta factura por usted.

Llevará muchos meses para que aumente su beneficio del Seguro Social o para que MassHealth empiece a pagar su factura de Medicare. Usted obtendrá un reembolso de la cantidad que pagó a Medicare para sus primas de la Parte B retroactivo al mes en que fue elegible para recibir un Programa de Ahorros de Medicare. Usted obtendrá este reembolso de la misma manera en que recibe sus beneficios del Seguro Social.

¿Cuándo comienza la cobertura?

Usted recibirá una notificación por correo postal informándole sobre su cobertura y cuándo comienza. Su cobertura podría comenzar el mes en que procesemos su solicitud o hasta los tres meses anteriores al trámite de su solicitud.

Si no es elegible, la notificación le dará los motivos por los cuales no es considerado elegible. Si usted cree que la decisión es incorrecta, tiene el derecho de apelar. La información sobre cómo apelar se encuentra al dorso de la notificación.

Cómo usamos su Número de Seguro Social

A menos que corresponda aplicar una de las excepciones indicadas a continuación, usted debe darnos un Número de Seguro Social (SSN) o un comprobante de que haya solicitado uno, por cada integrante del hogar que solicite el beneficio, a menos que corresponda aplicar las siguientes excepciones.

Excepciones

Usted no tiene que darnos su SSN ni un comprobante de que se haya solicitado un SSN, si usted o si alguno de los miembros de su hogar:

- tiene una exención religiosa según lo descrito en las leyes federales;
- es elegible solamente para obtener un SSN que no sea para empleo; o
- no es elegible para obtener un SSN.

Usamos su SSN para verificar la información que usted nos haya dado. También lo usamos para detectar casos de fraude, para verificar si alguien recibe beneficios por duplicado o para ver si otros (un tercero) deberían estar pagando por los servicios.

Es posible que comparemos el SSN de alguien de su hogar que solicite beneficios y el de alguien que tenga seguro de salud o que pueda obtenerlo para dichas personas con los archivos de algunas agencias, incluidas las siguientes:

- Servicio de Impuestos Internos (IRS)
- Administración del Seguro Social (SSA)
- Subvención para la Verificación Sistemática de Extranjeros (SAVE)
- Centros de Servicios para Medicare y Medicaid (CMMS)
- Registro de Vehículos Motorizados (RMV)
- Departamento de Hacienda (DOR)
- Departamento de Asistencia Transicional (DTA)
- Departamento de Accidentes Industriales (DIA)
- Departamento de Asistencia al Desempleado
- División de Recursos Humanos del Departamento de Servicios para Veteranos (DVS)
- Agencia de Investigaciones Especiales (BSI)
- Secretaría de Registros Vitales y Estadísticas del Departamento de Salud Pública
- bancos
- otras instituciones financieras

También podrían compararse los archivos con los datos de agencias de servicios sociales en este u otros estados, y también con los archivos informáticos de compañías de seguro, empleadores y organizaciones de atención médica administrada. Además, MassHealth podría obtener su historial de finanzas (y, si correspondiera, el de los miembros de su hogar) de bancos y otras instituciones financieras para verificar sus recursos económicos y así determinar su elegibilidad mientras sea un afiliado de MassHealth.

¿Cómo solicito los Programas de Ahorros de Medicare (MSP)?

1. Para solicitar los Programas de Ahorros de Medicare, complete la solicitud adjunta. También incluya información sobre su cónyuge, si vive con usted.
2. Firme la solicitud completada y

   Envíela a: **MassHealth Enrollment Center**
   PO Box 4405
   Taunton, MA 02780-0968

   Por fax al: **(857) 323-8300**

   Entregándola en persona en:
   MassHealth Enrollment Center
   The Schrafft Center
   529 Main St., Suite 1M
   Charlestown, MA 02120

3. Cuando recibamos su solicitud, la revisaremos. Si necesitamos más información, le escribiremos o le llamaremos. Una vez que obtengamos la información que necesitamos, decidiremos si usted puede recibir los beneficios (y si su cónyuge puede recibirlos, si también los está solicitando).
4. Junto con su solicitud, adjuntamos un formulario de inscripción de votante. Usted no tiene que inscribirse para votar para obtener un Programa de Ahorros de Medicare.
5. Si usted desea que alguien actúe en su nombre como su representante autorizado, infórmenos usando el *Formulario de designación del representante autorizado* (ARD) adjunto.

Por favor, tenga en cuenta que esta solicitud es solamente para los Programas de Ahorros de Medicare. Si usted desea solicitar

todos los programas de MassHealth (incluida la asistencia con el pago de los costos de Medicare) usando una sola solicitud, comuníquese con MassHealth para pedir una solicitud completa al (800) 841-2900, o al TDD/TTY al 711 para personas sordas, con dificultad auditiva o discapacidad del habla, o descargue la solicitud adecuada en www.mass.gov/lists/applications-to-become-a-masshealth-member.

Privacidad y confidencialidad

MassHealth se compromete a mantener confidencial su información personal. Toda la información personal que tengamos sobre cualquier solicitante o afiliado, incluidos datos médicos, estado de salud y la información personal que usted nos dé al solicitar y recibir beneficios, es confidencial. Esta información no podría ser usada ni divulgada sin su permiso excepto para los propósitos de la administración de MassHealth a menos que sea requerida por ley o por orden judicial.

Usted puede darnos su autorización por escrito para usar su información personal de salud para un propósito específico o para compartirla con una persona u organización específica. Usted también puede darnos su autorización para divulgar su información personal con su representante autorizado, su Asesor Certificado para Tramitar Solicitudes (CAC) o su Navegador, si tiene uno, completando un Formulario de ARD, un *Formulario de designación del asesor certificado para tramitar solicitudes* o un *Formulario de designación del navegador*.

Autorización para divulgar información

Si desea que compartamos su información personal de salud, e incluso que enviemos las copias de sus avisos de elegibilidad, con alguien que no es su representante autorizado, usted puede hacer esto dándonos su autorización por escrito.

Para informarse más sobre cómo MassHealth podría usar su información, cuáles son sus derechos y sobre cómo autorizarnos para que divulguemos su información personal, consulte el *Formulario de autorización para divulgar información* (PSI) y el formulario de *Aviso de prácticas de privacidad* (*Notice of Privacy Practices*) de MassHealth en la sección "Formularios importantes", a continuación.

Representante autorizado

Un representante autorizado es alguien que usted elige para que lo ayude a obtener cobertura de atención de salud mediante los programas ofrecidos por MassHealth. Usted también puede realizar esto completando un Formulario de ARD. Un representante autorizado puede completar sus formularios de solicitud o de revisión de elegibilidad; brindar comprobantes de la información indicada en los formularios; informar sobre cambios en sus ingresos, dirección postal u otras circunstancias; recibir copias de los avisos de elegibilidad de MassHealth que le envíen a usted; y actuar en su nombre en todos los demás asuntos relacionados con MassHealth.

Un representante autorizado puede ser un amigo, un familiar u otra persona u organización que usted elija para ayudarlo. La elección de un representante autorizado, si así lo desea, depende solo de usted. MassHealth no elegirá un representante autorizado por usted.

Usted debe designar por escrito en el Formulario de ARD a la persona u organización que usted desea que sea su representante autorizado. Dicho formulario está incluido en el paquete de solicitud. En la mayoría de los casos, su representante autorizado también debe completar este formulario. Para obtener más detalles, por favor, consulte las instrucciones dadas en el formulario.

Un representante autorizado también puede ser una persona que actúe en su nombre responsablemente, si usted no puede designar por escrito a un representante autorizado debido a una condición de salud mental o física, o alguien que haya sido designado por ley para actuar en su nombre o en nombre de su sucesión. Esta persona debe completar las partes correspondientes del Formulario de ARD. Si esta persona ha sido nombrada por ley para representarlo, usted o esta persona también debe presentar, ante MassHealth, una copia del documento legal correspondiente, indicando que dicha persona lo representa legalmente a usted o a su sucesión. Esta persona puede ser un tutor legal; conservador; titular de un poder notarial; apoderado para atención de salud (*proxy*); o, si el solicitante o afiliado ha fallecido, el administrador o albacea de la sucesión.

Formularios importantes

Puede encontrar los siguientes formularios en nuestro sitio web en www.mass.gov/lists/hipaa-forms-for-masshealth-members.

- Formulario de *Aviso de prácticas de privacidad de MassHealth*
- *Formulario de autorización para divulgar información* (PSI)
- *Formulario de designación del representante autorizado* (ARD)

Usted también puede llamarnos al (800) 841-2900, TDD/TTY: 711, para pedir cualquiera de estos formularios.

Notificación de cambios

Si hubiera algún cambio en su vida, incluidos entre otros, cambios en ingresos, bienes, dirección, seguro de salud, estado inmigratorio o discapacidad, usted debe informarnos dentro de los 10 días calendario de ocurridos los cambios o lo antes posible. Usted podría perder sus beneficios si no nos notifica sobre estos cambios. Usted puede notificarnos sobre los cambios llamando al (800) 841-2900, TDD/TTY: 711.

Otros beneficios

MassHealth puede pagar directamente por los servicios médicos y también podría pagar sus copagos y deducibles de Medicare, si usted fuera elegible. Es posible que usted pueda obtener estos beneficios si sus ingresos y bienes son inferiores a determinadas cantidades o si usted tiene una discapacidad y es menor de 65 años de edad. Llámenos al (800) 841-2900, TDD/TTY: 711 para informarse sobre estos beneficios.

Usted también puede llamar a este número si tiene preguntas sobre los Programas de Ahorros de Medicare (MSP).

La mayoría de los afiliados que tienen Medicare y MassHealth o Medicare y un Programa de Ahorros de Medicare pueden obtener asistencia para cubrir los costos de los medicamentos con receta mediante Medicare. Para obtener más información, llame a Medicare al (800) 633-4227, TDD/TTY: (877) 486-2048, o visite www.medicare.gov.

El Programa Prescription Advantage ofrece asistencia para cubrir los costos de medicamentos con receta. Para informarse más sobre estos beneficios, llame a la línea gratuita de la Oficina Ejecutiva para Asuntos Relacionados con las Personas de la Tercera Edad (EOEA) al (800) 243-4636, TDD/TTY: (877) 610-0241.

Commonwealth of Massachusetts | EOHHS
www.mass.gov/masshealth

Solicitud para los Programas de Ahorros de Medicare (MSP)

para las personas que son elegibles para recibir Medicare

¿Quién puede usar esta solicitud?

Imprimir Borrar

Las personas de cualquier edad que reciban Medicare y que solo busquen asistencia para pagar sus primas de Medicare y compartir los costos.
Si usted desea solicitar otros beneficios de MassHealth, o asistencia para cubrir los costos de Medicare, o para pedir una solicitud diferente, puede llamar al Servicio al cliente de MassHealth al (800) 841-2900, TDD/TTY: 711 para personas sordas, con dificultad auditiva o discapacidad del habla. O también puede descargar la solicitud adecuada en www.mass.gov/lists/applications-to-become-a-masshealth-member.

SNAP

SNAP es un programa federal que le brinda asistencia para comprar alimentos saludables cada mes.

☐ Marque esta casilla si quiere que se envíe esta solicitud al Departamento de Asistencia Transicional (DTA) para usarla como una solicitud de beneficios de SNAP. Usted debe leer los derechos y las responsabilidades de las páginas 3 a 6 y firmar en la página 2 para continuar con la solicitud.

Información general

¿Quién solicita beneficios? ☐ usted ☐ usted y su cónyuge

Si usted y su cónyuge viven juntos, también debe darnos información sobre su cónyuge, inclusive si él o ella no está solicitando beneficios.

Usted Apellido | Nombre | Inicial del 2.º nombre

Calle | Ciudad | Estado | Código postal

Dirección postal (*si es diferente de la anterior*) ☐ desamparado sin hogar | Ciudad | Estado | Código postal

Fecha de nacimiento / / | Género ☐ M ☐ F | Número de teléfono ( )

Idioma hablado preferido | Idioma escrito preferido

SSN | Número de reclamo de Medicare

Su cónyuge Apellido | Nombre | Inicial del 2.º nombre

Fecha de nacimiento / / | Género ☐ M ☐ F | Número de teléfono ( )

Idioma hablado preferido | Idioma escrito preferido

SSN | Número de reclamo de Medicare

Ingresos

Complete esta sección para usted y su cónyuge. Indique los ingresos mensuales brutos (antes de descontar impuestos y deducciones, tales como la prima de Medicare Parte B).

Fuente de ingresos	Ingresos mensuales brutos antes de descontar impuestos y deducciones.
Seguro Social	Suyos $ _____ De su cónyuge $ _____
Pensiones	Suyos $ _____ De su cónyuge $ _____
Beneficios federales para veteranos	Suyos $ _____ De su cónyuge $ _____
Anualidades o fideicomisos	Suyos $ _____ De su cónyuge $ _____
Dividendos y/o intereses	Suyos $ _____ De su cónyuge $ _____
Ingresos de un empleo (antes de descontar deducciones)	Suyos $ _____ De su cónyuge $ _____
Ingresos de alquiler (después de descontar gastos)	Suyos $ _____ De su cónyuge $ _____
Otros (por favor, especifique) _____	Suyos $ _____ De su cónyuge $ _____

Firme esta solicitud.

X _____ _____

Firma del Solicitante o del Representante autorizado Fecha

X _____ _____

Firma del Solicitante o del Representante autorizado Fecha

Tanto usted como su cónyuge deben firmar si su cónyuge vive con usted. Al firmar, usted acepta y entiende lo siguiente:

- Al firmar esta solicitud, certifico que he leído y que acepto los derechos y responsabilidades incluidos en la presente solicitud en las páginas 3 a 6.
- Por la presente certifico bajo pena de perjurio que las presentaciones y declaraciones que he brindado en esta solicitud son verdaderas y completas a mi leal saber y entender, y que estoy de acuerdo en aceptar y cumplir con los derechos y responsabilidades del Programa de Ahorros de Medicare (MSP).
- Si yo he marcado la casilla de SNAP en la página 1 de esta solicitud, también solicito los beneficios de SNAP. Certifico que entiendo y que acepto los derechos, los requisitos y las sanciones de SNAP, según lo detallado a continuación. Le pido a MassHealth que envíe mi información, incluida la información de salud protegida (PHI) conforme a la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad del Seguro Médico (HIPAA), al Departamento de Asistencia Transicional (DTA) con el propósito de solicitar los beneficios de SNAP.

Importante: Solamente para los solicitantes del Programa de Ahorros de Medicare

Si usted presenta esta solicitud como representante autorizado, también debe presentar un *Formulario de designación del representante autorizado* (ARD) o tener un formulario en nuestros archivos para que podamos procesar esta solicitud. El Formulario de ARD está al final de esta solicitud.

En este paquete se adjunta información sobre cómo inscribirse para votar.

Usted no tiene que inscribirse para votar para obtener un Programa de Ahorros de Medicare.

Para los solicitantes del Programa de Ahorros de Medicare (MSP)

Usted autoriza a MassHealth a obtener todos los registros o datos para comprobar toda la información dada en esta solicitud. Usted entiende que debe informar a MassHealth de cualquier cambio que haya en la información que dio en esta solicitud. Además, usted certifica bajo pena de perjurio que la información en la presente solicitud es correcta y está completa a su leal saber y entender.

Importante: Solamente para los solicitantes del Programa de Ahorros de Medicare (MSP)

Si usted actúa en nombre de alguien al completar esta solicitud, debe completar el Formulario de ARD adjunto y debe enviarlo junto con esta solicitud. Su firma en esta solicitud como un representante autorizado certifica que la información dada en la presente solicitud es correcta y está completa a su leal saber y entender.

Si usted cree que la decisión de MassHealth acerca de su elegibilidad es incorrecta, tiene el derecho de apelar. Si a usted se le denegaran beneficios, recibirá información sobre cómo apelar.

MassHealth obtendrá de las compañías aseguradoras de salud actuales y pasadas que usted tenga toda la información sobre la cobertura del seguro de salud de usted y de su cónyuge. Esto incluye, entre otros, la información sobre pólizas, primas, coseguros, deducibles y beneficios cubiertos que están, podrían estar o deberían haber estado disponibles para usted y su cónyuge.

MassHealth podría obtener registros o datos, sobre usted y su cónyuge nombrados en esta solicitud, 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 como las instituciones financieras: 1) para comprobar toda la información indicada en esta solicitud y en todos los suplementos, o cualquier otra información provista desde que usted y su cónyuge se afiliaran; 2) para documentar servicios médicos reclamados o provistos a usted o su cónyuge; y 3) para sustentar la continuidad de la elegibilidad.

Para los solicitantes del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP)

Beneficios del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP)

Si usted marcó la casilla de la página **1**, MassHealth enviará esta solicitud al Departamento de Asistencia Transicional (DTA). **¡Se usará como su solicitud de beneficios de SNAP!** Si usted es elegible, su beneficio de SNAP comenzará desde la fecha en que el DTA reciba esta solicitud de MassHealth. Al firmar a continuación, usted declara que ha leído y que acepta los Derechos, Responsabilidades y Sanciones del programa de SNAP, según el programa.

Es posible que usted sea elegible para recibir beneficios de SNAP, dentro de los 7 días en que el DTA haya recibido esta solicitud, si:

- La suma de sus ingresos y la cantidad de dinero que tenga en el banco es menor que sus gastos mensuales de vivienda; o
- Sus ingresos mensuales son menores de $150 y la cantidad de dinero que tenga en el banco es igual o menor que $100; o
- Es trabajador migrante y la cantidad de dinero que tenga en el banco es igual o menor que $100.

Para obtener más información sobre SNAP en Massachusetts, visite mass.gov/SNAP.

Aviso de derechos, responsabilidades y sanciones del Departamento de Asistencia Transicional (DTA)

Este aviso indica la lista de los derechos y las responsabilidades para todos los programas del DTA. Usted debe cumplir con los requisitos de los programas que solicite.

Por favor, lea atentamente estas páginas y guárdelas para su archivo.

Informe al DTA si tiene alguna pregunta.

Yo juro bajo pena de perjurio que:

- He leído la información en este formulario, o que alguien me la ha leído.
- Mis respuestas a las preguntas en este formulario son verdaderas y completas a mi leal saber y entender.
- Proporcionaré al DTA información que es verdadera y completa a mi leal saber y entender durante la entrevista y en el futuro.

Yo entiendo que:

- dar información falsa o engañosa es fraude,
- alterar o retener datos para recibir beneficios del DTA es fraude,
- se considera que una Violación Intencional del Programa (IPV) es fraude, y
- si el DTA cree que yo he cometido fraude, entonces el DTA puede presentar sanciones civiles y penales en mi contra.

Además, entiendo que:

- El DTA verificará la información que yo brinde en mi solicitud. Si alguna información fuera falsa, el DTA podría negarme mis beneficios.
- Yo también podría estar sujeto a procesamiento penal por proporcionar información falsa.
- Si el DTA obtiene de una fuente confiable información sobre un cambio en mi hogar, podría cambiar la cantidad de mi beneficio.
- Al firmar este formulario, autorizo al DTA a verificar mi elegibilidad para recibir beneficios, incluido:
  - Obtener información de otras agencias estatales y federales, de autoridades locales de vivienda, de departamentos de bienestar de otros estados, de instituciones financieras y de Equifax Workforce Solutions (número del empleo). También autorizo a estas agencias para que compartan con el DTA la información sobre la elegibilidad de mi hogar para recibir beneficios.
  - Si el DTA utiliza la información proveniente de Equifax sobre los ingresos salariales de mi hogar, tengo derecho a recibir una copia gratuita de mi informe de Equifax si yo lo solicitara dentro de los 60 días de la decisión del DTA. Tengo derecho a cuestionar la información en dicho informe. Podría comunicarme con Equifax a: Equifax Workforce Solutions, 11432 Lackland Road, St. Louis, MO 63146, 1-800-996-7566 (línea gratuita).
- Tengo derecho a recibir una copia de mi solicitud, incluida la información que el DTA utilice para decidir respecto a la elegibilidad de mi hogar y la cantidad del beneficio. Puedo pedir al DTA una copia electrónica de mi solicitud completada.

¿Cómo utilizará el DTA mi información?

Al firmar a continuación, autorizo al DTA a obtener y compartir información sobre mí y los miembros de mi hogar con:

- Bancos, escuelas, agencias gubernamentales, empleadores, propietarios de viviendas de alquiler, compañías de servicios públicos y otras agencias para verificar que yo sea elegible para recibir beneficios.
- Compañías de electricidad, gas y telefonía para que pueda obtener descuentos en los servicios. Las compañías no pueden compartir ni usar mi información para ningún otro propósito.
- El Departamento de Vivienda y Desarrollo Comunitario (DHCD) para inscribirme en el programa de Calefacción y Alimentación. Este programa ayuda a las personas a recibir la mayor cantidad posible de beneficios de SNAP.
- El Departamento de Educación Primaria y Secundaria (DESE) para que mis hijos puedan recibir comidas escolares gratuitas.
- El Programa para Mujeres, Infantes y Niños (WIC) para que todos los niños menores de 5 años o las mujeres embarazadas de mi hogar puedan recibir WIC.
- Los Servicios de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos (USCIS) para verificar mi estado inmigratorio. Cualquier información proveniente de USCIS podría afectar la elegibilidad de mi hogar y la cantidad de los beneficios del DTA.

Nota: Aunque usted no sea elegible para recibir beneficios debido al estado inmigratorio, el DTA no lo reportará a las autoridades de inmigración a menos que usted le muestre al DTA una orden final de deportación.

- El Departamento de Hacienda (DOR) para verificar mi elegibilidad para recibir créditos fiscales basados en los ingresos, tales como los Ingresos salariales y los Límites de ingresos, y para determinar si soy elegible para el estado de "*No Tax Status*" (sin situación ante el impuesto) o de "dificultades económicas" (*hardship*).
- El Departamento de Niños y Familias (DCF) para coordinar los servicios que son ofrecidos de manera conjunta por el DTA y DCF.

¿Cómo utiliza el DTA los Números de Seguro Social (SSN)?

La Ley de Alimentos y Nutrición de 2008 (7 U.S.C. 2011-2036) autoriza al DTA a pedir los SSN para SNAP y según lo estipulado en M.G.L. c. 18 Sección 33 para TAFDC y EAEDC. El DTA utiliza los SSN para:

- Verificar la identidad y la elegibilidad de cada miembro del hogar para los cuales yo solicite beneficios por medio de programas de comparación de datos.
- Supervisar la conformidad con los requisitos del programa.
- Recaudar dinero si el DTA afirma que recibí beneficios para los cuales yo no era elegible.
- Ayudar a las agencias de cumplimiento de la ley a detener a los prófugos de la justicia.

Entiendo que no tengo que darle al DTA el SSN de ninguna persona de mi hogar que no sea ciudadano, incluido yo mismo, quien no desee recibir beneficios. Los ingresos de una persona que no sea ciudadano podrían ser considerados, aunque dicha persona no reciba beneficios.

Derecho a un intérprete

Yo entiendo que:

- Tengo derecho a recibir servicios gratuitos de un intérprete profesional provisto por el DTA si yo prefiriera comunicarme en otro idioma que no fuera el inglés.
- Si tengo una audiencia ante el DTA, puedo pedirle al DTA que me brinde los servicios gratuitos de un intérprete profesional, o si yo así lo prefiriera, llevar conmigo a alguien que interprete para mí. Si yo necesitara que el DTA me brinde un intérprete para una audiencia, debo llamar a la División de Audiencias al menos una semana antes de la fecha de la audiencia.

Derecho a inscribirse para votar

Yo entiendo que:

- Tengo derecho a inscribirme para votar por medio del DTA.
- El DTA me ayudará a completar el *Formulario de Inscripción de Votante* si deseara ayuda.
- Puedo completar el *Formulario de Inscripción de Votante* en privado.
- Solicitar o rechazar la inscripción para votar no afectará mis beneficios del DTA.

Oportunidades de empleo

Consiento en que el DTA comparta mi nombre y la información de contacto con los proveedores de empleo y capacitación, entre ellos:

- Proveedores del programa Camino al Trabajo de SNAP o especialistas del DTA para los clientes de SNAP; y
- Proveedores contratados del programa de Empleo y Capacitación o coordinadores de compromiso pleno para los clientes de TAFDC.

Los clientes de SNAP pueden participar voluntariamente en servicios de capacitación para empleo y educación por medio del programa Camino al Trabajo de SNAP.

Estado de ciudadanía

Juro que todos los miembros de mi hogar que solicitan beneficios del DTA son ciudadanos de EE. UU. o son no ciudadanos con residencia legal.

Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP)

Yo entiendo que:

- El DTA administra el programa de SNAP en Massachusetts.
- Cuando presento una solicitud ante el DTA (por teléfono, en línea, en persona o por correo electrónico o fax), el DTA tiene 30 días, desde la fecha en que recibió mi solicitud, para decidir si soy elegible.
  - Si fuera elegible para recibir los beneficios SNAP acelerados (de emergencia), el DTA debe darme SNAP y asegurarse de yo tenga una tarjeta de Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT) dentro de los 7 días de la fecha en que recibió mi solicitud.
  - Tengo el derecho de hablar con un supervisor del DTA si:
    El DTA indica que no soy elegible para recibir los beneficios SNAP de emergencia, y no estoy de acuerdo.
    Yo fuera elegible para recibir los beneficios SNAP de emergencia, pero no recibiera mis beneficios al 7.º día calendario después de haber solicitado SNAP.
    Yo fuera elegible para recibir los beneficios SNAP de emergencia, pero no recibiera mi tarjeta de EBT al 7.º día calendario después de haber solicitado SNAP.
- Cuando reciba SNAP, deberé cumplir con determinados requisitos. Cuando me aprueben para recibir SNAP, el DTA me dará una copia del folleto "Su derecho a saber" y del folleto del Programa de SNAP. Yo leeré los folletos o le pediré a alguien que me los lea. Si tuviera preguntas o si necesitara ayuda para leer o comprender esta información, puedo llamar al DTA al 1-877-382-2363.
- Informar al DTA de cambios en mi hogar:
  - Si perteneciera a un hogar con el requisito de Informe Simplificado de SNAP, no deberé notificar la mayoría de los cambios al DTA hasta que venza el Informe

Provisorio o la Recertificación. Las únicas cosas que debo notificar cuanto antes son:

- Si los ingresos de mi hogar superaran el umbral de ingresos brutos (indicado en mi Notificación de aprobación).
- Yo debo informar esto antes del 10.º día del mes posterior al mes en que mis ingresos superaron dicho umbral.
- Si yo debiera cumplir con los Requisitos de Trabajo del programa Adultos Sanos sin Personas a Cargo (ABAWD) y mis horas de trabajo disminuyeran por debajo de las 20 horas por semana.
- Si alguien en mi hogar es mayor de 60 años, discapacitado o menor de 18 años de edad, y nadie tuviera ganancias de un trabajo, las únicas cosas que yo debiera notificar son:
  - Si alguien empieza a trabajar, o
  - Si alguien se agregara a mi hogar o lo dejara.
  - Yo debo informar de estos cambios antes del 10.º día del mes posterior al mes en que ocurrió un cambio.
- Si recibiera SNAP por medio de la Alternativa de Beneficios Transicionales (TBA) debido a que se suspendieron mis beneficios del TAFDC, yo no debo informar de ningún cambio al DTA durante los 5 meses en que reciba TBA.
- Si yo recibiera SNAP por medio de Bay State CAP, yo no debo informar sobre ningún cambio al DTA.

Si yo o alguien en mi hogar recibiera asistencia en efectivo (TAFDC o EAEDC), debo informar sobre determinados cambios al DTA dentro de los 10 días de ocurrido el cambio.

Es posible que yo reciba más beneficios de SNAP si notifico al DTA y brindo comprobantes de los siguiente, en cualquier momento:

- Costos de servicios de atención para niños u otros dependientes, costos de albergue, y/o costos de servicios públicos;
- Manutención infantil que yo (o algún miembro de mi hogar) deba pagar según sentencia judicial a un miembro que no esté en el hogar; y
- Costos médicos para los miembros de mi hogar, incluyéndome, que sean mayores de 60 años, o discapacitados.

Requisitos de Trabajo para los clientes de SNAP: Si usted recibe beneficios de SNAP y tiene entre 16 y 59 años, es posible que deba cumplir con los requisitos generales de trabajo de SNAP o con los requisitos de trabajo de ABAWD a menos que usted esté exento. El DTA nos informará a mí y a los miembros de mi hogar si debemos cumplir con los Requisitos de Trabajo, cuáles son las exenciones y qué sucederá si no cumplimos con los requisitos.

Si está sujeto a los Requisitos de Trabajo de SNAP, usted debe:

- Inscribirse para trabajar al momento de la solicitud y cuando se recertifique para recibir SNAP. Usted se inscribe cuando firma el formulario de solicitud o de recertificación de SNAP.
- Dar al DTA información sobre su estado de empleo cuando se lo pida el DTA.
- Presentarse ante un empleador si fue referido por el DTA.
- Aceptar un ofrecimiento de trabajo (a menos que usted tenga un motivo justificado para no hacerlo).
- No renunciar a un empleo de más de 30 horas semanales sin un motivo justificado.
- Reducir sus horas de trabajo a menos de 30 horas semanales sin un motivo justificado.

Requisitos de SNAP

- No proporcione información falsa ni oculte información para obtener beneficios de SNAP.
- No intercambie ni venda beneficios de SNAP.
- No altere las tarjetas de EBT para obtener beneficios de SNAP para los cuales usted no sea elegible.
- No use los beneficios de SNAP para comprar artículos que no sean elegibles, como bebidas alcohólicas y tabaco.
- No use los beneficios de SNAP o la tarjeta de EBT de otra persona, a menos que sea un Representante autorizado, o que el beneficiario lo haya autorizado para que use dicha tarjeta en su nombre.

Advertencia de sanciones de SNAP

Entiendo que, si yo o cualquier miembro de mi hogar de SNAP intencionalmente no cumpliera alguna de las reglas indicadas anteriormente, esa persona no será elegible para recibir SNAP durante un año después de la primera infracción, dos años después de la segunda infracción y para siempre después de la tercera infracción. Esa persona también puede ser multada hasta con $250,000, ir a prisión hasta por 20 años o ambas. También puede estar sujeta a juicio según las leyes federales y estatales aplicables.

También entiendo las siguientes sanciones: Si yo o un miembro de mi hogar de SNAP:

- Cometiera una Infracción Intencional del Programa (IPV) **del programa en efectivo**, la persona no será elegible para recibir SNAP durante el mismo período en que no sea elegible para la asistencia en efectivo.
- Hiciera una declaración fraudulenta sobre su identidad o residencia para obtener múltiples beneficios de SNAP **en el mismo período**, la persona no será elegible para recibir SNAP durante **diez años**.
- Intercambiara (compre o venda) beneficios de SNAP para obtener drogas ilegales o sustancias controladas, esa persona no será elegible para recibir SNAP durante **dos años** por la primera falta y **para siempre** por la segunda falta.
- Intercambiara (compre o venda) beneficios de SNAP para obtener armas de fuego, municiones o explosivos, no será elegible para recibir SNAP **para siempre**.
- Hiciera una oferta para vender beneficios de SNAP o una tarjeta EBT en línea o en persona, el estado podría enjuiciarla por una IPV.
- Pagara alimentos comprados a crédito, no será elegible para recibir SNAP.
- Comprara productos con beneficios de SNAP con la intención de descartar el contenido y devolver los envases por efectivo, no será elegible para recibir SNAP.
- Escapara para evitar el juicio, detención o reclusión después de la convicción por un delito, no será elegibles para recibir SNAP.
- Estuviera violando la libertad condicional o bajo palabra (*parole*), en el caso que las fuerzas policiales le estén buscando activamente para su arresto, no será elegible para recibir SNAP.

Las personas que hayan sido condenadas por delitos graves después del 7 de febrero de 2014 no son elegibles para recibir los beneficios de SNAP si son prófugos o están violando la libertad bajo palabra (*parole*), según lo establecido en 7 CFR §273.11(n), y fueron condenadas como adultos de los delitos de:

1. Abuso sexual agravado según la sección 2241 del título 18, U.S.C.;
2. Homicidio según la sección 1111 del título 18, U.S.C.;
3. Cualquier delito según el capítulo 110 del título 18, U.S.C.;
4. Un delito federal o estatal que implique una agresión sexual, según se lo defina en la sección 40002(a) de la Ley de Violencia contra las Mujeres (VAWA) de 1994 (42 U.S.C. 13925a); o
5. Un delito que, según las leyes estatales, el Fiscal General determine que sea considerablemente similar a un delito descrito en esta lista.

Declaración de no discriminación

De acuerdo con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y las normas del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA), se prohíbe que esta institución discrimine debido a raza, color, nacionalidad de origen, sexo (incluidas la identidad de género y la orientación sexual), credo religioso, discapacidad, edad, ideología política, represalia o venganza por haber participado en actividades en defensa de los derechos civiles.

Puede tener acceso a la información sobre el programa en otros idiomas además del inglés. Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para obtener información sobre el programa (p. ej. braille, letras grandes, cintas de audio, Lenguaje de Señas Americano o ASL) deben comunicarse con la Agencia (estatal o local) donde presentaron la solicitud para beneficios. Las personas sordas, con dificultad auditiva o discapacidad del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Servicio de Retransmisión Federal al (800) 877-8339.

Para presentar una queja contra el programa por discriminación, un Denunciante deber completar el Formulario AD-3027, el Formulario de Queja por Discriminación del Programa del USDA, que puede obtenerse en línea en: https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf, en cualquier oficina del USDA, llamando al (833) 620-1071 o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe incluir el nombre, la dirección y el teléfono del denunciante, y una descripción por escrito de la presunta acción discriminatoria con los suficientes detalles para informar al Secretario Adjunto de Derechos Civiles (ASCR) del carácter y la fecha de la presunta violación a los derechos civiles. Debe presentarse la carta o el formulario AD-3027 completado por:

1. **correo postal:**
   Food and Nutrition Service, USDA
   1320 Braddock Place, Room 334
   Alexandria, VA 22314; o
2. **fax:**
   (833) 256 1665 o (202) 690-7442; o
3. **correo electrónico:**
   FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

Formulario de designación del representante autorizado

Usted puede presentar este formulario si desea designar un representante autorizado para que actúe en su nombre. Si un representante autorizado firmó su solicitud por usted, o si usted es un representante autorizado que solicita en nombre de alguna otra persona, usted **DEBE** presentar este formulario para que se procese la solicitud.

Usted no necesita completar este formulario si vive en una institución y desea que le envíen copias de avisos de elegibilidad a usted y a su cónyuge, quien todavía vive en su casa. Haremos esto automáticamente.

Nota: Un representante autorizado tiene la autoridad de actuar en nombre de un solicitante o de un afiliado en todos los asuntos relacionados con MassHealth y el Health Connector, y recibirá información personal sobre el solicitante o el afiliado hasta que recibamos un aviso de cancelación que finalice la autoridad del representante, o hasta el fallecimiento del solicitante o del afiliado. La autoridad del representante no terminará automáticamente una vez que procesemos su solicitud.

Usted puede elegir a alguien para que lo ayude.

Usted podría elegir a un representante autorizado para que lo ayude a obtener cobertura de atención de salud a través de los programas ofrecidos por MassHealth y el Health Connector. Usted puede hacer esto completando este formulario (el Formulario de designación del representante autorizado). Usted o un representante puede firmar en su nombre y en nombre de cualquiera de sus hijos dependientes menores de 18 años de edad y para quienes usted sea un padre o una madre con custodia. **No es necesario que usted tenga un representante para solicitar o recibir beneficios.**

¿Quién me puede ayudar?

1. Un representante autorizado puede ser un amigo, familiar, pariente u otra persona u organización de su preferencia que acepte ayudarlo. La elección de un representante autorizado, si así lo desea, depende solo de usted. Ni MassHealth ni el Health Connector elegirán un representante autorizado en su nombre. Usted debe designar por escrito a la persona u organización que usted desea que sea su representante autorizado (complete la Sección I, Parte A). Su representante autorizado también debe completar la Sección I, Parte B. A veces nos referimos a esta persona u organización como el “Representante autorizado según la Sección I”.
2. Si usted no puede designar un representante autorizado por escrito y usted no tiene actualmente un representante autorizado ni otra persona que esté autorizada legalmente a actuar en su nombre, una persona (no una organización), quien certifique que será responsable de actuar en su nombre, puede ser su representante autorizado si dicha persona completa la Sección II de este formulario. A veces nos referimos a esta persona como el “Representante autorizado según la Sección II”.
3. Un representante autorizado también puede ser alguien quien ha sido nombrado por ley para actuar en su nombre, o en nombre de la sucesión de un solicitante o un afiliado que haya fallecido. Esta persona debe completar la Sección III y, ya sea usted o esta persona, debe enviarnos, junto con este formulario, una copia del documento legal pertinente que indique que dicha persona tiene la autoridad para representarlo legalmente a usted o a la sucesión de un solicitante o un afiliado fallecido. A veces nos referimos a esta persona como el “Representante autorizado según la Sección III”.
4. Un representante autorizado según la **Sección III** puede ser un tutor legal, apoderado legal, titular de un poder legal o apoderado para atención de salud, o, si el solicitante o el afiliado ha fallecido, el representante administrativo o albacea de la sucesión.

¿Qué puede hacer un representante autorizado?

Un representante autorizado según la **Sección I** o la **Sección II** puede

- completar sus formularios de solicitud o de renovación;
- completar otros formularios de elegibilidad o de inscripción de MassHealth o del Health Connector;
- dar pruebas de la información indicada en dichos formularios;
- informar sobre cambios en los ingresos, dirección u otras circunstancias;
- recibir copias de todos los avisos de su elegibilidad e inscripción de MassHealth y el Health Connector; y
- actuar en su nombre en todos los demás asuntos relacionados con MassHealth y el Health Connector.

Lo que un representante autorizado según la **Sección III** está autorizado a hacer en su nombre (o en nombre de la sucesión de un solicitante o un afiliado fallecido) dependerá de lo establecido en el nombramiento legal.

Por favor observe: Los avisos de elegibilidad pueden incluir información acerca de otros miembros del hogar de un solicitante o de miembros del hogar de un afiliado. Si hay numerosas personas en su hogar, es posible que no podamos enviarles copias de algunos de sus avisos a su representante autorizado a menos que cada miembro de su hogar también haya designado al mismo representante autorizado completando cada uno por separado un Formulario de designación de representante autorizado.

SECCIÓN 1 Designación del representante autorizado (si el solicitante o el afiliado puede firmar)

Parte A: a ser completada por el solicitante o el afiliado. Escriba en letra de imprenta, salvo la firma.

Nombre del solicitante o afiliado	Fecha de nacimiento del solicitante o afiliado (mm/dd/aaaa)

Número de ID de MassHealth __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ **O bien**
Los cuatro últimos dígitos del Número de Seguro Social (SSN) del solicitante o afiliado __ __ __ __

Correo electrónico del solicitante/afiliado

Certifico que he elegido a la siguiente persona u organización para que sea mi representante autorizado y el de cualquier niño dependiente menor de 18 años de edad de quien yo sea el padre o la madre con custodia, y que comprendo los deberes y responsabilidades que esta persona u organización tendrá (como se explicó anteriormente en este formulario).

Firma del solicitante/afiliado	Fecha (mm/dd/aaaa)

Nombre del representante autorizado	Teléfono del representante autorizado

Dirección del representante autorizado (dirección postal, ciudad, estado, código postal)

Parte B: a ser completada por el representante autorizado. Escriba en letra de imprenta, salvo la firma.

B1. COMPLETE SI EL REPRESENTANTE AUTORIZADO ES UNA PERSONA.

Certifico que mantendré en todo momento la confidencialidad de cualquier información, que me proporcione MassHealth o el Health Connector, relacionada con el solicitante o el afiliado indicado anteriormente y, si corresponde, con los niños dependientes de dicho solicitante o afiliado.

Si también soy proveedor, miembro del personal o un voluntario afiliado a una organización, y estoy actuando en mi capacidad de proveedor, miembro del personal o voluntario en relación con mi designación como representante autorizado, certifico que cumpliré en todo momento con las leyes y reglamentos estatales y federales aplicables referentes a la confidencialidad de la información y conflictos de interés, incluyendo aquellos estipulados en 42 CFR parte 431, subparte F, 42 CFR § 447.10 y 45 CFR § 155.260(f).

Firma del representante autorizado	Fecha (mm/dd/aaaa)

Nombre del representante autorizado en letra de imprenta	Correo electrónico del representante autorizado

B2. COMPLETE SI EL REPRESENTANTE AUTORIZADO ES UNA ORGANIZACIÓN.

Certifico, en nombre de la organización indicada a continuación, que dicha organización mantendrá en todo momento la confidencialidad de cualquier información, que me proporcione MassHealth o el Health Connector, relacionada con el solicitante o el afiliado indicado anteriormente y, si corresponde, con los niños dependientes de dicho solicitante o afiliado.

Yo, el proveedor, miembro del personal o voluntario de la organización que se indica a continuación, que completa este formulario, certifico en mi nombre y en nombre de la organización que represento, que todos los proveedores, miembros del personal o voluntarios que actúen en nombre de la organización con referencia a esta designación de representante autorizado, cumplirán en todo momento con las leyes y reglamentos estatales y federales aplicables referentes a la confidencialidad de la información y conflictos de interés, incluyendo aquellos estipulados en 42 CFR parte 431, subparte F, 42 CFR § 447.10 y 45 CFR § 155.260(f).

Firma del proveedor, miembro del personal o voluntario que completa el formulario	Fecha (mm/dd/aaaa)

Nombre en letra de imprenta del proveedor, miembro del personal o voluntario que completa el formulario

Correo electrónico del proveedor, miembro del personal o voluntario que completa el formulario	Nombre de la organización del representante autorizado

SECCIÓN 2 Designación de representante autorizado
(si el solicitante o el afiliado no puede proporcionar una designación por escrito)

A ser completada por el representante autorizado. Escriba en letra de imprenta, salvo la firma. Por favor proporcione un formulario por separado para cada solicitante o afiliado.

UNA ORGANIZACIÓN NO ES ELEGIBLE PARA SER UN REPRESENTANTE AUTORIZADO SEGÚN ESTA SECCIÓN.

Certifico que el solicitante o el afiliado indicado a continuación no puede proporcionar la designación por escrito y que, a mi leal saber y entender, de ninguna manera dispone de una persona que pueda actuar en su nombre, tal como un actual representante autorizado, tutor legal, apoderado legal, representante administrativo o albacea de la sucesión, titular de un poder legal o al amparo de un apoderado para atención de salud. Además, certifico que tengo pleno conocimiento de las circunstancias relacionadas a este solicitante o afiliado para asumir la responsabilidad por la veracidad de las declaraciones efectuadas en su nombre durante el proceso de determinación de elegibilidad y en otras comunicaciones con MassHealth o el Health Connector, y que entiendo mis derechos y responsabilidades como representante autorizado de esta persona (como se explicó previamente en este formulario). Si esta persona puede entender, le he informado a esta persona que MassHealth y Health Connector me enviarán una copia de todos los avisos de elegibilidad e inscripción de MassHealth y de Health Connector, y que esta persona está de acuerdo con esto, y le he informado a esta persona que me puede remover o reemplazarme como representante autorizado en cualquier momento por los métodos descritos anteriormente en este formulario.

Certifico además que mantendré en todo momento la confidencialidad de cualquier información, que me proporcione MassHealth o el Health Connector, relacionada con el solicitante o el afiliado indicado a continuación.

Si también soy proveedor, miembro del personal o un voluntario afiliado a una organización, y estoy actuando en mi capacidad de proveedor, miembro del personal o voluntario en relación con mi designación como representante autorizado, certifico además que cumpliré en todo momento con las leyes y reglamentos estatales y federales aplicables referentes a la confidencialidad de la información y conflictos de interés, incluyendo aquellos estipulados en 42 CFR parte 431, subparte F, 42 CFR § 477.10 y 45 CFR § 155.260(f).

Nombre del solicitante o afiliado	Fecha de nacimiento del solicitante o afiliado (mm/dd/aaaa)
Número de ID de MassHealth __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ **O bien** Los cuatro últimos dígitos del Número de Seguro Social del solicitante o afiliado __ __ __ __	
Firma del representante autorizado	Fecha (mm/dd/aaaa)
Nombre del representante autorizado (nombre, inicial, apellido)	Teléfono del representante autorizado
Dirección del representante autorizado (dirección postal, ciudad, estado, código postal)	Correo electrónico del representante autorizado

Si el representante autorizado según la Sección II está afiliado a una organización, y está actuando en dicha capacidad, una persona autorizada a actuar en nombre de la organización, tal como un funcionario, debe firmar a continuación para indicar que dicha organización reconoce y está de acuerdo con las representaciones y garantías efectuadas anteriormente.

Nombre del funcionario	Título del funcionario
Firma del funcionario	Fecha (mm/dd/aaaa)

SECCIÓN 3 Designación del representante autorizado (si es nombrado por ley)

A ser completada por un representante autorizado nombrado por ley (con autoridad para actuar en nombre del solicitante o del afiliado para tomar decisiones relacionadas con la atención de salud, incluyendo, pero sin limitarse, un tutor legal, apoderado legal, representante administrativo o albacea de la sucesión de un solicitante o un afiliado, titular de un poder legal o al amparo de un apoderado para atención de salud.) Escriba en letra de imprenta, salvo la firma.
Por favor presente una copia del documento legal pertinente junto con este formulario.

Certifico que mantendré en todo momento la confidencialidad de cualquier información, que me proporcione MassHealth o el Health Connector, relacionada con el solicitante o el afiliado indicado a continuación.

Nombre del solicitante o afiliado	Fecha de nacimiento del solicitante o afiliado (mm/dd/aaaa)
Número de ID de MassHealth __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ **O bien** Los cuatro últimos dígitos del Número de Seguro Social del solicitante o afiliado __ __ __ __	
Firma del representante autorizado	Fecha (mm/dd/aaaa)
Nombre del representante autorizado (nombre, inicial, apellido)	Teléfono del representante autorizado
Dirección del representante autorizado (dirección postal, ciudad, estado, código postal)	Correo electrónico del representante autorizado

¿Cómo finaliza la designación de un representante autorizado?

Si usted decide que ya no desea tener un representante autorizado según la **Sección I** o la **Sección II**, tiene que notificarnos por correo postal, fax o teléfono en el momento que usted desee finalizar la designación. Consulte la información de contacto a continuación. Si usted nos envía el aviso por correo postal o fax, el aviso debe incluir su nombre, dirección y fecha de nacimiento, el nombre de su representante autorizado, una declaración de que la designación ha finalizado y su firma o, si no puede dar un aviso por escrito, la firma de alguien que actúe en su nombre (solo en el caso de que sea un representante autorizado según la **Sección II**).

Además, si su representante autorizado nos notifica que dicha persona u organización ya no actúa en su nombre, ya no reconoceremos a dicha persona u organización como su representante autorizado.

La autoridad de un representante autorizado según la **Sección I** o la **Sección II** finalizará al momento de fallecer un solicitante o un afiliado.

La designación de un representante autorizado según la **Sección III** termina cuando finalice su nombramiento legal. El representante autorizado nos debe notificar tal como se explicó anteriormente.

Además, la designación de un representante autorizado para un niño menor de edad finaliza el día en que dicho niño cumpla 18 años de edad.

¿Cómo puedo presentar este formulario?

Si usted está solicitando beneficios de salud, envíenos su *Formulario de designación del representante autorizado* completado junto con su solicitud.

Si ya recibe beneficios, usted debe presentar el formulario en el momento en que desee designar a un representante autorizado o en que desee que finalice la designación declarada, de una de estas maneras

- Envíe su formulario por correo postal a

  Health Insurance Processing Center
  PO Box 4405
  Taunton, MA 02780;

- Envíe su formulario por fax al **(857) 323-8300**; o
- Llámenos al **(800) 841-2900**, TDD/TTY: **711**.

Imprimir Borrar