

Assistência para custos do Medicare

Programas de Economia de Custos do Medicare

Este requerimento é para verificar se você se qualifica para ajuda no pagamento dos prêmios da Parte B do Medicare, prêmios da Parte A do Medicare, ou copagamentos ou franquias da Parte A ou B.

O que pode ser coberto depende da sua renda e da renda de seu cônjuge (se você for casado).

Se se qualificar para um Programa de Economia de Custos do Medicare, você também será inscrito na Ajuda Extra para a Parte D do Medicare (Medicare Part D Extra Help). A Ajuda Extra pode ajudar com os custos de medicamentos receitados.

O Programa de Assistência Nutricional Suplementar (SNAP) é um programa federal que ajuda você a comprar alimentos saudáveis todos os meses. Se você estiver interessado no SNAP, marque a caixa na página 1 do requerimento, leia os direitos e responsabilidades do SNAP nas páginas 4 a 7 e assine na página 3. Seu requerimento então será enviado automaticamente para o Departamento de Assistência Transicional (Department of Transitional Assistance - DTA). Você não tem de se inscrever no Programa SNAP para ser considerado para os Programas de Economia de Custos do Medicare.

O que acontece depois que o DTA recebe seu requerimento?

- O Departamento de Assistência Transicional (DTA) ligará para marcar uma entrevista pelo telefone e para verificar se você pode receber os benefícios emergenciais do SNAP dentro de sete dias.
- O DTA trabalhará com você para verificar as informações sobre o seu caso.
- Você receberá um cartão de Transferência Eletrônica de Benefícios (EBT) para acessar seus benefícios, se aprovados.
- Você receberá um aviso sobre a decisão do seu caso dentro de 30 dias.

Quanto posso ter em bens?

Não há limite para bens nos Programas de Economia de Custos do Medicare em Massachusetts.

Quanto posso ter em renda?

Se sua renda for igual ou inferior aos valores relacionados aqui, você pode se qualificar para obter ajuda de um dos vários Programas de Economia de Custos do Medicare (Medicare Savings Programs - MSP).

Você é	Sua renda é igual ou inferior a*
pessoa solteira	\$2,993/mês
casal	\$4,058/mês

*Os limites de renda mudam ano a ano no dia 1º de março.

Encontre informações atualizadas sobre limites de renda em www.mass.gov/service-details/program-financial-guidelines-for-certain-masshealth-applicants-and-members.

Há determinadas deduções que o MassHealth pode subtrair de sua renda bruta quando calculamos a sua renda contável. Essas deduções são descritas nos regulamentos 130 CMR 520.012 a 520.014.

Se eu me qualifico para um dos Programas de Economia de Custos do Medicare, como recebo o pagamento?

Se o MassHealth constatar que você se qualifica para o pagamento total do seu prêmio da Parte B do Medicare, nós informaremos ao Medicare.

Se o prêmio da sua Parte B do Medicare for deduzido do seu benefício da Previdência Social, seu prêmio do Medicare deixará de ser deduzido. Isso significa que o valor do seu benefício da Previdência Social aumentará pelo valor que costumava ser deduzido, para pagar pelo seu prêmio Medicare Parte B.

Se você se qualifica para a Parte B do Medicare, mas ainda não está recebendo (ou se você está pagando sua mensalidade da Parte B do Medicare de outra forma, como recebendo uma conta trimestral do Medicare), o MassHealth começará a pagar essa conta para você.

Levará vários meses para que seu benefício da Previdência Social aumente ou para que o MassHealth comece a pagar sua conta do Medicare. Você será reembolsado pelo valor que pagou ao Medicare pelos prêmios da Parte B, a partir do mês em que se qualificou para um Programa de Economia de Custos do Medicare. Você receberá esse reembolso da mesma forma que está recebendo os benefícios da Previdência Social.

Quando começa a cobertura?

Você receberá um aviso pelo correio sobre sua cobertura e quando ela começa. Sua cobertura pode começar no mês em que processarmos seu requerimento ou até mesmo três meses antes disso.

Se você não se qualificar, o aviso informará os motivos de não se qualificar. Se achar que a decisão está errada, você tem o direito de apelar. As informações sobre a apelação encontram-se no verso da notificação por escrito.

Como usamos o seu Número da Previdência Social (SSN - Social Security Number)

A menos que você se enquadre em uma das exceções listadas abaixo, você deve nos fornecer um número da Previdência Social (SSN) ou prova de que fez um requerimento de SSN, para cada membro da família que está se inscrevendo, a menos que as seguintes exceções se apliquem.

Exceções

Você não precisará apresentar um SSN ou comprovante de pedido de SSN, se você ou qualquer membro de sua família

- Tiver uma isenção religiosa, conforme descrito nas leis federal,
- Se qualificar apenas para um SSN que não é válido para trabalhar, ou
- Não se qualificar para tirar um SSN.

Usamos seu SSN para verificar as informações que você nos fornecer. Também usamos essas informações para detectar fraudes, para verificar se alguém está obtendo benefícios duplicados ou para verificar se outras pessoas (terceiros) deveriam pagar pelos serviços.

Podemos comparar o SSN de qualquer pessoa em sua residência que esteja se inscrevendo, e qualquer pessoa que tenha ou possa obter seguro de saúde, com os arquivos de diversas agências, incluindo as seguintes:

- Departamento da Receita Federal (Internal Revenue Service)
- Administração da Previdência Social (Social Security Administration)
- Verificação Sistemática de Direitos de Estrangeiros (Systematic Alien Verification for Entitlements)
- Centros de Serviços do Medicare e Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services)
- Registro de Veículos Automotores (Registry of Motor Vehicles)
- Departamento da Receita (Department of Revenue - DOR)
- Departamento de Assistência Transicional (Department of Transitional Assistance - DTA)

- Departamento de Acidentes Industriais (Department of Industrial Accidents)
- Departamento de Assistência por Desemprego (Department of Unemployment Assistance)
- Departamento de Serviços aos Veteranos de Guerra, Divisão de Recursos Humanos (Department of Veterans' Services, Human Resources Division)
- Bureau de Investigações Especiais (Bureau of Special Investigations)
- Departamento de Saúde Pública, Seção de Registros Vitais e Estatísticas (Department of Public Health, Registry of Vital Records and Statistics)
- Bancos
- Outras instituições financeiras

Os arquivos também podem ser comparados com informações das agências de serviço social neste estado e em outros estados, bem como com arquivos de computadores de seguradoras, empregadores e organizações de cuidados gerenciados. Além disso, o MassHealth pode obter seus registros financeiros (e, se aplicável, os registros financeiros dos membros do seu agregado familiar) de bancos e outras instituições financeiras para verificar seus recursos financeiros e determinar se você se qualifica enquanto for participante do MassHealth.

Como me inscrevo nos Programas de Economia de Custos do Medicare?

1. Para se candidatar para os Programas de Economia de Custos do Medicare, preencha o formulário anexo. Inclua também informações sobre seu cônjuge, se ele ou ela morar com você.

2. Assine o formulário preenchido e

Envie o formulário para: **MassHealth Enrollment Center**
PO Box 4405
Taunton, MA 02780-0968

Envie o formulário por fax para: **(857) 323-8300**

Entregue o formulário pessoalmente no:

MassHealth Enrollment Center
The Schrafft Center
529 Main Street, Suite 1M
Charlestown, MA 02120

3. Quando recebermos o requerimento, iremos analisá-lo. Se precisarmos de mais informações, escreveremos ou ligaremos para você. Quando tivermos recebido todas as informações necessárias, decidiremos se você pode receber os benefícios (e se seu cônjuge pode receber, se também tiver se candidatado).
4. Um formulário de registro de eleitor está incluído em seu requerimento. Você não precisa se registrar como eleitor para participar de um Programa de Economia de Custos do Medicare.

5. Se desejar que alguém aja em seu nome como seu representante autorizado, use o Formulário de Designação de Representante Autorizado (Authorized Representative Designation - ARD) para nos informar disso.

Observe que este requerimento é apenas para Programas de Economia de Custos do Medicare. Se deseja se inscrever em todos os programas do MassHealth (incluindo assistência para o pagamento dos custos do Medicare) em um único requerimento, contate o MassHealth pelo telefone (800) 8412900, TDD/TTY: 711 se for surdo ou deficiente auditivo ou tiver uma deficiência de fala, para solicitar um requerimento completo, ou faça o download do requerimento apropriado em www.mass.gov/lists/applications-to-become-a-masshealth-member.

Privacidade e confidencialidade

O MassHealth tem o compromisso de manter suas informações pessoais confidenciais. Todas as informações pessoais que temos sobre qualquer solicitante ou membro, incluindo informações médicas, estado de saúde e as informações pessoais que você nos fornecer durante seu requerimento e durante o recebimento de benefícios, são confidenciais. Essas informações não serão usadas ou divulgadas para outras finalidades não relacionadas à administração do MassHealth sem sua permissão, a não ser que isso seja exigido por lei ou por ordem de um tribunal.

Você pode nos dar sua permissão por escrito para usarmos suas informações pessoais de saúde para uma finalidade específica ou para compartilhá-las com uma pessoa ou organização específicas. Você pode nos dar permissão para compartilhar suas informações pessoais com seu representante autorizado, um Conselheiro de Inscrição Certificado (Certified Application Counselor - CAC), ou Navegador, no caso de você ter um ARD, um Formulário de Designação de Conselheiro de Inscrição Certificado ou um Formulário de Designação de Navegador (Navigator Designation Form).

Permissão para compartilhar informações

Se desejar que compartilhem suas informações pessoais de saúde, incluindo enviar cópias de seus avisos de qualificação, com alguém que não seja seu representante autorizado, você pode fazer isso se nos der sua permissão por escrito.

Para saber mais sobre como o MassHealth pode usar suas informações, quais são os seus direitos, e como você pode nos dar sua permissão para compartilharmos suas informações, consulte os formulários de Permissão para Compartilhar Informações (Permission to Share Information) e Aviso de Práticas de Privacidade do MassHealth (MassHealth Notice of Privacy Practices) na seção Formulários Importantes, abaixo.

Representante autorizado

Um representante autorizado é uma pessoa que você escolhe para ajudá-lo a obter cobertura de cuidados de saúde por intermédio dos programas oferecidos pelo MassHealth. Para fazer isso, preencha uma Designação de Representante Autorizado (Authorized Representative Designation - ARD). Um representante autorizado pode preencher seu formulário de requerimento ou de revisão de qualificação; fornecer comprovação das informações apresentadas em qualquer formulário; informar mudanças na sua renda, seu endereço, ou outras alterações de suas circunstâncias; obter cópias de todos os avisos de qualificação do MassHealth enviados a você; e agir em seu nome em todos os outros assuntos relacionados ao MassHealth.

Um representante autorizado pode ser um amigo, um membro de sua família ou outra pessoa ou organização que você escolher para ajudá-lo. Cabe a você escolher um representante autorizado, se desejar. O MassHealth não escolherá um representante autorizado para você.

Você deve designar por escrito no ARD a pessoa ou organização que deseja que seja seu representante autorizado. O ARD está incluído no pacote de inscrição. Na maioria dos casos, seu representante autorizado também deve preencher este formulário. Veja as instruções no formulário para obter mais detalhes.

Um representante autorizado também pode ser alguém que esteja agindo de forma responsável em seu nome se você não puder designar um representante autorizado por escrito, devido a uma condição mental ou física, ou alguém que tenha sido legalmente designado para agir em seu nome ou em nome de seu espólio. Essa pessoa deve preencher as partes aplicáveis do ARD. Se essa pessoa foi legalmente indicada para representá-lo, você ou essa pessoa também tem de enviar ao MassHealth uma cópia do documento legal aplicável que confirma que essa pessoa está representando legalmente você ou o seu espólio. Esta pessoa pode ser um tutor legal; curador; procurador, procurador para cuidados de saúde ou, se o solicitante ou membro tiver falecido, o administrador ou testamenteiro do espólio.

Formulários importantes

Os formulários a seguir podem ser encontrados no nosso site em www.mass.gov/lists/hipaa-forms-for-masshealth-members.

- Formulário de Aviso de Práticas de Privacidade do MassHealth
- Permissão para compartilhar o formulário de informações
- Formulário de Designação de Representante Autorizado (ARD)

Você também pode ligar para (800) 841-2900, TDD/TTY: 711, para solicitar qualquer um desses formulários.

Como informar mudanças

Se houver qualquer alteração em sua situação de vida, incluindo, sem limitação, alterações de renda, bens, endereço, seguro de saúde, situação imigratória ou condição de invalidez, você deve nos informar no prazo de 10 dias corridos a partir das alterações ou o mais rápido possível. Se você não nos informar sobre essas mudanças, poderá perder seus benefícios. Você pode nos informar de qualquer mudança ligando para (800) 841-2900, TDD/TTY: 711.

Outros benefícios

O MassHealth pode pagar serviços médicos diretamente e também pode cobrir seus copagamentos e franquias do Medicare, se você se qualificar. Você pode obter esses benefícios se sua renda e seus bens estiverem abaixo de determinados valores ou se você tiver uma deficiência e tiver menos de 65 anos. Entre em contato conosco pelo (800) 841-2900, TDD/TTY: 711, para saber mais sobre esses benefícios.

Você também pode ligar para este número se tiver alguma pergunta sobre os Programas de Economia de Custos do Medicare.

A maioria dos membros que têm Medicare e MassHealth, ou Medicare e um Programa de Economia de Custos do Medicare, pode obter ajuda com os custos de medicamentos receitados através do Medicare. Para obter mais informações, ligue para (800) 633-4227, TDD/TTY: (877) 486-2048, ou acesse www.medicare.gov.

O Programa Vantagem para Receitas (Prescription Advantage) oferece ajuda nos custos de medicamentos receitados. Para saber mais sobre esses benefícios, ligue gratuitamente para o Gabinete Executivo de Assuntos de Idosos (Executive Office of Elder Affairs): (800) 243-4636, TDD/TTY: (877) 610-0241.

Requerimento dos Programas de Economia de Custos do Medicare para pessoas que se qualificam para o Medicare

Quem pode usar esse requerimento?

Pessoas de qualquer idade que recebem Medicare que estão apenas tentando obter ajuda no pagamento de seus prêmios e compartilhamento de custos do Medicare. Se desejar se inscrever para receber outros benefícios do MassHealth ou para obter ajuda com os custos do Medicare, pode ligar para o Serviço de Atendimento ao Cliente do MassHealth pelo telefone (800) 841-2900, TDD/TTY: 711 para pessoas surdas ou com deficiência auditiva ou com uma deficiência de fala, para solicitar um requerimento diferente. Ou pode fazer o download dos requerimentos apropriados em www.mass.gov/lists/applications-to-become-a-masshealth-member.

SNAP

O SNAP é um programa federal que ajuda você a comprar alimentos saudáveis todos os meses.

☐ Marque esta caixa se desejar que este formulário seja enviado ao Departamento de Assistência Transicional (Department of Transitional Assistance - DTA) como um requerimento para você receber benefícios do SNAP. Você deve ler os direitos e responsabilidades páginas 4 a 7 e assinar na página 3 para prosseguir com seu requerimento.

Informações Gerais

Quem está se solicitando benefícios? ☐ Você ☐ Você e seu cônjuge

Se você e seu cônjuge moram juntos, você também deve nos fornecer informações sobre seu cônjuge, mesmo que ele ou ela não esteja solicitando benefícios.

Você	Sobrenome	Nome	Inicial do nome do meio
-------------	-----------	------	-------------------------

Endereço residencial	Cidade	Estado	ZIP
----------------------	--------	--------	-----

Endereço para correspondência (se diferente do endereço acima)	☐ Desabrigado(a)	Cidade	Estado	ZIP
---	---	--------	--------	-----

Data de nascimento	Sexo ☐ M ☐ F	Telefone
--------------------	--	----------

Preferência de idioma falado	Preferência de idioma escrito
------------------------------	-------------------------------

SSN	Número do pedido do Medicare
-----	------------------------------

Você é cidadão(ã) dos EUA ou tem nacionalidade dos EUA? ☐ Sim ☐ Não

Se Sim, você é cidadão(ã) naturalizado(a), tem cidadania derivada ou adquirida (não nasceu nos EUA)? ☐ Sim ☐ Não

Número de estrangeiro	Número do certificado de naturalização ou cidadania
-----------------------	---

Se não é cidadão, você tem status de imigração qualificado? (Leia o regulamento 130 CMR 518.000 para obter mais informações.) ☐ Sim ☐ Não

Se Sim, você tem um documento de imigração? ☐ Sim ☐ Não

Se você incluir uma cópia do documento de imigração, isso poderá nos ajudar a processar o pedido mais rapidamente. Relacione todos os status ou condições de imigração que se aplicaram a você desde que entrou nos EUA. Se precisar de mais espaço, anexe outra folha de papel.

Data de concessão de status (No caso de pessoas agredidas, digite a data em que a petição foi aprovada.)

Status de imigração	Tipo do documento de imigração	Número de ID do documento
---------------------	--------------------------------	---------------------------

Número de estrangeiro	Data de validade do passaporte ou documento	País
-----------------------	---	------

Você usou o mesmo nome neste requerimento que usou para obter o status de imigração? ☐ Sim ☐ Não

Se Não, que nome você usou? Nome, nome do meio, sobrenome e sufixo

Você chegou aos EUA depois de 22 de agosto de 1996? ☐ Sim ☐ Não

Você é veterano de guerra dispensado com honra ou membro ativo das forças armadas dos EUA, ou é cônjuge ou filho de um veterano de guerra dispensado com honra ou membro ativo das forças armadas dos EUA? ☐ Sim ☐ Não

Opcional: Você é: vítima de tráfico grave, cônjuge, filho(a), irmão(ã) ou pai/mãe de uma vítima de tráfico, um cônjuge agredido(a), filho(a) ou pai/mãe de cônjuge agredido(a)? ☐ Sim ☐ Não

Seu cônjuge	Sobrenome	Nome	Inicial do nome do meio
Data de nascimento	Sexo ☐ M ☐ F	Telefone	
Preferência de idioma falado		Preferência de idioma escrito	
SSN		Número do requerimento do Medicare	
Você é cidadão dos EUA ou tem nacionalidade dos EUA? ☐ Sim ☐ Não Se Sim, você é cidadão(ã) naturalizado(a), tem cidadania derivada ou adquirida (não nasceu nos EUA)? ☐ Sim ☐ Não			
Número de estrangeiro		Número do certificado de naturalização ou cidadania	
Se não é cidadão, você tem status de imigração qualificado? (Leia o regulamento 130 CMR 518.000 para obter mais informações.) ☐ Sim ☐ Não			
Se Sim, você tem um documento de imigração? ☐ Sim ☐ Não			
Se você incluir uma cópia do documento de imigração, isso poderá nos ajudar a processar o pedido mais rapidamente. Relacione todos os status ou condições de imigração que se aplicaram a você desde que entrou nos EUA. Se precisar de mais espaço, anexe outra folha de papel.			
Data de concessão de status		(No caso de pessoas agredidas, digite a data em que a petição foi aprovada.)	
Status de imigração	Tipo do documento de imigração	Número de ID do documento	
Número de estrangeiro	Data de validade do passaporte ou documento	País	
Você usou o mesmo nome neste requerimento que usou para obter o status de imigração? ☐ Sim ☐ Não			
Se Não, que nome você usou? Nome, nome do meio, sobrenome e sufixo			
Você chegou aos EUA depois de 22 de agosto de 1996? ☐ Sim ☐ Não			
Você é veterano de guerra dispensado com honra ou membro ativo das forças armadas dos EUA, ou é cônjuge ou filho de um veterano de guerra dispensado com honra ou membro ativo das forças armadas dos EUA? ☐ Sim ☐ Não			
Opcional: Você é: vítima de tráfico grave, cônjuge, filho(a), irmão(ã) ou pai/mãe de uma vítima de tráfico, um cônjuge agredido(a), filho(a) ou pai/mãe de cônjuge agredido(a)? ☐ Sim ☐ Não			

Renda

Preencha esta seção para você e seu cônjuge. Informe a renda mensal bruta (antes de impostos e outras deduções, como o prêmio da Parte B do Medicare).

Fonte de renda	Renda bruta mensal antes de impostos e deduções	
Número da Previdência Social (SSN)	Você \$ _____	Seu cônjuge \$ _____
Pensões	Você \$ _____	Seu cônjuge \$ _____
Benefícios para veteranos pagos pelo Governo Federal	Você \$ _____	Seu cônjuge \$ _____
Anuidades ou fundos	Você \$ _____	Seu cônjuge \$ _____
Dividendos e/ou juros	Você \$ _____	Seu cônjuge \$ _____
Renda de um emprego (antes das deduções)	Você \$ _____	Seu cônjuge \$ _____
Renda de aluguéis (deduzidas as despesas)	Você \$ _____	Seu cônjuge \$ _____
Outros (especificar)	Você \$ _____	Seu cônjuge \$ _____

Assine este requerimento.

X _____
Assinatura do solicitante ou de seu representante autorizado Data

X _____
Assinatura do solicitante ou de seu representante autorizado Data

Você e seu cônjuge devem assinar, se ele ou ela mora com você. Pela sua assinatura neste documento, você está concordando e entendendo que:

- Ao assinar este formulário, declaro que li e concordo com os direitos e responsabilidades incluídos neste formulário nas páginas 3 a 6.
- Certifico, sob pena de perjúrio, que as informações e declarações que fiz neste requerimento são verdadeiras e completas, pelo que eu saiba., e concordo em aceitar e cumprir os direitos e responsabilidades do Programa de Economia de Custos do Medicare.
- Se marquei a caixa do SNAP na página 1 deste requerimento, estou solicitando benefícios do SNAP. Declaro que entendo e concordo com os direitos, regras e penalidades do SNAP, conforme descritos abaixo. Solicito que o MassHealth envie minhas informações, incluindo informações de saúde protegidas sujeitas à Lei de Portabilidade e Responsabilidade de Seguro Saúde (Health Insurance Portability and Accountability Act - HIPAA), ao Departamento de Assistência Transitória para fins de solicitação de benefícios do SNAP.

Importante – Exclusivamente para solicitantes de Programas de Economia de Custos do Medicare

Se estiver enviando este requerimento como um representante autorizado, deverá enviar um ARD para nós ou ter um formulário registrado para processarmos este requerimento. O ARD está no final deste requerimento.

Informações para o registro de eleitor estão incluídas neste pacote.

Você não precisa se registrar como eleitor para participar de um Programa de Economia de Custos do Medicare.

Para solicitantes de Programas de Economia de Custos do Medicare

Você dá permissão ao MassHealth para obter quaisquer registros ou dados que comprovem qualquer informação fornecida neste requerimento. Você entende que deve informar ao MassHealth qualquer alteração às informações fornecidas neste requerimento. Você também declara, sob pena de perjúrio e pelo que você saiba, que as informações contidas neste formulário estão corretas e completas.

Importante — Exclusivamente para solicitantes de Programas de Economia de Custos do Medicare

Se você estiver agindo em nome de alguém ao preencher este requerimento, deverá preencher o ARD anexo e enviá-lo de volta com este requerimento. A sua assinatura neste requerimento como representante autorizado certifica que as informações contidas no requerimento estão corretas e completas, pelo que você saiba.

Se acredita que a decisão do MassHealth quanto à sua qualificação está incorreta, você tem o direito de apelar. Se os benefícios forem negados, você receberá informações sobre como fazer uma apelação.

O MassHealth obterá de suas seguradoras de saúde atuais e anteriores todas as informações sobre cobertura de seguro de saúde para você e seu cônjuge. Isso inclui, sem limitação, informações sobre apólices, prêmios, cosseguros, franquias e benefícios cobertos que estão, podem estar ou deveriam estar disponíveis para você e seu cônjuge.

O MassHealth pode obter registros ou dados sobre você e seu cônjuge listados neste formulário provenientes de fontes e programas de dados federais e estaduais, como a Administração da Previdência Social (Social Security Administration), o Departamento da Receita Federal (Internal Revenue Service), o Departamento de Segurança Nacional (Department of Homeland Security), o Departamento da Receita (DOR - Department of Revenue) e o Registro de Veículos Automotores (Registry of Motor Vehicles), e também de fontes de dados privados, incluindo instituições financeiras, 1) para comprovar qualquer informação fornecida neste requerimento ou em quaisquer suplementos, ou outras informações fornecidas quando você ou seu cônjuge se tornarem membros, 2) para documentar serviços médicos solicitados ou prestados a você ou a seu cônjuge, e 3) em apoio à continuação de sua qualificação.

Para solicitantes do Programa de Assistência Nutricional Suplementar (Supplemental Nutritional Assistance Program - SNAP)

Programa de Assistência Nutricional Suplementar (SNAP)

Se você marcou a caixa na página 1, o MassHealth enviará este requerimento ao Departamento de Assistência Transicional (DTA - Department of Transitional Assistance). **Este documento servirá como seu requerimento do SNAP!** Se você se qualificar, seu SNAP começará a partir da data em que o DTA receber este requerimento do MassHealth. Ao assinar abaixo, você está concordando que leu e concorda com seus direitos, responsabilidades e penalidades previstas no programa SNAP.

Você pode se qualificar para os benefícios do SNAP em de 7 dias contados a partir da data em que o DTA receber este requerimento, se:

- Sua renda e dinheiro no banco totalizam menos do que suas despesas mensais com habitação, ou
- Sua renda mensal é inferior a \$150 e o tal do seu dinheiro no banco é \$100 ou menos, ou
- Você é um trabalhador migrante e o total do seu dinheiro no banco é \$100 ou menos.

Para obter mais informações sobre o SNAP em Massachusetts, acesse mass.gov/SNAP.

Aviso de Direitos, Responsabilidades e Penalidades do Departamento de Assistência Transicional (Department of Transitional Assistance - DTA)

Este aviso enumera os direitos e responsabilidades de todos os programas do DTA. Você deve seguir as regras dos programas aos quais está se candidatando.

Leia estas páginas e guarde-as em seus arquivos.

Contate o DTA se tiver alguma dúvida.

Declaro sob pena de perjúrio que:

- Li as informações neste formulário ou alguém as leu para mim.
- Minhas respostas neste formulário são verdadeiras e completas, pelo que eu saiba.
- Darei ao DTA informações que sejam verdadeiras e completas, pelo que eu saiba, durante minha entrevista e futuramente.

Compreendo que:

- fornecer informações falsas ou enganosas é fraude,
- distorcer ou omitir fatos para obter benefícios do DTA é fraude,
- uma fraude é considerada uma Violação Intencional do Programa (Intentional Program Violation - IPV) e
- se acreditar que cometi fraude, o DTA poderá aplicar penalidades civis e criminais contra mim.

Também compreendo que:

- O DTA irá verificar as informações fornecidas no meu requerimento. Se alguma informação for falsa, o DTA poderá negar meus benefícios.
- Também posso estar sujeito a processo criminal por fornecer informações falsas.
- Se o DTA obtiver informações de uma fonte confiável sobre uma mudança em meu agregado familiar, o valor do meu benefício poderá ser alterado.
- Pela minha assinatura neste formulário, estou dando permissão ao DTA para verificar minha qualificação (elegibilidade) para benefícios, incluindo:
 - Obter informações de outras agências estaduais ou federais, autoridades locais de habitação, departamentos de programas assistenciais de fora do estado, instituições financeiras e da Equifax Workforce Solutions (The Work Number). Também dou permissão a essas agências para que compartilhem informações sobre a qualificação (elegibilidade) de meu agregado familiar para o recebimento de benefícios do DTA.
 - Se o DTA usar informações da Equifax sobre a renda de meu agregado familiar, tenho direito de receber uma cópia gratuita do meu relatório da Equifax, se eu a solicitar no prazo de 60 dias da decisão do DTA. Tenho o direito de questionar as informações contidas no relatório. Posso contatar a Equifax no seguinte endereço ou telefone: Equifax Workforce Solutions, 11432 Lackland Road, St. Louis, MO 63146, 1-800-996-7566 (ligação gratuita).
- Tenho direito a uma cópia do meu requerimento, incluindo as informações que o DTA usa para decidir se meu agregado familiar se qualifica ou não, e para decidir o valor dos benefícios. Posso pedir ao DTA uma cópia eletrônica do requerimento preenchido.

Como o DTA usará minhas informações?

Pela minha assinatura abaixo, dou permissão ao DTA para obter informações e compartilhar informações sobre mim e sobre os membros do meu agregado familiar com:

- Bancos, escolas, governo, empregadores, locadores, empresas de serviços de utilidade pública e outras agências, para verificar se me qualifico para receber benefícios.
- Empresas de eletricidade, gás e telefone para que eu possa obter descontos nos serviços públicos. As empresas não podem compartilhar minhas informações ou usá-las para nenhuma outra finalidade.
- O Departamento de Habitação e Desenvolvimento Comunitário (Department of Housing and Urban Development) para inscrever-me no Programa Aquecimento e Alimentação (Heat & Eat Program). Este programa ajuda as pessoas a obter o máximo possível de benefícios do SNAP.
- O Departamento de Educação Primária e Secundária (ESE - Department of Elementary and Secondary Education) para que meus filhos possam receber refeições gratuitas na escola.
- O Programa Mulheres, Bebês e Crianças (Women, Infants & Children - WIC) para que qualquer criança com menos de 5 anos ou mulheres grávidas em meu agregado familiar possam receber benefícios do WIC.
- Os Serviços de Cidadania e Imigração dos EUA (The United States Citizenship and Immigration Services - USCIS), para verificar minha situação migratória. As informações do USCIS podem afetar a qualificação dos meus familiares e o valor dos benefícios do DTA.

Observação: mesmo se você não se qualificar para benefícios devido ao seu status migratório, o DTA não irá denunciá-lo às autoridades de imigração, a menos que você mostre ao DTA uma ordem final de deportação.

- O Departamento da Receita (Department of Revenue - DOR) para verificar minha qualificação para créditos fiscais com base na renda recebida e renda limitada, e para determinar se me qualifico para o "status de não pagamento de imposto" ou status de dificuldade econômica.
- O Departamento de Crianças e Famílias (Department of Children and Families - DCF) para coordenar os serviços oferecidos conjuntamente pelo DTA e DCF.

Como o DTA usa o número da Previdência Social (SSN - Social Security Number)?

O DTA pode pedir os SSNs de acordo com a Lei de Alimentos e Nutrição de 2008 (7 USC 2011-2036) para o SNAP e de acordo com as M.G.L. (Leis Gerais de Massachusetts) c. 18 Seção 33 para TAFDC e EAEDC. O DTA usa os SSNs para:

- Verificar a identidade e qualificação de cada membro do agregado familiar que inscrevo por meio de programas de correspondência de dados.
- Monitorar a conformidade com as regras do programa.
- Arrecadar dinheiro se o DTA alegar que recebi benefícios para os quais não me qualificava.
- Ajudar as autoridades a apreender pessoas que estão se escondendo das autoridades.

Entendo que não preciso fornecer ao DTA o SSN de qualquer pessoa em meu agregado familiar que não seja cidadão e que não deseje receber benefícios. A renda de uma pessoa que não é cidadão pode contar mesmo que essa pessoa que não é cidadão não receba benefícios.

Direito a um intérprete

Compreendo que:

- Tenho direito a um intérprete profissional gratuito fornecido pelo DTA se preferir me comunicar em um idioma diferente do inglês.

- Se eu tiver uma audiência no DTA, posso pedir ao DTA que providencie um intérprete profissional gratuito ou, se preferir, posso levar uma outra pessoa para interpretar para mim. Se eu precisar que o DTA providencie um intérprete para a audiência, preciso ligar para a Divisão de Audiências pelo menos uma semana antes da data da audiência.

Direito de se registrar para votar

Compreendo que:

- Tenho o direito de me registrar para votar por intermédio do DTA.
- O DTA me ajudará a preencher o formulário de requerimento de registro de eleitor, se eu precisar de ajuda.
- Posso preencher o formulário de requerimento de registro de eleitor em particular.
- Solicitar o registro ou recusar o registro para votar não afetará meus benefícios do DTA.

Oportunidades de emprego

Concordo que o DTA pode compartilhar meu nome e informações de contato com provedores de treinamento ou potenciais empregadores, incluindo:

- Provedores SNAP Path to Work ou especialistas DTA para clientes SNAP; e
- Provedores contratados ou de treinamento, ou funcionários com engajamento completo para clientes do Programa de Apoio Transitório a Famílias com Filhos Dependentes (Transitional Aid to Families with Dependent Children - TAFDC).

Os clientes do SNAP podem participar voluntariamente de serviços de educação e treinamento profissional por meio do programa Caminho para o Trabalho (Path to Work) do SNAP.

Situação de cidadania

Juro que todos os membros de meu agregado familiar que estão solicitando benefícios do DTA são cidadãos americanos ou residentes legais que não são cidadãos.

Programa de Assistência Nutricional Suplementar (SNAP)

Compreendo que:

- O DTA administra o programa SNAP em Massachusetts.
- Quando apresento um requerimento ao DTA (por telefone, online, pessoalmente ou por correio ou fax), o DTA tem 30 dias a partir da data em que recebeu meu requerimento para decidir se me qualifico.
 - Se me qualificar para o SNAP acelerado (emergencial), o DTA deve me fornecer o SNAP e garantir que eu tenha um cartão de Transferência Eletrônica de Benefícios (EBT - Electronic Benefit Transfer) no prazo de 7 dias a partir da data em que receber meu requerimento.
 - Tenho o direito de falar com um supervisor do DTA se:
 - O DTA me informar que não me qualifico para benefícios de emergência do SNAP e eu discordar disso.
 - Me qualificar para benefícios de emergência do SNAP, mas não receber meus benefícios até o 7º dia após o meu requerimento ao SNAP.
 - Eu me qualificar para benefícios de emergência do SNAP, mas não receber meu cartão de EBT até o 7º dia após o meu requerimento para o SNAP.
- Quando recebo o SNAP, eu preciso seguir determinadas regras. Quando eu for aprovado para o SNAP, o DTA me dará uma cópia do folheto "Seu Direito de Saber" (Your Right to Know) e do folheto do Programa SNAP. Lerei os folhetos ou alguém os lerá para mim. Se tiver alguma pergunta ou precisar de ajuda para ler ou entender estas informações, posso ligar para o DTA pelo telefone 1-877-382-2363.

- Informar ao DTA sobre mudanças em meu agregado familiar:
 - Se eu for um agregado familiar que usa o Relatório Simplificado SNAP (SNAP Simplified Reporting), não preciso informar a maioria das mudanças ao DTA até a hora de entregar o Relatório Interino ou a Recertificação. As únicas coisas que tenho de informar antes são:
 - Se a renda do meu agregado familiar ultrapassar o limite de renda bruta (informado no meu aviso de aprovação).
 - Tenho que informar isso até o dia 10 dia do mês seguinte ao mês em que minha renda ultrapassou tal limite.
 - Se eu tiver que cumprir as Regras de Trabalho para Adultos Fisicamente Capazes Sem Dependentes (Able-Bodied Adults Without Dependents - ABAWD) e minhas horas de trabalho caírem para menos de 20 horas por semana.
 - Se todos na minha casa tiverem 60 anos ou mais, sejam incapacitados, ou tenham menos de 18 anos, e ninguém tenha rendimentos provenientes de trabalho, as únicas coisas que tenho de informar são:
 - Se alguém começar a trabalhar, ou
 - Se alguém entrar ou deixar meu agregado familiar.
 - Devo informar essas mudanças até o dia 10 do mês seguinte ao mês em que ocorreu a mudança.
 - Se eu obtiver o SNAP por meio da Alternativa de Benefícios Transitórios (Transitional Benefits Alternative - TBA) porque parei de receber meu TAFDC, não preciso informar nenhuma mudança ao DTA durante os 5 meses nos quais receber o TBA.
 - Se eu obtiver o SNAP por meio do Projeto de Requerimento Combinado do Bay State (Bay State CAP) [Nota: Bay State é o apelido de Massachusetts], não preciso informar nenhuma alteração ao DTA.

Se eu e todas as pessoas no meu agregado familiar recebermos assistência em dinheiro (TAFDC ou EAEDC), devo informar certas alterações ao DTA no prazo de 10 dias da alteração.

Poderei obter mais benefícios do SNAP se informar e fornecer, a qualquer momento, comprovantes ao DTA do seguinte:

- Custos de cuidados de crianças ou outros dependentes, custos de abrigo e/ou custos de serviços de utilidade pública;
- Pensão alimentícia que eu (ou alguém do meu agregado familiar) seja legalmente obrigado a pagar a uma pessoa fora de meu agregado familiar; e
- Despesas médicas com pessoas do meu agregado familiar, inclusive eu mesmo, que tenha 60 anos ou mais ou seja incapacitado.

Regras de trabalho para clientes do SNAP: se você recebe benefícios do SNAP e tem de 16 a 59 anos, pode ser necessário que cumpra as regras gerais de trabalho do SNAP ou as regras de trabalho para Adultos Fisicamente Capazes Sem Dependentes (Able-Bodied Adults Without Dependents - ABAWD), a menos que esteja isento deste requisito. O DTA informará a mim e aos membros do meu agregado familiar se precisarmos cumprir alguma regra de trabalho, quais são as isenções e o que acontecerá se não cumprirmos as regras.

Se você tiver de seguir as Regras de Trabalho do SNAP, deverá:

- Registrar-se para trabalhar quando se inscrever e quando se recertificar para o SNAP. Você se registra quando assina o formulário de inscrição ou recertificação do SNAP.
- Fornecer informações ao DTA sobre sua situação empregatícia quando o DTA as solicitar.
- Apresentar-se a um empregador, se for encaminhado pelo DTA.

- Aceitar uma oferta de emprego (a menos que tenha um bom motivo para não fazer isso).
- Não deixar um emprego onde trabalha mais de 30 horas por semana sem motivo justo.
- Reduzir suas horas de trabalho para menos de 30 horas por semana sem motivo justo.

Regras do SNAP

- Não fornecer informações falsas ou ocultar informações visando obter benefícios do SNAP.
- Não trocar ou vender benefícios do SNAP.
- Não alterar cartão de EBT para obter benefícios do SNAP aos quais não tem direito.
- Não usar os benefícios do SNAP para comprar itens que não podem ser comprados, como bebidas alcoólicas e tabaco.
- Não usar os benefícios SNAP ou o cartão EBT de outra pessoa, a menos que você seja um representante autorizado ou que o titular do cartão tenha dado a você permissão para usar o cartão em nome dele.

Advertências de penalidades do SNAP

Entendo que se eu ou qualquer pessoa do meu agregado familiar do SNAP violar intencionalmente qualquer uma das regras enumeradas acima, essa pessoa não se qualificará para o SNAP por um ano após a primeira violação, por dois anos após a segunda violação e permanentemente após a terceira violação. Essa pessoa também pode ser multada em até \$250.000, condenada à prisão por até 20 anos, ou ambos. Ela também pode estar sujeita a processos de acordo com leis federais e estaduais.

Entendo também as penalidades a seguir. Se eu ou uma pessoa do meu agregado familiar do SNAP:

- Cometer uma Violação Intencional do Programa (Intentional Program Violation - IPV) **envolvendo dinheiro**, ela não se qualificará para o SNAP pelo mesmo período em que não se qualificar para receber assistência em dinheiro.
- Fazer uma declaração fraudulenta sobre sua identidade ou residência para obter múltiplos benefícios do SNAP **ao mesmo tempo**, ela não se qualificará para o SNAP por **dez anos**.
- Trocar (comprar ou vender) benefícios do SNAP por substâncias controladas/drogas ilícitas, ela não se qualificará para o SNAP por **dois anos** na primeira ocorrência, e **permanentemente** na segunda ocorrência.
- Trocar (comprar ou vender) benefícios do SNAP por armas de fogo, munições ou explosivos, ela não se qualificará para o SNAP **permanentemente**.
- Fazer uma oferta para vender benefícios SNAP ou um cartão EBT online ou pessoalmente, o Estado pode aplicar uma IPV contra eles.
- Pagar alimentos comprados a crédito, ela não se qualificará para o SNAP.
- Comprar produtos com benefícios do SNAP com a intenção de descartar o conteúdo e devolver as embalagens para receber dinheiro, ela não se qualificará para o SNAP.
- Fugir para evitar processo, custódia ou confinamento após condenação por um crime, ela não se qualificará para o SNAP.
- Violar liberdade supervisionada ou liberdade condicional, quando as autoridades estiverem tentando ativamente prendê-la a pessoa, ela não se qualificará para o SNAP. Qualquer pessoa que tenha sido condenada por crime qualificado depois de 7 de fevereiro de 2014 não se qualifica

para benefícios do SNAP, se for um criminoso que estiver fugindo ou violando sua liberdade supervisionada ou liberdade condicional –de acordo com a 7 CFR §273.11(n) – e se foi condenada como adulto por:

1. Abuso sexual qualificado no âmbito da seção 2241 do título 18, do U.S.C.;
2. Assassinato no âmbito da seção 1111 do título 18, do U.S.C.;
3. Qualquer ofensa no âmbito do capítulo 110 do título 18, do U.S.C.;
4. Um crime federal ou estadual envolvendo estupro, conforme definido na seção 40002(a) da Lei de Prevenção da Violência contra Mulheres (VAWA - Violence Against Women Act) de 1994 (42 U.S.C. 13925a); ou
5. Um crime no âmbito das leis estaduais, determinado pelo Procurador-Geral como sendo substancialmente semelhante a um dos crimes descritos nesta lista.

Declaração de não discriminação

De acordo com a lei federal de direitos civis e as regulamentações e políticas de direitos civis do Departamento de Agricultura dos EUA (USDA), esta instituição está proibida de discriminar com base em raça, cor, origem nacional, sexo (incluindo identidade de gênero e orientação sexual), crença religiosa, deficiência, idade, crenças políticas ou represália ou retaliação por atividades anteriores de direitos civis.

As informações do programa podem ser disponibilizadas em idiomas que não sejam o inglês. Pessoas com deficiência que necessitem de meios alternativos de comunicação para obterem informações sobre o programa (p.ex., Braille, caracteres grandes, gravações de áudio, Língua de Sinais Americana [ASL], etc.) deverão entrar em contato com o órgão (estadual ou local) onde fizeram o requerimento de benefícios. Indivíduos que forem surdos, tiverem problemas de audição ou deficiências de fala podem entrar em contato com o USDA por meio do Federal Relay Service (Serviço de Retransmissão Federal), pelo telefone (800) 877-8339.

Para registrar uma reclamação de discriminação de programa, a pessoa reclamante deve preencher o Formulário AD-3027, o Formulário de Reclamação de Discriminação de Programa do USDA (USDA Program Discrimination Complaint Form), que pode ser obtido online em: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf> em qualquer escritório do USDA, ligando para (833) 620-1071, ou escrevendo uma carta endereçada ao USDA. A carta deve conter o nome, endereço, número de telefone e uma descrição da suposta ação discriminatória em detalhes suficientes para informar o(a) Secretário(a) Assistente de Direitos Civis (ASCR) sobre a natureza e a data de uma suposta violação dos direitos civis. O formulário AD-3027 preenchido ou a carta devem ser enviados para:

1. correio:

Food and Nutrition Service, USDA
1320 Braddock Place, Room 334
Alexandria, VA 22314; ou

2. fax:

(833) 256 1665 ou (202)-690-7442; ou

3. e-mail:

FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

Esta instituição é um provedor que oferece igualdade de oportunidades.

Formulário de designação de representante autorizado



Envie este formulário caso queira designar um representante autorizado para agir em seu nome. Se um representante autorizado tiver assinado o pedido em seu nome, ou se você for representante autorizado solicitando em nome de outra pessoa, **DEVERÁ** enviar este formulário para que o pedido seja processado.

Não é necessário preencher este formulário caso more em uma instituição e deseje que cópias das notificações de elegibilidade sejam enviadas a você e ao seu cônjuge que ainda mora em casa. Isso será feito automaticamente.

Observação: um representante autorizado tem poder para agir em nome de um solicitante ou membro em todas as questões com o MassHealth e o Health Connector, e receberá informações pessoais sobre o solicitante ou membro até recebermos uma notificação de cancelamento rescindindo essa representação, ou após a morte do solicitante ou membro. Esse poder não será rescindido automaticamente assim que processarmos o pedido.

É possível escolher alguém para ajudar você.

É possível escolher um representante autorizado para ajudar você a obter cobertura de saúde por meio de programas oferecidos pelo MassHealth e pelo Health Connector. Você pode fazer isso ao preencher este formulário (o Formulário de Designação de Representante Autorizado). Você ou um representante pode assinar por si mesmo e pelos dependentes menores de 18 anos de quem você seja o pai ou mãe que exerce a custódia. Você não é obrigado a ter um representante para solicitar ou receber benefícios.

Quem pode me ajudar?

1. Um representante autorizado pode ser um amigo, membro da família, parente ou outra pessoa ou organização de sua escolha que concorde em ajudar. Cabe a você escolher um representante autorizado, se desejar. Nem o MassHealth nem o Health Connector escolherão um representante autorizado por você. Você deverá designar por escrito (preencher a Seção I, parte A) a pessoa ou organização que deseja ter como representante autorizado. O representante autorizado também deve preencher a Seção I, Parte B. Às vezes, nos referimos a essa pessoa ou organização como "representante autorizado da Seção I".
2. Se você não puder designar um representante autorizado por escrito e não tiver um representante autorizado ou outra pessoa autorizada por lei a representar você, uma pessoa (não uma organização) que garantir que representará você com responsabilidade poderá ser seu representante autorizado se preencher a Seção II deste formulário. Às vezes nos referimos a essa pessoa como "representante autorizado da Seção II".
3. Um representante autorizado também pode ser alguém que tenha sido nomeado por lei para representar você ou em nome do inventariante de um solicitante ou membro que tenha falecido. Essa pessoa deverá preencher a Seção III. Você ou essa pessoa deverá nos enviar, além deste formulário, uma cópia do documento legal declarando que essa pessoa tem poder para representar você ou o inventariante de um solicitante ou membro falecido. Às vezes nos referimos a essa pessoa como "representante autorizado da Seção III".
4. Um representante autorizado da **Seção III** pode ser um tutor legal, curador, titular de procuração ou procurador de cuidados de saúde, ou, se o solicitante ou membro tiver falecido, o inventariante.

O que um representante autorizado pode fazer?

Um representante autorizado da Seção I ou II pode:

- preencher formulários de pedido ou renovação;
- preencher outros formulários do MassHealth ou Health Connector de elegibilidade ou admissão;
- comprovar as informações apresentadas nesses formulários;
- informar mudanças de renda, endereço ou outras circunstâncias;
- obter cópias de todas as notificações de elegibilidade e admissão do MassHealth e Health Connector; e
- representar você em todos os demais assuntos com o MassHealth e o Health Connector.

O que um representante autorizado da Seção III está autorizado a fazer por você (ou pelo espólio de um solicitante ou membro falecido) dependerá da redação da nomeação legal.

Observe que: as notificações de elegibilidade podem incluir informações sobre outros membros do domicílio de um solicitante ou membro. Se houver várias pessoas na sua residência, talvez não seja possível enviar cópias de algumas das suas notificações ao seu representante autorizado, a menos que cada membro do domicílio também tenha designado o mesmo representante autorizado, ao preencher um formulário de designação de representante autorizado separadamente.

SEÇÃO 1 Designação de representante autorizado (se o solicitante ou membro puder assinar)

Parte A – a ser preenchida pelo solicitante ou membro. Use letra de forma, exceto na assinatura.

Nome do solicitante/membro	Data de nascimento do solicitante/membro (dd/mm/aaaa)
Número de identificação do MassHealth OU últimos quatro dígitos do SSN do solicitante/membro	
E-mail do solicitante/membro	
Certifico que escolhi a pessoa ou organização a seguir para ser meu representante autorizado e de dependentes menores de 18 anos dos quais sou o pai ou a mãe em exercício de custódia. Confirmo também que entendo os deveres e responsabilidades que essa pessoa ou organização terá (conforme explicado anteriormente neste formulário).	
Assinatura do solicitante/membro	Data
Nome do representante autorizado	Telefone do representante autorizado
Endereço do representante autorizado (endereço para correspondência, cidade, estado, CEP)	

Parte B – a ser preenchida pelo representante autorizado. Use letra de forma, exceto na assinatura.

B1. PREENCHER SE O REPRESENTANTE AUTORIZADO FOR UMA PESSOA.

Certifico que sempre manterei a confidencialidade de todas as informações sobre o solicitante ou membro indicado acima e, se for o caso, dos dependentes do solicitante ou membro, que me forem fornecidas pelo MassHealth ou pelo Health Connector.

Se eu também for prestador de serviços, funcionário ou voluntário afiliado a uma organização e estiver agindo na qualidade de prestador de serviços, funcionário ou voluntário em relação à minha designação como representante autorizado, certifico que sempre cumprirei todas as leis e regulamentações estaduais e federais em vigor em relação à confidencialidade de informações e conflitos de interesse, inclusive aqueles estabelecidos no Código de Regulamentos Federais (C.F.R.) 42, parte 431, subparte F, C.F.R. 42 § 447.10 e C.F.R. 45 § 155.260(f).

Assinatura do representante autorizado	Data
Nome do representante autorizado em letra de forma	E-mail do representante autorizado

B2. PREENCHA SE O REPRESENTANTE AUTORIZADO FOR UMA ORGANIZAÇÃO.

Certifico, em nome da organização indicada abaixo, que esta sempre manterá a confidencialidade de todas as informações sobre o solicitante ou membro indicado acima e, se for o caso, sobre os dependentes do solicitante ou membro, que forem apresentadas à organização pelo MassHealth ou pelo Health Connector.

Eu, o prestador de serviços, funcionário ou voluntário da organização indicada abaixo, ao preencher este formulário, certifico, em meu nome e em nome da organização que represento, que qualquer prestador de serviços, funcionário ou voluntário que atue em nome da organização em conexão com esta designação de representante autorizado cumprirá sempre todas as leis e regulamentações estaduais e federais em vigor em relação à confidencialidade de informações e conflitos de interesse, inclusive aqueles estabelecidos no C.F.R. 42, parte 431, subparte F, C.F.R. 42 § 447.10 e C.F.R. 45 § 155.260(f).

Assinatura do prestador de serviços, funcionário ou voluntário preenchendo o formulário	Data
Nome em letra de forma do prestador de serviços, funcionário ou voluntário preenchendo o formulário	
E-mail do prestador de serviços, funcionário ou voluntário preenchendo o formulário	Nome da organização representante autorizada

SEÇÃO 2 Designação de representante autorizado

(se o solicitante ou membro não puder apresentar a designação por escrito)

A ser preenchido pelo representante autorizado. Use letra de forma, exceto na assinatura. Preencha um formulário para cada solicitante ou membro.

UMA ORGANIZAÇÃO NÃO SE QUALIFICA PARA SER REPRESENTANTE AUTORIZADO PREVISTO NESTA SEÇÃO.

Certifico que o solicitante ou membro indicado abaixo não pode apresentar designação por escrito e, salvo informação em contrário, não tem uma pessoa que possa ser seu representante autorizado, tal como um representante autorizado já existente, tutor, curador, inventariante, titular de procuração ou procurador de cuidados de saúde. Além disso, certifico que estou suficientemente ciente das circunstâncias deste solicitante ou membro para assumir a responsabilidade pela exatidão das declarações feitas em seu nome durante o processo de elegibilidade e em outras comunicações com o MassHealth ou o Health Connector, que entendo meus direitos e minhas responsabilidades como representante autorizado dessa pessoa (conforme explicado anteriormente neste formulário). Se a pessoa conseguir entender a situação, informei a ela que o MassHealth e o Health Connector me enviarão cópias de todas as notificações de elegibilidade e admissão, com o que essa pessoa concorda; eu ainda disse à pessoa que ela poderá me excluir ou substituir da função de representante autorizado a qualquer momento pelos métodos descritos anteriormente neste formulário.

Certifico ainda que sempre manterei a confidencialidade de todas as informações relativas ao solicitante ou membro abaixo que a mim forem enviadas pelo MassHealth ou pelo Health Connector.

Caso eu também seja prestador de serviços, funcionário ou voluntário de uma organização e esteja atuando na qualidade de prestador de serviços, funcionário ou voluntário em relação à designação como representante autorizado, certifico ainda que sempre cumprirei todas as leis e regulamentações estaduais e federais em vigor em relação à confidencialidade de informações e conflitos de interesse, inclusive aqueles estabelecidos no C.F.R. 42, parte 431, subparte F, C.F.R. 42 § 447.10 e C.F.R. 45 § 155.260(f).

Nome do solicitante/membro	Data de nascimento do solicitante/membro (mm/dd/aaaa)
Número de identificação do MassHealth OU últimos quatro dígitos do SSN do solicitante/membro	
Assinatura do representante autorizado	Data (mm/dd/aaaa)
Nome do representante autorizado (nome, nome do meio, sobrenome)	Telefone do representante autorizado
Endereço do representante autorizado (endereço para correspondência, cidade, estado, CEP)	E-mail do representante autorizado

Se o representante autorizado da Seção II for afiliado a uma organização e estiver atuando como tal, um indivíduo autorizado a responder em nome da organização, tal como executivo, deverá assinar abaixo para indicar o reconhecimento e a concordância da organização com as representações e garantias feitas acima.

Nome do executivo	Cargo do executivo
Assinatura do executivo	Data (dd/mm/aaaa)

SEÇÃO 3 Designação de representante autorizado (se nomeado por lei)

A ser preenchido por um representante autorizado nomeado por lei (com autorização para atuar em nome do solicitante ou membro na tomada de decisões relacionadas aos cuidados de saúde, incluindo, entre outros, tutor, curador, inventariante de um solicitante ou membro, titular de procuração ou procurador de cuidados médicos). Use letra de forma, exceto na assinatura. Envie uma cópia do documento legal relevante com este formulário.

Certifico que sempre manterei a confidencialidade de todas as informações relativas ao solicitante ou membro, conforme estabelecido abaixo, que forem a mim fornecidas pelo MassHealth ou pelo Health Connector.

Nome do solicitante/membro	Data de nascimento do solicitante/membro (dd/mm/aaaa)
Número de identificação do MassHealth OU últimos quatro dígitos do SSN do solicitante/membro	
Assinatura do representante autorizado	Data (dd/mm/aaaa)
Nome do representante autorizado (nome, nome do meio, sobrenome)	Telefone do representante autorizado
Endereço do representante autorizado (endereço para correspondência, cidade, estado, CEP)	E-mail do representante autorizado

Como terminar a designação de um representante autorizado?

Se decidir que não quer mais um representante autorizado de Seção I ou Seção II, você deverá notificar o MassHealth ou Health Connector por correio, fax ou telefone no momento em que desejar que a designação termine. Veja abaixo as informações de contato. Se você enviar este aviso por correio ou fax para nós, o aviso deve incluir seu nome, endereço e data de nascimento, o nome de seu representante autorizado, uma declaração de que a designação terminou e sua assinatura ou, se você não puder fornecer aviso por escrito, a assinatura de alguém agindo em seu nome (no caso de um representante autorizado da Seção II apenas).

Além disso, se o representante autorizado notificar o MassHealth ou Health Connector que ele ou a organização não está mais agindo em seu nome, ele a organização deixará de ser reconhecido como seu representante autorizado.

A autorização de um representante da Seção I ou da Seção II termina quando a sua nomeação legal termina.

A designação do representante autorizado de Seção III termina quando a sua nomeação legal termina. O representante autorizado deverá notificar o MassHealth ou Health Connector conforme as instruções acima.

Além disso, a designação de um representante autorizado para um menor termina na data de aniversário de 18 anos.

Como devo enviar este formulário?

Se você estiver solicitando benefícios de saúde, envie o formulário de designação de representante autorizado preenchido com o pedido.

Se você já estiver recebendo benefícios, deverá enviar o formulário no momento em que desejar designar um representante autorizado, ou que desejar terminar a designação declarada.

- Envie o formulário para:
Health Insurance Processing Center
P. O. Box 4405
Taunton, MA 02780;
- Envie o formulário por fax para (857) 323-8300; ou
- Ligue para (800) 841-2900, TDD/TTY: 711.