



# Formulário para pais sem custódia

Commonwealth of Massachusetts | Executive Office of Health and Human Services

## Instruções

Você está recebendo este formulário porque recentemente fez o pedido de um plano de saúde do estado, como o MassHealth. Neste pedido, você listou uma ou mais menores em sua casa com apenas um pai ou mãe de família com custódia. Isto indica que o(s) menor(es) pode(m) ter pai(s) mãe(s) que não tenha(m) custódia. Um(a) pai/mãe sem a custódia é um(a) pai/mãe que não vive com seu(s) filho(s).

Este formulário deve ser preenchido e assinado pelo(a) pai/mãe ou tutor legal de qualquer menor indicado no pedido de cobertura de assistência médica. Você deve apresentar as informações solicitadas para cada menor que tenha pai que não tem a custódia.

Para receber o MassHealth, você concorda em cooperar com o MassHealth e a Divisão de Fiscalização de Apoio ao Menor do Departamento de Receita de Massachusetts (DOR) na tentativa de obter apoio médico para seus filhos dos pais sem custódia, a menos que você tenha uma boa razão para não cooperar. Reveja a lista de razões de justa causa na seção "Menores listados na solicitação" deste formulário. Cooperar significa, mas não está limitado a

- Informar ao DOR se houver alguma mudança nas informações que você nos deu sobre você ou sobre o outro pai ou mãe.
- Comparecer como testemunha em juízo ou em outro processo.
- Comparecer em consultas de teste de paternidade e outras, se necessário.
- Apresentar cópias de documentos necessários ao seu caso ao DOR, se solicitado, tais como certidões de nascimento ou casamento, ordens judiciais e de divórcio.
- Tomar quaisquer outras medidas razoáveis para identificar o pai, para obter apoio médico e pagamentos, e para nos ajudar a ir atrás de terceiros responsáveis.

Sua elegibilidade poderá ser afetada se você não preencher este formulário na íntegra e não atender às exceções descritas abaixo.

Envie este formulário por fax ou correio para:

Health Insurance Processing Center  
PO Box 4405  
Taunton, MA 02780  
Fax: (857) 323-8300

## Importante

O MassHealth não negará ou interromperá os benefícios do MassHealth de seu filho se você não cooperar, mas a sua própria elegibilidade poderá ser afetada. Mesmo se você não for obrigado a identificar o pai (estabelecer a paternidade), saber quem é o pai pode levar a benefícios financeiros para seu filho. Estes benefícios podem incluir benefícios de dependentes da Previdência Social, benefícios de pensão, benefícios para veteranos e possíveis direitos de herança.

Se você não se qualifica ao MassHealth, você ainda pode obter serviços de apoio ao menor. Estes serviços podem ajudar a conseguir que os pais sem custódia prestem apoio médico ou apoio infantil para o menor. Para isso, ligue para o Departamento de Receita (DOR) pelo telefone (800) 332-2733, ou visite [www.mass.gov/dor](http://www.mass.gov/dor) e clique em Serviços de Apoio ao Menor para completar a solicitação on-line. Os benefícios do MassHealth para o menor não mudarão, quer você peça ou não esses serviços. Se você solicitar estes serviços, você terá que cooperar com o DOR.

## Informação aos pais sem custódia

Apresente as seguintes informações sobre o pedido para cada menor que tem um(a) pai/mãe sem custódia, inclusive menores não nascidos ou esperados. Há espaço para três menores e três pais sem a custódia. Se você precisar de mais espaço, faça uma cópia deste formulário ou use uma folha separada.

## Crianças não nascidas ou esperadas

Você está atualmente grávida? Se você está pedindo benefícios para um menor que está por nascer, não precisa nos dar informações sobre o pai/a mãe que não tem a custódia do menor por nascer neste momento.

Atualmente estou grávida E não sou casada com o pai deste menor.

Quantos bebês você está esperando? \_\_\_\_\_ Qual é a data prevista do parto? \_\_\_\_\_

**Observação:** Você não tem que dar informações para o pai que não tem a custódia deste menor enquanto estiver grávida. Se o pai sem a custódia não estiver em casa no final da gravidez, você precisará informar ao MassHealth sobre o pai sem custódia naquele momento.

## Nome do Menor N° 1

Nome \_\_\_\_\_ Nome do meio \_\_\_\_\_ Sobrenome \_\_\_\_\_

Alguma das seguintes razões de justa causa se aplicam a esse menor?

- A adoção deste menor está em andamento.
- Este menor nasceu como resultado de abuso ou agressão sexual.
- A cooperação, como definida na página 1, não é do melhor interesse deste menor. (Por exemplo, a cooperação pode resultar em sérios danos físicos ou emocionais para mim ou para o menor ou para ambos).
- Adotei este menor como pai ou mãe solteiro(a).
- O pai sem a custódia deste menor faleceu.
- Não sei quem é o pai que não tem a custódia deste menor.

Se você marcou qualquer uma das caixas acima, não precisa dar informações ao pai deste menor que não tem a custódia. Envie informações para qualquer outro menor(es) e assine no final deste formulário.

Nome do pai sem a custódia do Menor N° 1  Não sei

Nome \_\_\_\_\_ Nome do meio \_\_\_\_\_ Sobrenome \_\_\_\_\_

Parentesco do pai/da mãe sem a custódia  Mãe  Pai  Não sei  
Gênero  M  F Data de nascimento (mm/dd/aaaa)  Não sei

Número de seguro social  Não sei Número da habilitação  Não sei Endereço  Não sei

Telefone  Não sei Nome do empregador e endereço  Não sei

O pai/a mãe sem a custódia tem seguro que cobre os dependentes?  Sim  Não  Não sei

Se a resposta for **sim**, dê as seguintes informações.

Nome do segurado \_\_\_\_\_ Companhia de seguros \_\_\_\_\_ Número da apólice \_\_\_\_\_ Número do grupo \_\_\_\_\_

Uma ordem judiciária foi emitida para que o pai/a mãe sem a custódia providencie um seguro de saúde para o menor?  Sim  Não  Não sei

Se a resposta for **sim**, onde e quando a ordem foi emitida? \_\_\_\_\_  Não sei

Um tribunal emitiu uma ordem para que o pai/a mãe sem a custódia providencie um seguro de saúde para você, o pai/a mãe com a custódia?

Sim  Não  Não sei

Se a resposta for **sim**, onde e quando a ordem foi emitida? \_\_\_\_\_  Não sei

**Nome do Menor N° 2**

Nome \_\_\_\_\_ Nome do meio \_\_\_\_\_ Sobrenome \_\_\_\_\_

Alguma das seguintes justas causas se aplicam a este menor?

- A adoção deste menor está em andamento.  
 Este menor nasceu como resultado de abuso ou agressão sexual.  
 A cooperação, como definida na página 1, não é do melhor interesse deste menor. (Por exemplo, a cooperação pode resultar em sérios danos físicos ou emocionais para mim ou para o menor ou para ambos).  
 Adotei este menor como pai ou mãe solteiro(a).  
 O pai sem a custódia deste menor faleceu.  
 Não sei quem é o pai sem custódia deste menor.

Se você marcou qualquer uma das caixas acima, não precisa dar informações para o pai sem a custódia deste menor. Dê informações sobre os pais que não têm a custódia de qualquer outro menor(es) e assine no final deste formulário.

Nome do pai sem a custódia do Menor nº 2  Não sei

Nome \_\_\_\_\_ Nome do meio \_\_\_\_\_ Sobrenome \_\_\_\_\_

Este é o mesmo(a) pai/mãe sem custódia designado para o Menor nº 1 acima?  Sim  Não

Se a resposta for afirmativa, pule o resto desta seção. Assine este formulário.

Parentesco do pai/da mãe sem a custódia ao menor  Mãe  Pai  Não sei

Gênero  M  F

Data de nascimento (mm/dd/aaaa)  Não sei

Número de seguro social  Não sei

Número da habilitação  Não sei

Endereço  Não sei

Telefone  Não sei

Nome e endereço do empregador  Não sei

O pai sem a custódia tem um seguro que cobre os dependentes?  Sim  Não  Não sei

Se a resposta for **sim**, preencha as seguintes informações.

Nome do segurado \_\_\_\_\_ Empresa de seguros \_\_\_\_\_ Número da apólice \_\_\_\_\_ Número do grupo \_\_\_\_\_

Uma ordem foi emitida para o pai/a mãe sem a custódia providencie seguro de saúde para o menor?  Sim  Não  Não sei

Se a resposta for **sim**, onde e quando a ordem foi emitida? \_\_\_\_\_  Não sei

Um tribunal emitiu uma ordem para que o pai/a mãe sem a custódia providencie um seguro de saúde para você, o pai/a mãe com a custódia?

Sim  Não  Não sei

Se a resposta for **sim**, onde e quando a ordem foi emitida? \_\_\_\_\_  Não sei

**Nome do Menor N° 3**

Nome	Nome do meio	Sobrenome
------	--------------	-----------

Alguma das seguintes justas causas se aplicam a este menor?

- A adoção deste menor está em andamento.
- Este menor nasceu como resultado de abuso ou agressão sexual.
- Cooperação, como definido na página nº 1, não está no melhor interesse do melhor. (Por exemplo, a cooperação pode resultar em sérios danos físicos ou emocionais para mim ou para o menor ou ambos).
- Adotei este menor como pai ou mãe solteiro(a).
- O pai sem a custódia deste menor faleceu.
- Não sei quem é o pai sem a custódia deste menor.

Se você marcar qualquer uma das caixas acima, não precisa dar informações ao pai que não tem a custódia deste menor. Dê informações para qualquer outro menor(es) e assine no final deste formulário.

Nome do pai sem a custódia do Menor nº 3  Não sei

Nome	Nome do meio	Sobrenome
------	--------------	-----------

Este é o mesmo(a) pai/mãe sem custódia designado para o Menor nº 1  Menor nº 2  ou ambos  acima? Em caso afirmativo, verifique o(s) menor(es) apropriado(s) e pule o resto desta seção. Se o pai sem a custódia do Menor nº 3 não for o pai do Menor nº 1 ou do Menor nº 2, complete o resto desta seção. Não se esqueça de assinar o formulário.

Parentesco do(a) pai/mãe sem a custódia com o menor <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Pai	Gênero <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Data de nascimento (mm/dd/aaaa) <input type="checkbox"/> Não sei
--	---	--

Número de seguro social <input type="checkbox"/> Não sei	Número da habilitação <input type="checkbox"/> Não sei	Endereço <input type="checkbox"/> Não sei
--	--	---

Telefone <input type="checkbox"/> Não sei	Nome e endereço do empregador <input type="checkbox"/> Não sei
---	--

O pai/a mãe sem a custódia tem um seguro que cobre os dependentes?  Sim  Não  Não sei

Se a resposta for **sim**, dê as seguintes informações.

Nome do segurado	Companhia de seguros	Número da apólice	Número do grupo
------------------	----------------------	-------------------	-----------------

Um tribunal emitiu uma ordem para que o pai/a mãe sem a custódia providencie um seguro de saúde para o menor?  Sim  Não  Não sei

Se a resposta for **sim**, onde e quando a ordem foi emitida? \_\_\_\_\_  Não sei

Um tribunal emitiu uma ordem para que o pai/a mãe sem a custódia providencie um seguro de saúde para você, o pai/a mãe com a custódia?

Sim  Não  Não sei

Se a resposta for **sim**, onde e quando a ordem foi emitida? \_\_\_\_\_  Não sei

**Assinatura**

Certifico, sob pena de perjúrio, que sou o pai/a mãe ou tutor legal do(s) menor(es) listado(s) neste formulário, que apresentei todas as informações que tenho ou posso razoavelmente obter, e que as informações neste formulário são corretas e completas, tanto quanto é do meu conhecimento.

Assinatura do(a) pai/mãe ou tutor legal

Nome em letra de forma

Data