



非监护父母表格

马萨诸塞州 | 卫生与公众服务部执行办公室

说明

您收到本表是因为您最近申请了一项州立保健计划,例如 MassHealth。在该申请表中,您列出了您家中的一名或多名孩子,但只有一位监护父母。这表示孩子可能有一位非监护父母。非监护父母是不与孩子同住的父母。

本表必须由医疗保险申请表中所列任何孩子的监护父母或法定监护人填写并签名。您必须为每名有非监护父母的孩子填写要求提供的信息。

如需要获得 MassHealth,您同意与 MassHealth 和马萨诸塞州税务局 (DOR) 的子女抚养费执行部门合作,尝试从非监护父母那里为您的孩子获得医疗支持 (除非您有正当理由不合作)。您可以在本表的“申请表中列出的孩子”部分查看正当理由列表。合作表示但不限于:

- 如果您向我们提供的有关您自己或另一方父母的信息有任何变化,通知 DOR。
- 在法庭或其他诉讼中作为证人出庭。
- 必要时出席亲子鉴定预约和其他预约。
- 应请求向 DOR 提供您的案件所需的文件副本,例如出生证或结婚证、法院命令和离婚命令。
- 采取任何其他合理措施确定父亲的身份,获得医疗支持和付款,并帮助我们追究责任第三方。

如果您未完整填写本表并不符合下列例外情况,您的资格可能会受到影响。

请将本表传真或邮寄至:

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

重要事项

如果您不合作,MassHealth 不会拒绝或停止您的孩子的 MassHealth 福利,但您自己的资格可能会受到影响。即使不要求您确定父亲身份,知道父亲是谁也可能为您的孩子带来经济利益。这些利益可能包括社会安全金家属福利、养老金福利、退伍军人福利和可能的继承权。

如果您不符合 MassHealth 的资格,您仍然可以获得子女抚养费执行服务。这些服务可以帮助非监护父母为孩子提供医疗支持或子女抚养费。因此,请致电 (800) 332-2733,与税务局 (DOR) 联系,或访问网站 www.mass.gov/dor,并点击“子女抚养费服务”(Child Support Services),在线填写申请表。无论您是否要求提供这些服务,子女的 MassHealth 福利都不会改变。如果您要求提供这些服务,您必须与 DOR 合作。

非监护父母信息

请在申请表中提供以下有关每名有非监护父母的孩子的信息,包括未出生或预期将分娩的孩子。我们提供了填写三名孩子和三位非监护父母的空位。如果您需要更多空间,请复印本表或使用另一张纸。

未出生或预期将分娩的孩子

您现在怀孕了吗?如果您正在为未出生的孩子申请福利,您目前不需要向我们提供有关未出生孩子的非监护父母的信息。

我现在怀孕了,并且我没有和这个孩子的父亲结婚。

您预计将分娩几个孩子?_____ 预产期是何时? _____

注释:在您怀孕期间,您无需提供这名孩子的非监护父母的信息。如果非监护父母在您怀孕结束时不住在家中,您需要在那时将非监护父母的情况告知 MassHealth。

第 1 名子女的姓名

名 中间名 姓

以下任何正当理由是否适用于这个孩子?

- 这个孩子的领养正在进行中。
- 这个孩子是因性虐待或性侵而出生的。
- 第 1 页中定义的合作不符合这个孩子的最佳利益。(例如,合作可能会对我或孩子或我们双方造成严重的身体或情感伤害。)
- 我作为单亲领养了这个孩子。
- 这个孩子的非监护父母已经去世。
- 我不知道这个孩子的非监护父母是谁。

如果您勾选了上述任何一个方框,则您不必提供这个孩子的非监护父母的信息。请提供任何其他孩子的非监护父母信息,并在本表末尾签名。

第 1 名子女的非监护父母的姓名 我不知道

名 中间名 姓

| | | | |
|--|--|---|---|
| 非监护父母与孩子的关系 <input type="checkbox"/> 母亲 <input type="checkbox"/> 父亲 | | 性别 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 出生日期(月/日/年) <input type="checkbox"/> 我不知道 |
| 社会安全号码 <input type="checkbox"/> 我不知道 | 驾照号码 <input type="checkbox"/> 我不知道 | | 地址 <input type="checkbox"/> 我不知道 |
| 电话号码 <input type="checkbox"/> 我不知道 | 雇主姓名/名称和地址 <input type="checkbox"/> 我不知道 | | |

非监护父母是否有为受抚养人提供承保的保险? 是 否 我不知道

如果回答“是”,请提供以下信息。

| | | | |
|---------|------|------|------|
| 保单持有人姓名 | 保险公司 | 保单号码 | 团体号码 |
|---------|------|------|------|

法院是否已下令非监护父母为孩子提供医疗保险? 是 否 我不知道

如果回答“是”,命令是在何时和何地发布的? _____ 我不知道

法院是否已下令非监护父母为您(监护父母)提供医疗保险? 是 否 我不知道

如果回答“是”,命令是在何时和何地发布的? _____ 我不知道

请进入下一页 ►

第 2 名子女的姓名

名 中间名 姓

以下任何正当理由是否适用于这个孩子？

- 这个孩子的领养正在进行中。
- 这个孩子是因性虐待或性侵而出生的。
- 第 1 页中定义的合作不符合这个孩子的最佳利益。(例如, 合作可能会对我或孩子或我们双方造成严重的身体或情感伤害。)
- 我作为单亲领养了这个孩子。
- 这个孩子的非监护父母已经去世。
- 我不知道这个孩子的非监护父母是谁。

如果您勾选了上述任何一个方框, 则您不必提供这个孩子的非监护父母的信息。请提供任何其他孩子的非监护父母信息, 并在本表末尾签名。

第 2 名子女的非监护父母的姓名 我不知道

名 中间名 姓

这是与以上第 1 名子女相同的非监护父母吗？

- 是 否 如果回答“是”, 请跳过本节的其余部分。请务必在本表中签名。

| | | |
|--|---|---|
| 非监护父母与孩子的关系 <input type="checkbox"/> 母亲 <input type="checkbox"/> 父亲 | 性别 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 出生日期(月/日/年) <input type="checkbox"/> 我不知道 |
| 社会安全号码 <input type="checkbox"/> 我不知道 | 驾照号码 <input type="checkbox"/> 我不知道 | 地址 <input type="checkbox"/> 我不知道 |
| 电话号码 <input type="checkbox"/> 我不知道 | 雇主姓名/名称和地址 <input type="checkbox"/> 我不知道 | |

非监护父母是否有为受抚养人提供承保的保险？ 是 否 我不知道

如果回答“是”, 请提供以下信息。

| | | | |
|---------|------|------|------|
| 保单持有人姓名 | 保险公司 | 保单号码 | 团体号码 |
|---------|------|------|------|

法院是否已下令非监护父母为孩子提供医疗保险？ 是 否 我不知道

如果回答“是”, 命令是在何时和何地发布的？ _____ 我不知道

法院是否已下令非监护父母为您(监护父母)提供医疗保险？ 是 否 我不知道

如果回答“是”, 命令是在何时和何地发布的？ _____ 我不知道

第3名子女的姓名

名 中间名 姓

以下任何正当理由是否适用于这个孩子?

- 这个孩子的领养正在进行中。
- 这个孩子是因性虐待或性侵而出生的。
- 第1页中定义的合作不符合这个孩子的最佳利益。(例如,合作可能会对我或孩子或我们双方造成严重的身体或情感伤害。)
- 我作为单亲领养了这个孩子。
- 这个孩子的非监护父母已经去世。
- 我不知道这个孩子的非监护父母是谁。

如果您勾选了上述任何一个方框,则您不必提供这个孩子的非监护父母的信息。请提供任何其他孩子的非监护父母信息,并在本表末尾签名。

第3名子女的非监护父母的姓名 我不知道

名 中间名 姓

这是与以上第1名子女 第2名子女 或两名子女 相同的非监护父母吗?如果回答“是”,请勾选相应的孩子,并跳过本节的其余部分。如果第3名子女的非监护父母不是第1名子女或第2名子女的父母,请填写本节的其余部分。请务必在本表中签名。

| | | |
|--|---|---|
| 非监护父母与孩子的关系 <input type="checkbox"/> 母亲 <input type="checkbox"/> 父亲 | 性别 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 出生日期(月/日/年) <input type="checkbox"/> 我不知道 |
| 社会安全号码 <input type="checkbox"/> 我不知道 | 驾照号码 <input type="checkbox"/> 我不知道 | 地址 <input type="checkbox"/> 我不知道 |
| 电话号码 <input type="checkbox"/> 我不知道 | 雇主姓名/名称和地址 <input type="checkbox"/> 我不知道 | |

非监护父母是否有为受抚养人提供承保的保险? 是 否 我不知道

如果回答“是”,请提供以下信息。

| | | | |
|---------|------|------|------|
| 保单持有人姓名 | 保险公司 | 保单号码 | 团体号码 |
|---------|------|------|------|

法院是否已下令非监护父母为孩子提供医疗保险? 是 否 我不知道

如果回答“是”,命令是在何时和何地发布的? _____ 我不知道

法院是否已下令非监护父母为您(监护父母)提供医疗保险? 是 否 我不知道

如果回答“是”,命令是在何时和何地发布的? _____ 我不知道

签名

本人证明,本人是本表所列未成年子女的监护父母或法定监护人,本人已提供我拥有或可以合理获得的所有信息,并且据我所知本表中的信息正确无误,如作伪证,甘愿受到处罚。

监护父母或法定监护人签名

用大写字母填写姓名

日期