Thông báo Về Thai sản

Vui lòng hoàn thành mẫu đơn này, bao gồm số trẻ em dự sinh, ngày sinh dự kiến và chữ ký của thành viên.

BƯỚC 1 Giới thiệu về bản thân. Vui lòng viết hoa.

Tên	Tên đệm	Họ
Ngày sinh	Ref ID (không bắt buộc)	
Số an sinh xã hội	ID MassHealth (không bắt buộc)	
Địa chỉ nhận thư		

BƯỚC 2 Đọc và ký vào mẫu đơn này.

Thai sản đã kết thúc trong ba tháng qua không? ☐ Có ☐ Không

Nếu có, khi nào? Nếu không, quý vị hiện đang dự kiến sinh bao nhiêu con?

Ngày dự sinh của quý vị là khi nào?

Quý vị có hóa đơn y tế nào trong ba tháng qua không? Có ___ Không

Nếu vậy, MassHealth có thể giúp quý vị chi trả một số hóa đơn đó.

Để báo cáo trẻ sơ sinh, vui lòng gọi Dịch vụ Chăm Sóc Khách Hàng MassHealth theo số (800) 841-2900, TDD/TTY: 711.

Khi ký tên dưới đây, tôi xác nhận dưới hình phạt cho tội khai man rằng mọi chi tiết trên đơn này là đúng sự thật và đầy đủ theo hiểu biết của tôi. **Tôi hiểu rằng chủ hộ gia đình của tôi (nếu đó không phải là tôi) và bất kỳ đại diện được ủy quyền nào, sẽ có quyền truy cập vào thông tin được cung cấp trên đơn này.**

Tôi biết rằng nếu tôi cung cấp thông tin không chính xác trên đơn này, bảo hiểm y tế của tôi có thể kết thúc.

Chữ ký của người nộp đơn, thành viên hoặc người đại diện được ủy quyền	Tháng/ngày/năm

BƯỚC 3 Gửi lại đơn đã ký này theo một trong ba cách sau.

1. **Fax:** (857) 323-8300
2. **Thư:** Health Insurance Processing Center, PO Box 4405, Taunton, MA 02780
3. **Trực tiếp:**

MassHealth Enrollment Centers

529 Main Street
Charlestown, MA 02129

88 Industry Avenue, Suite D
Springfield, MA 01104

367 East Street
Tewksbury, MA 01876

45 Spruce Street
Chelsea, MA 02150

21 Spring Street, Suite 4
Taunton, MA 02780

50 SW Cutoff, Suite 1A
Worcester, MA 01604

100 Hancock Street, 1st Floor
Quincy, MA 02171

Quý vị có thắc mắc?

Gọi **Health Connector** theo số (877) 623-6765,
hoặc gọi **MassHealth** theo số (800) 841-2900.

TDD/TTY: 711