FORMULARIO DE AUTODECLARACIÓN

Para personas que solicitan los beneficios de MassHealth, el Children's Medical Security Plan y Health Safety Net

Complete este formulario si usted:

- Solicita los beneficios de MassHealth, del Children's Medical Security Plan (CMSP, Plan de Seguridad Médica para Niños) y de Health Safety Net (HSN), y
- No puede brindar verificaciones debido a la emergencia nacional por la COVID-19.

¡Importante! Intentaremos verificar la ciudadanía o el estado inmigratorio por medio de la comparación de datos. Solamente pediremos verificación si no podemos comprobar la información por medio de la comparación de datos. Posiblemente aún necesitemos prueba de ciudadanía o estado inmigratorio. Consulte la Sección 11 del Folleto para el afiliado o la Sección 8 de la Guía de cobertura de atención médica para la persona de la tercera edad para obtener información sobre cómo comprobar datos.

Por favor, escriba claramente en letra de imprenta y complete todas las secciones.

SECCIÓN A: Información del jefe del hogar o afiliado

....
Apellido(s) Nombre Inicial del 2.º nombre

....
SSN (si lo tiene) Fecha de nacimiento

.....
Número de ID de afiliado de MassHealth (si lo sabe)

Domicilio (donde está viviendo en Massachusetts)

....
Calle Ciudad Estado Código postal

☐ Sin domicilio. Nota: si usted marca esta casilla, debe dar una dirección postal.

Dirección postal (si es distinta del domicilio)

....
Calle Ciudad Estado Código postal

Información importante sobre la elegibilidad para MassHealth, el CMSP o HSN

Cuando usted completó una solicitud para MassHealth, nos dio información sobre ingresos, bienes, empleo, seguro de salud, composición del hogar, declaración de impuestos, residencia y estado de encarcelamiento, entre otras cosas. Al firmar este formulario, usted nos está informando que no puede darnos los documentos de verificación (excepto con respecto a ciudadanía y estado inmigratorio) debido a la emergencia nacional por la enfermedad COVID-19 y que la información que brindó en su solicitud de MassHealth es correcta y está completa.

Si necesita informar sobre cambios o actualizar su solicitud, usted debe comunicarse con nosotros dentro de los 10 días del cambio.

SECCIÓN B: Esta declaración jurada corresponde a la(s) siguiente(s) persona(s):

Si hay más de seis personas en su hogar que requieran verificación, excepto ciudadanía o estado inmigratorio, haga una copia de las páginas de información en blanco de la Sección B y complete la información solicitada.

..... Nombre completo del integrante del hogar al que se le solicitó que presente verificaciones (en letra de imprenta)

..... Nombre completo del integrante del hogar al que se le solicitó que presente verificaciones (en letra de imprenta)

..... Nombre completo del integrante del hogar al que se le solicitó que presente verificaciones (en letra de imprenta)

..... Nombre completo del integrante del hogar al que se le solicitó que presente verificaciones (en letra de imprenta)

..... Nombre completo del integrante del hogar al que se le solicitó que presente verificaciones (en letra de imprenta)

..... Nombre completo del integrante del hogar al que se le solicitó que presente verificaciones (en letra de imprenta)

SECCIÓN C: Firma

Yo certifico, bajo pena de perjurio, que la información en mi solicitud y en este formulario es correcta y está completa a mi leal saber y entender.

.....
.....
.....
.....

Nombre impreso ..... Fecha .....

Si está presentando este formulario para otra persona, usted debe completar un *Formulario de designación del representante autorizado* (ARD) y enviarlo con este formulario. Si usted necesita un formulario ARD, llame al Servicio al cliente de MassHealth o visite www.mass.gov/eohhs/consumer/insurance/masshealth-member-library/member-forms.html para descargar un formulario.

☐ Marque aquí si usted es el Representante autorizado

Envíe a: Health Insurance Processing Center
P.O. Box 4405
Taunton, MA 02780

O

Por fax al: (857) 323-8300

O

Si usted es menor de 65 años de edad y ahora tiene una cuenta en www.maheathconnector.org, puede cargar el documento en su cuenta digital.

Por favor comuníquese con el Servicio al cliente de MassHealth al (800) 841-2900, TTY: (800) 497-4648 si usted tiene preguntas adicionales sobre este formulario o si desea presentar su autodeclaración de manera verbal.