



The Commonwealth of Massachusetts
Executive Office of Health and Human Services
www.mass.gov/masshealth

SOLICITAÇÃO AO MASSHEALTH DE DISPENSA POR DIFICULDADES DE UM PERÍODO DE INELEGIBILIDADE

De acordo com leis e federais e orientações do Medicaid, o MassHealth pode dispensar um período de inelegibilidade devido a uma transferência de recursos desqualificante, se ele poderia causar ao requerente ou membro dificuldades excessivas ao colocá-lo em risco de grave privação. O requerente ou membro precisa comprovar que todas as circunstâncias da 130 CMR 520.019(L) serão satisfeitas. O MassHealth pode dispensar todo o período de inelegibilidade imposto ou parte do período de inelegibilidade.

Se o requerente ou membro acreditar que a imposição de um período de inelegibilidade resultaria em dificuldades excessiva de acordo com a 520.019(L), ele deve enviar este formulário e toda documentação de apoio ao MassHealth no prazo de 15 dias da data na notificação do MassHealth que informou o requerente ou membro de seu período de inelegibilidade.

Informações do membro ou requerente

Nome

Data de nascimento (MM/DD/AAAA)

ID do MassHealth ou 4 últimos dígitos do número da Previdência Social (SSN)

Endereço do membro

Nome do representante autorizado devidamente designado que está fazendo a requisição em nome do requerente ou membro (se aplicável)

Nome do representante da instituição de enfermagem especializada que está fazendo a requisição em nome do residente da instituição de enfermagem (se aplicável)

Processo de envio

Uma requisição de dispensa por dificuldade de um período de inelegibilidade deve ser feita pelo requerente ou membro ou por seu representante autorizado. Se o requerente ou membro for residente de uma instituição de enfermagem, a instituição poderá fazer a requisição em nome do residente da instituição de enfermagem mediante seu consentimento expresso por escrito ou o consentimento de seu representante autorizado.

Envie este formulário preenchido e toda a documentação de apoio por correio ou fax no prazo de 15 dias da data na notificação do MassHealth que informou ao requerente ou membro do seu período de inelegibilidade a:

MassHealth Enrollment Center
PO Box 4405
Taunton, MA 02780-0968
Fax: (857) 323-8300

Revisão

O MassHealth comunicará ao membro ou requerente sua decisão por escrito. O MassHealth enviará a notificação no prazo de 30 dias corridos após o recebimento da solicitação ou no prazo de 30 dias da decisão em uma audiência justa relacionada ao período de penalidade por transferência desqualificante, o que ocorrer depois. O MassHealth poderá estender esse período de 30 dias, se precisarmos de mais documentação ou informações. Poderemos também estender esse período, se determinarmos que há circunstâncias atenuantes, conforme determinado pelo MassHealth, que exijam mais tempo.

Se a dispensa por dificuldades de um período de inelegibilidade for negada, o requerente ou membro, ou seu representante autorizado devidamente designado, poderá solicitar uma audiência justa. Para obter mais informações, consulte 130 CMR 610.000: MassHealth: Regras de audiências justas.

Assinatura do requerente ou membro, ou do representante que está fazendo a solicitação em seu nome

..... Data

Nome (em letra de fôrma)

Se a instituição de enfermagem estiver solicitando a dispensa por dificuldades em nome de um de seus residentes: O residente da instituição de enfermagem ou seu representante autorizado devidamente designado deve concordar e dar seu consentimento por escrito para que a instituição de enfermagem faça a solicitação de dispensa por dificuldade em nome do residente da instituição de enfermagem e o represente no processo de solicitação de dispensa por dificuldades excessivas.

Dou minha permissão para que o representante da instituição de enfermagem nomeado abaixo envie esta solicitação de dispensa por dificuldades de um período de inelegibilidade em nome de

Nome do representante da instituição de enfermagem

Cargo/posição do representante da instituição de enfermagem

Nome da instituição de enfermagem especializada.....

Endereço da instituição de enfermagem especializada

Assinatura do residente da instituição de enfermagem ou de seu representante autorizado

..... Data

Nome (em letra de fôrma)