

Solicitud de cobertura de salud para personas de la tercera edad y personas que requieren servicios de atención a largo plazo



CÓMO SOLICITAR COBERTURA

Por favor identifique en la página 1 de la solicitud para cuál programa está solicitando cada miembro de su hogar. Puede enviar su solicitud en cualquiera de las siguientes maneras.



Envíe por correo o fax, su solicitud completa y firmada a

MassHealth Enrollment Center
P.O. Box 290794
Charlestown, MA 02129-0214

Fax: (617) 887-8799



Entregue en persona su solicitud completada y firmada a

MassHealth Enrollment Center
The Schrafft Center
529 Main Street, Suite 1M
Charlestown, MA 02129-0214

Para obtener todos los beneficios a los que tenga derecho lo antes posible, usted debería enviarnos toda la documentación que tenga que compruebe el total de bienes e ingresos de su hogar.

Este paquete contiene un formulario aparte para solicitar beneficios del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP). Si usted tiene interés en solicitar beneficios de SNAP, por favor complete el formulario que se encuentra después de la solicitud y los apéndices de MassHealth. No necesita completar el formulario de SNAP para que lo consideren para recibir servicios de MassHealth.

MASSHEALTH y el HEALTH SAFETY NET | Quién puede utilizar esta solicitud

Esta es su solicitud de cobertura de salud si usted vive en Massachusetts y:

- es una persona de 65 años de edad o mayor que vive en su hogar y
 - no es padre o madre de un niño(a) menor de 19 años de edad que vive con usted; o
 - no es un pariente adulto que vive con un niño(a) menor de 19 años de edad y lo(a) cuida cuando ninguno de los padres vive en el hogar; o
 - está discapacitado(a) y trabaja 40 o más horas por mes o actualmente está trabajando y ha trabajado al menos 240 horas en los seis meses inmediatamente anteriores al mes de la solicitud;
- es una persona de cualquier edad y requiere servicios de atención a largo plazo en una institución médica o un centro de enfermería; o
- es una persona elegible, bajo ciertos programas, para recibir servicios de atención a largo plazo para vivir en casa; o
- es un afiliado casado(a) que vive con su cónyuge; y
 - usted y su cónyuge solicitan cobertura de salud;
 - no hay ningún niño menor de 19 años que viva con usted; y
 - uno de los cónyuges tiene 65 años de edad o más, y el otro es menor de 65 años. (Por favor consulte el Paso 9 de la solicitud.)

Si usted cumple con cualquiera de las siguientes excepciones, debe completar la Solicitud para la cobertura de salud y dental, y ayuda para pagar los costos (ACA-3). Para obtener una copia de esta solicitud, llámenos al **(800) 841-2900**, TTY: (800) 497-4648 para personas sordas, con dificultad auditiva o discapacidad del habla.

- Usted es padre o madre de un niño menor de 19 años de edad que vive con usted; o
- Usted es un pariente adulto que vive y cuida a un niño menor de 19 años de edad cuando ninguno de los padres vive en el hogar.

También necesitará completar un Suplemento A: Atención a largo plazo si usted

- está en una institución tal como un centro de enfermería, hospital para enfermedades crónicas u otra institución médica (Tal vez usted tenga que hacer un pago mensual llamado cantidad pagada por el paciente, al centro para atención a largo plazo. Para mayor información, consulte la página 13 en la Guía para la persona de la tercera edad.);
- está en un hospital de enfermedades agudas, en espera de ser internado en un centro para atención a largo plazo; o
- vive en su casa y solicita o recibe servicios de atención a largo plazo según la Exención para servicios basados en el hogar y la comunidad.

Si alguien le está ayudando a completar esta solicitud, es posible que usted necesite completar otro formulario aparte que le permite a esa persona actuar en su nombre. Consulte el *Formulario de designación del representante autorizado* al final de esta solicitud.

MASSACHUSETTS HEALTH CONNECTOR | Quién puede utilizar esta solicitud

Esta es su solicitud para cobertura de salud si vive en Massachusetts, sus ingresos están al 400% del nivel federal de pobreza o son inferiores, y usted:

- tiene 65 años de edad o más;
- por otra parte no es elegible para MassHealth;
- no recibe Medicare; y
- no tiene acceso a un plan de salud económico que cumpla con el requisito de valor mínimo.*

*El requisito de valor mínimo significa que el plan de seguro de salud paga al menos el 60% de los costos totales de seguro de salud de la persona inscrita promedio.

El Health Connector usa las reglas de Ingreso Bruto Ajustado Modificado (MAGI) para determinar la elegibilidad. Vea la Guía para la persona de la tercera edad para obtener más información.



QUÉ NECESITA CUANDO SOLICITA COBERTURA

Lo siguiente DEBE ser enviado junto con su solicitud de cobertura de MassHealth, de Health Safety Net y del Massachusetts Health Connector.

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (SSN)

Debe proporcionarnos un SSN, o una prueba de que ha solicitado un Número de Seguro Social, para todos los miembros de su hogar que soliciten beneficios, a menos que se aplique una de las siguientes excepciones.

- Usted o algún miembro de su hogar tiene una exención religiosa, tal como se describe en la ley federal.
- Usted o algún miembro de su hogar solo es elegible para un SSN sin autorización para trabajar.
- Usted o algún miembro de su hogar no es elegible para obtener un SSN.

A menos que aplique alguna excepción, **necesitamos los Números de Seguro Social (SSN) de todas las personas que soliciten** cobertura de salud. **Un SSN es opcional para las personas que no solicitan cobertura de salud, pero dar el SSN podría acelerar el proceso de solicitud.** Usamos los SSN para verificar ingresos y otra información que nos permita determinar quién es elegible para recibir ayuda para pagar por los costos de la cobertura de salud. Si alguien no tiene un SSN o necesita ayuda para obtenerlo, llame a la Administración del Seguro Social al (800) 772-1213, TTY: (800) 325-0778; o visite socialsecurity.gov. Por favor, consulte la Guía para la persona de la tercera edad para obtener más información.

PRUEBA DE INGRESOS, BIENES Y SEGURO

Intentaremos verificar parte de esta información por medio de la comparación electrónica de datos y le notificaremos si necesitáramos más pruebas. Si usted envía las pruebas de estos artículos junto con la solicitud, se podría acelerar el procesamiento.

- Prueba de todos los ingresos actuales antes de las deducciones, como copias de talonarios de pago o talonarios de cheques de la pensión (No necesita enviar prueba de seguro social o ingresos SSI, pero debe completar la información de ingresos del seguro social y SSI, si correspondiera.)
- Prueba de todos los bienes, como cuentas bancarias y pólizas de seguros de vida.
- Copias actuales de sus facturas de primas de seguro de salud (como Medex) si usted solicita servicios de atención a largo plazo en una institución médica. (No tiene que enviar copias de sus tarjetas de Medicare.)
- Números de póliza de cada cobertura de salud actual
- Información sobre cualquier otro seguro de salud disponible para su hogar

PRUEBA DE ESTADO DE CIUDADANÍA/NACIONAL

Intentaremos verificar esta información por medio de la comparación de datos electrónicos. Le notificaremos si necesitáramos más pruebas. Si usted envía las pruebas de estos artículos junto con la solicitud, se podría acelerar el procesamiento.

- Prueba de estado de ciudadanía/nacional de EE. UU. y prueba de identidad, como pasaportes de EE. UU. o papeles de naturalización de EE. UU. También puede probar su ciudadanía de EE. UU. con un acta de nacimiento público de EE. UU. También puede probar su identidad con una licencia de conducir o alguna otra forma de tarjeta emitida por el gobierno. Es posible que podamos probar su identidad por medio de los expedientes del Registro de Vehículos Motorizados de Massachusetts si posee una licencia de conducir o una tarjeta de identificación de Massachusetts. Una vez que entregue a MassHealth prueba de su estado de ciudadanía/nacional e identidad de EE. UU., ya no tendrá que darnos esta prueba otra vez. También debe dar prueba de identidad para todos los miembros del hogar que estén presentando una solicitud. **Las personas de la tercera edad y discapacitadas que tengan o puedan recibir Medicare o Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) o las personas discapacitadas que reciben Ingreso por Discapacidad del Seguro Social (SSDI) no tienen que dar prueba de su estado de ciudadanía/nacional e identidad de EE. UU.** (Vea la información completa sobre pruebas aceptables en la Sección 9 en la Guía para la persona de la tercera edad.)
- Una copia de ambos lados de todas las tarjetas de inmigración (u otros documentos que muestren el estado migratorio) de usted o de su cónyuge si usted o su cónyuge no son ciudadanos/nacionales de los Estados Unidos y están solicitando para MassHealth (excepto para MassHealth Limited), el Health Safety Net, o los planes del Health Connector.

Para obtener más información sobre estados migratorios y tipos de documentos, consulte la página 28.

PORQUÉ SOLICITAMOS ESTA INFORMACIÓN

Preguntamos sobre ingresos y otra información para hacerle saber para cuál cobertura califica y si puede obtener ayuda para pagarla. **Mantendremos toda la información que proporcione privada y segura, como lo exige la ley.** Para ver la política de privacidad del Health Connector, vaya a mahealthconnector.org. Para ver la política de privacidad de MassHealth, vaya a www.mass.gov/service-details/masshealth-member-privacy-information.

QUÉ SUCEDE DESPUÉS Y DÓNDE OBTENER AYUDA

Cuando recibamos su solicitud completada, firmada y fechada, la revisaremos. Si necesitamos más información, le escribiremos o llamaremos. Una vez que recibamos lo que necesitamos, tomaremos una decisión sobre su elegibilidad y le enviaremos un aviso por escrito. Si usted es elegible para recibir MassHealth, muestre este aviso inmediatamente a cualquier proveedor de atención de salud si durante su período de elegibilidad usted ha pagado por servicios que estarían cubiertos por MassHealth. Si el proveedor de atención de salud determina que MassHealth pagará por estos servicios, el proveedor le reembolsará lo que usted pagó.

Si necesita más información acerca de cómo solicitar o si necesita otra copia del **Suplemento C: Ayudante de Atención Individual** para su cónyuge quien también es solicitante, llámenos al **(800) 841-2900**, TTY: (800) 497-4648. Esta solicitud está disponible en español. Por favor llame al número anterior para solicitar una. Si tiene preguntas sobre cualquier formulario o sobre la información que tiene que enviar, por favor llámenos al **(800) 841-2900**, TTY: (800) 497-4648.

Para encontrar recursos e información relacionada con el coronavirus para los solicitantes y los afiliados de MassHealth, visite www.mass.gov/coronavirus-disease-covid-19-and-masshealth.

Solicitud de cobertura de salud para personas de la tercera edad y personas que requieren servicios de atención a largo plazo



Por favor escriba en letra de imprenta legible. Asegúrese de responder a todas las preguntas. Complete todas las partes de la solicitud junto con todos los suplementos que correspondan. Si necesita más espacio, adjunte otra hoja aparte a la solicitud. Escriba el nombre de la Persona 1 y Número de Seguro Social en la parte superior de cualquier hoja adjunta. Para cada miembro de su hogar, por favor escriba el(los) nombre(s) de la(s) persona(s) bajo el programa o programas que él o ella desea solicitar. Por favor consulte la Guía para la persona de la tercera edad para informarse más sobre la cobertura de estos programas.

Por favor escriba los nombres de todas las personas que solicitan cobertura de salud en esta solicitud.

MassHealth o el Health Safety Net (HSN)
 (Si usted vive en su casa, o en una casa de reposo, un centro asistencial de vivienda, una comunidad de retiro con atención continua o una comunidad de atención de por vida, complete esta solicitud y cualquier suplemento que le corresponda a usted o a cualquier miembro de su hogar.) MassHealth comprobará si cualquier persona que solicite cobertura de salud en esta solicitud es elegible para MassHealth o el HSN.

Usted: _____

Cónyuge: _____

Atención a largo plazo y/o
 Exención de servicios basados en el hogar y la comunidad
 (Si usted solicita o recibe servicios de atención a largo plazo en su hogar bajo una Exención de servicios basados en el hogar y la comunidad, o en un centro de enfermería u hospital de enfermedades crónicas, complete esta solicitud y cualquier suplemento que le corresponda a usted o a cualquier miembro de su hogar, incluyendo todo o parte del Suplemento A: Atención a largo plazo.)

Usted: _____

Cónyuge: _____

Programas del Health Connector
 La cobertura de salud por medio del Massachusetts Health Connector no es MassHealth. Si usted tiene Medicare, no será elegible para compartir costos o Créditos Fiscales Anticipados por el Pago de Primas, y no puede adquirir un plan por medio del Health Connector, a menos que hubiera estado inscrito en un plan del Health Connector cuando se volvió elegible para Medicare. La única vez que debiera solicitar programas del Health Connector si tiene Medicare es si aún no estuviera inscrito en Medicare pero debiera pagar por su prima de la Parte A de Medicare. En este caso, podría ser elegible para un plan del Health Connector.

Usted: _____

Cónyuge: _____

NOTA: PACE: Programa de atención integral para personas de la tercera edad

Algunos afiliados de MassHealth podrían ser elegibles para inscribirse en el Programa de atención integral para personas de la tercera edad (PACE), el cual brinda a los afiliados acceso a una amplia variedad de servicios médicos, sociales, recreativos y de bienestar a través de un modelo basado en centros. Consulte la página 10 de la *Guía de cobertura de atención médica para la persona de la tercera edad* para obtener más información.

PASO 1 Persona 1 (USTED)—Cuéntenos sobre USTED.

Necesitamos que un adulto en el hogar sea la persona de contacto para su solicitud. Por favor observe que esta persona debe ser alguien nombrado en la solicitud, no un tercero que desea participar como un contacto para el(los) solicitante(s). Por favor consulte el *Formulario de designación del representante autorizado* (ARD) al final de esta solicitud para establecer la información de contacto de terceros.

1. Primer nombre, segundo nombre, apellido y sufixo			2. Fecha de nacimiento
3. Dirección <input type="checkbox"/> Marque esta casilla si está desamparado. Debe proporcionar una dirección postal.		4. Número de apartamento o unidad	
5. Ciudad	6. Estado	7. Código postal	8. Condado
9. ¿Es este un hospital, centro de enfermería u otra institución? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contestó Sí , nombre del establecimiento			
10. Dirección postal <input type="checkbox"/> Marque si es igual a la dirección.		11. Núm. de apartamento o unidad	
12. Ciudad	13. Estado	14. Código postal	15. Condado

16. Número de teléfono	17. Otro número de teléfono
18. Correo electrónico	19. Núm. de personas nombradas en la solicitud
20. Si su idioma no es inglés, ¿cuál es su idioma de preferencia? Oral _____ Escrito _____	
21. ¿Está alguien nombrado en esta solicitud en prisión o en la cárcel? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Por favor marque No , si esta persona será liberada en los próximos 60 días. Si contestó Sí , ¿quién es? Escriba el nombre aquí: _____ Si contestó Sí , ¿está esta persona esperando el juicio? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

SOLAMENTE PARA ASISTENTES DE INSCRIPCIÓN

Complete esta sección si usted es asistente de inscripción y está completando esta solicitud para otra persona. Los Navegadores deben completar un *Formulario de designación del Navegador* si aún no lo han hecho. Los Asesores Certificados para Tramitar Solicitudes deben completar un *Formulario de designación del Asesor Certificado para Tramitar Solicitudes (CAC)* si aún no lo han hecho.

Marque uno Navegador Asesor Certificado para Tramitar Solicitudes

Primer nombre, segundo nombre, apellido y sufijo		Dirección de correo electrónico
Nombre de la organización	Número de identificación de la organización	Número de teléfono de la organización

PASO 2 Persona 1

1. Primer nombre, segundo nombre, apellido y sufijo	2. Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	3. Relación con usted USTED MISMO
---	---	--------------------------------------

4. ¿Está solicitando cobertura de salud o dental para USTED? Sí No
Si contestó **Sí**, conteste todas las preguntas a continuación en el Paso 2 para la Persona 1 (usted).
Si contestó **No**, conteste la Pregunta 16 (acomodaciones), luego vaya a la sección de Información sobre ingresos en la página 4.

5. MassHealth se compromete a brindar atención equitativa para todos los afiliados independientemente de su raza, etnicidad o el idioma que hablen. Por favor complete esta pregunta para ayudarnos a satisfacer sus necesidades culturales y de idioma. Tenga en cuenta que la respuesta es voluntaria, confidencial y que no afectará su elegibilidad ni será usada con fines discriminatorios.
Opcional ¿Cuál es su raza o etnicidad? _____ Por favor consulte la página 20.

6. ¿Tiene usted un Número de Seguro Social (SSN)? Sí No (opcional si **no** solicita cobertura)
Necesitamos un Número de Seguro Social (SSN) para cada persona que tenga uno y que solicite cobertura de salud. Darnos el SSN puede acelerar el proceso de solicitud. Usamos los SSN para verificar los ingresos y otros datos para ver quién es elegible para recibir ayuda para pagar por los costos de cobertura de salud. Se requiere el número de seguro social si una persona está solicitando MassHealth Premium Assistance (Asistencia con el pago de primas). Si alguien necesita ayuda para obtener un SSN, llame a la Administración del Seguro Social al (800) 772-1213, TTY: (800) 325-0778, o visite [socialsecurity.gov](https://www.socialsecurity.gov).
Si contestó **Sí**, denos el número _____ - _____ - _____
Si contestó **No**, marque una de las siguientes razones.
 Recién solicitado Excepción para no ciudadanos Excepción religiosa
¿Es su nombre en esta solicitud el mismo que aparece en su tarjeta del seguro social? Sí No
Si contestó **No**, ¿qué nombre aparece en su tarjeta del seguro social? _____
Primer nombre, segundo nombre, apellido y sufijo

7. Si usted obtiene un Crédito Fiscal Anticipado por el Pago de Primas (APTC), ¿acepta presentar una declaración de impuestos federales para el año fiscal en que se reciben los créditos? Sí No
Es probable que usted no haya necesitado o haya elegido hacer una declaración de impuestos en el pasado, pero deberá hacer una declaración de impuestos federales para cualquier año que obtenga un APTC. Usted debe marcar **Sí** en la Pregunta 7 para ser elegible para ConnectorCare o los APTC para ayudar a pagar por su seguro de salud. **Usted NO necesita hacer una declaración de impuestos para solicitar ni para obtener MassHealth o HSN, si es que califica.**
Si contestó **Sí**, por favor responda a las preguntas a–d. Si contestó **No**, pase a la pregunta d.

Usted debe presentar una declaración federal de impuestos conjunta con su cónyuge para el año en que solicita beneficios para obtener ciertos programas (ConnectorCare o los APTC) a menos que sea víctima de abuso doméstico o abandono, o que usted declare impuestos como Jefe del hogar. Si usted declarará impuestos como Jefe del hogar, debe contestar **No** a la Pregunta 7a ("¿Está usted casado o casada legalmente?"). Una manera en que usted podría calificar como Jefe del hogar es que viva separado/a de su cónyuge y reclame a otra persona como dependiente. Consulte la Publicación 501 del IRS o a un especialista en impuestos para obtener información sobre cómo declarar impuestos. Solamente deberá incluir en esta solicitud a usted y cualquier dependiente.

- a. ¿Está usted casado o casada legalmente? Sí No
Si contestó **No**, pase a la Pregunta 7c.
Si contestó **Sí**, escriba el nombre y la fecha de nacimiento del cónyuge. _____
- b. ¿Planea usted presentar una declaración de impuestos federales conjunta con su cónyuge para el año fiscal en que solicita beneficios? Sí No
- c. ¿Reclamará usted a algún dependiente en su declaración de impuestos federales para el año fiscal en que solicita beneficios? Sí No. Usted deberá reclamar una deducción de exención personal en su declaración de impuestos federales, para cualquier persona nombrada en esta solicitud como dependiente que esté inscrito en la cobertura, por medio del Massachusetts Health Connector y cuya prima para la cobertura se pague en parte o en su totalidad por pagos adelantados.
Escriba el(los) nombre(s) y fecha(s) de nacimiento de los dependientes. _____

- d. ¿Será usted reclamado(a) como dependiente en la declaración de impuestos federales de otra persona para el año fiscal en que solicita beneficios? Sí No. Si usted es reclamado(a) por alguien más como dependiente en su declaración de impuestos federales, esto puede afectar su capacidad de recibir un Crédito Fiscal Anticipado por el Pago de Primas. No responda **Sí** a esta pregunta si es un niño menor de 21 años que es reclamado por un padre sin custodia.
Si contestó **Sí**, nombre del declarante de impuestos. _____
Fecha de nacimiento del declarante _____ ¿Qué parentesco tiene usted con el declarante? _____
¿Está casado(a) el declarante de impuestos y presenta una declaración conjunta? Sí No
Si contestó **Sí**, escriba el nombre y la fecha de nacimiento del cónyuge. _____
¿A quién más reclama el declarante de impuestos como dependiente? _____

- e. ¿Presenta usted una declaración de impuestos por separado porque es víctima de abuso doméstico o abandono? Sí No

Opcional

Para completar esta sección, lea la siguiente declaración. Luego marque "Sí" debajo de la declaración si:

1. Usted ha recibido un APTC o ConnectorCare en el pasado, y
2. La declaración es verdadera para todas las personas nombradas en el hogar.

Declaración

Presenté una declaración federal de impuestos ante el Servicio de Impuestos Internos (IRS) por cada año en que yo recibí un Crédito Fiscal Anticipado por el Pago de Primas (APTC). Cuando presenté la declaración, yo incluí el Formulario 8962 del IRS, el cual tenía información sobre el crédito fiscal que recibí, de modo que el IRS pudo reconciliar mi APTC.

Sí No

8. ¿Es usted ciudadano o nacional naturalizado de EE. UU.? Sí No
Si contestó **Sí**, ¿es usted un ciudadano naturalizado (no nacido en EE. UU.)? Sí No
Número de extranjero _____ Número de certificado de naturalización o ciudadanía _____
9. Si usted no es ciudadano, ¿tiene un estado inmigratorio elegible? Sí No
Consulte la página 28, "Estados inmigratorios y tipos de documentos" para obtener ayuda. Si contestó **No** o **No responde**, solo podría recibir uno o más de lo siguiente: MassHealth Standard (si está embarazada), MassHealth Limited, el Plan de seguridad médica para niños (CMSP) o el Health Safety Net (HSN). Pase a la Pregunta 10.
- a. Si contestó **Sí**, ¿tiene un documento de inmigración? Sí No
Podría ayudarnos a procesar esta solicitud más rápido si incluye una copia de su documento de inmigración con la solicitud. Verificaremos su estado inmigratorio por medio de la comparación electrónica de datos. Escriba todas las condiciones o estados inmigratorios que le correspondan desde que ingresó a EE. UU. Si necesitara más espacio, adjunte otra hoja.
Fecha de otorgamiento del estado (mm/dd/aaaa) _____
(Para personas maltratadas, ingrese la fecha en que se aprobó la petición.)
Estado inmigratorio _____ Tipo de documento inmigratorio _____
Elija uno o más estados y tipos de documentos de la lista en la página 28.
Número de ID del documento _____ Número de extranjero _____
Fecha del vencimiento del pasaporte o documento (mm/dd/aaaa) _____ País _____
- b. ¿Usó el mismo nombre en esta solicitud que el usado para obtener su estado inmigratorio? Sí No
Si contestó **No**, ¿qué nombre usó? Nombre, segundo nombre, apellido y sufijo _____
- c. ¿Llegó usted a EE. UU. después del 22 de agosto de 1996? Sí No

- d. ¿Es usted un veterano de guerra dado de baja honorablemente o miembro en servicio activo de las fuerzas armadas de EE. UU., o es cónyuge o hijo(a) de un veterano de guerra dado de baja honorablemente o de un miembro en servicio activo de las fuerzas armadas de EE. UU.? Sí No
- e. **Opcional** ¿Es usted: víctima de tráfico grave? cónyuge, hijo/a, hermano/a o padre/madre de una víctima de tráfico? cónyuge maltratado/a? hijo/a o padre/madre de un cónyuge maltratado?

10. ¿Vive usted en Massachusetts, y planea usted residir aquí, incluso si aún no tiene una dirección fija? ¿O ha llegado usted a Massachusetts con un compromiso de trabajo o buscando empleo? Sí No

Si usted está visitando Massachusetts por placer personal o con el propósito de recibir atención médica en un entorno que no sea un centro de enfermería, usted debe responder **No** a esta pregunta.

11. ¿Vive usted con al menos un niño menor de 19 años de edad, y es usted la persona principal que cuida de este (estos) niño(s)? Sí No

Nombre(s) y fecha(s) de nacimiento del(de los) niño(s) _____

12. ¿Está usted embarazada? Sí No

Si contestó **Sí**, ¿cuántos bebés está esperando? _____ ¿Cuál es su fecha prevista de parto? _____

13. ¿Estuvo usted alguna vez en un hogar de crianza? Sí No

a. Si contestó **Sí**, ¿en qué estado estuvo usted en un hogar de crianza? _____

b. ¿Recibía usted atención de salud por medio de un programa estatal de Medicaid? Sí No

14. ¿Es usted dueño(a) de su propiedad o alquila? Alquilo Soy dueño(a)

15. **DISCAPACIDAD** Responda a esta pregunta si usted es menor de 65 años de edad o si tiene 65 años o más y trabaja.

¿Tiene usted una discapacidad (incluido un problema de salud mental incapacitante) que ha durado o se prevé que dure por al menos 12 meses? (Si usted es legalmente ciego/a, responda **Sí**.) Sí No

Nombre: _____

16. ¿Necesita usted acomodación(es) razonable(s) debido a una discapacidad o lesión? Sí No

Si contestó **No**, vaya a la siguiente pregunta. Si contestó **Sí**, responda a las preguntas a y b.

a. Condición

Impedimentos visuales Ceguera Sordera Dificultad auditiva Discapacidad de desarrollo

Discapacidad intelectual Discapacidad física Otra (Explique.) _____

b. Acomodación

Teléfono de texto (TTY) Publicaciones con letras grandes Intérprete de Lenguaje de señas americano

Servicio de retransmisión de video Traducciones de Acceso de comunicación en tiempo real (CART)

Publicaciones en braille Dispositivo auxiliar para escuchar Publicaciones en formato electrónico

Otra (Explique.) _____

17. ¿Está presentando esta solicitud debido a un accidente o lesión que podría ser responsabilidad de otra persona? Sí No

a. ¿Alguien más causó la lesión, enfermedad o discapacidad de esta persona, o la misma podría estar cubierta por el seguro del otro o por un seguro de dicha persona que no sea de salud (como un seguro de propietario de vivienda o de automóvil)? Sí No

b. ¿Ha presentado usted una demanda judicial, reclamo de compensación de trabajadores o un reclamo al seguro por este accidente o lesión? Sí No

18. ¿Recibió alguna vez Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)? Sí No

Si contestó **No**, vaya a Información sobre ingresos. Si contestó **Sí**, responda a las preguntas a y b.

a. ¿Cuándo recibió SSI por última vez? (mm/aaaa) _____

b. Usted vive (marque uno): ¿solo(a)? ¿con su cónyuge? ¿en un hogar de reposo? ¿en el hogar de otra persona?

INFORMACIÓN SOBRE INGRESOS

(Usted debe enviar las pruebas del total de ingresos del hogar junto con esta solicitud.)

19. ¿Tiene usted algún ingreso? Sí No. Si usted no tiene ingresos, pase a la Pregunta 30.

20. ¿Son sus ingresos estables de mes a mes? Sí No. Si contestó **No**, por favor indique el ingreso promedio para el período de tiempo (por semana, por mes, etc.) en las preguntas que siguen.

EMPLEO ACTUAL | Si usted tiene más empleos y necesita más espacio, adjunte otra hoja.

21. Nombre y dirección del empleador

Núm. de ID del impuesto federal

22. a. Salarios/propinas (antes de impuestos) \$ _____
 Semanal Cada 2 semanas Dos veces por mes Mensual Trimestral Anual
(Reste cualquier deducción antes de impuestos, tal como primas de seguros de salud no tributables.)
b. Fecha de inicio de los ingresos _____

23. Promedio de horas trabajadas por SEMANA _____

24. ¿Está usted empleado por temporada? Sí No. Si contestó **Sí**, ¿cuántos meses trabaja en cada año calendario?
 Ene. Feb. Marzo Abril Mayo Junio Julio Agosto Sept. Oct. Nov. Dic.

EMPLEO POR CUENTA PROPIA | Si usted está empleado(a) por cuenta propia, responda a las siguientes preguntas. Si necesita más espacio, adjunte otra hoja.

25. ¿Trabaja usted por cuenta propia? Sí No
a. Si contestó **Sí**, ¿qué tipo de trabajo hace usted? _____
b. En promedio, ¿cuánto ingreso neto (ganancias después de haber pagado los gastos del negocio) obtendrá usted de este trabajo por cuenta propia cada mes o cuánto dinero perderá usted de este trabajo por cuenta propia cada mes?
\$ _____/mes de **ganancia** o \$ _____/mes de **pérdida**
c. ¿Cuántas horas trabaja por semana? _____

OTROS INGRESOS

26. Marque todo lo que corresponda, escriba la cantidad y con qué frecuencia le pagan.

NOTA: No necesita informarnos sobre manutención de los hijos o Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI).

- Beneficios del Seguro Social \$ _____ ¿Con qué frecuencia los recibe? _____
 Jubilación, retiro o pensión \$ _____ ¿Con qué frecuencia la recibe? _____
 Anualidades \$ _____ ¿Con qué frecuencia las recibe? _____
 Fideicomisos \$ _____ ¿Con qué frecuencia los recibe? _____
 Desempleo \$ _____ ¿Con qué frecuencia lo recibe? _____
 Intereses, dividendos y otros ingresos por inversiones \$ _____ ¿Con qué frecuencia los recibe? _____
 Ingresos de regalías \$ _____ ¿Con qué frecuencia los recibe? _____
 Pensión alimenticia recibida \$ _____ ¿Con qué frecuencia la recibe? _____

Si esta persona recibe pensión alimenticia proveniente de sentencias de divorcio, acuerdos de separación u órdenes judiciales cuyas sentencias finales sean anteriores al 1 de enero del 2019, escriba aquí la cantidad de dichos pagos. \$ _____

- Beneficios federales para veteranos \$ _____ ¿Con qué frecuencia los recibe? _____
 Ingresos tributables de jubilación militar \$ _____ ¿Con qué frecuencia los recibe? _____
 Otros ingresos tributables (incluya el tipo) \$ _____ ¿Con qué frecuencia los recibe? _____ Tipo _____
 Ganancias de capital: En promedio, ¿cuántos ingresos netos obtendrá o cuánto dinero perderá usted de esta ganancia sobre el capital cada mes? \$ _____/ganancia o \$ _____/pérdida
 Ingresos netos de agricultura, ganadería o pesca: En promedio, ¿cuántos ingresos netos (ganancias después de pagar los gastos del negocio) obtendrá o cuánto dinero perderá usted de este negocio cada mes? \$ _____/ganancia o \$ _____/pérdida

INGRESOS POR ALQUILER

27. ¿Recibe usted ingresos por alquileres? (**Usted debe contestar esta pregunta.**) Sí No

Si contestó **Sí**, **envíe prueba** de los ingresos actuales por alquileres, tales como una declaración escrita por cada inquilino, copia del contrato de arriendo o una declaración actual de impuestos federales. Además, **envíe pruebas** de todos los siguientes gastos, si corresponden, para los últimos 12 meses: hipoteca, impuestos, servicios públicos (gas/electricidad), calefacción, agua/cloacas, seguro, tarifa de apartamento o cooperativa, reparaciones y mantenimiento.

- a. ¿De qué tipo de propiedad es dueño? una familia dos familias tres familias otra (describa): _____
b. ¿Cuántos ingresos de alquiler **mensual** recibe o pierde usted por cada unidad rentada de la propiedad indicada anteriormente? (Detalle cada unidad rentada y la dirección por separado.)

Dirección _____ Unidad # _____

Cantidad de ingresos _____ Cantidad de pérdida _____ ¿Habitada por el propietario? Sí No

Dirección _____ Unidad # _____

Cantidad de ingresos _____ Cantidad de pérdida _____ ¿Habitada por el propietario? Sí No

- c. ¿Usted paga la calefacción o los servicios públicos de su inquilino? Sí No

INGRESOS POR ÚNICA VEZ

28. ¿Ha recibido o recibirá usted ingresos durante este año calendario como un pago único? Sí No

Los ejemplos de ingresos por única vez incluyen recibir la pensión en un pago único o las ganancias de capital solo una vez.

Si contestó **Sí**: Tipo _____ Cantidad \$ _____
Mes en que se recibe _____ Año en que se recibe _____

29. ¿Recibirá usted ingresos durante el próximo año calendario como un pago único? Sí No

Si contestó **Sí**: Tipo _____ Cantidad \$ _____
Mes en que se recibe _____ Año en que se recibe _____

DEDUCCIONES

30. ¿Qué deducciones presenta usted en su declaración de impuestos? Si usted paga por ciertas cosas que pueden ser deducidas en una declaración de impuestos federales, al informarnos sobre ellas podría reducir un poco más el costo de la cobertura de salud. Marque todo lo que corresponda. Sus deducciones deberían ser lo que usted presentó en su declaración de impuestos federales en la sección "Ingreso Bruto Ajustado". Por cada deducción que usted elija, indique la cantidad anual. Usted puede escribir hasta la cantidad máxima de deducción permitida por el IRS.

- Gastos de educador: Cantidad anual \$ _____
- Ciertos gastos de negocios de reservistas, artistas o de funcionarios del gobierno basados en una tarifa: Cantidad anual \$ _____
- Deducciones de las cuentas de ahorro de salud: Cantidad anual \$ _____
- Gastos de mudanza para miembros de las Fuerzas Armadas: Cantidad anual \$ _____
- Parte deducible de los impuestos de empleo por cuenta propia: Cantidad anual \$ _____
- Contribución a SEP, SIMPLE y planes calificados para empleos por cuenta propia: Cantidad anual \$ _____
- Deducción del seguro de salud para empleos por cuenta propia: Cantidad anual \$ _____
- Multas por retiro anticipado de ahorros: Cantidad anual \$ _____
- Pensión alimenticia pagada: pagos de pensión alimenticia proveniente de sentencias de divorcio, acuerdo de separación u orden judicial que haya sido finalizada antes de 1 de enero del 2019, escriba aquí la cantidad de dichos pagos. Cantidad anual \$ _____
- Deducción de la Cuenta Personal de Jubilación (IRA, Individual Retirement Account): Cantidad anual \$ _____
- Deducción del préstamo estudiantil (solo los intereses, no incluye el pago total): Cantidad anual \$ _____
- Ninguno

INGRESO ANUAL

31. ¿Cuál es su ingreso total esperado para el año calendario actual?

32. ¿Cuál es su ingreso total esperado para el próximo año calendario, si es diferente?

¡GRACIAS! Esto es todo lo que necesitamos saber sobre usted. Vaya al Paso 2 Persona 2 para añadir otro miembro de su hogar, si fuera necesario. De otra manera, vaya al Paso 3 Miembro(s) del hogar Indígena Norteamericano o Nativo de Alaska (AI/AN).

PASO 2 Persona 2—Cónyuge u otras personas en este hogar

Complete esta parte para su cónyuge que vive con usted y/o cualquier otra persona incluida en su declaración federal de impuestos, si la presenta.

Si tiene que incluir más de dos personas en esta solicitud, haga una copia de las páginas de información en blanco para el Paso 2 Persona 2 ANTES de completarla. Cuando complete las páginas adicionales asegúrese de informarnos cómo se relaciona cada persona con las demás en la solicitud. Necesitamos esta información para determinar la elegibilidad. También puede descargar las páginas para personas adicionales en mass.gov/masshealth. Bajo *MassHealth Publications*, haga clic en *MassHealth Member Library* (Biblioteca de afiliados de MassHealth). Haga clic en *MassHealth Member Applications* (Solicitudes para afiliados de MassHealth), y luego en *Solicitud de Massachusetts para la cobertura de salud y dental, y ayuda para pagar los costos: Personas adicionales*.

1. Primer nombre, segundo nombre, apellido y sufijo	2. Fecha de nacimiento	3. Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
---	------------------------	---

4. Parentesco con la Persona 1	5. ¿Vive esta persona con la Persona 1? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contestó No , escriba la dirección.
--------------------------------	---

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

6. ¿Es este un hospital, centro de enfermería u otra institución? Sí No

Si contestó **Sí**, nombre del establecimiento _____

7. Dirección postal Marque si es la misma que la dirección.

8. Número de apartamento o unidad _____

9. Ciudad _____

10. Estado _____

11. Código postal _____

12. Condado _____

13. Si su idioma no es inglés, ¿cuál es su idioma de preferencia? Oral _____ Escrito _____

14. MassHealth se compromete a brindar atención equitativa para todos los afiliados independientemente de su raza, etnicidad o el idioma que hablen. Por favor complete esta pregunta para ayudarnos a satisfacer sus necesidades culturales y de idioma. Tenga en cuenta que la respuesta es voluntaria, confidencial y que no afectará su elegibilidad ni será usada con fines discriminatorios.
Opcional ¿Cuál es la raza o etnicidad de esta persona? _____ Por favor consulte la página 20.

15. ¿Está esta persona solicitando cobertura de salud? Sí No

Si contestó **Sí**, conteste todas las preguntas a continuación en el Paso 2 para la Persona 2

Si contestó **No**, conteste la Pregunta 26 (acomodaciones), luego vaya a la sección de Información sobre ingresos en la página 9.

16. ¿Tiene esta persona un Número de Seguro Social (SSN)? Sí No (opcional si **no** solicita cobertura)

Necesitamos un Número de Seguro Social (SSN) para cada persona que tenga uno y que solicite cobertura de salud. Darnos el SSN puede acelerar el proceso de solicitud. Usamos los SSN para verificar los ingresos y otros datos para ver quién es elegible para recibir ayuda para pagar por los costos de cobertura de salud. Se requiere el número de seguro social si una persona está solicitando MassHealth Premium Assistance (Asistencia con el pago de primas). Si alguien necesita ayuda para obtener un SSN, llame a la Administración del Seguro Social al (800) 772-1213, TTY: (800) 325-0778, o visite socialsecurity.gov.

Si contestó **Sí**, denos el número _____ - _____ - _____

Si contestó **No**, marque una de las siguientes razones.

Recién solicitado Excepción para no ciudadanos Excepción religiosa

¿Es el nombre de la persona en la solicitud el mismo que en su tarjeta del seguro social? Sí No

Si contestó **No**, ¿qué nombre figura en la tarjeta del seguro social de esta persona? _____
Nombre, segundo nombre, apellido y sufijo

17. Si esta persona recibe un Crédito Fiscal Anticipado por el Pago de Primas (APTC), ¿acepta esta persona presentar una declaración de impuestos federales para el año fiscal en que se reciben los créditos? Sí No

Es probable que él o ella no haya necesitado o elegido hacer una declaración de impuestos en el pasado, pero deberá hacer una declaración de impuestos federales para cualquier año que él o ella obtenga un APTC. Usted debe marcar **Sí** en la Pregunta 17 para ser elegible para ConnectorCare o los APTC para ayudar a pagar el seguro de salud de esta persona. **Esta persona NO necesita hacer una declaración de impuestos para solicitar ni para obtener MassHealth o el HSN, si es que él o ella califica.**

Si contestó **Sí**, por favor responda a las preguntas a–d. Si contestó **No**, pase a la pregunta d.

Esta persona debe presentar una declaración federal de impuestos conjunta con un cónyuge para el año en que esta persona solicita beneficios para obtener ciertos programas (ConnectorCare o los APTC) a menos que esta persona sea víctima de abuso doméstico o abandono, o que declare impuestos como Jefe del hogar. Si esta persona declarará impuestos como Jefe del hogar, él o ella debe contestar **No** a la Pregunta 17a ("¿Está esta persona casada legalmente?"). Una manera en que esta persona podría calificar como Jefe del hogar es que viva separado/a de su cónyuge y reclame a otra persona como dependiente. Consulte la Publicación 501 del IRS o a un especialista en impuestos para obtener información sobre cómo declarar impuestos. Esta persona solamente deberá incluirse y a cualquier dependiente en esta solicitud.

a. ¿Está esta persona casada legalmente? Sí No

Si contestó **No**, pase a la Pregunta 17c.

Si contestó **Sí**, escriba el nombre y la fecha de nacimiento del cónyuge. _____

b. ¿Planea esta persona presentar una declaración de impuestos federales conjunta con un cónyuge para el año fiscal en que esta persona solicita beneficios? Sí No

c. ¿Reclamará esta persona algún dependiente en su declaración federal de impuestos para el año fiscal en que esta persona solicita beneficios? Sí No

Escriba el(los) nombre(s) y la(s) fecha(s) de nacimiento de los dependientes. _____

Esta persona reclamará una deducción de exención personal en su declaración de impuestos federales, para cualquier persona nombrada en esta solicitud como dependiente que esté inscrita en la cobertura por medio del Massachusetts Health Connector y cuya prima para la cobertura se pague en parte o en su totalidad por pagos adelantados.

d. ¿Será esta persona reclamada como dependiente de otra persona en la declaración de impuestos federales para el año en que esta persona solicita beneficios? Sí No.

Si esta persona es reclamada por alguien más como dependiente en la declaración de impuestos federales de aquella persona, esto podría afectar la posibilidad de que esta persona reciba un crédito fiscal por el pago de primas. No conteste "Sí" a esta pregunta si esta persona es un niño menor de 21 años de edad que es reclamado por un padre/madre sin custodia.

Si contestó **Sí**, nombre del declarante de impuestos. _____

Fecha de nacimiento del declarante _____ ¿Qué parentesco tiene esta persona con el declarante? _____

¿Está el(la) declarante de impuestos casado(a) y presenta una declaración conjunta? Sí No

Si contestó **Sí**, escriba el nombre del(de la) cónyuge y la fecha de nacimiento. _____

¿A quién más reclama el declarante de impuestos como dependiente?

e. ¿Presenta esta persona una declaración de impuestos por separado porque es víctima de abuso doméstico o abandono?

Sí No

18. ¿Es esta persona un ciudadano de EE. UU. o ciudadano naturalizado? Sí No

Si contestó **Sí**, ¿es esta persona un ciudadano naturalizado (no nacido en EE. UU.)? Sí No

Número de extranjero _____ Número de certificado de ciudadanía o de naturalización _____

19. Si esta persona no es ciudadano, ¿tiene un estado inmigratorio elegible? Sí No

Consulte la página 28, "Estados inmigratorios y tipos de documentos" para obtener ayuda. Si contestó **No** o **No responde**, solo podría recibir uno o más de lo siguiente: MassHealth Standard (si está embarazada), MassHealth Limited, el Plan de seguridad médica para niños (CMSP) o el Health Safety Net (HSN). Vaya a la Pregunta 20.

a. Si contestó **Sí**, ¿tiene esta persona un documento de inmigración? Sí No

Podría ayudarnos a procesar esta solicitud más rápido si incluye una copia del documento de inmigración de esta persona con la solicitud. Verificaremos el estado inmigratorio de esta persona por medio de una comparación electrónica de datos. Escriba todos los estados y/o condiciones inmigratorias correspondientes a esta persona desde que ingresó en EE. UU. Si necesitara más espacio, adjunte otra hoja.

Fecha de otorgamiento del estado (mm/dd/aaaa) _____ (Para personas maltratadas, ingrese la fecha en que se aprobó la petición.)

Estado inmigratorio _____ Tipo de documento inmigratorio _____

Elija uno o más estados y tipos de documentos de la lista en la página 28.

Número de ID del documento _____ Número de extranjero _____

Fecha del vencimiento del pasaporte o documento (mm/dd/aaaa) _____ País _____

b. ¿Utilizó esta persona el mismo nombre en esta solicitud que el usado para obtener su estado inmigratorio? Sí No

Si contestó **No**, ¿qué nombre usó esta persona? Nombre, segundo nombre, apellido y sufijo _____

c. ¿Llegó esta persona a EE. UU. después del 22 de agosto de 1996? Sí No

d. ¿Es esta persona un veterano de guerra dado de baja honorablemente o miembro en servicio activo de las fuerzas armadas de EE. UU., o es cónyuge o hijo(a) de un veterano de guerra dado de baja honorablemente o de un miembro en servicio activo de las fuerzas armadas de EE. UU.? Sí No

e. **Opcional** ¿Es esta persona: víctima de tráfico grave? cónyuge, hijo/a, hermano/a o padre/madre de una víctima de tráfico?

cónyuge maltratado/a? hijo/a o padre/madre de un cónyuge maltratado?

20. ¿Vive esta persona en Massachusetts, y o bien planea esta persona residir aquí, incluso si él o ella aún no tiene una dirección fija, o ha llegado esta persona a Massachusetts con un compromiso de trabajo o buscando empleo? Sí No

Si esta persona está visitando Massachusetts por placer personal o con el propósito de recibir atención médica en un entorno que no sea un centro de enfermería, usted debe responder **No** a esta pregunta.

21. ¿Vive esta persona con al menos un niño menor de 19 años de edad, y es esta persona quien cuida principalmente de este (estos) niño(s)? Sí No

Nombre(s) y fecha(s) de nacimiento del(de los) niño(s) _____

22. ¿Está esta persona embarazada? Sí No

Si contestó **Sí**, ¿cuántos bebés está ella esperando? _____ ¿Cuál es su fecha prevista de parto? _____

23. ¿Estuvo esta persona alguna vez en un hogar de crianza? Sí No

a. Si contestó **Sí**, ¿en qué estado estuvo esta persona en un hogar de crianza? _____

b. ¿Recibía esta persona atención de salud por medio de un programa estatal de Medicaid? Sí No

24. ¿Es esta persona dueña de su propiedad o alquila? Alquila Es dueño(a)
25. **DISCAPACIDAD** Responda a esta pregunta si esta persona es menor de 65 años de edad, o tiene 65 años o es mayor y trabaja. ¿Tiene esta persona una discapacidad (incluido un problema de salud mental incapacitante) que ha durado o se prevé que dure por al menos 12 meses? (Si es legalmente ciego/a, responda **Sí**.) Sí No
Nombre: _____
26. ¿Necesita esta persona acomodación(es) razonable(s) debido a una discapacidad o lesión? Sí No
Si contestó **No**, vaya a la siguiente pregunta. Si contestó **Sí**, responda a las preguntas a y b.
- a. Condición
 Impedimentos visuales Ceguera Sordera Dificultad auditiva Discapacidad de desarrollo
 Discapacidad intelectual Discapacidad física Otra (Explique.) _____
- b. Acomodación
 Teléfono de texto (TTY) Publicaciones con letras grandes Intérprete de Lenguaje de señas americano
 Servicio de retransmisión de video Traducciones de Acceso de comunicación en tiempo real (CART)
 Publicaciones en braille Dispositivo auxiliar para escuchar Publicaciones en formato electrónico
 Otra (Explique.) _____
27. ¿Está esta persona solicitando debido a un accidente o lesión que podría ser responsabilidad de otra persona? Sí No
- a. ¿Alguien más causó la lesión, enfermedad o discapacidad de esta persona, o la misma podría estar cubierta por el seguro del otro o por un seguro de dicha persona que no sea de salud (como un seguro de propietario de vivienda o de automóvil)?
 Sí No
- b. ¿Ha presentado esta persona una demanda judicial, reclamo de compensación de trabajadores o un reclamo al seguro por este accidente o lesión? Sí No
28. ¿Recibió esta persona alguna vez Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)? Sí No
Si contestó **No**, vaya a Información sobre ingresos. Si contestó **Sí**, responda a las preguntas a y b.
- a. ¿Cuándo recibió esta persona el SSI por última vez? (mm/aaaa) _____
- b. Esta persona (marque uno):
 ¿vive solo(a)? ¿vive con su cónyuge? ¿vive en un hogar de reposo? ¿vive en el hogar de otra persona?

INFORMACIÓN SOBRE INGRESOS

(Usted debe enviar las pruebas del total de ingresos del hogar junto con esta solicitud.)

29. ¿Tiene esta persona algún ingreso? Sí No. Si esta persona no tiene ingresos, pase a la Pregunta 39.
30. ¿Son los ingresos de esta persona estables de mes a mes? Sí No. Si contestó **No**, por favor indique el ingreso promedio para el período de tiempo (por semana, por mes, etc.) en las preguntas que siguen.

EMPLEO ACTUAL | Si esta persona tiene más trabajos y necesita más espacio, adjunte otra hoja.

- | | |
|--------------------------------------|---------------------------------|
| 31. Nombre y dirección del empleador | Núm. de ID del impuesto federal |
|--------------------------------------|---------------------------------|
32. a. Salarios/propinas (antes de impuestos) \$ _____
 Semanal Cada 2 semanas Dos veces por mes Mensual Trimestral Anual
(Reste cualquier deducción antes de impuestos, tal como primas de seguros de salud no tributables.)
- b. Fecha de inicio de los ingresos _____
33. Promedio de horas trabajadas por SEMANA _____
34. ¿Está esta persona empleada por temporada? Sí No. Si contestó **Sí**, ¿cuántos meses trabaja en cada año calendario?
 Ene. Feb. Marzo Abril Mayo Junio Julio Agosto Sept. Oct. Nov. Dic.

EMPLEO POR CUENTA PROPIA | Si esta persona está empleado(a) por cuenta propia, responda a las siguientes preguntas. Si necesita más espacio, adjunte otra hoja.

35. ¿Está esta persona empleada por cuenta propia? Sí No
- a. Si contestó **Sí**, ¿qué tipo de trabajo hace esta persona? _____
- b. En promedio, ¿cuánto ingreso neto (ganancias después de haber pagado los gastos del negocio) obtendrá esta persona de este trabajo por cuenta propia cada mes o cuánto dinero perderá esta persona de este trabajo por cuenta propia cada mes?
\$ _____/mes de **ganancia** o \$ _____/mes de **pérdida**
- c. ¿Cuántas horas trabaja esta persona por semana? _____

OTROS INGRESOS

36. Marque todo lo que corresponda, escriba la cantidad y con qué frecuencia esta persona obtiene ingresos.

NOTA: No necesita informarnos sobre manutención de los hijos o Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI).

- Beneficios del Seguro Social \$ _____ ¿Con qué frecuencia los recibe? _____
- Jubilación, retiro o pensión \$ _____ ¿Con qué frecuencia la recibe? _____
- Anualidades \$ _____ ¿Con qué frecuencia las recibe? _____
- Fideicomisos \$ _____ ¿Con qué frecuencia los recibe? _____
- Desempleo \$ _____ ¿Con qué frecuencia lo recibe? _____
- Interés, dividendos y otros ingresos por inversiones \$ _____ ¿Con qué frecuencia los recibe? _____
- Ingresos de regalías \$ _____ ¿Con qué frecuencia los recibe? _____
- Pensión alimenticia recibida \$ _____ ¿Con qué frecuencia la recibe? _____

Si esta persona recibe pensión alimenticia proveniente de sentencias de divorcio, acuerdos de separación u órdenes judiciales cuyas sentencias finales sean anteriores al 1 de enero del 2019, escriba aquí la cantidad de dichos pagos. \$ _____

- Beneficios federales para veteranos \$ _____ ¿Con qué frecuencia los recibe? _____
- Ingresos tributables de jubilación militar \$ _____ ¿Con qué frecuencia los recibe? _____
- Otros ingresos tributables (incluya el tipo) \$ _____ ¿Con qué frecuencia los recibe? _____ Tipo _____
- Ganancias de capital: En promedio, ¿cuántos ingresos netos obtendrá o cuánto dinero perderá esta persona de esta ganancia sobre el capital cada mes? \$ _____/ganancia o \$ _____/pérdida
- Ingresos netos de agricultura, ganadería o pesca: En promedio, ¿cuántos ingresos netos (ganancias después de pagar los gastos del negocio) obtendrá o cuánto dinero perderá esta persona de este negocio cada mes? \$ _____/ganancia o \$ _____/pérdida

INGRESOS POR ALQUILER

37. ¿Recibe esta persona ingresos por alquileres? Sí No

Si contestó **Sí**, envíe prueba de los ingresos actuales por alquileres, tales como una declaración escrita por cada inquilino, copia del contrato de arriendo o una declaración actual de impuestos federales. Además, envíe pruebas de todos los siguientes gastos, si corresponden, para los últimos 12 meses: hipoteca, impuestos, servicios públicos (gas/electricidad), calefacción, agua/cloacas, seguro, tarifa de apartamento o cooperativa, reparaciones y mantenimiento.

- a. ¿De qué tipo de propiedad es esta persona dueña? una familia dos familias tres familias
 otra (describa): _____
- b. ¿Cuántos ingresos de alquiler mensual recibe o pierde esta persona por cada unidad rentada de la propiedad indicada anteriormente? (Detalle cada unidad rentada y la dirección por separado.)
- Dirección _____ Unidad # _____
Cantidad de ingresos _____ Cantidad de pérdida _____ ¿Habitada por el propietario? Sí No
- Dirección _____ Unidad # _____
Cantidad de ingresos _____ Cantidad de pérdida _____ ¿Habitada por el propietario? Sí No
- c. ¿Usted paga la calefacción y/o los servicios públicos de su inquilino? Sí No

INGRESOS POR ÚNICA VEZ

38. ¿Ha recibido o recibirá esa persona ingresos durante este año calendario como un pago único? Sí No

Los ejemplos serían recibir la pensión en un pago único o las ganancias de capital solo una vez.

Si contestó **Sí**: Tipo _____ Cantidad \$ _____
Mes en que se recibe _____ Año en que se recibe _____

39. ¿Recibirá esta persona ingresos durante el próximo año calendario como un pago único? Sí No

Si contestó **Sí**: Tipo _____ Cantidad \$ _____
Mes en que se recibe _____ Año en que se recibe _____

DEDUCCIONES

40. ¿Qué deducciones presenta él o ella en su declaración de impuestos? Si esta persona paga por ciertas cosas que pueden ser deducidas en una declaración de impuestos federales, al informarnos sobre ellas podría reducir un poco más el costo de la cobertura de salud. Marque todo lo que corresponda. Las deducciones de esta persona deberían ser lo que él o ella presentó en su declaración de impuestos federales en la sección "Ingreso Bruto Ajustado". Por cada deducción que elija, indique la cantidad anual. Usted puede escribir hasta la cantidad máxima de deducción permitida por el IRS.

- Gastos de educador: Cantidad anual \$ _____

- Ciertos gastos de negocios de reservistas, artistas o de funcionarios del gobierno basados en una tarifa: Cantidad anual \$ _____
- Deducciones de las cuentas de ahorro de salud: Cantidad anual \$ _____
- Gastos de mudanza para miembros de las Fuerzas Armadas: Cantidad anual \$ _____
- Parte deducible de los impuestos de empleo por cuenta propia: Cantidad anual \$ _____
- Contribución a SEP, SIMPLE y planes calificados para empleos por cuenta propia: Cantidad anual \$ _____
- Deducción del seguro de salud para empleos por cuenta propia: Cantidad anual \$ _____
- Multas por retiro anticipado de ahorros: Cantidad anual \$ _____
- Pensión alimenticia pagada: pagos de pensión alimenticia proveniente de sentencias de divorcio, acuerdo de separación u orden judicial que haya sido finalizada antes del 1 de enero de 2019, escriba aquí la cantidad de dichos pagos. Cantidad anual \$ _____
- Deducción de la Cuenta Personal de Jubilación (IRA, Individual Retirement Account): Cantidad anual \$ _____
- Deducción del préstamo estudiantil (solo los intereses, no incluye el pago total): Cantidad anual \$ _____
- Ninguno

INGRESO ANUAL

41. ¿Cuál es el ingreso total esperado de esta persona para el año calendario actual?

42. ¿Cuál es el ingreso total esperado de esta persona para el próximo año calendario, si es diferente?

¡GRACIAS! Esto es todo lo que necesitamos saber sobre esta persona.

PASO 3 Miembros del hogar Indígenas Norteamericanos o Nativos de Alaska (AI/AN)

¿Es usted o alguien en su hogar indígena norteamericano o nativo de Alaska? Sí No

Si contestó **No**, pase al Paso 4. Si contestó **Sí**, complete el resto de esta solicitud, incluyendo el **Suplemento B: Miembros del hogar Indígenas Norteamericanos o Nativos de Alaska**.

Nombre(s) de la(s) persona(s) _____

Los indígenas norteamericanos y nativos de Alaska, que se inscriben en cobertura de salud, también pueden recibir servicios de los Servicios de Salud Indígena, programas de salud tribales o Programas Urbanos de Salud para Indígenas. Si usted o algún miembro de su hogar es indígena norteamericano o nativo de Alaska quizá no tengan que pagar primas o copagos y pueden tener períodos especiales de inscripción mensual.

PASO 4 Facturas de servicios médicos anteriores

¿Usted o su cónyuge tienen facturas por servicios médicos que recibió en los tres meses anteriores al mes en que recibimos su solicitud? Sí No

Si contestó **No**, vaya al **Paso 5: Bienes**. Si contestó **Sí**, complete el resto de esta sección. Es posible que podamos pagar estas facturas.

¿Quieren usted o su cónyuge solicitar MassHealth para ese período de tiempo? Sí No

Si contestó **Sí**, ¿cuál es la fecha más temprana en la cual necesita MassHealth? (mm/dd/aaaa) _____

(Debe darnos pruebas de todos los ingresos y bienes que poseyera durante ese período de tiempo.)

PASO 5 Bienes | Usted debe completar todos los datos por cada bien que usted y/o su cónyuge posean.

Si vive en la comunidad y desea ayuda para pagar las cuentas médicas por un período de tres meses previos al mes en el que solicita, nos debe informar sobre todas las cuentas abiertas y cerradas para dicho período. Si está solicitando atención a largo plazo, usted también debe darnos información acerca de todos los bienes que usted o su cónyuge haya tenido en los 60 meses pasados. Si usted necesita más espacio, adjunte otra hoja.

CUENTAS BANCARIAS

1. ¿Usted o su cónyuge tiene cuentas bancarias o certificados de depósito, incluyendo cuentas corrientes, de ahorros, cooperativa de crédito, cuentas *NOW*, cuentas del mercado monetario y cuentas de Subsidio para Necesidades Personales (PNA)?

Sí No

- a. ¿Usted o su cónyuge tiene cuentas de jubilación, incluyendo cuentas de jubilación individuales (IRA), Keogh o fondos de pensión? Sí No
- b. ¿Usted, su cónyuge o un propietario conjunto ha cerrado alguna cuenta en los 60 meses pasados, incluyendo cualquier cuenta que usted haya tenido conjuntamente con otra persona? Sí No

Si contestó **Sí** a **cualquiera** de estas preguntas, complete esta sección. Si contestó **No** a **todas** estas preguntas, pase a la siguiente sección **BIENES RAÍCES**.

Envíe una copia de sus libretas de depósito actualizadas dentro de los últimos 45 días y/o **una copia** de los estados de cuenta más recientes. Por favor consulte la Guía para la persona de la tercera edad para obtener información sobre las instituciones financieras que cobran por estados de cuenta. Si está solicitando para cobertura en un centro de enfermería, por favor provea estados de cuenta de los últimos 60 meses.

Nombre en la cuenta		Tipo de cuenta	
Nombre del banco/institución		Número de la cuenta	
Saldo a la fecha \$	Saldo en la fecha de admisión* \$	<input type="checkbox"/> Cuenta abierta	<input type="checkbox"/> Cuenta cerrada
Fecha de cierre de la cuenta (mm/dd/aaaa)		Cantidad en la fecha de cierre de la cuenta \$	
Nombre en la cuenta		Tipo de cuenta	
Nombre del banco/institución		Número de la cuenta	
Saldo a la fecha \$	Saldo en la fecha de admisión* \$	<input type="checkbox"/> Cuenta vigente	<input type="checkbox"/> Cuenta cerrada
Fecha de cierre de la cuenta (mm/dd/aaaa)		Cantidad en la fecha de cierre de la cuenta \$	

* Anote el saldo de la cuenta a la fecha de admisión a la institución médica, hospital o centro de enfermería.

BIENES RAÍCES

2. ¿Usted o su cónyuge es propietario o tiene un interés legal en su residencia primaria?
Usted Sí No Su cónyuge Sí No
3. ¿Usted o su cónyuge es propietario o tiene un interés legal en cualquier bien raíz **aparte de** su residencia primaria?
Usted Sí No Su cónyuge Sí No

Si contestó **Sí** a cualquiera de estas preguntas, complete esta sección. Si contestó **No**, pase a la siguiente sección **SEGURO DE VIDA**.

Envíe una copia de la(s) escritura(s), factura(s) de impuestos actuales y prueba de la cantidad adeudada de toda propiedad poseída.

Dirección	
Tipo de propiedad	Valor actual \$
Dirección	
Tipo de propiedad	Valor actual \$

SEGURO DE VIDA

4. ¿Usted o su cónyuge **posee** algún seguro de vida? Sí No

Si contestó **Sí**, complete esta sección.

Si contestó **No**, vaya a la sección siguiente **CUENTAS DE CORRETAJE DE VALORES (ACCIONES/BONOS/OTROS)**.

Envíe una copia de la primera página de todas las pólizas de seguro de vida. Si el valor nominal total de todas las pólizas es de más de \$1,500 por persona, envíe **también una carta** de la compañía aseguradora que indique el valor de rescate (que tengan todas las pólizas excepto las de término fijo).

Nombre(s) del (de los) titular(es)		
Compañía de seguros		
Número de la póliza	Valor nominal \$	Tipo de seguro
Nombre(s) del (de los) titular(es)		
Compañía de seguros		
Número de la póliza	Valor nominal \$	Tipo de seguro

CUENTAS DE CORRETAJE DE VALORES (ACCIONES/BONOS/OTROS)

5. ¿Usted o su cónyuge posee acciones, bonos, bonos de ahorro, fondos mutuos, títulos o valores, bienes en un casillero de seguridad, dinero en efectivo que no esté en el banco, opciones, o contratos futuros? Sí No

Si contestó **Sí**, complete esta sección. Si contestó **No**, pase a la siguiente sección **ANUALIDADES**.

Envíe prueba del valor actual (excepto efectivo).

	Nombre(s) del (de los) titular(es)	Nombre de la compañía	Número de cuenta	Valor actual	Valor en la fecha de admisión*	¿Bienes conjuntos?
Dinero en efectivo				\$	\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Acciones				\$	\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Bonos				\$	\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Bonos de ahorro				\$	\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Fondos mutuos				\$	\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Opciones				\$	\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Contratos futuros				\$	\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Otro				\$	\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

* Anote el saldo de la cuenta a la fecha de admisión a la institución médica.

ANUALIDADES

6. ¿Usted, su cónyuge, o alguien en su nombre o a nombre de su cónyuge, compró o de cualquier forma cambió una anualidad? Sí No

Si contestó **Sí**, complete esta sección. Para ser elegible, usted podría ser requerido a nombrar al Commonwealth como un beneficiario de saldo. (Consulte la Guía para la persona de la tercera edad para obtener más información.)

Si contestó **No**, pase a la siguiente sección **CENTRO ASISTENCIAL DE VIVIENDA/OTROS**.

Envíe una copia del contrato. Para cada anualidad que posea, **provéanos la prueba** de anualidad de la compañía que indique el valor total de la anualidad menos cualquier multa y honorarios si es que puede ser cobrada en efectivo.

Nombre(s) del (de los) titular(es)

Nombre de la institución que emite la anualidad

Número de contrato

Fecha de compra (mm/dd/aaaa)

Nombre(s) del (de los) titular(es)

Nombre de la institución que emite la anualidad

Número de contrato

Fecha de compra (mm/dd/aaaa)

CENTRO ASISTENCIAL DE VIVIENDA/OTROS

7. ¿Usted, su cónyuge o alguien a nombre suyo, ha entregado un depósito a algún centro residencial o de atención médica, como un centro asistencial de vivienda, una comunidad de retiro con atención médica continua, o a una comunidad de atención médica de por vida? Sí No

Si contestó **Sí**, complete esta sección. Si contestó **No**, pase a la siguiente sección **VEHÍCULOS/CASAS MÓVILES**.

Envíe una copia del contrato que firmó con el establecimiento y cualquier documento que tenga que ver con este depósito.

Nombre del establecimiento

Dirección del establecimiento

Cantidad del depósito \$

Fecha en que el depósito se entregó al establecimiento (mm/dd/aaaa)

VEHÍCULOS/CASAS MÓVILES

8. ¿Usted o su cónyuge poseen algún tipo de vehículo, como automóviles, camionetas, camiones, vehículos recreativos, casas móviles o barcos? Sí No

Si contestó **Sí**, complete esta sección.

Si contestó **No**, pase a las secciones siguientes **PLANES PREPAGOS PARA SEPULTURA/FIDEICOMISOS**.

Envíe una copia del registro de cada vehículo y prueba del saldo pendiente de la deuda. Para casas móviles, **envíe una copia** de la escritura de venta. Si su cónyuge vive en casa, **envíe prueba** del valor comercial de cada vehículo en la fecha de admisión a la institución médica.

(Usted) Tipo de vehículo	Año/marca/modelo	Valor comercial \$	Cantidad adeudada \$
---------------------------------	------------------	-----------------------	-------------------------

Dirección de la casa móvil

(Su cónyuge) Tipo de vehículo	Año/marca/modelo	Valor comercial \$	Cantidad adeudada \$
--------------------------------------	------------------	-----------------------	-------------------------

Dirección de la casa móvil

PLANES PREPAGOS PARA SEPULTURA

9. ¿Tienen usted o su cónyuge fideicomisos o contratos para el pago anticipado de sepulturas, seguro de vida destinado a pagar los gastos de funeral y sepultura o cuentas bancarias destinadas para gastos de funeral? Sí No

Si contestó **Sí**, complete esta sección. Si contestó **No**, pase a la siguiente sección **FIDEICOMISOS**.

Envíe una copia del contrato de fideicomiso, instrumento de fideicomiso, póliza de seguro o de cuenta destinada para sepultura.

(Usted) Contrato para sepultura Sí (Cantidad \$) No Fideicomiso para sepultura Sí (Cantidad \$) No

Seguro de vida para sepultura Sí (Cantidad \$) No Cantidad solo para sepultura Sí (Cantidad \$) No

Parcela funeraria Sí No Compañía de seguros Número de póliza

Nombre del banco Número de cuenta

(Su cónyuge) Contrato para sepultura Sí (Cantidad \$) No Fideicomiso para sepultura Sí (Cantidad \$) No

Seguro de vida para sepultura Sí (Cantidad \$) No Cantidad solo para sepultura Sí (Cantidad \$) No

Parcela funeraria Sí No Compañía de seguros Número de póliza

Nombre del banco Número de cuenta

FIDEICOMISOS

10. ¿Es usted o su cónyuge el otorgante/donante, fideicomisario o beneficiario de algún fideicomiso? Sí No

11. ¿Usted, su cónyuge, u otra persona en su nombre, incluso un tribunal o ente administrativo, ha aportado ingresos o bienes de su propiedad o de su cónyuge hacia un fideicomiso? Sí No

Si contestó **Sí** a cualquiera de estas preguntas, complete esta sección.

Si contestó **No** a estas preguntas, vaya al **PASO 6: Información sobre el seguro de salud**

Envíe una copia del documento o documento(s) del fideicomiso, cualquier enmienda, documentos que demuestren actividad financiera y la lista de beneficiarios.

Nombre del fideicomiso ¿Revocable? Sí No Capital principal actual del fideicomiso \$

Capital principal del fideicomiso en la fecha de admisión* \$ Fideicomisario(s)

Otorgante(s)/Donante(s) Beneficiarios

Nombre del fideicomiso ¿Revocable? Sí No Capital principal actual del fideicomiso \$

Capital principal del fideicomiso en la fecha de admisión * \$ Fideicomisario(s)

Otorgante(s)/Donante (s) Beneficiarios

*Anote el saldo del capital del fideicomiso a la fecha de admisión a la institución médica.

PASO 6 Información sobre el seguro de salud

El reglamento de MassHealth requiere que los afiliados obtengan y mantengan un seguro de salud disponible, incluido un seguro de salud disponible a través de un empleador. Con el fin de determinar la continuidad de su elegibilidad para MassHealth para usted y los miembros de su hogar, es posible que le pidamos información adicional sobre usted y su empleador acerca de su acceso a la cobertura de seguro de salud patrocinado por un empleador. Usted debe cooperar en proporcionar la información necesaria para mantener la elegibilidad, incluyendo pruebas de haber obtenido y mantenido un seguro de salud disponible o sus beneficios de MassHealth podrían terminar. Consulte la *Guía de cobertura de atención médica para la persona de la tercera edad* para obtener más información.

1. ¿Hay alguien nombrado en esta solicitud a quien se le ofrezca cobertura de seguro de salud a través de un empleo pero que no esté inscrito en ese seguro? Sí No
Responda **Sí** aun si este seguro es a través del empleo de otra persona, como un cónyuge, incluso si esta persona no vive en el hogar. Si contestó **Sí**, usted deberá completar y adjuntar el **Suplemento D: Cobertura de salud de empleos** y el resto de esta solicitud.
¿Es este un plan de beneficios para empleados del estado? Sí No

2. ¿Hay alguien que califique o que esté inscrito en los siguientes tipos de cobertura de salud? Sí No
Si contestó **Sí**, marque el tipo de cobertura y escriba el/los nombre(s) de la(s) persona(s) junto a la cobertura que tiene(n).
Responda **Sí** aun si este seguro es a través de otra persona, como un cónyuge, incluso si la persona no vive en el hogar.
- Inscrito en Medicare o califica para un plan de Medicare Parte A plan sin prima
Nombre _____ Número de reclamo de Medicare _____
¿Cuándo comenzó la cobertura? (mm/dd/aaaa) _____
- a. ¿Tiene esta persona un plan de Medicare Parte D? Sí No
Si contestó **Sí**, ¿cuándo comenzó la cobertura? (mm/dd/aaaa) _____
- b. ¿Tiene esta persona una póliza suplementaria de Medigap/Medicare? Sí No
Si contestó **Sí**, nombre del plan de cobertura _____
¿Cuándo comenzó la cobertura? (mm/dd/aaaa) _____
Nombre _____ Número de reclamo de Medicare _____
¿Cuándo comenzó la cobertura? (mm/dd/aaaa) _____
- a. ¿Tiene esta persona un plan de Medicare Parte D? Sí No
Si contestó **Sí**, ¿cuándo comenzó la cobertura? (mm/dd/aaaa) _____
- b. ¿Tiene esta persona una póliza suplementaria de Medigap/Medicare? Sí No
Si contestó **Sí**, nombre del plan de cobertura _____
¿Cuándo comenzó la cobertura? (mm/dd/aaaa) _____
- ¿Desea alguna de las personas nombradas solicitar ayuda para pagar las primas de Medicare Parte B? Sí No
Si contestó **Sí**, nombre(s) _____

Si usted marca cualquiera de los siguientes programas, provea detalles a continuación.

- Califica para **Peace Corps (Cuerpo de Paz)**
 Califica para **TRICARE** (No lo marque si tiene atención directa o Line of Duty.)
 Inscrito en **Programas de salud de Asuntos para Veteranos (VA)**
 MassHealth
 Otra cobertura (incluidos COBRA y planes de salud para jubilados)

Nombre(s) del/de los miembro(s) del hogar cubierto(s)

Número de póliza o ID del afiliado

¿Fecha de inicio y de finalización?
(mm/dd/aaaa–mm/dd/aaaa)

- Inscrito en cobertura por medio del empleador. Si alguien en esta solicitud está inscrito en cobertura a través del empleador, usted debe completar y adjuntar el **Suplemento D: Cobertura de salud de empleos**.

Nombre del empleador

Nombre del plan

Nombre(s) del/de los miembro(s) del hogar cubierto(s)

Número de póliza o ID del afiliado

¿Fecha de inicio y de finalización?
(mm/dd/aaaa–mm/dd/aaaa)

PASO 7 Acuerdos de Reembolso de Gastos Médicos

¿Le ofrecen a alguien en el hogar Acuerdos de Reembolso de Gastos Médicos (HRA) del empleador de dicha persona? Sí No

Nombre(s) de la persona Fecha de nacimiento

Nombre del empleador

Núm. de ID del impuesto federal

Tipo de HRA ofrecido por el empleador Acuerdo de Reembolso para Pequeños Empleadores Calificados (QSEHRA)
 Acuerdo de Reembolso de Gastos Médicos de Cobertura Individual (ICHRA)

Fecha de inicio Fecha de finalización

Escriba la cantidad máxima anual del beneficio de cobertura para usted solamente:

Si tiene un Acuerdo de Reembolso para Pequeños Empleadores Calificados (QSEHRA), ¿planea usted usar los beneficios de cobertura familiar de QSEHRA de su empleador? Sí No

Si usted tiene beneficios de QSEHRA, escriba la cantidad máxima anual del beneficio de cobertura familiar por medio de QSEHRA:

¿Planea alguien del hogar aceptar un beneficio de Acuerdo de Reembolso de Gastos Médicos de Cobertura Individual (HRA) del empleador de dicha persona? Sí No

Nombre(s) de la persona Fecha de nacimiento

Nombre del empleador

Núm. de ID del impuesto federal

Tipo de HRA ofrecido por el empleador Acuerdo de Reembolso para Pequeños Empleadores Calificados (QSEHRA)
 Acuerdo de Reembolso de Gastos Médicos de Cobertura Individual (ICHRA)

Fecha de inicio Fecha de finalización

Escriba la cantidad máxima anual del beneficio de cobertura para usted solamente:

Si usted tiene un Acuerdo de Reembolso para Pequeños Empleadores Calificados (QSEHRA), ¿planea usar los beneficios de cobertura familiar de QSEHRA de su empleador? Sí No

Si usted tiene beneficios de QSEHRA, escriba la cantidad máxima anual del beneficio de cobertura familiar por medio de QSEHRA:

¿Planea alguien del hogar aceptar un beneficio de Acuerdo de Reembolso de Gastos Médicos de Cobertura Individual (HRA) del empleador de dicha persona? Sí No

PASO 8 Servicios de un ayudante de atención individual

Para personas que tienen 65 años de edad o más y que no serán internadas en un centro de atención a largo plazo

Para obtener más información sobre los servicios de un Ayudante de Atención Individual (PCA, o Asistente de Cuidados Personales) y sobre cómo sus respuestas a las preguntas de esta sección podrían influir en nuestra decisión sobre su cobertura de MassHealth, si usted, en efecto, necesita servicios de PCA, consulte la sección PCA en la Guía para la persona de la tercera edad que se adjunta.

1. ¿Necesitan usted o su cónyuge los servicios de un ayudante de atención individual? Sí No
Si contestó **Sí**, complete esta sección y conteste todas las preguntas. Si contestó **No**, vaya al **PASO 10: Lea y firme esta solicitud**.
2. ¿Usted o su cónyuge ha recibido servicios de un ayudante de atención individual **pagado por MassHealth** en los últimos seis meses? Sí No
Si contestó **Sí**, vaya al **PASO 10: Lea y firme esta solicitud**. Si contestó **No**, conteste las siguientes preguntas de esta sección.
3. ¿Usted o su cónyuge tiene una discapacidad permanente o de larga duración?
Usted Sí No Su cónyuge Sí No
 - a. Si contestó **Sí**, ¿su discapacidad (o la de su cónyuge) le impide a usted (o a su cónyuge) realizar sus actividades del diario vivir, como bañarse, comer, ir al baño, vestirse, etc., a menos que alguien físicamente le ayude a usted (o a su cónyuge)? Usted Sí No Su cónyuge Sí No

- b. Si contestó **Sí**, ¿usted (o su cónyuge) planea comunicarse con una Agencia de Supervisión de Cuidados Personales (PCM) de MassHealth para solicitar los servicios de un ayudante de atención individual?

Usted Sí No Su cónyuge Sí No

Nota: Usted tiene que comunicarse con la agencia PCM dentro de los 90 días posteriores a la fecha en que MassHealth decide que usted reúne los requisitos para afiliarse a MassHealth; de otra forma usted no podrá beneficiarse de las reglas especiales de los servicios PCA. MassHealth podría no pagar a ciertos miembros de su familia para ser su ayudante de atención individual.

Cada cónyuge que contestó “Sí” a todas las partes de la Pregunta 3 tiene que completar su propio Suplemento C: Ayudante de atención individual. Se incluye una copia. Si necesita una segunda copia, llame al Servicio al cliente de MassHealth al (800) 841-2900, TTY: (800) 497-4648 para solicitarla. Si usted (o su cónyuge) no nos envía los suplementos PCA completados, consideraremos que no necesita servicios de PCA al determinar si cumple con los requisitos para ser elegible para MassHealth.

PASO 9 Cobertura (opcional) adicional – Para personas casadas menores de 65 años de edad

Complete esta sección SÓLO si está casado y vive con su cónyuge. Uno de los cónyuges que solicita beneficios tiene que ser menor de 65 años y no tener hijos menores de 19 años viviendo con ustedes. Responda a estas preguntas para el cónyuge que sea menor de 65 años de edad.

Si esta sección se aplica a usted y si desea recibir más información sobre normas de ingresos y otra información que podría aplicarse a usted, llámenos al (800) 841-2900, TTY: (800) 497-4648 para obtener una Guía para la persona de la tercera edad. Si esta sección no se aplica a usted, pase al **Paso 10: Lea y firme esta solicitud.**

CÁNCER DE MAMA O DEL CUELLO DEL ÚTERO (OPCIONAL) (Sólo para personas menores de 65 años de edad.)

1. ¿Tiene usted cáncer de mama o del cuello del útero? Sí No

MassHealth tiene reglas de cobertura especial para personas que necesitan tratamiento para cáncer de mama o del cuello del útero.

Si contestó **Sí**, le enviaremos un certificado para que lo complete su médico para probar su diagnóstico de cáncer de mama o del cuello del útero. Luego MassHealth puede ver si sus beneficios de MassHealth le dan la mayor cobertura posible.

Nombre: _____

INFORMACIÓN SOBRE VIH (OPCIONAL) (Sólo para personas menores de 65 años de edad.)

2. ¿Es usted VIH positivo? Sí No

Si usted es VIH positivo, podría ser elegible para cobertura o beneficios adicionales.

Nombre: _____

PASO 10 Lea y firme esta solicitud

En nombre mío y de todas las personas indicadas en esta solicitud, entiendo, declaro y acepto lo siguiente.

1. MassHealth puede requerir a las personas elegibles que se inscriban en un seguro de salud patrocinado por su empleador, si dicho seguro cumple con los criterios de ayuda para el pago de asistencia con la prima de MassHealth.
2. Se podrá notificar y facturar a los empleadores de personas elegibles, de acuerdo con los reglamentos estatales, por cualquier servicio pagado por el Health Safety Net que los hospitales o centros de salud comunitaria brinden a dichas personas.
3. Es posible que yo tenga que pagar las primas de la cobertura de salud para mí mismo y para todas las personas nombradas en esta solicitud. Si no se pagan las primas, el estado de Massachusetts puede deducir la cantidad adeudada de los reembolsos de impuestos de las personas responsables. Si yo fuera indígena norteamericano o nativo de Alaska, es posible que no tenga que pagar las primas de MassHealth.
4. MassHealth tiene el derecho de cobrar y obtener dinero de terceras partes obligadas a pagar por servicios de salud provistos a personas elegibles inscritas en programas de MassHealth. Estas terceras partes pueden ser otras compañías de seguro de salud, cónyuges, padres o madres obligados a pagar por manutención médica, o personas obligadas a pagar conforme a acuerdos de resolución de accidentes. Las personas elegibles tienen que cooperar con MassHealth para establecer la manutención de terceras partes y obtener pagos de terceras partes para sí mismas y cualquiera cuyos derechos puedan asignar legalmente. Las personas elegibles pueden estar exentas de esta obligación si creen y le informan a MassHealth que dicha cooperación podría causarles daño, ya sea a ellas o a cualquier persona cuyos derechos legales puedan asignar.
5. Un padre y/o tutor de menores de edad tiene que estar dispuesto a cooperar con los esfuerzos del estado para cobrar la manutención médica de un padre sin custodia, a menos que crea y le informe a MassHealth que dicha cooperación podría causar daño a los menores o al padre o tutor.
6. Las personas elegibles que han sido lesionadas en un accidente o de alguna otra manera, y reciben dinero de una tercera parte debido a dicho accidente o lesión, tienen que usar ese dinero para pagar a MassHealth o al Health Safety Net por ciertos servicios provistos.

7. Las personas elegibles le tienen que informar a MassHealth o al Health Safety Net, por escrito, dentro de los 10 días calendario o tan pronto sea posible, sobre cualquier reclamo o demanda de seguro presentada debido a un accidente o lesión.
8. El estado de esta solicitud puede ser compartida con un hospital, centro de salud comunitario, otro proveedor médico o agencias federales o estatales, cuando ello sea necesario para el tratamiento, pago, operaciones o la administración de los programas enumerados anteriormente.
9. En la medida que lo permita la ley, después de enviar un aviso y de dar una oportunidad de apelar la decisión, MassHealth puede imponer un embargo preventivo sobre cualquier bien raíz que sea propiedad de los afiliados elegibles o del cual el afiliado tenga un interés legal. Si dicho afiliado recibe atención a largo plazo en un centro de enfermería especializada u otro centro médico y MassHealth determinara que por motivos razonables no se espera que el afiliado regrese a su hogar. Si MassHealth coloca un embargo preventivo contra dicha propiedad y esta es vendida, el dinero de la venta de dicha propiedad se podrá usar para pagar a MassHealth por los servicios médicos provistos.
10. En la medida que lo permita la ley, y a menos que haya excepciones, para cualquier persona elegible de 55 años de edad o mayor, o para una persona elegible sin importar su edad, a quien MassHealth ayuda a pagar por su atención a largo plazo en un centro de convalecencia u otro centro médico, MassHealth reclamará el dinero por el costo total de la atención a la sucesión de una persona elegible después de que fallezca. Para obtener más información sobre reclamos de pago ante la sucesión, visite mass.gov/EstateRecovery.
11. Las personas elegibles deben informar al(a los) programa(s) de atención de salud en el(los) cual(es) se inscriban sobre cualquier cambio en los ingresos o empleo suyos o de su hogar, tamaño del hogar, cobertura de seguro de salud, primas de seguro de salud y estado migratorio, o sobre cambios en cualquier otra información en esta solicitud y en cualquier suplemento de la misma dentro de los 10 días calendario de saber del cambio. Las personas elegibles pueden hacer cambios llamando al **(800) 841-2900**, TTY: (800) 497-4648 para personas sordas, con dificultad auditiva o discapacidad del habla. Un cambio en la información podría afectar la elegibilidad de tales personas o de las personas en su hogar.

Usted también puede notificar cambios de una de las siguientes maneras.

- Ingrese a su cuenta digital en MAhealthconnector.org.
Usted puede crear una cuenta en línea si es que aún no tiene una.
 - Envíe los cambios de información a
Health Insurance Processing Center
P.O. Box 4405
Taunton, MA 02780.
 - Envíe los cambios de información por fax al **(857) 323-8300**.
12. MassHealth, el Massachusetts Health Connector y el Health Safety Net obtendrán de los empleadores y compañías de seguro de salud actuales y anteriores de las personas elegibles toda la información sobre la cobertura del seguro de salud de dichas personas. Esto incluye, pero sin limitarse, la información sobre las pólizas, primas, coseguro, deducibles y beneficios cubiertos que son, podrían o deberían haber estado disponibles para dichas personas o miembros de su hogar.
 13. MassHealth, el Massachusetts Health Connector y el Health Safety Net podrían obtener expedientes o datos sobre personas nombradas en esta solicitud de fuentes de datos y programas federales y estatales, tales como la Administración del Seguro Social, Servicio de Impuestos Internos, el Departamento de Seguridad Nacional, el Departamento de Ingresos y el Registro de Vehículos Automotores, como así también fuentes de datos privadas incluidas instituciones financieras, 1) para probar cualquier información dada en esta solicitud y cualquier suplemento, u otra información una vez que una persona se afilie, 2) para documentar servicios médicos reclamados o proporcionados a ellos, y 3) para apoyar la elegibilidad continua.
 14. Con respecto a la elegibilidad y el proceso de inscripción, MassHealth, el Massachusetts Health Connector y el Health Safety Net podrían enviar avisos que contengan información personal sobre personas nombradas en esta solicitud a otras personas de la solicitud, o de otra manera comunicar tal información a tales personas.
 15. Bajo la ley federal, no se permite la discriminación debido a raza, color, nacionalidad, género, edad, orientación sexual, identidad de género o discapacidad. Puedo presentar una queja de discriminación visitando www.hhs.gov/ocr/office/file.
 16. Yo autorizo al Massachusetts Health Connector para que use los datos de ingresos, incluida la información de las declaraciones de impuestos para determinar mi elegibilidad en los próximos años. Consulte la Política de privacidad del Health Connector para obtener más información sobre la manera en que el Health Connector usa su información tributaria. El Massachusetts Health Connector me enviará un aviso y me permitirá hacer cambios a mi solicitud de elegibilidad. Entiendo que si yo soy elegible para un Crédito Fiscal Anticipado por el Pago de Primas (APTC) y/o para ConnectorCare, estos pagos se realizarán directamente a la(s) compañía(s) de seguros que yo elegí. Aceptar un APTC y/o ConnectorCare podría afectar mis obligaciones tributarias anuales. Se me brindará la opción de aplicar al pago de mi prima mensual el total, una parte o nada de cualquier cantidad de APTC a la que yo podría ser elegible de recibir.

ESTOY DE ACUERDO CON LAS SIGUIENTES DECLARACIONES.

- He leído o me han leído la información de esta solicitud, incluyendo cualquier suplemento y páginas de instrucciones, y entiendo que la Guía para la persona de la tercera edad contiene información importante.
- Tengo permiso de todas las personas nombradas en esta solicitud (o de sus padres u otro representante legal autorizado) a enviar esta solicitud y a actuar en su nombre para completar esta solicitud y cualquier proceso y actividad de elegibilidad en curso o subsiguiente, incluyendo por ejemplo:
 - proporcionar información personal sobre ellos, incluyendo salud, cobertura de salud e información sobre ingresos, ver dicha información tal como la proporciona el Massachusetts Health Connector, MassHealth y el Health Safety Net, y proporcionar consentimiento en su nombre para el uso y la divulgación de su información como se describe en esta solicitud;
 - tomar decisiones sobre opciones de cobertura y métodos de comunicación con el Massachusetts Health Connector, MassHealth, y el Health Safety Net;
 - hacer cambios a la solicitud o los documentos relacionados con la elegibilidad y proporcionar información sobre cualquier cambio en sus circunstancias; y
- proporcionar consentimiento en su nombre para el uso de fuentes privadas y gubernamentales para verificar información como se describe en esta solicitud.
- Entiendo mis derechos y responsabilidades, y los derechos y responsabilidades de todas las personas indicadas en esta solicitud, como se explica en el PASO 10.
- He informado o le informaré a todas las personas (o a sus padres u otro representante legal autorizado, si corresponde) para quienes estoy enviando esta solicitud sobre dichos derechos y responsabilidades, de manera que ellos también comprendan sus derechos y responsabilidades.
- Entiendo y acepto que MassHealth, el Health Safety Net y el Massachusetts Health Connector, considerarán que cualquier copia electrónica, por fax, telefónica o impresa de las firmas tiene el mismo vigor y efecto que la(s) firma(s) original(es).
- La información que he suministrado es correcta y completa a mi mejor saber y entender sobre mí y las otras personas indicadas en esta solicitud.
- Si proporciono intencionalmente información falsa o no veraz, puedo quedar sujeto a penas bajo la ley federal.

Firme esta solicitud.

Al firmar esta solicitud a continuación, por la presente certifico bajo penas y penalidades de perjurio que las presentaciones y declaraciones que he hecho en esta solicitud son veraces y completas a mi mejor saber y entender, y estoy de acuerdo en aceptar y cumplir con los derechos y responsabilidades anteriores.

Importante: Si está enviando esta solicitud como un representante autorizado, debe enviarnos un **Formulario de designación del representante autorizado (ARD)** o tener un formulario en nuestros registros para que podamos procesar esta solicitud. El formulario ARD está al final de esta solicitud.

Firma de la Persona 1 o representante autorizado o tercero responsable	Nombre en letra de imprenta
	Fecha

Si usted es menor de 18 años de edad, ¿es usted un menor emancipado? Sí No

Si contestó **No**, necesitamos que un tercero responsable, que tenga al menos 18 años de edad, firme esta solicitud en su nombre. Por favor proporcione la información de esa persona a continuación.

Primer nombre	Segundo nombre	Apellido(s)	Sufijo
Número de Seguro Social	Relación con usted		Fecha de nacimiento
Dirección postal			Núm. de apartamento o unidad
Ciudad	Estado	Código postal	Condado
Teléfono	Ext.	Tipo de teléfono	
Segundo teléfono	Ext.	Tipo de teléfono	
Dirección de correo electrónico			

Envíenos su solicitud completada.



Envíe por correo su solicitud firmada a:

MassHealth Enrollment Center
P.O. Box 290794
Charlestown, MA 02129-0214; o

Por fax: (617) 887-8799



Entregue en persona su solicitud firmada en:

MassHealth Enrollment Center
The Shrafft Center
529 Main Street, Suite 1M
Charlestown, MA 02129

Registro del votante

El formulario para registrarse para votar está incluido en esta solicitud o puede encontrarse en www.sec.state.ma.us. También puede encontrar más información sobre cómo registrarse para votar en www.sec.state.ma.us. Si desea hacer preguntas sobre el proceso de registro del votante, o si necesita ayuda para completar el formulario, por favor visite un Centro de inscripción local o llame al Centro de servicio al cliente de MassHealth al **(800) 841-2900**, TTY: (800) 497-4648.

El hecho de que solicite registrarse o se niegue a registrarse para votar no afectará la cantidad de asistencia que le proporcione esta agencia. Si desea ayuda para completar el formulario de solicitud de registro del votante, lo ayudaremos. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. Puede completar el formulario de solicitud en privado.

Si piensa que alguien ha interferido con su derecho a registrarse o de negarse a registrarse para votar, con su derecho a la privacidad para decidir registrarse o para solicitar el registro para votar, o con su derecho de elegir su propio partido político u otra preferencia política, puede presentar una queja a:

Secretary of the Commonwealth, Elections Division
One Ashburton Place, Room 1705
Boston, MA 02108

Tel.: (617) 727-2828 o (800) 462-8683.

Si usted o alguien más en su solicitud no está registrado(a) para votar donde vive ahora, ¿desearía solicitar registrarse para votar hoy? Sí No

SI NO MARCA NINGUNA CASILLA, SE CONSIDERARÁ QUE HA DECIDIDO NO REGISTRARSE PARA VOTAR EN ESTE MOMENTO.

RAZA O ETNICIDAD (OPCIONAL) Elija las opciones que mejor lo describan. Escriba todas las que correspondan.

Por favor especifique en la Pregunta 5 de la página 2 y en la Pregunta 14 de la página 7.

- | | | |
|--|--|--|
| Indígena norteamericano o nativo de Alaska
(Complete el Paso 3 y el Suplemento B) | Asiático <ul style="list-style-type: none">• Indio asiático• Chino• Japonés• Coreano• Vietnamita• Otros asiáticos | Isleño del Pacífico <ul style="list-style-type: none">• Filipino• Guameño o chamorro• Nativo de Hawái• Samoano• Otros isleños del Pacífico |
| Negro o afroamericano | | |
| Blanco o caucásico | | |
| Origen hispano, latino o español <ul style="list-style-type: none">• Cubano• Mexicano, mexicanoamericano o chicano• Puertorriqueño• Otros de origen hispano, latino o español | | |

Para escribir cualquier raza o etnicidad que no esté indicada aquí, por favor especifíquela en la Pregunta 5 de la página 2 y en la Pregunta 14 de la página 7.

SUPLEMENTO **A** Atención a largo plazo y Exención para Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad



- ¿Necesita servicios de atención a largo plazo en una institución tipo centro de enfermería? Sí No

Si contestó **Sí**, debe responder todas las preguntas y completar todas las secciones de este suplemento.

- ¿Está usted solicitando u obteniendo servicios de atención a largo plazo en su hogar de acuerdo con la Exención para servicios basados en el hogar y la comunidad? Sí No

Si contestó **Sí**, usted debe completar la sección “**Transferencias de recursos**” y la sección “**Seguro de atención a largo plazo**”.

Por favor escriba en letra de imprenta legible. Conteste todas las preguntas y complete todas las secciones. Si necesita más espacio para completar cualquier sección, por favor use una hoja separada (incluya su nombre y número de seguro social) y adjúntela a este suplemento.

Información sobre el solicitante/afiliado

Apellido, nombre, inicial		Número de seguro social
Nombre y dirección del hospital, centro de enfermería u otra institución		
Fecha de admisión (mm/dd/aaaa)	¿Fue colocado aquí por otro estado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si contestó Sí , ¿qué estado?

- ¿Tiene que pagar gastos de tutela para un guardián asignado por un tribunal? Sí No

Gastos de vivienda del cónyuge y miembros de familia que viven en la casa

(No complete esta sección si solicita la Exención para Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad.)

Su cónyuge que vive en casa quizás pueda retener parte de los ingresos que usted recibe. Complete la siguiente información sobre los gastos de vivienda actuales de su cónyuge. **Si no tiene cónyuge**, pase a la siguiente sección (**Transferencias de recursos**).

Envíe prueba de los gastos de vivienda actuales de su cónyuge.

Apellido, nombre, inicial del cónyuge		Número de seguro social
2. ¿Cuánto paga su cónyuge cada mes por:		
¿Alquiler? _____ ¿Hipoteca (capital e intereses)? _____		
¿Seguro de propiedad o de inquilino? _____ ¿Impuestos catastrales (por bienes raíces)? _____		
¿Cuota de mantenimiento obligatoria del condominio o cooperativa? _____ ¿Comida y alojamiento en un centro asistencial de vivienda? _____		

- ¿Paga su cónyuge por la calefacción? Sí No

- ¿Paga su cónyuge por los servicios públicos? Sí No

- ¿Vive(n) un hijo/a, padre, madre, hermano, y/o hermana con su cónyuge? Sí No

Si contestó **Sí**, complete esta sección. Si contestó **No**, pase a la siguiente sección (**Transferencias de recursos**).

Envíe prueba de los ingresos mensuales de ellos antes de deducciones. Quizá le autoricen una deducción para cubrir los gastos de mantenimiento de ellos. Estas personas tienen que ser parientes suyos o de su cónyuge; y, uno de ustedes debe declararlos como dependientes en su declaración federal de impuestos.

Nombre		Número de seguro social
Parentesco	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Ingreso mensual antes de deducciones \$
Nombre		Número de seguro social
Parentesco	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Ingreso mensual antes de deducciones \$

Transferencias de recursos (incluyen tanto ingresos como bienes)

6. En los últimos 60 meses:

- ¿Se ha transferido algún bien que estuvo a disposición o que fue de propiedad suya o de su cónyuge desde o a un fideicomiso? Sí No
- ¿Hizo usted, su cónyuge o alguien a nombre suyo, una transferencia de ingresos o del derecho a percibir ingresos? Sí No
- ¿Hizo usted, su cónyuge o alguien a nombre suyo, una transferencia, un cambio de propietario, una donación o una venta de algún bien, incluyendo su hogar u otro bien raíz? Sí No
- ¿Cambió usted, su cónyuge o alguien a nombre suyo, la escritura o la propiedad de cualquier bien raíz, incluyendo la creación de un dominio vitalicio, incluso si el dominio vitalicio fue comprado en la residencia de otra persona? Sí No
- Si usted compró un dominio vitalicio en la casa de otra persona, ¿vivió usted allí por lo menos un año después de haber comprado el dominio vitalicio? Sí No
- ¿Agregó usted, su cónyuge o alguien a nombre suyo, otro nombre a una escritura de algún bien que le pertenece a usted? Sí No
- ¿Recibió u otorgó usted, su cónyuge o alguien a nombre suyo, a alguien una hipoteca, un préstamo, o un pagaré sobre cualquier propiedad u otro bien? Sí No
- ¿Compró usted, su cónyuge, o alguien en su nombre o a nombre de su cónyuge, una anualidad o la cambió de alguna forma? Sí No

Si usted contestó Sí a cualquiera de las preguntas anteriores, tiene que completar lo siguiente y enviarnos prueba de esta información.

Descripción del bien/ingreso		Fecha de transferencia (mm/dd/aaaa)
Transferido a quién	Parentesco con usted o su cónyuge	Cantidad de la transferencia \$
Descripción del bien/ingreso		Fecha de transferencia (mm/dd/aaaa)
Transferido a quién	Parentesco con usted o su cónyuge	Cantidad de la transferencia \$
Descripción del bien/ingreso		Fecha de transferencia (mm/dd/aaaa)
Transferido a quién	Parentesco con usted o su cónyuge	Cantidad de la transferencia \$

7. ¿Ha entregado usted, su cónyuge o alguien a nombre suyo un depósito a algún centro residencial o de atención médica, como por ejemplo, un centro asistencial de vivienda, una comunidad de retiro con atención continua, o una comunidad de atención de por vida? Sí No

Si contestó **Sí**, denos el nombre y la dirección del centro, la cantidad del depósito, conteste las siguientes preguntas y **envíenos una copia** del contrato que firmó con el centro y de todo documento que tenga que ver con este depósito.

Nombre del centro _____

Dirección del centro _____ Cantidad \$ _____

- ¿Tiene el centro todavía el depósito? Sí No
- ¿Le devolvió el centro el depósito? Sí No

Si contestó **Sí**, denos el nombre y la dirección de la persona que recibió el depósito devuelto por el centro.

Nombre de la persona _____

Dirección _____

Bienes raíces

Las respuestas a las siguientes preguntas se utilizarán para determinar si: (1) sus bienes raíces se van a contar como un bien o activo; o (2) si se le debe colocar un embargo preventivo o gravamen a sus bienes raíces.

Nota: Si los intereses sobre el capital de su lugar principal de residencia sobrepasan un cierto límite, es posible que usted no sea elegible para recibir el pago por servicios de atención a largo plazo a menos que se cumplan ciertas condiciones.

8. ¿Usted o su cónyuge son dueños o tienen derechos legítimos por su hogar, incluyendo una propiedad vitalicia? Sí No

Si contestó **Sí**, complete la siguiente información y conteste las preguntas 9 a 15. Si contestó **No**, solo conteste la pregunta 15.

Nombre y dirección de la(s) persona(s) en los documentos de propiedad _____

Descripción y dirección de la ubicación de la propiedad _____

Tipo de propiedad (Marque uno.)

Individual (*Valor normal de mercado*) \$ _____ Inquilinato común (*Valor normal de mercado*) \$ _____

Inquilinato unido (*Valor normal de mercado*) \$ _____ Propiedad vitalicia (*Valor normal de mercado*) \$ _____

Nombre y dirección de la(s) persona(s) en los documentos de propiedad _____

Descripción y dirección de la ubicación de la propiedad _____

Tipo de propiedad (Marque uno.)

Individual (*Valor normal de mercado*) \$ _____ Inquilinato común (*Valor normal de mercado*) \$ _____

Inquilinato unido (*Valor normal de mercado*) \$ _____ Propiedad vitalicia (*Valor normal de mercado*) \$ _____

9. ¿Tiene usted cónyuge? Sí No Si contestó **Sí**, complete esta sección.

Nombre _____ ¿Vive esta persona en su casa? Sí No

10. ¿Tiene usted un niño ciego, o con una discapacidad total y permanente? Sí No Si contestó **Sí**, complete esta sección.

Nombre _____ ¿Vive esta persona en su casa? Sí No

11. ¿Tiene usted un hijo menor de 21 años de edad? Sí No Si contestó **Sí**, complete esta sección.

Nombre _____ Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) _____ ¿Vive esta persona en su casa? Sí No

12. ¿Tiene usted un hermano o hermana que posea un interés legal sobre la casa y que haya vivido allí por lo menos durante un año inmediatamente anterior a la fecha en que usted ingresara en la institución médica?

Sí No Si contestó **Sí**, complete esta sección.

Nombre _____ ¿Vive esta persona en su casa? Sí No

13. ¿Tiene usted un hijo o hija que haya vivido en la casa por al menos los dos últimos años antes de que usted ingresara en la institución médica y que le haya brindado la atención que le permitió a usted vivir en la casa?

Sí No Si contestó **Sí**, complete esta sección.

Nombre _____ ¿Vive esta persona en su casa? Sí No

14. ¿Tiene usted un pariente dependiente? Sí No Si contestó **Sí**, complete esta sección.

Nombre _____ ¿Vive esta persona en su casa? Sí No

Describe el parentesco y la naturaleza de la dependencia: _____

15. ¿Tiene usted la intención de regresar a su hogar? Sí No

(No responda a esta pregunta si solicita la Exención para Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad.)

16. ¿Posee usted o su cónyuge o tiene un interés legal en **otros** bienes raíces que no figuren en la pregunta 8 anterior?
 Sí No

Si contestó **Sí**, por favor describa la propiedad y escriba su dirección a continuación.

Si necesita más espacio, por favor use otra hoja.

Seguro de atención a largo plazo

17. ¿Tiene usted o su cónyuge seguro de atención a largo plazo? Sí No

Si contestó **Sí**, complete esta sección. Si contestó **No**, pase a la siguiente sección (**Declaración de impuestos**).

Envíe una copia de la póliza.

Nombre de la compañía/Número de la póliza

Nombre del titular de la póliza	Fecha de vigencia (mm/dd/aaaa)	Cantidad de la prima \$
---------------------------------	--------------------------------	-------------------------

Nombre de la compañía/Número de la póliza

Nombre del titular de la póliza	Fecha de vigencia (mm/dd/aaaa)	Cantidad de la prima \$
---------------------------------	--------------------------------	-------------------------

Declaración de impuestos

18. ¿Presentó usted o su cónyuge declaraciones de impuestos federales en los últimos dos años? (Marque uno.)

Sí, ambos años Sí, uno de estos años No, ningún año

Si contestó **Sí**, usted debe **enviar copias** de estas declaraciones. Si usted no conservó copias de una o más de estas declaraciones, **debe enviar un Formulario 4506 del IRS completado y firmado**. El Formulario 4506 se incluye al final de esta solicitud.

FIRME ESTE SUPLEMENTO.

Al firmar este suplemento a continuación, por la presente certifico bajo penas y penalidades de perjurio que las presentaciones y declaraciones que he hecho en este suplemento son veraces y completas a mi mejor saber y entender, y estoy de acuerdo en aceptar y cumplir con los derechos y responsabilidades anteriores.

Importante: Si está presentando este suplemento como un representante autorizado, usted debe enviarnos un *Formulario de designación del representante autorizado (ARD)* para que podamos procesar esta solicitud. Es importante completar este formulario, ya que es la única manera en que podemos hablar con usted acerca de esta solicitud.

Firma del solicitante/afiliado o representante autorizado	Nombre en letra de imprenta	Fecha
---	-----------------------------	-------

Complete este suplemento si usted o cualquier miembro de su hogar es indígena norteamericano o nativo de Alaska.

Infórmenos sobre el(los) miembro(s) de su hogar que sea(n) indígena(s) norteamericano(s) o nativo(s) de Alaska.

Los indígenas norteamericanos y nativos de Alaska pueden recibir servicios de los Servicios de salud Indígena, programas de salud tribales o Programas Urbanos de Salud para Indígenas. Quizá no tengan que pagar primas o copagos y pueden tener períodos especiales de inscripción mensual. Para asegurar que usted y los miembros de su hogar reciban la mayor ayuda posible, por favor conteste las siguientes preguntas.

NOTA: Si tiene más personas para incluir, haga una copia de esta página y adjúntela.

AI/AN Persona 1

1. Nombre (primer, inicial, apellido) _____

2. ¿Es miembro de una tribu reconocida por el gobierno federal? Sí No

Si contestó **Sí**, nombre de la tribu _____

3. ¿Es miembro de una tribu reconocida por el gobierno de Massachusetts? Sí No

Si contestó **Sí**, nombre de la tribu _____

4. ¿Ha recibido esta persona alguna vez un servicio del Servicio de Salud Indígena, un programa de salud tribal, o un Programa Urbano de Salud para Indígenas, o por medio de un referido de uno de estos programas?

Sí No

Si contestó **No**, ¿es esta persona elegible para recibir servicios del Servicio de salud Indígena, programas de salud tribal o de un Programa Urbano de Salud para Indígenas o por medio de un referido de uno de estos programas?

Sí No

5. Cierta cantidad de dinero recibida quizás no se cuente para MassHealth. Indique cualquier ingreso (cantidad y con qué frecuencia) reportado en su solicitud que incluye dinero de:

- pagos per cápita de una tribu provenientes de recursos naturales, derechos de uso, renta o regalías;
- pagos de recursos naturales, agricultura, ganadería, pesca, rentas o regalías de tierra designada como suelo de fideicomiso indígena por el Departamento del Interior (incluyendo las reservaciones y ex reservaciones); o
- la venta de objetos que tienen significado cultural.

\$ _____
¿Con qué frecuencia? _____

AI/AN Persona 2

1. Nombre (primer, inicial, apellido) _____

2. ¿Es miembro de una tribu reconocida por el gobierno federal? Sí No

Si contestó **Sí**, nombre de la tribu _____

3. ¿Es miembro de una tribu reconocida por el gobierno de Massachusetts? Sí No

Si contestó **Sí**, nombre de la tribu _____

4. ¿Ha recibido esta persona alguna vez un servicio del Servicio de Salud Indígena, un programa de salud tribal, o un Programa Urbano de Salud para Indígenas, o por medio de un referido de uno de estos programas?

Sí No

Si contestó **No**, ¿es esta persona elegible para recibir servicios del Servicio de salud Indígena, programas de salud tribal o de un Programa Urbano de Salud para Indígenas o por medio de un referido de uno de estos programas?

Sí No

5. Cierta cantidad de dinero recibida quizás no se cuente para MassHealth. Indique cualquier ingreso (cantidad y con qué frecuencia) reportado en su solicitud que incluye dinero de:

- pagos per cápita de una tribu provenientes de recursos naturales, derechos de uso, renta o regalías;
- pagos de recursos naturales, agricultura, ganadería, pesca, rentas o regalías de tierra designada como suelo de fideicomiso indígena por el Departamento del Interior (incluyendo las reservaciones y ex reservaciones); o
- la venta de objetos que tienen significado cultural.

\$ _____
¿Con qué frecuencia? _____

Responda a estas preguntas si alguien en su hogar es elegible para cobertura de seguro de salud a través de un empleo, ya sea que esté o no esté inscrito en la cobertura. Adjunte una copia de esta página por cada empleo que ofrezca cobertura.

INFÓRMENOS SOBRE EL EMPLEO QUE OFRECE COBERTURA.

INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADO

- | | |
|--|--|
| 1. Nombre del empleado (nombre, inicial, apellido) | 2. Número de seguro social del empleado
_____ - _____ - _____ |
|--|--|
3. a. ¿Es al menos una persona en esta solicitud actualmente elegible para la cobertura ofrecida por este empleador o está inscrita en dicha cobertura, o será al menos una persona en esta solicitud elegible en los próximos 3 meses? Sí No
Si contestó **Sí a 3a**, continúe. Si contestó **No a 3a**, deténgase aquí y saltee el resto del Suplemento D.
- b. Si alguna persona está en un período de espera o de prueba, ¿cuándo puede esta persona inscribirse en la cobertura?
(mm/dd/aaaa) _____

INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADOR

- | | | |
|----------------------------|--|-------------------|
| 4. Nombre del empleador | 5. ID del impuesto federal (si lo sabe)
_____ - _____ | |
| 6. Dirección del empleador | 7. Teléfono del empleador
() | |
| 8. Ciudad | 9. Estado | 10. Código postal |
11. ¿Con quién podemos comunicarnos con parentesco a la cobertura de salud del empleado en este empleo?
- | | |
|---|------------------------|
| 12. Número de teléfono (si es diferente del anterior) | 13. Correo electrónico |
|---|------------------------|

INFÓRMENOS SOBRE EL PLAN DE SALUD OFRECIDO POR ESTE EMPLEADOR.

14. ¿Ofrece el empleador un plan de salud que cumpla con el estándar de valor mínimo*? Sí No
15. a. ¿Cuál es el nombre del plan de salud de menor costo para el titular solamente ofrecido al empleado? _____
- b. El plan de seguro de salud ofrecido por el empleador, ¿cumple con la norma de valor mínimo para la cobertura? Sí No
- c. ¿Cuánto debe pagar el empleado por primas para el plan de menor costo que cumpla con la norma de valor mínimo?
Solamente infórmenos sobre el costo del plan de seguro de salud para una persona (solo usted), no indique el costo del plan de seguro de salud familiar. \$ _____
- d. ¿Con qué frecuencia pagaría el empleado esta cantidad o con qué frecuencia paga el empleado esta cantidad? _____
16. ¿Qué cambio hará el empleador para el nuevo año del plan (si se conoce)?
- a. El empleador no ofrecerá cobertura de salud.
Fecha de finalización de la cobertura (mm/dd/aaaa): _____
- b. La persona piensa dejar la cobertura de salud del empleador
Fecha de finalización de la cobertura (mm/dd/aaaa): _____
- c. El empleador comenzará a ofrecer cobertura de salud a los empleados o cambiará la prima para el plan de más bajo costo disponible solamente para el empleado que cumpla con el estándar de valor mínimo.* (La prima debe reflejar el descuento para los programas de bienestar.)
¿Cuánto debe pagar el empleado por primas para el plan de menor costo que cumpla con la norma de valor mínimo?
Solamente infórmenos sobre el costo del plan de seguro de salud para una persona (solo usted), no indique el costo del plan de seguro de salud familiar. \$ _____
¿Con qué frecuencia?
 Semanalmente Cada 2 semanas Dos veces por mes Mensualmente Trimestralmente Anualmente
Fecha del cambio (mm/dd/aaaa): _____

* Un plan de salud patrocinado por el empleador cumple con el "estándar de valor mínimo" si la parte compartida de los costos de los beneficios permitidos totales cubiertos por el plan es por lo menos el 60 por ciento de tales costos (Sección 36B(c)(2)(C)(ii) del Código de Impuestos Internos de 1986).

Estados inmigratorios y tipos de documentos

La Pregunta 9a (19a para la Persona 2) en la solicitud le pregunta a los no ciudadanos sobre su estado inmigratorio y sobre el(los) tipo(s) de documentos inmigratorios que tienen para demostrar su estado inmigratorio. Por favor consulte las siguientes listas para completar la Pregunta 9a/19a.

Si usted necesita más ayuda, puede encontrar detalles en línea en www.mahealthconnector.org/immigration-document-types.

Estados inmigratorios elegibles

En la sección “Estados inmigratorios” de la Pregunta 9a/19a, escriba todo estado que se aplique a usted o a los miembros de su hogar. Usted puede escribir más de un estado.

- Amerasiático
- Asilo otorgado
- Participantes Cubano-Haitiano (permiso de ingreso)
- Deportación suspendida
- Indígena norteamericano nacido en Canadá o territorios fuera de EE. UU.
- Refugiado(a)
- Víctima de tráfico grave, o su cónyuge, hijo(a), hermano(a) o padre/madre
- Inmigrante especial iraquí
- Inmigrante especial afgano
- Ingreso condicional otorgado antes de 1980
- Veterano o miembro activo de las fuerzas armadas o su cónyuge o dependiente
- Residente legal permanente
- Permiso condicional de viaje otorgado para al menos un año
- Cónyuge o hijo(a) maltratados (o sus padres o hijos)
- Estado de no inmigrante (visa)
- Permiso condicional de viaje otorgado para menos de un año
- Estado de residente temporal otorgado

- Estado de Protección Temporal otorgado (TPS) o solicitante de TPS con autorización de empleo
- Autorización de empleo otorgada bajo 8 CFR 274a(12)(c)
- Beneficiarios de unidad familiar
- Salida obligatoria diferida
- Estado de Acción Diferida excepto para Acción Diferida para los Llegados en la Infancia (DACA)
- Suspensión de remoción administrativa otorgada bajo 8 CFR 241
- Petición de visa aprobada con una solicitud pendiente para ajuste de estado
- Solicitante de asilo o de suspensión de remoción con autorización de empleo
- Solicitante (durante al menos 180 días) menor de 14 años de edad de asilo o suspensión de remoción
- Suspensión de remoción otorgada bajo la Convención contra la tortura
- Solicitante de estado de Inmigrante Juvenil Especial (SIJ)
- Solicitante o estado otorgado bajo la Acción Diferida para los Llegados en la Infancia (DACA)
- Tengo un documento pero no tengo ningún estado indicado arriba (Residente Permanente bajo el Color de la Ley, PRUCOL)

Tipos de documentos inmigratorios

En la sección “Tipos de documentos inmigratorios” de la Pregunta 9a/19a, escriba todo tipo de documento que tengan usted o los miembros de su hogar. Puede anotar más de un tipo de documento inmigratorio.

- Permiso de Reingreso (I-327)
- Tarjeta de Residente Legal Permanente (“tarjeta verde”, I-551)
- Documento de Viaje para Refugiado (I-571)
- Documento de Autorización de Empleo (I-766)
- Visa de Inmigrante Legible por Máquina (con lenguaje temporal I-551)
- Sello temporal I-551 (en pasaporte o I-94, I-94A)
- Registro de Llegada/Salida (I-94, I-94A) emitido por el Servicio de Ciudadanía e Inmigración de EE. UU.
- Registro de Llegada/Salida (I-94) en un pasaporte de país extranjero vigente
- Pasaporte extranjero no vencido
- Estado de Certificado de Elegibilidad para Estudiantes no Inmigrantes (F-1) (I-20)
- Estado de Certificado de Elegibilidad para Visitantes de Intercambio (J-1) (DS2019)
- Aviso de Acción (I-797)/Otros: con número de extranjero
- Aviso de Acción (I-797)/Otros: con Número de I-94

Formulario de designación del representante autorizado



Usted puede presentar este formulario si desea designar un representante autorizado para que actúe en su nombre. Si un representante autorizado firmó su solicitud por usted, o si usted es un representante autorizado que solicita en nombre de alguna otra persona, usted **DEBE** presentar este formulario para que se procese la solicitud.

Usted no necesita completar este formulario si vive en una institución y desea que le envíen copias de avisos de elegibilidad a usted y a su cónyuge, quien todavía vive en su casa. Haremos esto automáticamente.

Nota: Un representante autorizado tiene la autoridad de actuar en nombre de un solicitante o de un afiliado en todos los asuntos relacionados con MassHealth y el Health Connector, y recibirá información personal sobre el solicitante o el afiliado hasta que recibamos un aviso de cancelación que finalice la autoridad del representante, o hasta el fallecimiento del solicitante o del afiliado. La autoridad del representante no terminará automáticamente una vez que procesemos su solicitud.

Usted puede elegir a alguien para que lo ayude.

Usted podría elegir a un representante autorizado para que lo ayude a obtener cobertura de atención de salud a través de los programas ofrecidos por MassHealth y el Health Connector. Usted puede hacer esto completando este formulario (el Formulario de designación del representante autorizado). Usted o un representante puede firmar en su nombre y en nombre de cualquiera de sus hijos dependientes menores de 18 años de edad y para quienes usted sea un padre o una madre con custodia. **No es necesario que usted tenga un representante para solicitar o recibir beneficios.**

¿Quién me puede ayudar?

1. Un representante autorizado puede ser un amigo, familiar, pariente u otra persona u organización de su preferencia que acepte ayudarlo. La elección de un representante autorizado, si así lo desea, depende solo de usted. Ni MassHealth ni el Health Connector elegirán un representante autorizado en su nombre. Usted debe designar por escrito a la persona u organización que usted desea que sea su representante autorizado (complete la Sección I, Parte A). Su representante autorizado también debe completar la Sección I, Parte B. A veces nos referimos a esta persona u organización como el "Representante autorizado según la Sección I".
2. Si usted no puede designar un representante autorizado por escrito y usted no tiene actualmente un representante autorizado ni otra persona que esté autorizada legalmente a actuar en su nombre, una persona (no una organización), quien certifique que él o ella será responsable de actuar en su nombre, puede ser su representante autorizado si dicha persona completa la Sección II de este formulario. A veces nos referimos a esta persona como el "Representante autorizado según la Sección II".
3. Un representante autorizado también puede ser alguien quien ha sido nombrado por ley para actuar en su nombre, o en nombre de la sucesión de un solicitante o un afiliado que haya fallecido. Esta persona debe completar la Sección III y, ya sea usted o esta persona, debe enviarnos, junto con este formulario, una copia del documento legal pertinente que indique que dicha persona tiene la autoridad para representarlo legalmente a usted o a la sucesión de un solicitante o un afiliado fallecido. A veces nos referimos a esta persona como el "Representante autorizado según la Sección III".
4. Un representante autorizado según la **Sección III** puede ser un tutor legal, apoderado legal, titular de un poder legal o apoderado para atención de salud, o, si el solicitante o el afiliado ha fallecido, el representante administrativo o albacea de la sucesión.

¿Qué puede hacer un representante autorizado?

Un representante autorizado según la **Sección I** o la **Sección II** puede

- completar sus formularios de solicitud o de renovación;
- completar otros formularios de elegibilidad o de inscripción de MassHealth o del Health Connector;
- dar pruebas de la información indicada en dichos formularios;
- informar sobre cambios en los ingresos, dirección u otras circunstancias;
- recibir copias de todos los avisos de su elegibilidad e inscripción de MassHealth y el Health Connector; y
- actuar en su nombre en todos los demás asuntos relacionados con MassHealth y el Health Connector.

Lo que un representante autorizado según la **Sección III** está autorizado a hacer en su nombre (o en nombre de la sucesión de un solicitante o un afiliado fallecido) dependerá de lo establecido en el nombramiento legal.

Por favor observe: Los avisos de elegibilidad pueden incluir información acerca de otros miembros del hogar de un solicitante o de miembros del hogar de un afiliado. Si hay numerosas personas en su hogar, es posible que no podamos enviarles copias de algunos de sus avisos a su representante autorizado a menos que cada miembro de su hogar también haya designado al mismo representante autorizado completando cada uno por separado un Formulario de designación de representante autorizado.

SECCIÓN 1 Designación del representante autorizado (si el solicitante o el afiliado puede firmar)

Parte A: a ser completada por el solicitante o el afiliado. Escriba en letra de imprenta, salvo la firma.

Por favor observe: Se requiere su Número de Seguro Social (SSN) si se le ha emitido uno.

Nombre del solicitante/afiliado	SSN (si lo tiene) _____ - _____ - _____
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Correo electrónico del solicitante/afiliado
Certifico que he elegido a la siguiente persona u organización para que sea mi representante autorizado y el de cualquier niño dependiente menor de 18 años de edad de quien yo sea el padre o la madre con custodia, y que comprendo los deberes y responsabilidades que esta persona u organización tendrá (como se explicó anteriormente en este formulario).	
Firma del solicitante/afiliado	Fecha
Nombre del representante autorizado	Teléfono del representante autorizado
Dirección del representante autorizado (dirección postal, ciudad, estado, código postal)	

Parte B: a ser completada por el representante autorizado. Escriba en letra de imprenta, salvo la firma.

B1. COMPLETE SI EL REPRESENTANTE AUTORIZADO ES UNA PERSONA.

Certifico que mantendré en todo momento la confidencialidad de cualquier información, que me proporcione MassHealth o el Health Connector, relacionada con el solicitante o el afiliado indicado anteriormente y, si corresponde, con los niños dependientes de dicho solicitante o afiliado.

Si también soy proveedor, miembro del personal o un voluntario afiliado a una organización, y estoy actuando en mi capacidad de proveedor, miembro del personal o voluntario en relación con mi designación como representante autorizado, certifico que cumpliré en todo momento con las leyes y reglamentos estatales y federales aplicables referentes a la confidencialidad de la información y conflictos de interés, incluyendo aquellos estipulados en 42 CFR parte 431, subparte F, 42 CFR § 447.10 y 45 CFR § 155.260(f).

Firma del representante autorizado	Fecha
Nombre del representante autorizado en letra de imprenta	Correo electrónico del representante autorizado

B2. COMPLETE SI EL REPRESENTANTE AUTORIZADO ES UNA ORGANIZACIÓN.

Certifico, en nombre de la organización indicada a continuación, que dicha organización mantendrá en todo momento la confidencialidad de cualquier información, que me proporcione MassHealth o el Health Connector, relacionada con el solicitante o el afiliado indicado anteriormente y, si corresponde, con los niños dependientes de dicho solicitante o afiliado.

Yo, el proveedor, miembro del personal o voluntario de la organización que se indica a continuación, que completa este formulario, certifico en mi nombre y en nombre de la organización que represento, que todos los proveedores, miembros del personal o voluntarios que actúen en nombre de la organización con referencia a esta designación de representante autorizado, cumplirán en todo momento con las leyes y reglamentos estatales y federales aplicables referentes a la confidencialidad de la información y conflictos de interés, incluyendo aquellos estipulados en 42 CFR parte 431, subparte F, 42 CFR § 447.10 y 45 CFR § 155.260(f).

Firma del proveedor, miembro del personal o voluntario que completa el formulario	Fecha
Nombre en letra de imprenta del proveedor, miembro del personal o voluntario que completa el formulario	
Correo electrónico del proveedor, miembro del personal o voluntario que completa el formulario	Nombre de la organización del representante autorizado

SECCIÓN 2 Designación de representante autorizado (si el solicitante o el afiliado no puede proporcionar una designación por escrito)

A ser completada por el representante autorizado. Escriba en letra de imprenta, salvo la firma. Por favor proporcione un formulario por separado para cada solicitante o afiliado.

UNA ORGANIZACIÓN NO ES ELEGIBLE PARA SER UN REPRESENTANTE AUTORIZADO SEGÚN ESTA SECCIÓN.

Certifico que el solicitante o el afiliado indicado a continuación no puede proporcionar la designación por escrito y que, a mi leal saber y entender, de ninguna manera dispone de una persona que pueda actuar en su nombre, tal como un actual representante autorizado, tutor legal, apoderado legal, representante administrativo o albacea de la sucesión, titular de un poder legal o al amparo de un apoderado para atención de salud. Además, certifico que tengo pleno conocimiento de las circunstancias relacionadas a este solicitante o afiliado para asumir la responsabilidad por la veracidad de las declaraciones efectuadas en su nombre durante el proceso de determinación de elegibilidad y en otras comunicaciones con MassHealth o el Health Connector, y que entiendo mis derechos y responsabilidades como representante autorizado de esta persona (como se explicó previamente en este formulario). Si esta persona puede entender, le he informado a esta persona que MassHealth y el Health Connector me enviarán una copia de todos los avisos de elegibilidad e inscripción de MassHealth y del Health Connector, y que esta persona está de acuerdo con esto, y le he informado a esta persona que me puede remover o reemplazarme como representante autorizado en cualquier momento por los métodos descritos anteriormente en este formulario.

Certifico además que mantendré en todo momento la confidencialidad de cualquier información, que me proporcione MassHealth o el Health Connector, relacionada con el solicitante o el afiliado indicado a continuación.

Si también soy proveedor, miembro del personal o un voluntario afiliado a una organización, y estoy actuando en mi capacidad de proveedor, miembro del personal o voluntario en relación con mi designación como representante autorizado, certifico además que cumpliré en todo momento con las leyes y reglamentos estatales y federales aplicables referentes a la confidencialidad de la información y conflictos de interés, incluyendo aquellos estipulados en 42 CFR parte 431, subparte F, 42 CFR § 477.10 y 45 CFR § 155.260(f).

Por favor observe que se requiere el Número de Seguro Social (SSN) del solicitante o el afiliado, si se ha emitido.

Nombre del solicitante/afiliado

Fecha de nacimiento del solicitante/afiliado (mm/dd/aaaa)

SSN del solicitante/afiliado

____ - ____ - _____

Firma del representante autorizado

Fecha (mm/dd/aaaa)

Nombre del representante autorizado (nombre, inicial, apellido)

Teléfono del representante autorizado

Dirección del representante autorizado (dirección postal, ciudad, estado, código postal)

Correo electrónico del representante autorizado

Si el representante autorizado según la Sección II está afiliado a una organización, y está actuando en dicha capacidad, una persona autorizada a actuar en nombre de la organización, tal como un funcionario, debe firmar a continuación para indicar que dicha organización reconoce y está de acuerdo con las representaciones y garantías efectuadas anteriormente.

Nombre del funcionario

Título del funcionario

Firma del funcionario

Fecha (mm/dd/aaaa)

SECCIÓN 3 Designación del representante autorizado (si es nombrado por ley)

A ser completada por un representante autorizado nombrado por ley (con autoridad para actuar en nombre del solicitante o del afiliado para tomar decisiones relacionadas con la atención de salud, incluyendo, pero sin limitarse, un tutor legal, apoderado legal, representante administrativo o albacea de la sucesión de un solicitante o un afiliado, titular de un poder legal o al amparo de un apoderado para atención de salud.) Escriba en letra de imprenta, salvo la firma.

Por favor presente una copia del documento legal pertinente junto con este formulario.

Certifico que mantendré en todo momento la confidencialidad de cualquier información, que me proporcione MassHealth o el Health Connector, relacionada con el solicitante o el afiliado indicado a continuación.

Por favor observe que se requiere el Número de Seguro Social (SSN) del solicitante o el afiliado, si se ha emitido.

Nombre del solicitante/afiliado

Fecha de nacimiento del solicitante/afiliado (mm/dd/aaaa)

SSN del solicitante/afiliado

Firma del representante autorizado

Fecha (mm/dd/aaaa)

Nombre del representante autorizado (nombre, inicial, apellido)

Teléfono del representante autorizado

Dirección del representante autorizado (dirección postal, ciudad, estado, código postal)

Correo electrónico del representante autorizado

¿Cómo finaliza la designación de un representante autorizado?

Si usted decide que ya no desea tener un representante autorizado según la **Sección I** o la **Sección II**, tiene que notificarnos por correo postal, fax o teléfono en el momento que usted desee finalizar la designación. Consulte la información de contacto a continuación. Si usted nos envía el aviso por correo postal o fax, el aviso debe incluir su nombre, dirección y fecha de nacimiento, el nombre de su representante autorizado, una declaración de que la designación ha finalizado y su firma o, si no puede dar un aviso por escrito, la firma de alguien que actúe en su nombre (solo en el caso de que sea un representante autorizado según la **Sección II**).

Además, si su representante autorizado nos notifica que dicha persona u organización ya no actúa en su nombre, ya no reconoceremos a dicha persona u organización como su representante autorizado.

La autoridad de un representante autorizado según la **Sección I** o la **Sección II** finalizará al momento de fallecer un solicitante o un afiliado.

La designación de un representante autorizado según la **Sección III** termina cuando finalice su nombramiento legal.

El representante autorizado nos debe notificar tal como se explicó anteriormente.

Además, la designación de un representante autorizado para un niño menor de edad finaliza el día en que dicho niño cumpla 18 años de edad.

¿Cómo puedo presentar este formulario?

Si usted está solicitando beneficios de salud, envíenos su Formulario de designación del representante autorizado completado junto con su solicitud.

Si ya recibe beneficios, usted debe presentar el formulario en el momento en que desee designar a un representante autorizado o en que desee que finalice la designación declarada, de una de estas maneras

- Envíe su formulario por correo postal a

Health Insurance Processing Center

P. O. Box 4405

Taunton, MA 02780;

- Envíe su formulario por fax al **1-857-323-8300**; o

- Llámenos al **1-800-841-2900** (TTY: 1-800-497-4648 para personas sordas, con dificultad auditiva o discapacidad del habla).

Request for Copy of Tax Return

- ▶ **Do not sign this form unless all applicable lines have been completed.**
- ▶ **Request may be rejected if the form is incomplete or illegible.**
- ▶ **For more information about Form 4506, visit www.irs.gov/form4506.**

Tip. You may be able to get your tax return or return information from other sources. If you had your tax return completed by a paid preparer, they should be able to provide you a copy of the return. The IRS can provide a **Tax Return Transcript** for many returns free of charge. The transcript provides most of the line entries from the original tax return and usually contains the information that a third party (such as a mortgage company) requires. See **Form 4506-T, Request for Transcript of Tax Return**, or you can quickly request transcripts by using our automated self-help service tools. Please visit us at IRS.gov and click on "Get a Tax Transcript..." or call 1-800-908-9946.

1a Name shown on tax return. If a joint return, enter the name shown first.	1b First social security number on tax return, individual taxpayer identification number, or employer identification number (see instructions)
2a If a joint return, enter spouse's name shown on tax return.	2b Second social security number or individual taxpayer identification number if joint tax return
3 Current name, address (including apt., room, or suite no.), city, state, and ZIP code (see instructions)	
4 Previous address shown on the last return filed if different from line 3 (see instructions)	
5 If the tax return is to be mailed to a third party (such as a mortgage company), enter the third party's name, address, and telephone number.	

Caution: If the tax return is being sent to the third party, ensure that lines 5 through 7 are completed before signing. (see instructions).

6 Tax return requested. Form 1040, 1120, 941, etc. and all attachments as originally submitted to the IRS, including Form(s) W-2, schedules, or amended returns. Copies of Forms 1040, 1040A, and 1040EZ are generally available for 7 years from filing before they are destroyed by law. Other returns may be available for a longer period of time. Enter only one return number. If you need more than one type of return, you must complete another Form 4506. ▶ _____

Note: If the copies must be certified for court or administrative proceedings, check here

7 Year or period requested. Enter the ending date of the tax year or period using the mm/dd/yyyy format (see instructions).

____ / ____ / ____ ____ / ____ / ____ ____ / ____ / ____ ____ / ____ / ____

____ / ____ / ____ ____ / ____ / ____ ____ / ____ / ____ ____ / ____ / ____

8 Fee. There is a \$43 fee for each return requested. Full payment must be included with your request or it will be rejected. Make your check or money order payable to "United States Treasury." Enter your SSN, ITIN, or EIN and "Form 4506 request" on your check or money order.	
a Cost for each return	\$
b Number of returns requested on line 7	
c Total cost. Multiply line 8a by line 8b	\$

9 If we cannot find the tax return, we will refund the fee. If the refund should go to the third party listed on line 5, check here

Caution: Do not sign this form unless all applicable lines have been completed.

Signature of taxpayer(s). I declare that I am either the taxpayer whose name is shown on line 1a or 2a, or a person authorized to obtain the tax return requested. If the request applies to a joint return, at least one spouse must sign. If signed by a corporate officer, 1 percent or more shareholder, partner, managing member, guardian, tax matters partner, executor, receiver, administrator, trustee, or party other than the taxpayer, I certify that I have the authority to execute Form 4506 on behalf of the taxpayer. **Note:** This form must be received by IRS within 120 days of the signature date.

Signatory attests that he/she has read the attestation clause and upon so reading declares that he/she has the authority to sign the Form 4506. See instructions. Phone number of taxpayer on line 1a or 2a

Sign Here	▶ Signature (see instructions)	Date
	▶ Print/Type name	Title (if line 1a above is a corporation, partnership, estate, or trust)
	▶ Spouse's signature	Date
	▶ Print/Type name	

Section references are to the Internal Revenue Code unless otherwise noted.

Future Developments

For the latest information about Form 4506 and its instructions, go to www.irs.gov/form4506.

General Instructions

Caution: Do not sign this form unless all applicable lines, including lines 5 through 7, have been completed.

Designated Recipient Notification. Internal Revenue Code, Section 6103(c), limits disclosure and use of return information received pursuant to the taxpayer's consent and holds the recipient subject to penalties for any unauthorized access, other use, or redisclosure without the taxpayer's express permission or request.

Taxpayer Notification. Internal Revenue Code, Section 6103(c), limits disclosure and use of return information provided pursuant to your consent and holds the recipient subject to penalties, brought by private right of action, for any unauthorized access, other use, or redisclosure without your express permission or request.

Purpose of form. Use Form 4506 to request a copy of your tax return. You can also designate (on line 5) a third party to receive the tax return.

How long will it take? It may take up to 75 calendar days for us to process your request.

Where to file. Attach payment and mail Form 4506 to the address below for the state you lived in, or the state your business was in, when that return was filed. There are two address charts: one for individual returns (Form 1040 series) and one for all other returns.

If you are requesting a return for more than one year or period and the chart below shows two different addresses, send your request based on the address of your most recent return.

Chart for individual returns (Form 1040 series)

If you filed an individual return and lived in:

Florida, Louisiana, Mississippi, Texas, a foreign country, American Samoa, Puerto Rico, Guam, the Commonwealth of the Northern Mariana Islands, the U.S. Virgin Islands, or A.P.O. or F.P.O. address

Mail to:

Internal Revenue Service
RAIVS Team
Stop 6716 AUSC
Austin, TX 73301

Alabama, Arkansas, Delaware, Georgia, Illinois, Indiana, Iowa, Kentucky, Maine, Massachusetts, Minnesota, Missouri, New Hampshire, New Jersey, New York, North Carolina, Oklahoma, South Carolina, Tennessee, Vermont, Virginia, Wisconsin

Internal Revenue Service
RAIVS Team
Stop 6705 S-2
Kansas City, MO 64999

Alaska, Arizona, California, Colorado, Connecticut, District of Columbia, Hawaii, Idaho, Kansas, Maryland, Michigan, Montana, Nebraska, Nevada, New Mexico, North Dakota, Ohio, Oregon, Pennsylvania, Rhode Island, South Dakota, Utah, Washington, West Virginia, Wyoming

Internal Revenue Service
RAIVS Team
P.O. Box 9941
Mail Stop 6734
Ogden, UT 84409

Chart for all other returns

For returns not in Form 1040 series, if the address on the return was in:

Connecticut, Delaware, District of Columbia, Georgia, Illinois, Indiana, Kentucky, Maine, Maryland, Massachusetts, Michigan, New Hampshire, New Jersey, New York, North Carolina, Ohio, Pennsylvania, Rhode Island, South Carolina, Tennessee, Vermont, Virginia, West Virginia, Wisconsin

Mail to:

Internal Revenue Service
RAIVS Team
Stop 6705 S-2
Kansas City, MO
64999

Alabama, Alaska, Arizona, Arkansas, California, Colorado, Florida, Hawaii, Idaho, Iowa, Kansas, Louisiana, Minnesota, Mississippi, Missouri, Montana, Nebraska, Nevada, New Mexico, North Dakota, Oklahoma, Oregon, South Dakota, Texas, Utah, Washington, Wyoming, a foreign country, American Samoa, Puerto Rico, Guam, the Commonwealth of the Northern Mariana Islands, the U.S. Virgin Islands, or A.P.O. or F.P.O. address

Internal Revenue Service
RAIVS Team
P.O. Box 9941
Mail Stop 6734
Ogden, UT 84409

Specific Instructions

Line 1b. Enter the social security number (SSN) or individual taxpayer identification number (ITIN) for the individual listed on line 1a, or enter the employer identification number (EIN) for the business listed on line 1a. For example, if you are requesting Form 1040 that includes Schedule C (Form 1040), enter your SSN.

Line 3. Enter your current address. If you use a P.O. box, please include it on this line 3.

Line 4. Enter the address shown on the last return filed if different from the address entered on line 3.

Note. If the addresses on lines 3 and 4 are different and you have not changed your address with the IRS, file Form 8822, Change of Address, or Form 8822-B, Change of Address or Responsible Party – Business, with Form 4506.

Line 7. Enter the end date of the tax year or period requested in mm/dd/yyyy format. This may be a calendar year, fiscal year or quarter. Enter each quarter requested for quarterly returns. Example: Enter 12/31/2018 for a calendar year 2018 Form 1040 return, or 03/31/2017 for a first quarter Form 941 return.

Signature and date. Form 4506 must be signed and dated by the taxpayer listed on line 1a or 2a. The IRS must receive Form 4506 within 120 days of the date signed by the taxpayer or it will be rejected. Ensure that all applicable lines, including lines 5 through 7, are completed before signing.



You must check the box in the signature area to acknowledge you have the authority to sign and request the information. The form will not be processed and returned to you if the box is unchecked.

Individuals. Copies of jointly filed tax returns may be furnished to either spouse. Only one signature is required. Sign Form 4506 exactly as your name appeared on the original return. If you changed your name, also sign your current name.

Corporations. Generally, Form 4506 can be signed by: (1) an officer having legal authority to bind the corporation, (2) any person designated by the board of directors or other governing body, or (3) any officer or employee on written request by any principal officer and attested to by the secretary or other officer. A bona fide shareholder of record owning 1 percent or more of the outstanding stock of the corporation may submit a Form 4506 but must provide documentation to support the requester's right to receive the information.

Partnerships. Generally, Form 4506 can be signed by any person who was a member of the partnership during any part of the tax period requested on line 7.

All others. See section 6103(e) if the taxpayer has died, is insolvent, is a dissolved corporation, or if a trustee, guardian, executor, receiver, or administrator is acting for the taxpayer.

Note: If you are Heir at law, Next of kin, or Beneficiary you must be able to establish a material interest in the estate or trust.

Documentation. For entities other than individuals, you must attach the authorization document. For example, this could be the letter from the principal officer authorizing an employee of the corporation or the letters testamentary authorizing an individual to act for an estate.

Signature by a representative. A representative can sign Form 4506 for a taxpayer only if this authority has been specifically delegated to the representative on Form 2848, line 5a. Form 2848 showing the delegation must be attached to Form 4506.

Privacy Act and Paperwork Reduction Act

Notice. We ask for the information on this form to establish your right to gain access to the requested return(s) under the Internal Revenue Code. We need this information to properly identify the return(s) and respond to your request. If you request a copy of a tax return, sections 6103 and 6109 require you to provide this information, including your SSN or EIN, to process your request. If you do not provide this information, we may not be able to process your request. Providing false or fraudulent information may subject you to penalties.

Routine uses of this information include giving it to the Department of Justice for civil and criminal litigation, and cities, states, the District of Columbia, and U.S. commonwealths and possessions for use in administering their tax laws. We may also disclose this information to other countries under a tax treaty, to federal and state agencies to enforce federal nontax criminal laws, or to federal law enforcement and intelligence agencies to combat terrorism.

You are not required to provide the information requested on a form that is subject to the Paperwork Reduction Act unless the form displays a valid OMB control number. Books or records relating to a form or its instructions must be retained as long as their contents may become material in the administration of any Internal Revenue law. Generally, tax returns and return information are confidential, as required by section 6103.

The time needed to complete and file Form 4506 will vary depending on individual circumstances. The estimated average time is: **Learning about the law or the form**, 10 min.; **Preparing the form**, 16 min.; and **Copying, assembling, and sending the form to the IRS**, 20 min.

If you have comments concerning the accuracy of these time estimates or suggestions for making Form 4506 simpler, we would be happy to hear from you. You can write to:

Internal Revenue Service
Tax Forms and Publications Division
1111 Constitution Ave. NW, IR-6526
Washington, DC 20224.

Do not send the form to this address. Instead, see *Where to file* on this page.

Beneficios del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP)

¿Desea usted compartir su información personal con el Departamento de Asistencia Transicional (DTA) para iniciar una solicitud de beneficios de SNAP?

Si contestó “SÍ”, por favor complete y firme la solicitud de SNAP. Al firmar esta solicitud, usted declara que ha leído los derechos, las responsabilidades y las sanciones del programa SNAP y que los acepta.

Si contestó “NO”, deténgase aquí. No complete el resto de esta solicitud para recibir beneficios de SNAP.

IMPORTANTE:

El DTA procesará esta solicitud de SNAP a partir de la fecha en que el DTA la reciba. De ser elegible, sus beneficios de SNAP serán retroactivos a la fecha indicada en esta solicitud. Si actualmente está viviendo en un centro de convalecencia u otro centro de atención a largo plazo, usted no es elegible para recibir beneficios de SNAP.

Es posible que sea elegible para recibir beneficios SNAP de emergencia, dentro de los 7 días de que el DTA haya recibido esta solicitud, si:

- la suma de sus ingresos y la cantidad de dinero que tenga en el banco es menor que sus gastos mensuales de vivienda, o si
- sus ingresos mensuales son menores de \$150 y la cantidad de dinero que tenga en el banco es igual o menor que \$100, o si
- usted es trabajador migrante y la cantidad de dinero que tenga en el banco es igual o menor que \$100.

Comuníquese inmediatamente con el DTA si necesita recibir beneficios SNAP de emergencia. Para obtener más información, visite mass.gov/SNAP.

1. Nombre, segundo nombre y apellido(s)

2. Fecha de nacimiento

3. Género

4. Número de Seguro Social (SSN)

Los no ciudadanos que no soliciten beneficios de SNAP no tienen que dar el SSN.

5. Dirección: Calle, ciudad, estado, código postal, número de departamento o unidad

6. Marque esta casilla si está desamparado sin hogar. Debe dar una dirección postal.

7. Dirección postal: Marque esta casilla si es igual a la Dirección.

8. Número de teléfono

9. Dirección de correo electrónico

10. Raza o etnicidad

Se reúne esta información para asegurarnos de que todos sean tratados con imparcialidad. Su respuesta es voluntaria, y no afectará su elegibilidad o la cantidad del beneficio que reciba.

Etnicidad: Hispano o latino Sí No

Raza: (marque todas las que correspondan) Indígena norteamericano o nativo de Alaska Asiático

Afroamericano o negro Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico Blanco

Firma

Nombre en letra de imprenta

Fecha

AVISO DE DERECHOS, RESPONSABILIDADES Y SANCIONES (POR FAVOR LEA ATENTAMENTE)

Certifico que he leído, o me han leído, la información de esta solicitud. Mis respuestas a las preguntas en esta solicitud son verdaderas y completas a mi mejor saber y entender. También certifico que la información que proporcione al Departamento durante la entrevista de solicitud y en el futuro también será verdadera y completa a mi mejor saber y entender. Entiendo que dar información falsa o engañosa es fraude. También entiendo que alterar o retener datos para establecer elegibilidad para SNAP es fraude. Esto lleva a una Violación Intencional del Programa (IPV) y se la castiga con sanciones civiles y criminales.

Entiendo que el Departamento de Asistencia Transicional (DTA) administra SNAP. Además, entiendo que el DTA tiene 30 días desde la fecha indicada en la solicitud para procesar mi solicitud. Más aún, entiendo que:

- La Ley de Alimentos y Nutrición del 2008 (7 U.S.C. 2011-2036) permite que el DTA use mi Número de Seguro Social (SSN) y el SSN de cada miembro del hogar para quien presente la solicitud. El DTA usa esta información para determinar la elegibilidad de mi hogar para SNAP. El DTA verifica esta información por medio de programas informáticos de comparación de datos. Entiendo que el DTA los usa para monitorear el cumplimiento de los reglamentos del programa.

- La mayor parte del tiempo, los hogares que sigan las reglas de Informe Simplificado de SNAP deben informar al DTA sobre cambios en el Informe Provisional (IR) y la recertificación con excepción cuando:
 - Los ingresos de mi hogar superen el umbral de ingresos brutos
 - Yo cumpla con los requisitos de trabajo de adultos sanos sin dependientes a cargo (ABAWD) y mis horas de trabajo disminuyeran por debajo de 20 horas por semana
 - Mi hogar estuviera compuesto solamente por personas mayores o por adultos discapacitados, y si un miembro del hogar empezara a recibir ingresos salariales o si cambiara la composición del hogar
- Si yo estoy sujeto a los requisitos del Informe Simplificado de SNAP y hay un cambio que tengo que notificar según estos requisitos, debo informar sobre el cambio antes del 10.º día después del final del mes calendario en el que ocurrió el cambio.
- Si el DTA recibe información verificada sobre mi hogar, la cantidad de mi beneficio podría cambiar.
- Si yo no estuviera sujeto a los requisitos del Informe Simplificado de SNAP o de la Alternativa de Beneficios Transicionales (TBA), debo informar al DTA sobre los cambios en mi hogar que puedan afectar nuestra elegibilidad. Entiendo que debo informar sobre estos cambios al DTA en persona, por escrito o por teléfono dentro de los 10 días de ocurrido el cambio. Por ejemplo, usted debe informar sobre cambios en los ingresos, tamaño o dirección de su hogar.
- Tengo derecho a hablar con un supervisor si el DTA no me considerara elegible para beneficios de emergencia de SNAP y yo estuviera en desacuerdo. Podría hablar con un supervisor si yo fuera elegible para beneficios de emergencia de SNAP pero no recibiera mis beneficios al séptimo día calendario después de haber presentado la solicitud para SNAP. Podría hablar con un supervisor si yo fuera elegible para beneficios de emergencia de SNAP pero no recibiera mi tarjeta de Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT) al séptimo día calendario después de haber presentado la solicitud para SNAP.
- Podría recibir más beneficios de SNAP si yo informara y presentara verificación al DTA de:
 - costos para niños o de otros servicios de atención de dependientes, costos de albergue, y/o costos de servicios públicos
 - manutención infantil de obligación legal para un miembro que no esté en el hogar
- Si tuviera 60 años de edad o más o si estuviera discapacitado y pagara por costos médicos, puedo informar y presentar verificación de estos costos al DTA. Esto podría hacerme elegible para una deducción y aumentar mis beneficios de SNAP.
- A menos que cumplan con una exención, todos los beneficiarios de SNAP entre los 16 y 59 años de edad están registrados para trabajar y sujetos a los Requisitos Generales de Trabajo de SNAP. Los beneficiarios de SNAP entre los 18 y 49 años de edad también podrían estar sujetos a los requisitos del Programa de Trabajo de ABAWD. El DTA les informará a los miembros no exentos del hogar sobre los requisitos de trabajo. El DTA les informará a los miembros no exentos del hogar sobre las excepciones y sanciones por incumplimiento.
- La mayoría de los beneficiarios de SNAP pueden participar voluntariamente en servicios de capacitación para el empleo y educación por medio del programa Camino al Trabajo de SNAP. El DTA entregará remisiones para el programa Camino al Trabajo de SNAP si correspondiera.
- El DTA también podría compartir los nombres e información de contacto de los beneficiarios de SNAP con los proveedores de Camino al Trabajo de SNAP para propósitos de contratación. Entiendo que es posible que los especialistas de Camino al Trabajo de SNAP del DTA o los proveedores contratados para explorar las opciones de participación en Camino al Trabajo de SNAP se comuniquen con los miembros de mi hogar. Para obtener más información sobre el programa Camino al Trabajo de SNAP, visite www.snappathtowork.org.

Entiendo que la información que entregue con mi solicitud estará sujeta a verificación para determinar si es verdadera. Si cualquier información fuera falsa, el DTA podría negarme mis beneficios de SNAP. También yo podría estar sujeto a juicio por proporcionar información falsa.

Entiendo que al firmar esta solicitud autorizo al DTA a verificar e investigar la información que yo brinde relacionada con mi elegibilidad para beneficios de SNAP, incluida la autorización para:

- Obtener documentos para comprobar la información en esta solicitud de otras agencias estatales y federales, autoridades locales de vivienda, departamentos de bienestar fuera del estado, instituciones financieras y de Equifax Workforce Solutions. También autorizo a estas agencias para que le den información sobre mi hogar al DTA respecto a mis beneficios de SNAP.
- Comunicarse con terceros en mi nombre para verificar la información relacionada con la elegibilidad. Esto incluye, entre otros, a empleadores, propietarios y compañías de servicios públicos.
- Si correspondiera, verificar mi estado migratorio por medio de los Servicios de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos (USCIS). Entiendo que el DTA podría verificar la información de mi solicitud para SNAP con USCIS. Cualquier información recibida de USCIS podría afectar la elegibilidad de mi hogar y la cantidad de los beneficios de SNAP.
- Compartir información sobre mí y mis dependientes menores de 19 años con el Departamento de Educación Primaria y Secundaria (DESE). El DESE certificará a mis dependientes para programas escolares de desayuno y almuerzo.
- Compartir información sobre mí, mis dependientes menores de 5 años y cualquier persona embarazada en mi hogar con el Departamento de Salud Pública (DPH). El DPH remite a estas personas para servicios de nutrición al Programa para Mujeres, Infantes y Niños (WIC).
- Compartir información, junto con la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos (EOHHS) de Massachusetts, sobre mi elegibilidad para beneficios de SNAP con compañías de electricidad, gas y proveedores de teléfono y cable elegibles para certificar mi elegibilidad para recibir descuentos en las tarifas de servicios públicos.

- Compartir mi información con el Departamento de Vivienda y Desarrollo Comunitario (DHCD) con el fin de inscribirme en el programa de Calefacción y Alimentación.
- Compartir información acerca de mí y mis dependientes con el Departamento de Hacienda (DOR) con el fin de verificar mi elegibilidad para créditos fiscales basado en los ingresos según lo dispuesto por el DOR, incluidos los Ingresos salariales y los Límites de ingresos y con el fin de determinar si soy elegible para el estado de penuria o de “No Tax Status” (sin posición ante el impuesto).

El DTA podría negar, suspender o disminuir mis beneficios basado en la información de Equifax Workforce Solutions. Tengo derecho a una copia gratuita de mi informe de Equifax si lo solicitara dentro de los 60 días de la decisión del DTA. Tengo derecho a cuestionar la precisión o integridad de la información en mi informe. Podría comunicarme con Equifax a: Equifax Workforce Solutions, 11432 Lackland Road, St. Louis, MO 63146, 1-800-996-7566 (línea gratuita).

Entiendo que obtendré una copia del folleto “Su derecho a saber” y del folleto del Programa de SNAP. Leeré o me leerán los folletos, y deberé entender su contenido y mis derechos y responsabilidades. Si tuviera preguntas sobre los folletos o cualquier parte de esta información, me comunicaré con el DTA. Si tuviera dificultad para leer o entender cualquier parte de esta información, me comunicaré con el DTA. Puede comunicarse con el DTA al: 1-877-382-2363.

Entiendo que el DTA debe ofrecerme una copia de la solicitud completada que incluya la información que el DTA haya usado o que usará para determinar la elegibilidad de mi hogar y la asignación de beneficios. Además, entiendo que tengo la opción de pedir una copia de la solicitud completada en un formato electrónico.

Juro que todos los miembros de mi hogar SNAP que solicitan beneficios de SNAP son ciudadanos de EE. UU. o no ciudadanos con residencia legal.

ADVERTENCIA DE SANCIÓN DE SNAP

Entiendo que, si yo o cualquier miembro de mi hogar SNAP intencionalmente no cumpliera alguna de las reglas indicadas a continuación, esa persona no será elegible para SNAP durante un año después de la primera infracción, dos años después de la segunda infracción y para siempre después de la tercera infracción. Esa persona también puede ser multada hasta con \$250,000, ir a prisión hasta por 20 años o ambas. También puede estar sujeta a juicio como resultado de otras leyes federales y estatales aplicables. Estas reglas son:

- No proporcionar información falsa u ocultar información para obtener beneficios de SNAP.
- No intercambiar o vender beneficios de SNAP.
- No alterar las tarjetas EBT para obtener beneficios de SNAP para los cuales usted no es elegible.
- No usar los beneficios de SNAP para comprar artículos que no sean elegibles, como bebidas alcohólicas y tabaco.
- No usar los beneficios de SNAP o la tarjeta EBT de otra persona, a menos que sea un Representante autorizado.

También entiendo las siguientes sanciones:

- Las personas que cometan una Infracción Intencional del Programa (IPV) de efectivo no serán elegibles para SNAP durante el mismo período en que la persona no sea elegible para la asistencia con efectivo.
- Las personas que hagan una declaración fraudulenta sobre su identidad o residencia para obtener múltiples beneficios de SNAP en el mismo período no serán elegibles para SNAP durante diez años.
- Las personas que intercambien (compre o vendan) beneficios de SNAP por drogas ilegales o sustancias controladas, no serán elegibles para SNAP durante dos años para la primera falta y para siempre para la segunda falta.
- Las personas que intercambien (compre o vendan) beneficios de SNAP por armas de fuego, municiones o explosivos, no serán elegibles para SNAP para siempre.
- El estado podría enjuiciar por una IPV a una persona que haga una oferta para vender beneficios de SNAP o una tarjeta EBT en línea o en persona.
- Las personas que escapen para evitar el juicio, detención o reclusión después de la convicción por un delito, o que estén violando la libertad bajo palabra, no son elegibles para SNAP.
- Las personas que hayan sido condenadas por delitos graves después del 7 de febrero del 2014 no son elegibles para recibir los beneficios de SNAP si no cumplen con los términos de su sentencia y fueron condenadas como adultos de los delitos de:
 - (1) Abuso sexual agravado según la sección 2241 del título 18, U.S.C.;
 - (2) Homicidio según la sección 1111 del título 18, U.S.C.;
 - (3) Cualquier delito según el capítulo 110 del título 18, U.S.C.;
 - (4) Un delito federal o estatal que implique una agresión sexual, según se lo defina en la sección 40002(a) de la Ley de Violencia contra las Mujeres (VAWA) de 1994 (42 U.S.C. 13925a); o
 - (5) Un delito que, según las leyes estatales, el Fiscal General determine que sea considerablemente similar a un delito descrito en las cláusulas (1), (2) o (3).
- No se permite pagar por alimentos comprados a crédito, y esto pudiera resultar en la descalificación de SNAP.
- Las personas no pueden comprar productos con beneficios de SNAP con la intención de descartar el contenido y devolver los envases por efectivo.

DECLARACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA), se prohíbe al USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participen o administren programas de USDA discriminar debido a raza, color, nacionalidad, sexo, credo religioso, discapacidad, edad, ideologías políticas, represalia o venganza por actividades de derechos civiles en cualquier programa o actividad realizado o patrocinado por USDA.

Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para obtener información sobre el programa (p. ej., braille, letras grandes, cintas de audio, Lenguaje de Señas Americano, etc.), deben comunicarse con la Agencia (estatal o local) donde presentaron la solicitud para beneficios. Las personas sordas, con dificultad auditiva o discapacidad del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Servicio de Retransmisión Federal al (800) 877-8339. La información sobre el programa también puede ponerse a disposición en otros idiomas además del inglés.

Para presentar una queja de discriminación ante el programa, complete el Formulario de Queja por Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que se encuentra en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA y proporcione en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de quejas, llame al (866) 632-9992. Envíe su carta o formulario completado al USDA por:

- (1) correo postal: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410;
- (2) fax: (202) 690-7442; o
- (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

DERECHO A UN INTÉRPRETE

Entiendo que tengo derecho a un intérprete proporcionado por el DTA si ningún adulto en mi hogar SNAP pudiera hablar o entender inglés. También entiendo que puedo obtener un intérprete para cualquier audiencia imparcial del DTA o llevar a un intérprete por mi cuenta. Si necesitara un intérprete para una audiencia, debo llamar a la División de Audiencias al menos una semana antes de la fecha de la audiencia.

DERECHO A INSCRIBIRSE PARA VOTAR

Entiendo que tengo derecho a inscribirme para votar en el DTA. Entiendo que el DTA me ayudará a completar el Formulario de Inscripción de Votante si deseara ayuda. Tengo derecho a completar el Formulario de Inscripción de Votante en privado. Entiendo que solicitar o rechazar la inscripción para votar no afectará la cantidad de beneficios que obtenga del DTA.

¡Compruebe que haya llenado toda la información en la declaración jurada de inscripción de votantes del reverso!

Este formulario debe ser recibido por la Junta de Registradores o la Comisión Electoral local, o tener un matasellos a más tardar en la fecha de vencimiento para la inscripción de votantes (indicada a continuación) para dicha elección, elección primaria, elección preliminar o asamblea del pueblo.

FECHAS DE VENCIMIENTO PARA INSCRIPCIÓN DE VOTANTES

Para participar en...

Se tiene que inscribir...

primarias estatales

elecciones estatales

preliminares municipales

elecciones municipales

asambleas de pueblo programadas

por lo menos 20 días antes

asambleas de pueblo especiales

por lo menos 10 días antes

Si no recibe una notificación de sus funcionarios electorales locales en 2 ó 3 semanas, ¡por favor, llámelos!

Pliegue a lo largo de la línea de puntos.

CÓDIGO POSTAL DE LA
ALCALDIA O CENTRO MUNICIPAL

SU CIUDAD O PUEBLO

MA

City or Town Hall

Board of Registrars or Election Commission



ciudad o pueblo código postal

MA

numero y calle

nombre

Remittente

Coloque
la estampilla
de primera
clase aquí