

Solicitud de Massachusetts para la cobertura de salud y dental, y ayuda para pagar los costos



CÓMO SOLICITAR COBERTURA



Puede presentar su solicitud de cualquiera de las siguientes maneras.

- **Entre a su cuenta de MAhealthconnector.org.** Si todavía no tiene una cuenta en línea, puede crear una. **Puede obtener cobertura más rápidamente si presenta su solicitud en línea que enviándola por correo.**
- **Envíe por correo** su solicitud completa y firmada a
Health Insurance Processing Center
PO Box 4405
Taunton, MA 02780.
- **Envíe por fax** su solicitud completa y firmada a (857) 323-8300.
- **Llámenos al (800) 841-2900**
[TTY: (800) 497-4648 para personas sordas, con dificultad auditiva o discapacidad del habla] o **(877) MA ENROLL [(877) 623-6765]**.
- **Visite** un Centro de Inscripción de MassHealth (MEC) para presentar su solicitud. Para obtener una lista de direcciones de MEC, consulte el **Folleto para el afiliado para recibir ayuda para la Cobertura de salud y dental, y ayuda para pagar los costos.**



USE ESTA SOLICITUD PARA VER PARA QUÉ OPCIONES DE COBERTURA PODRÍA CALIFICAR.

- Cobertura económica de MassHealth, del Health Safety Net (HSN), del Children's Medical Security Plan (CMSP, Plan de Seguridad Médica para Niños) o del Health Connector. Usted podría ser elegible para uno de estos programas, aunque gane hasta \$103,000 al año (para un hogar de cuatro personas).
- Planes económicos de seguro médico privado que ofrecen cobertura integral para ayudarlo a mantenerse saludable
- Un crédito fiscal que puede ayudarlo a pagar por sus primas de cobertura de salud inmediatamente



¿QUIÉN PUEDE USAR ESTA SOLICITUD?

Esta solicitud es para personas que necesitan cobertura de salud o dental y ayuda para pagarla, y quienes

- viven en Massachusetts;
- no viven ni están por ir a vivir a un centro de enfermería; y
- tienen menos de 65 años de edad.

Esta solicitud también puede ser utilizada por personas **de cualquier edad** que sean

- padres de niños menores de 19 años de edad; o
- parientes adultos que viven y cuidan a niños menores de 19 años de edad, cuando ninguno de sus padres vive en la casa.

Si esta solicitud no es para usted, llámenos al (800) 841-2900; TTY: (800) 497-4648.

Esta solicitud está disponible en español. Por favor llame al número de arriba para solicitarla.

Presente esta solicitud aunque usted o su hijo(a) ya tengan cobertura de salud incluida la cobertura de MassHealth y del Health Connector. Usted podría ser elegible para recibir cobertura. Necesitamos saber sobre todos los miembros de su hogar para tomar una decisión sobre su elegibilidad.

Si alguien le está ayudando a completar esta solicitud, tal vez necesite completar un formulario por separado para darle a esa persona permiso para actuar en su nombre. Consulte el **Formulario de designación de representante autorizado** al final de esta solicitud.





LO QUE PUEDE NECESITAR PARA PRESENTAR ESTA SOLICITUD

- Números de Seguro Social, si los tiene, para cada miembro del hogar que solicite beneficios
- Declaraciones de impuestos federales, si usted los declara
- Información sobre su estado de ciudadanía/nacional o estado inmigratorio
- Información sobre el empleador y sobre los ingresos de todas las personas que viven en su hogar (por ejemplo, talonarios de sueldo o declaraciones de salario)
- Información sobre todos los seguros de salud o los relacionados con el empleo en los que usted esté inscrito o al que tenga acceso



¿POR QUÉ SOLICITAMOS ESTA INFORMACIÓN?

Preguntamos sobre sus ingresos y otra información para informarle para qué cobertura es elegible y si puede recibir ayuda para pagar por ella. **Mantendremos privada y segura toda la información que nos proporcione, como lo exige la ley.** Para ver la Política de privacidad del Health Connector, visite MAhealthconnector.org. Para ver la Política de privacidad de MassHealth, consulte el Folleto para el afiliado o visite www.mass.gov/service-details/masshealth-memberprivacy-information.



¿QUÉ PASA A CONTINUACIÓN?

Usted recibirá instrucciones sobre los pasos siguientes para completar su proceso de elegibilidad. Nosotros le notificaremos si usted es elegible para MassHealth y tiene que inscribirse en un plan de seguro de salud. Luego, usted puede elegir un plan visitando www.mass.gov/eohhs/how-to/planenrollment. Completar esta solicitud no quiere decir que usted tiene que adquirir cobertura de salud. Si necesita ayuda para elegir un plan de seguro de salud, usted puede informarse mucho más visitando MassHealthChoices.com.



OBTENGA AYUDA CON ESTA SOLICITUD

Teléfono: por favor llámenos para obtener ayuda con esta solicitud o si necesita servicios de intérprete.
(800) 841-2900 (TTY: (800) 497-4648)



INSTRUCCIONES GENERALES

- Por favor **escriba con letra de imprenta y responda a todas las preguntas completamente.** Hay unas cuantas secciones que podrían indicarle que pase por alto algunas preguntas. Salvo esas excepciones, las respuestas en blanco o incompletas van a retrasar el procesamiento de su solicitud.
- Puede descargar páginas para personas adicionales en www.mass.gov/masshealth. Asegúrese de informarnos cuál es el parentesco de cada persona con las otras. Necesitamos esta información para determinar la elegibilidad.
- No es necesario que envíe hojas en blanco para el Paso 2 si no tiene tantas personas en su hogar. Asegúrese de indicar en la Sección 1 el número de personas que presenta esta solicitud, y envíe todas las otras secciones aunque estén en blanco o parcialmente en blanco.
- Si necesitamos alguna información adicional o comprobantes para tomar una decisión sobre elegibilidad, MassHealth o el Health Connector de Massachusetts le enviará un aviso de Solicitud de información. Si enviamos un aviso de Solicitud de información, la persona tiene 90 días para enviar los comprobantes que se requieren. MassHealth podría brindar beneficios provisionales durante este período de 90 días a solicitantes que sean elegibles y menores de 21 años de edad, y a aquellas personas que atestigüen estar embarazadas, con estado de VIH-positivo o tener cáncer de seno o del cuello del útero. **Es posible que no se brinden beneficios de MassHealth a una persona de 21 años de edad o mayor hasta que se comprueben todos los ingresos del hogar MAGI, a menos que la persona esté embarazada, tenga VIH o esté en tratamiento activo de cáncer de seno o del cuello del útero.**
- Para obtener todos los beneficios a los que tenga derecho lo antes posible, usted debería incluir toda la documentación que tenga que compruebe el total de ingresos de su hogar.

Solicitud de Massachusetts para la cobertura de salud y dental, y ayuda para pagar los costos



Paso 1 Persona 1. Proporcione información sobre usted mismo. Por favor escriba con letra de imprenta.

Necesitamos que una de las personas adultas de su 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 de representante autorizado (ARD) al final de esta solicitud para establecer a un contacto de tercera parte.

1. Primer nombre, segundo nombre, apellido y sufijo			2. Fecha del nacimiento		
3. ¿Cuál es su dirección de correo electrónico?					
<input type="checkbox"/> Sin dirección de su domicilio. Nota: si usted marca esta casilla, debe proporcionar una dirección postal.					
4. Dirección			5. Núm. de apartamento o unidad		
6. Ciudad		7. Estado	8. Código postal	9. Condado	
10. Dirección postal <input type="checkbox"/> Marque si es la misma que la dirección de su domicilio.			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. Núm. de personas nombradas en la solicitud	
19. Si su idioma no es inglés, ¿cuál es su idioma de preferencia? Oral _____ Escrito _____					
20. ¿Está alguna persona de esta solicitud en prisión o en la cárcel? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Si contestó Sí , ¿quién? Escriba aquí su nombre: _____					

SOLAMENTE PARA AYUDANTES CON LA INSCRIPCIÓN

Complete esta sección si es un ayudante con la 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 de Solicitud deben completar un Formulario de designación de asesor certificado de solicitud si aún no lo han hecho.

Marque uno <input type="checkbox"/> Navegador <input type="checkbox"/> Asesor Certificado de Solicitud		
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 Proporcione información sobre su hogar.

¿A quién tiene que incluir en esta solicitud?

Infórmenos sobre todas las personas de su hogar que viven con usted. Si declara impuestos, necesitamos saber sobre todas las personas en su declaración de impuestos. Si usted califica, no necesita declarar impuestos para obtener MassHealth, el Health Safety Net o el Children's Medical Security Plan (CMSP, Plan de Seguridad Médica para Niños).

INCLUYA a

- Usted y su cónyuge (si está casado/a)
- Sus hijos biológicos, adoptivos o hijastros menores de 19 años de edad
- Su pareja no casada que vive con usted, si tienen hijos juntos que sean menores de 19 años de edad
- Los hijos de su pareja no casada que vivan con usted y que sean menores de 19 años de edad, si también incluye a esta pareja
- Cualquier persona a quien incluya en su declaración de impuestos (aunque no viva con usted)
- Cualquier persona que su pareja no casada haya incluido en su declaración de impuestos (aunque no viva con usted), si también incluye a su pareja no casada
- Cualquier persona menor de 19 años de edad que viva con usted y a quien usted cuide

NO incluya a

- Su pareja no casada, a menos que tengan hijos juntos
- Los hijos de su pareja no casada, a menos que vivan con usted o su pareja no casada los haya incluido en su declaración de impuestos
- Sus padres, con quienes usted vive si sus padres declaran sus propios impuestos y no lo reclaman a usted como dependiente impositivo (si usted tiene 19 años de edad o más)
- Otros parientes adultos a quienes usted no reclame como dependientes impositivos

La cantidad de ayuda o tipo de programa para el cual puede ser elegible depende del número de personas en su hogar y los ingresos de ellos. Esta información nos ayuda a verificar que todos obtengan la cobertura para la cual pueden ser elegibles.

COMPLETE EL PASO 2 PARA USTED MISMO y para **TODOS LOS MIEMBROS ADICIONALES DEL HOGAR** que vivan con usted, o todas las personas que incluye en su misma declaración de impuestos federales, si usted la presenta. Si no presenta una declaración de impuestos, también recuerde agregar a los miembros de su hogar que vivan con usted.

PASO 2 Persona 1. Esta sección es para reunir más información acerca de la persona nombrada como contacto en la página 1.

1. Primer nombre, segundo nombre, apellido y sufijo

2. Relación con usted **YO MISMO** 3. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) 4. Género Masculino Femenino

5. ¿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. Un SSN es opcional para las personas que no estén solicitando cobertura de salud, pero si nos proporciona un SSN el proceso de solicitud podría ser más rápido. Usamos los SSN para verificar ingresos y obtener otra información para determinar quién es elegible para recibir ayuda para pagar la 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 conseguir un SSN, llame a la Administración del Seguro Social al (800) 772-1213 (TTY: (800) 325-0778), o visite socialsecurity.gov. Para obtener más información, por favor consulte el Folleto para el afiliado.

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

Si contestó **No**, marque una de las razones a continuación.

Solicitado recientemente 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

6. Si obtiene un Crédito Fiscal Anticipado por el Pago de Primas (APTC), ¿está de acuerdo en 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 elegido presentar una declaración de impuestos en el pasado, pero deberá presentar una declaración de impuestos federales para cualquier año que usted obtenga un APTC. Debe marcar **Sí** en la pregunta 6 para ser elegible para ConnectorCare o los APTC para ayudar a pagar su seguro de salud. **Usted NO necesita presentar una declaración de impuestos para solicitar ni para obtener MassHealth, el CMSP o el HSN, si usted califica.**

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

PASO 2 Persona 1 (continuación)

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 6a ("¿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. En esta solicitud, solamente deberá incluirse a usted mismo/a y a todos los dependientes.

- a. ¿Está usted casado o casada legalmente? Sí No
Si contestó **No**, pase a la pregunta 6c.
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 en que solicita beneficios?
 Sí No Usted debe 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 Health Connector de Massachusetts 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 del (de los) dependiente(s).

- d. ¿Será usted reclamado(a) como dependiente en la declaración de impuestos federales de otra persona para el año 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 para pagar la prima. No responda **Sí** a esta pregunta si es un niño menor de 21 años que es reclamado por un padre o madre sin custodia. Si contestó **Sí**, por favor escriba el nombre del declarante de impuestos. _____
Fecha de nacimiento del declarante de impuestos _____ ¿Qué parentesco tiene usted con el declarante de impuestos? _____
¿Está casado 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 del hogar nombradas en la solicitud.

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

7. ¿Está solicitando cobertura de servicios de salud o dental para **USTED MISMO**? Sí No
Si contestó **Sí**, responda a todas las preguntas a continuación. Si contestó **No**, responda a las preguntas 14 y 15, luego vaya a **Información sobre ingresos** en la página 4.
8. ¿Es usted ciudadano o nacional de EE. UU.? Sí No
Si contestó **Sí**, ¿es usted ciudadano naturalizado? (no nacido en EE. UU.)? Sí No
Número de extranjero _____ Número de certificado de naturalización o de ciudadanía _____
9. Si usted no es ciudadano, ¿tiene un estado inmigratorio elegible? Sí No
Consulte la página 23, "Estados inmigratorios y tipos de documentos" para obtener ayuda. Si contestó **No** o **no responde**, solo puede recibir uno o más de lo siguiente: MassHealth Standard (si está embarazada), MassHealth Limited, el Children's Medical Security Plan (CMSP, Plan de seguridad médica para niños) o Health Safety Net (HSN). Vaya a la Pregunta 10.
- a. Si contestó **Sí**, ¿tiene un documento inmigratorio? Sí No
Podría ayudarnos a procesar su solicitud más rápido si usted adjunta una copia de su documento inmigratorio a su solicitud. Intentaremos verificar su estado inmigratorio por medio de la comparación electrónica de datos. Por favor escriba todos los estados o condiciones inmigratorios que le correspondan desde que ingresó a EE. UU. Si necesita más espacio, adjunte otra hoja.
Fecha de adjudicación de estado (mm/dd/aaaa) _____ (Para personas maltratadas, escriba la fecha en que se aprobó la petición debidamente archivada.)
Estado inmigratorio _____ Tipo de documento inmigratorio _____
Elija uno o más estados y tipos de documentos de la lista en la página 23.
Número de ID del documento _____ Número de extranjero _____
Fecha de vencimiento del pasaporte o documento (mm/dd/aaaa) _____ País _____

PASO 2 Persona 1 (continuación)

- b. ¿Utilizó el mismo nombre en esta solicitud que el usado para obtener su estado inmigratorio? Sí No. Si contestó **No**, ¿qué nombre usó? Primer 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 dado de baja con honores o miembro en servicio activo de las Fuerzas Armadas de EE. UU., o el cónyuge o hijo de un veterano dado de baja con honores o 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 con al menos un niño menor de 19 años de edad, y es usted la persona principal que cuida de este niño(s)? Sí No.
Nombre(s) y fecha(s) de nacimiento del(de los) niño(s) _____
-
11. **Opcional** ¿Cuál es su raza o etnicidad? _____ Por favor vea la página 23.
-
12. ¿Vive usted en Massachusetts, y o bien 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.
-
13. ¿Tiene usted una lesión, enfermedad o discapacidad (incluida una condición de salud mental discapacitante) que ha durado o se espera que dure por lo menos 12 meses? Si es legalmente ciego, responda **Sí**. Sí No
-
14. ¿Necesita una acomodación razonable debido a una discapacidad o lesión? Sí No
Si contestó **Sí**, complete el resto de esta solicitud, incluido el Suplemento C: Acomodación.
-
15. ¿Está usted embarazada? Sí No
Si contestó **Sí**, ¿cuántos bebés está esperando? _____ ¿Cuál es su fecha prevista de parto? _____
-
16. **Opcional** ¿Tiene usted cáncer de seno o del cuello del útero? Sí No (Podrían aplicarse requisitos específicos de cobertura.)
-
17. **Opcional** ¿Es usted VIH positivo? Sí No (MassHealth tiene requisitos específicos de cobertura para personas con VIH.)
-
18. ¿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 médica por medio de un programa estatal de Medicaid? Sí No
-
19. ¿Está usted en la cárcel o prisión? Sí No. Por favor elija **No**, si la persona será liberada en los próximos 60 días.
Si contestó **Sí**, ¿está usted esperando el juicio? Sí No

INFORMACIÓN SOBRE INGRESOS

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

20. ¿Tiene usted algún ingreso? Sí No
Si usted no tiene ingresos, pase a la pregunta 33.
-
21. ¿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 | Si usted necesita más espacio, adjunte otra hoja.

22. **EMPLEO ACTUAL 1:** Nombre y dirección del empleador _____ Núm. de ID del impuesto federal _____
-
23. 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 imponibles.)
b. Fecha de inicio de los ingresos _____
-
24. Promedio del número de horas trabajadas por SEMANA _____
-
25. ¿Está usted empleado por temporada? Sí No. Si contestó **Sí**, ¿cuáles meses trabaja en un año calendario?
 Ene. Feb. Mar. Abril Mayo Junio Julio Ago. Sept. Oct. Nov. Dic.

26. EMPLEO ACTUAL 2: Nombre y dirección del empleador _____

Núm. de ID del impuesto federal _____

27. 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 imponibles.)
 b. Fecha de inicio de los ingresos _____

28. Promedio del número de horas trabajadas por SEMANA _____

29. ¿Está usted empleado por temporada? Sí No. Si contestó **Sí**, ¿cuáles meses trabaja en un año calendario?
 Ene. Feb. Mar. Abril Mayo Junio Julio Ago. Sept. Oct. Nov. Dic.

30. EMPLEO POR CUENTA PROPIA: ¿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 pagar por gastos de negocios) obtendrá usted de este empleo por cuenta propia por mes o cuánto perderá por este empleo por cuenta propia por mes?
 \$ _____/mes de **ganancia** o \$ _____/mes de **pérdida**
 c. ¿Cuántas horas trabaja por semana? _____

OTROS INGRESOS

31. Marque todo lo que corresponda y proporcione la cantidad y con qué frecuencia usted la recibe. **NOTA: No necesita informarnos sobre manutención de los hijos, pagos a veteranos no imponibles, Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) o sobre la mayoría de los ingresos por indemnizaciones de trabajo (Workers' Compensation).**
- Beneficios de seguro social \$ _____ ¿Con qué frecuencia los recibe? _____
- Desempleo \$ _____ ¿Con qué frecuencia lo recibe? _____
- Jubilación/Retiro o pensión \$ _____ ¿Con qué frecuencia lo recibe? _____ Fuente _____
- Intereses, dividendos y otros ingresos por inversiones \$ _____ ¿Con qué frecuencia los recibe? _____
- Ingresos por regalías \$ _____ ¿Con qué frecuencia los recibe? _____
- Beneficios de veteranos imponibles \$ _____ ¿Con qué frecuencia los recibe? _____
- Pago de jubilación militar imponible \$ _____ ¿Con qué frecuencia lo recibe? _____
- Pensión alimenticia recibida \$ _____ ¿Con qué frecuencia la recibe? _____
- Otros ingresos imponibles \$ _____ ¿Con qué frecuencia los recibe? _____ Tipo _____
- Ingresos netos por alquiler: En promedio, ¿cuántos ingresos netos (ganancias después de pagar los gastos de esta propiedad rentada) obtendrá usted de este alquiler cada mes o cuánto dinero perderá usted de este alquiler cada mes?
 \$ _____ al mes de **ganancia** o \$ _____ al mes de **pérdida**
- Ganancias sobre el 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 por agricultura, ganadería y 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 ÚNICA VEZ

32. ¿Ha recibido o recibirá usted 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 _____
33. ¿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

34. Si paga por ciertas cosas que pueden ser deducidas en una declaración de impuestos federales, y nos informa sobre ellas podría reducir un poco el costo de la cobertura de salud. ¿Qué deducciones presenta usted en su declaración de impuestos? 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 de los miembros de las Fuerzas Armadas: Cantidad anual \$ _____
- Parte deducible de los impuestos de empleo por cuenta propia: Cantidad anual \$ _____
- SEP, SIMPLE y los 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: Cantidad anual \$ _____
- Deducción de la Cuenta Personal de Jubilación (IRA, Individual Retirement Account): Cantidad anual \$ _____
- Deducción de los intereses del préstamo estudiantil (solo los intereses, no incluye el pago total): Cantidad anual \$ _____
- Matrículas y cuotas por educación superior: Cantidad anual \$ _____
- Ninguno

INGRESO ANUAL

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

36. ¿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 agregar 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

1. Primer nombre, segundo nombre, apellido y sufijo

2. Parentesco con la Persona 1

¿Vive esta persona con la Persona 1? Sí No

Si contestó **No**, escriba la dirección.

3. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

4. Género Masculino Femenino

5. ¿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. Para obtener información importante sobre cuándo es opcional el SSN, cómo usamos el SSN y cómo solicitar un SSN, por favor consulte las instrucciones de la Pregunta 5 en Persona 1.

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

Si contestó **No**, marque una de las razones a continuación.

Solicitado recientemente Excepción para no ciudadanos Excepción religiosa

¿Es el nombre indicado en esta solicitud igual al nombre que aparece en la tarjeta del seguro social de esta persona? Sí No

Si contestó **No**, ¿qué nombre aparece en su tarjeta del seguro social?

Primer nombre, segundo nombre, apellido y sufijo

6. Si esta persona obtiene un Crédito Fiscal Anticipado por el Pago de Primas (APTC), ¿está de acuerdo esta persona en 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 haya elegido no presentar una declaración de impuestos en el pasado, pero esta persona deberá presentar una declaración de impuestos federales para cualquier año que obtenga un APTC. Debe marcar **Sí** en la pregunta 6 para ser elegible para ConnectorCare o los APTC para ayudar a pagar por el seguro de salud de esta persona. **Esta persona NO necesita presentar una declaración de impuestos para solicitar ni para obtener MassHealth, el CMSP o el HSN, si él o ella califica.**

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

PASO 2 Persona 2 (continuación)

Esta persona debe presentar una declaración federal de impuestos conjunta con su 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 6a ("¿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. En esta solicitud, esta persona solamente deberá incluirse a sí misma y a todos los dependientes.

a. ¿Está esta persona casada legalmente? Sí No

Si contestó **No**, pase a la pregunta 6c.

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 a algún dependiente en su declaración de impuestos federales para el año en que esta persona solicita beneficios? Sí No

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 inscrito en la cobertura por medio del Health Connector de Massachusetts 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 del(de los) dependiente(s).

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

Si esta persona es reclamada por alguien más como dependiente en su declaración de impuestos federales, esto podría afectar la capacidad de esta persona de recibir un crédito fiscal para pagar la prima. No conteste **Sí** a esta pregunta, si esta persona es un niño menor de 21 años que es reclamado por un padre o madre sin custodia. Si contestó **Sí**, por favor escriba el nombre del declarante de impuestos. _____

Fecha de nacimiento del declarante de impuestos _____

¿Qué parentesco tiene esta persona con el declarante de impuestos? _____

¿Está casado 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 esta persona una declaración de impuestos por separado porque es víctima de abuso doméstico o abandono? Sí No

7. ¿Está esta persona solicitando cobertura de servicios de salud o dental? Sí No

Si contestó **Sí**, responda a todas las preguntas a continuación. Si contestó **No**, conteste las Preguntas 14 y 15, luego vaya a **Información sobre ingresos** en la página 8.

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

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

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

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

Consulte la página 23, "Estados inmigratorios y tipos de documentos" para obtener ayuda. Si contestó **No** o **no responde**, esta persona solamente puede recibir uno o más de los siguientes: MassHealth Standard (si está embarazada), MassHealth Limited, el Children's Medical Security Plan (CMSP, Plan de seguridad médica para niños) o Health Safety Net (HSN). Vaya a la Pregunta 10.

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

Podría ayudarnos a procesar esta solicitud más rápido si usted adjunta una copia del documento inmigratorio de esta persona a la solicitud. Intentaremos verificar el estado inmigratorio de esta persona por medio de la comparación electrónica de datos. Por favor escriba todos los estados o condiciones inmigratorios que le corresponden a él o ella desde que esta persona ingresó en EE. UU. Si necesita más espacio, adjunte otra hoja.

Fecha de adjudicación de estado (mm/dd/aaaa) _____ (Para personas maltratadas, escriba la fecha en que se aprobó la petición debidamente archivada.)

Estado inmigratorio _____ Tipo de documento inmigratorio _____

Elija uno o más estados y tipos de documentos de la lista en la página 23.

Número de ID del documento _____ Número de extranjero _____

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

PASO 2 Persona 2 (continuación)

- 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?
Primer 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 dado de baja con honores o miembro en servicio activo de las Fuerzas Armadas de EE. UU., o el cónyuge o hijo de un veterano dado de baja con honores o 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?
-
10. ¿Vive esta persona con al menos un niño menor de 19 años de edad, y es esta la persona principal que cuida a este niño(s)?
 Sí No. Nombre(s) y fecha(s) de nacimiento del(de los) niño(s) _____
-
11. **Opcional** ¿Cuál es la raza o etnicidad de esta persona? _____ Por favor vea la página 23.
-
12. ¿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.
-
13. ¿Tiene esta persona una lesión, enfermedad o discapacidad (incluida una condición de salud mental discapacitante) que ha durado o se espera que dure por lo menos 12 meses? Si es legalmente ciego, responda **Sí**. Sí No
-
14. ¿Necesita esta persona una acomodación razonable debido a una discapacidad o lesión? Sí No
Si contestó **Sí**, complete el resto de esta solicitud, incluido el Suplemento C: Acomodación.
-
15. ¿Está esta persona embarazada? Sí No
Si contestó **Sí**, ¿cuántos bebés está esperando? _____ ¿Cuál es la fecha prevista de parto? _____
-
16. **Opcional** ¿Tiene esta persona cáncer de seno o del cuello del útero? Sí No (Podrían aplicarse requisitos específicos de cobertura.)
-
17. **Opcional** ¿Es esta persona VIH positivo? Sí No (MassHealth tiene requisitos específicos de cobertura para personas con VIH.)
-
18. ¿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 médica por medio de un programa estatal de Medicaid? Sí No
-
19. ¿Está esta persona en la cárcel o prisión? Sí No. Por favor elija **No** si la persona será liberada en los próximos 60 días.
Si contestó **Sí**, ¿está esta persona esperando el juicio? Sí No

INFORMACIÓN SOBRE INGRESOS

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

20. ¿Tiene esta persona algún ingreso? Sí No
Si esta persona no tiene ingresos, pase a la pregunta 33.
-
21. ¿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 | Si esta persona necesita más espacio, adjunte otra hoja.

22. **EMPLEO ACTUAL 1:** Nombre y dirección del empleador _____ Núm. de ID del impuesto federal _____
-
23. 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 imponibles.)
b. Fecha de inicio de los ingresos _____
-
24. Promedio del número de horas trabajadas por SEMANA _____

25. ¿Está esta persona empleada por temporada? Sí No.

Si contestó **Sí**, ¿cuáles meses trabaja esta persona en un año calendario?

Ene. Feb. Mar. Abril Mayo Junio Julio Ago. Sept. Oct. Nov. Dic.

26. **EMPLEO ACTUAL 2:** Nombre y dirección del empleador _____

Núm. de ID del impuesto federal _____

27. 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 imponibles.)

b. Fecha de inicio de los ingresos _____

28. Promedio del número de horas trabajadas por SEMANA _____

29. ¿Está esta persona empleada por temporada? Sí No.

Si contestó **Sí**, ¿cuáles meses trabaja esta persona en un año calendario?

Ene. Feb. Mar. Abril Mayo Junio Julio Ago. Sept. Oct. Nov. Dic.

30. **EMPLEO POR CUENTA PROPIA:** ¿Trabaja esta persona 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 pagar por gastos de negocios) obtendrá esta persona de su empleo por cuenta propia por mes o cuánto perderá esta persona por este empleo por cuenta propia por mes?
\$ _____/mes de **ganancia** o \$ _____/mes de **pérdida**

c. ¿Cuántas horas trabaja esta persona por semana? _____

OTROS INGRESOS

31. Marque todo lo que corresponda y proporcione la cantidad y con qué frecuencia esta persona la recibe. **NOTA: No necesita informarnos sobre manutención de los hijos, pagos a veteranos no imponibles, Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) o sobre la mayoría de los ingresos por indemnizaciones de trabajo (Workers' Compensation).**

Beneficios de seguro social \$ _____ ¿Con qué frecuencia los recibe? _____

Desempleo \$ _____ ¿Con qué frecuencia lo recibe? _____

Jubilación/Retiro o pensión \$ _____ ¿Con qué frecuencia lo recibe? _____ Fuente _____

Interés, dividendos y otros ingresos por inversiones \$ _____ ¿Con qué frecuencia los recibe? _____

Ingresos por regalías \$ _____ ¿Con qué frecuencia los recibe? _____

Beneficios de veteranos imponibles \$ _____ ¿Con qué frecuencia los recibe? _____

Pago de jubilación militar imponible \$ _____ ¿Con qué frecuencia lo recibe? _____

Pensión alimenticia recibida \$ _____ ¿Con qué frecuencia la recibe? _____

Otros ingresos imponibles \$ _____ ¿Con qué frecuencia los recibe? _____ Tipo _____

Ingresos netos por alquiler: En promedio, ¿cuántos ingresos netos (ganancias después de pagar los gastos de esta propiedad rentada) obtendrá esta persona de este alquiler cada mes o cuánto dinero perderá esta persona de este alquiler cada mes?
\$ _____ al mes de **ganancia** o \$ _____ al mes de **pérdida**

Ganancias sobre el 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 por agricultura, ganadería y 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 ÚNICA VEZ

32. ¿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 _____

33. ¿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

34. Si esta persona paga por ciertas cosas que pueden ser deducidas en una declaración de impuestos federales, y nos informa sobre ellas, podría reducir un poco el costo de la cobertura de salud. ¿Qué deducciones presenta él o ella en su declaración de impuestos? 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 de los miembros de las Fuerzas Armadas: Cantidad anual \$ _____
- Parte deducible de los impuestos de empleo por cuenta propia: Cantidad anual \$ _____
- SEP, SIMPLE y los 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: Cantidad anual \$ _____
- Deducción de la Cuenta Personal de Jubilación (IRA, Individual Retirement Account): Cantidad anual \$ _____
- Deducción de los intereses del préstamo estudiantil (solo los intereses, no incluye el pago total): Cantidad anual \$ _____
- Matrículas y cuotas por educación superior: Cantidad anual \$ _____
- Ninguno

INGRESO ANUAL

35. ¿Cuál es el ingreso total esperado de esta persona para el año calendario actual?
36. ¿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. Vaya al Paso 2 Persona 3 para agregar 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 3

1. Primer nombre, segundo nombre, apellido y sufijo

2. Parentesco con la Persona 1 Parentesco con la Persona 2 ¿Vive esta persona con la Persona 1? Sí No

Si contestó **No**, escriba la dirección.

3. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) 4. Género Masculino Femenino

5. ¿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. Para obtener información importante sobre cuándo es opcional el SSN, cómo usamos el SSN y cómo solicitar un SSN, por favor consulte las instrucciones de la Pregunta 5 en Persona 1.

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

Si contestó **No**, marque una de las razones a continuación.

Solicitado recientemente Excepción para no ciudadanos Excepción religiosa

¿Es el nombre indicado en esta solicitud igual al nombre que aparece en la tarjeta del seguro social de esta persona? Sí No

Si contestó **No**, ¿qué nombre aparece en su tarjeta del seguro social?

Primer nombre, segundo nombre, apellido y sufijo

6. Si esta persona obtiene un Crédito Fiscal Anticipado por el Pago de Primas (APTC), ¿está de acuerdo esta persona en 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 haya elegido no presentar una declaración de impuestos en el pasado, pero esta persona deberá presentar una declaración de impuestos federales para cualquier año que obtenga un APTC. Debe marcar **Sí** en la pregunta 6 para ser elegible para ConnectorCare o los APTC para ayudar a pagar por el seguro de salud de esta persona. **Esta persona NO necesita presentar una declaración de impuestos para solicitar ni para obtener MassHealth, CMSP o el HSN, si él o ella califica.**

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

PASO 2 Persona 3 (continuación)

Esta persona debe presentar una declaración federal de impuestos conjunta con su 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 6a ("¿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. En esta solicitud, esta persona solamente deberá incluirse a sí misma y a todos los dependientes.

a. ¿Está esta persona casada legalmente? Sí No

Si contestó **No**, pase a la pregunta 6c.

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 a algún dependiente en su declaración de impuestos federales para el año en que esta persona solicita beneficios? Sí No

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 inscrito en la cobertura por medio del Health Connector de Massachusetts 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 del(de los) dependiente(s).

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

Si esta persona es reclamada por alguien más como dependiente en su declaración de impuestos federales, esto podría afectar la capacidad de esta persona de recibir un crédito fiscal para pagar la prima. No conteste **Sí** a esta pregunta, si esta persona es un niño menor de 21 años que es reclamado por un padre o madre sin custodia. Si contestó **Sí**, por favor escriba el nombre del declarante de impuestos. _____

Fecha de nacimiento del declarante de impuestos _____

¿Qué parentesco tiene esta persona con el declarante de impuestos? _____

¿Está casado 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 esta persona una declaración de impuestos por separado porque es víctima de abuso doméstico o abandono? Sí No

7. ¿Está esta persona solicitando cobertura de servicios de salud o dental? Sí No

Si contestó **Sí**, responda a todas las preguntas a continuación. Si contestó **No**, conteste las Preguntas 14 y 15, luego vaya a **Información sobre ingresos** en la página 12.

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

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

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

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

Consulte la página 23, "Estados inmigratorios y tipos de documentos" para obtener ayuda. Si contestó **No** o **no responde**, esta persona solamente puede recibir uno o más de los siguientes: MassHealth Standard (si está embarazada), MassHealth Limited, el Children's Medical Security Plan (CMSP, Plan de seguridad médica para niños) o Health Safety Net (HSN). Vaya a la Pregunta 10.

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

Podría ayudarnos a procesar esta solicitud más rápido si usted adjunta una copia del documento inmigratorio de esta persona a la solicitud. Intentaremos verificar el estado inmigratorio de esta persona por medio de la comparación electrónica de datos. Por favor escriba todos los estados o condiciones inmigratorios que le corresponden a él o ella desde que esta persona ingresó en EE. UU. Si necesita más espacio, adjunte otra hoja.

Fecha de adjudicación de estado (mm/dd/aaaa) _____ (Para personas maltratadas, escriba la fecha en que se aprobó la petición debidamente archivada.)

Estado inmigratorio _____ Tipo de documento inmigratorio _____

Elija uno o más estados y tipos de documentos de la lista en la página 23.

Número de ID del documento _____ Número de extranjero _____

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

PASO 2 Persona 3 (continuación)

- 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?
Primer 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 dado de baja con honores o miembro en servicio activo de las Fuerzas Armadas de EE. UU., o el cónyuge o hijo de un veterano dado de baja con honores o 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?
-
10. ¿Vive esta persona con al menos un niño menor de 19 años de edad, y es esta la persona principal que cuida a este niño(s)?
 Sí No. Nombre(s) y fecha(s) de nacimiento del(de los) niño(s)

-
11. **Opcional** ¿Cuál es la raza o etnicidad de esta persona? _____ Por favor vea la página 23.
-
12. ¿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.
-
13. ¿Tiene esta persona una lesión, enfermedad o discapacidad (incluida una condición de salud mental discapacitante) que ha durado o se espera que dure por lo menos 12 meses? Si es legalmente ciego, responda **Sí**. Sí No
-
14. ¿Necesita esta persona una acomodación razonable debido a una discapacidad o lesión? Sí No
Si contestó **Sí**, complete el resto de esta solicitud, incluido el Suplemento C: Acomodación.
-
15. ¿Está esta persona embarazada? Sí No
Si contestó **Sí**, ¿cuántos bebés está esperando? _____ ¿Cuál es la fecha prevista de parto? _____
-
16. **Opcional** ¿Tiene esta persona cáncer de seno o del cuello del útero? Sí No (Podrían aplicarse requisitos específicos de cobertura.)
-
17. **Opcional** ¿Es esta persona VIH positivo? Sí No (MassHealth tiene requisitos específicos de cobertura para personas con VIH.)
-
18. ¿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 médica por medio de un programa estatal de Medicaid? Sí No
-
19. ¿Está esta persona en la cárcel o prisión? Sí No. Por favor elija **No** si la persona será liberada en los próximos 60 días.
Si contestó **Sí**, ¿está esta persona esperando el juicio? Sí No

INFORMACIÓN SOBRE INGRESOS

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

20. ¿Tiene esta persona algún ingreso? Sí No
Si esta persona no tiene ingresos, pase a la pregunta 33.
-
21. ¿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 | Si esta persona necesita más espacio, adjunte otra hoja.

22. **EMPLEO ACTUAL 1:** Nombre y dirección del empleador _____ Núm. de ID del impuesto federal _____
-
23. 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 imponibles.)
b. Fecha de inicio de los ingresos _____
-
24. Promedio del número de horas trabajadas por SEMANA _____

25. ¿Está esta persona empleada por temporada? Sí No.
Si contestó **Sí**, ¿cuáles meses trabaja esta persona en un año calendario?
 Ene. Feb. Mar. Abril Mayo Junio Julio Ago. Sept. Oct. Nov. Dic.
26. **EMPLEO ACTUAL 2:** Nombre y dirección del empleador _____ Núm. de ID del impuesto federal _____
27. 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 imponibles.)
b. Fecha de inicio de los ingresos _____
28. Promedio del número de horas trabajadas por SEMANA _____
29. ¿Está esta persona empleada por temporada? Sí No.
Si contestó **Sí**, ¿cuáles meses trabaja esta persona en un año calendario?
 Ene. Feb. Mar. Abril Mayo Junio Julio Ago. Sept. Oct. Nov. Dic.
30. **EMPLEO POR CUENTA PROPIA:** ¿Trabaja esta persona 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 pagar por gastos de negocios) obtendrá esta persona de su empleo por cuenta propia por mes o cuánto perderá esta persona por este empleo por cuenta propia por mes?
\$ _____/mes de **ganancia** o \$ _____/mes de **pérdida**
c. ¿Cuántas horas trabaja esta persona por semana? _____

OTROS INGRESOS

31. Marque todo lo que corresponda y proporcione la cantidad y con qué frecuencia esta persona la recibe. **NOTA: No necesita informarnos sobre manutención de los hijos, pagos a veteranos no imponibles, Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) o sobre la mayoría de los ingresos por indemnizaciones de trabajo (Workers' Compensation).**
- Beneficios de seguro social \$ _____ ¿Con qué frecuencia los recibe? _____
- Desempleo \$ _____ ¿Con qué frecuencia lo recibe? _____
- Jubilación/Retiro o pensión \$ _____ ¿Con qué frecuencia lo recibe? _____ Fuente _____
- Interés, dividendos y otros ingresos por inversiones \$ _____ ¿Con qué frecuencia los recibe? _____
- Ingresos por regalías \$ _____ ¿Con qué frecuencia los recibe? _____
- Beneficios de veteranos imponibles \$ _____ ¿Con qué frecuencia los recibe? _____
- Pago de jubilación militar imponible \$ _____ ¿Con qué frecuencia lo recibe? _____
- Pensión alimenticia recibida \$ _____ ¿Con qué frecuencia la recibe? _____
- Otros ingresos imponibles \$ _____ ¿Con qué frecuencia los recibe? _____ Tipo _____
- Ingresos netos por alquiler: En promedio, ¿cuántos ingresos netos (ganancias después de pagar los gastos de esta propiedad rentada) obtendrá esta persona de este alquiler cada mes o cuánto dinero perderá esta persona de este alquiler cada mes?
\$ _____ al mes de **ganancia** o \$ _____ al mes de **pérdida**
- Ganancias sobre el 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 por agricultura, ganadería y 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 ÚNICA VEZ

32. ¿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 _____
33. ¿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

34. Si esta persona paga por ciertas cosas que pueden ser deducidas en una declaración de impuestos federales, y nos informa sobre ellas, podría reducir un poco el costo de la cobertura de salud. ¿Qué deducciones presenta él o ella en su declaración de impuestos? Marque todo lo que corresponda. Las deducciones de esta persona deberían ser lo que él o ella presentó en su

PASO 2 Persona 3 (continuación)

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 de los miembros de las Fuerzas Armadas: Cantidad anual \$ _____
- Parte deducible de los impuestos de empleo por cuenta propia: Cantidad anual \$ _____
- SEP, SIMPLE y los 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: Cantidad anual \$ _____
- Deducción de la Cuenta Personal de Jubilación (IRA, Individual Retirement Account): Cantidad anual \$ _____
- Deducción de los intereses del préstamo estudiantil (solo los intereses, no incluye el pago total): Cantidad anual \$ _____
- Matrículas y cuotas por educación superior: Cantidad anual \$ _____
- Ninguno

INGRESO ANUAL

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

36. ¿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. Vaya al Paso 2 Persona 4 para agregar 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 4 (Si son más de 4 personas, esta es la Persona ____)

Si tiene más de cuatro personas para incluir en esta solicitud, haga una copia de las páginas de información en blanco para el Paso 2 Persona 4 ANTES de completarlo. Cuando complete las páginas adicionales, por favor recuerde informarnos de qué manera cada persona está relacionada con las demás personas en la solicitud.

1. Primer nombre, segundo nombre, apellido y sufijo

2. Parentesco con la Persona 1

Parentesco con la Persona 2

Parentesco con la Persona 3

¿Vive esta persona con la Persona 1? Sí No

Si contestó No, escriba la dirección.

3. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

4. Género Masculino Femenino

5. ¿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. Para obtener información importante sobre cuándo es opcional el SSN, cómo usamos el SSN y cómo solicitar un SSN, por favor consulte las instrucciones de la Pregunta 5 en Persona 1.

Si contestó Sí, escriba el número _____ - _____ - _____

Si contestó No, marque una de las razones a continuación.

Solicitado recientemente Excepción para no ciudadanos Excepción religiosa

¿Es el nombre indicado en esta solicitud igual al nombre que aparece en la tarjeta del seguro social de esta persona? Sí No

Si contestó No, ¿qué nombre aparece en su tarjeta del seguro social?

Primer nombre, segundo nombre, apellido y sufijo

6. Si esta persona obtiene un Crédito Fiscal Anticipado por el Pago de Primas (APTC), ¿está de acuerdo esta persona en 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 haya elegido no presentar una declaración de impuestos en el pasado, pero esta persona deberá presentar una declaración de impuestos federales para cualquier año que obtenga un APTC. Debe marcar Sí en la pregunta 6 para ser elegible para ConnectorCare o los APTC para ayudar a pagar por el seguro de salud de esta persona. **Esta persona NO necesita presentar una declaración de impuestos para solicitar ni para obtener MassHealth, el CMSP o el HSN, si él o ella califica.**

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

PASO 2 Persona 4 (continuación)

Esta persona debe presentar una declaración federal de impuestos conjunta con su 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 6a ("¿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. En esta solicitud, esta persona solamente deberá incluirse a sí misma y a todos los dependientes.

a. ¿Está esta persona casada legalmente? Sí No

Si contestó No, pase a la pregunta 6c.

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 a algún dependiente en su declaración de impuestos federales para el año en que esta persona solicita beneficios? Sí No

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 inscrito en la cobertura por medio del Health Connector de Massachusetts 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 del(de los) dependiente(s).

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

Si esta persona es reclamada por alguien más como dependiente en su declaración de impuestos federales, esto podría afectar la capacidad de esta persona de recibir un crédito fiscal para pagar la prima. No conteste **Sí** a esta pregunta, si esta persona es un niño menor de 21 años que es reclamado por un padre o madre sin custodia. Si contestó **Sí**, por favor escriba el nombre del declarante de impuestos. _____

Fecha de nacimiento del declarante de impuestos _____

¿Qué parentesco tiene esta persona con el declarante de impuestos? _____

¿Está casado 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 esta persona una declaración de impuestos por separado porque es víctima de abuso doméstico o abandono? Sí No

7. ¿Está esta persona solicitando cobertura de servicios de salud o dental? Sí No

Si contestó **Sí**, responda a todas las preguntas a continuación. Si contestó **No**, conteste las Preguntas 14 y 15, luego vaya a **Información sobre ingresos** en la página 16.

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

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

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

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

Consulte la página 23, "Estados inmigratorios y tipos de documentos" para obtener ayuda. Si contestó **No** o **no responde**, esta persona solamente puede recibir uno o más de los siguientes: MassHealth Standard (si está embarazada), MassHealth Limited, el Children's Medical Security Plan (CMSP, Plan de seguridad médica para niños) o Health Safety Net (HSN). Vaya a la Pregunta 10.

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

Podría ayudarnos a procesar esta solicitud más rápido si usted adjunta una copia del documento inmigratorio de esta persona a la solicitud. Intentaremos verificar el estado inmigratorio de esta persona por medio de la comparación electrónica de datos. Por favor escriba todos los estados o condiciones inmigratorios que le corresponden a él o ella desde que esta persona ingresó en EE. UU. Si necesita más espacio, adjunte otra hoja.

Fecha de adjudicación de estado (mm/dd/aaaa) _____ (Para personas maltratadas, escriba la fecha en que se aprobó la petición debidamente archivada.)

Estado inmigratorio _____ Tipo de documento inmigratorio _____

Elija uno o más estados y tipos de documentos de la lista en la página 23.

Número de ID del documento _____ Número de extranjero _____

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

PASO 2 Persona 4 (continuación)

- 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?
Primer 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 dado de baja con honores o miembro en servicio activo de las Fuerzas Armadas de EE. UU., o el cónyuge o hijo de un veterano dado de baja con honores o 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?
-
10. ¿Vive esta persona con al menos un niño menor de 19 años de edad, y es esta la persona principal que cuida a este niño(s)?
 Sí No. Nombre(s) y fecha(s) de nacimiento del(de los) niño(s)

-
11. **Opcional** ¿Cuál es la raza o etnicidad de esta persona? _____ Por favor vea la página 23.
-
12. ¿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.
-
13. ¿Tiene esta persona una lesión, enfermedad o discapacidad (incluida una condición de salud mental discapacitante) que ha durado o se espera que dure por lo menos 12 meses? Si es legalmente ciego, responda **Sí**. Sí No
-
14. ¿Necesita esta persona una acomodación razonable debido a una discapacidad o lesión? Sí No
Si contestó **Sí**, complete el resto de esta solicitud, incluido el Suplemento C: Acomodación.
-
15. ¿Está esta persona embarazada? Sí No
Si contestó **Sí**, ¿cuántos bebés está esperando? _____ ¿Cuál es la fecha prevista de parto? _____
-
16. **Opcional** ¿Tiene esta persona cáncer de seno o del cuello del útero? Sí No (Podrían aplicarse requisitos específicos de cobertura.)
-
17. **Opcional** ¿Es esta persona VIH positivo? Sí No (MassHealth tiene requisitos específicos de cobertura para personas con VIH.)
-
18. ¿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 médica por medio de un programa estatal de Medicaid? Sí No
-
19. ¿Está esta persona en la cárcel o prisión? Sí No. Por favor elija **No** si la persona será liberada en los próximos 60 días.
Si contestó **Sí**, ¿está esta persona esperando el juicio? Sí No

INFORMACIÓN SOBRE INGRESOS

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

20. ¿Tiene esta persona algún ingreso? Sí No
Si esta persona no tiene ingresos, pase a la pregunta 33.
-
21. ¿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 | Si esta persona necesita más espacio, adjunte otra hoja.

22. **EMPLEO ACTUAL 1:** Nombre y dirección del empleador _____ Núm. de ID del impuesto federal _____
-
23. 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 imponibles.)
b. Fecha de inicio de los ingresos _____
-
24. Promedio del número de horas trabajadas por SEMANA _____

25. ¿Está esta persona empleada por temporada? Sí No.

Si contestó **Sí**, ¿cuáles meses trabaja esta persona en un año calendario?

Ene. Feb. Mar. Abril Mayo Junio Julio Ago. Sept. Oct. Nov. Dic.

26. **EMPLEO ACTUAL 2:** Nombre y dirección del empleador _____

Núm. de ID del impuesto federal _____

27. 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 imponibles.)

b. Fecha de inicio de los ingresos _____

28. Promedio del número de horas trabajadas por SEMANA _____

29. ¿Está esta persona empleada por temporada? Sí No.

Si contestó **Sí**, ¿cuáles meses trabaja esta persona en un año calendario?

Ene. Feb. Mar. Abril Mayo Junio Julio Ago. Sept. Oct. Nov. Dic.

30. **EMPLEO POR CUENTA PROPIA:** ¿Trabaja esta persona 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 pagar por gastos de negocios) obtendrá esta persona de su empleo por cuenta propia por mes o cuánto perderá esta persona por este empleo por cuenta propia por mes?
\$ _____/mes de **ganancia** o \$ _____/mes de **pérdida**

c. ¿Cuántas horas trabaja esta persona por semana? _____

OTROS INGRESOS

31. Marque todo lo que corresponda y proporcione la cantidad y con qué frecuencia esta persona la recibe. **NOTA: No necesita informarnos sobre manutención de los hijos, pagos a veteranos no imponibles, Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) o sobre la mayoría de los ingresos por indemnizaciones de trabajo (Workers' Compensation).**

Beneficios de seguro social \$ _____ ¿Con qué frecuencia los recibe? _____

Desempleo \$ _____ ¿Con qué frecuencia lo recibe? _____

Jubilación/Retiro o pensión \$ _____ ¿Con qué frecuencia lo recibe? _____ Fuente _____

Interés, dividendos y otros ingresos por inversiones \$ _____ ¿Con qué frecuencia los recibe? _____

Ingresos por regalías \$ _____ ¿Con qué frecuencia los recibe? _____

Beneficios de veteranos imponibles \$ _____ ¿Con qué frecuencia los recibe? _____

Pago de jubilación militar imponible \$ _____ ¿Con qué frecuencia lo recibe? _____

Pensión alimenticia recibida \$ _____ ¿Con qué frecuencia la recibe? _____

Otros ingresos imponibles \$ _____ ¿Con qué frecuencia los recibe? _____ Tipo _____

Ingresos netos por alquiler: En promedio, ¿cuántos ingresos netos (ganancias después de pagar los gastos de esta propiedad rentada) obtendrá esta persona de este alquiler cada mes o cuánto dinero perderá esta persona de este alquiler cada mes?
\$ _____ al mes de **ganancia** o \$ _____ al mes de **pérdida**

Ganancias sobre el 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 por agricultura, ganadería y 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 ÚNICA VEZ

32. ¿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 _____

33. ¿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

34. Si esta persona paga por ciertas cosas que pueden ser deducidas en una declaración de impuestos federales, y nos informa sobre ellas, podría reducir un poco el costo de la cobertura de salud. ¿Qué deducciones presenta él o ella en su declaración de impuestos? 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 de los miembros de las Fuerzas Armadas: Cantidad anual \$ _____
- Parte deducible de los impuestos de empleo por cuenta propia: Cantidad anual \$ _____
- SEP, SIMPLE y los 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: Cantidad anual \$ _____
- Deducción de la Cuenta Personal de Jubilación (IRA, Individual Retirement Account): Cantidad anual \$ _____
- Deducción de los intereses del préstamo estudiantil (solo los intereses, no incluye el pago total): Cantidad anual \$ _____
- Matrículas y cuotas por educación superior: Cantidad anual \$ _____
- Ninguno

INGRESO ANUAL

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

36. ¿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. Vaya al Paso 3 Miembro(s) del hogar indígena norteamericano o nativo de Alaska (AI/AN).

PASO 3 Miembros del hogar indígenas norteamericanos o nativos de Alaska (AI/AN)

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

Si contestó **No**, vaya al Paso 4.

Si contestó **Sí**, complete el resto de esta solicitud, incluido el **Suplemento B: Miembros del hogar indígenas norteamericanos o nativos de Alaska**.

Nombres(s) de la(s) persona(s) _____

Los indígenas norteamericanos y nativos de Alaska que obtienen cobertura de salud también pueden recibir Servicios de salud Indígena, programas de salud tribales o programas urbanos de salud para indígenas. Si usted o cualquier miembro de su hogar es indígena norteamericano o nativo de Alaska, quizás no tenga que pagar primas o copagos y puede inscribirse en períodos especiales de inscripción mensual.

PASO 4 Cobertura de salud de miembros de su hogar

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, incluidas las pruebas de haber obtenido o de haber mantenido un seguro de salud disponible o sus beneficios de MassHealth podrían terminar. Consulte el Folleto para el afiliado 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 ESTÁ INSCRITO** en ese seguro? Sí No

Responda **Sí** incluso si este seguro es a través del empleo de otra persona, como un cónyuge, incluso si la persona no vive en el hogar. Si contestó **Sí**, deberá completar y adjuntar el **Suplemento A: Cobertura de salud de empleos** y el resto de esta solicitud.

Nombre(s) de la(s) persona(s) a quien(es) se le(s) ofrece seguro. _____

¿Es este un plan de beneficios para empleados del estado? Sí No

2. ¿Hay alguien que califique o que esté **inscrito** en alguno de los siguientes tipos coberturas 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).

- Inscrito en **Medicare** o califica para un plan de Medicare Parte A plan sin prima.

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

Fecha de inicio _____ Fecha de finalización _____ Núm. de ID de Medicare _____

- Califica para beneficios de salud de **Peace Corps** (Cuerpo de Paz)

Fecha de inicio _____ Fecha de finalización _____

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

- Califica para **TRICARE** o para un programa de beneficios de salud para empleados federales.

Fecha de inicio _____ Fecha de finalización _____

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

- Inscrito en un **programa de salud de Asuntos para Veteranos (VA)**

Fecha de inicio _____ Fecha de finalización _____

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

- MassHealth**

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

- 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 A: Cobertura de salud de empleos**.

Nombre del empleador _____ Nombre del plan _____

Nombres de los miembros del hogar cubiertos _____

Número de póliza o ID del afiliado _____

Fecha de inicio _____ Fecha de finalización _____

- Otra cobertura** (incluidos COBRA y planes de salud para jubilados)

Fecha de inicio _____ Fecha de finalización _____

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

Número de póliza o ID del afiliado _____

PASO 5 Información sobre los padres

Por favor responda a estas preguntas para todo niño menor de 18 años de edad, nombrado en esta solicitud pero que no tenga sus dos padres con custodia también nombrados en esta solicitud.

1. ¿Fue algún niño adoptado por un padre/madre soltero/a? Sí No

Si contestó **Sí**, nombre(s) del(de los) niño(s) _____

2. ¿Tiene algún niño un padre o madre que haya fallecido? Sí No

Si contestó **Sí**, nombre(s) del(de los) niño(s) _____

3. ¿Tiene algún niño un padre o madre cuya identidad sea desconocida? Sí No

Si contestó **Sí**, nombre(s) del(de los) niño(s) _____

4. ¿Tiene algún niño un padre o madre que no viva con él y que no esté incluido en las preguntas anteriores? Sí No

Si contestó **Sí**, nombre(s) del(de los) niño(s) _____

PASO 6 Lea y firme esta solicitud.

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

1. MassHealth puede requerir a las personas elegibles que se inscriban en un seguro de salud patrocinado por el empleador, si dicho seguro cumple con los criterios de ayuda para el pago de la prima de MassHealth.
2. Se podrá notificar y facturar a los empleadores de personas elegibles, de acuerdo con el reglamento de MassHealth por cualquier servicio pagado por Health Safety Net que los hospitales o centros de salud comunitaria brinden a dichas personas.
3. Es posible que yo tenga que pagar una prima por la cobertura de salud para mí mismo y para las demás personas nombradas en esta solicitud. Si no se pagan las primas, el estado 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 yo no tenga que pagar las primas a MassHealth.
4. MassHealth tiene el derecho de cobrar y obtener dinero de terceras partes que puedan verse obligadas a pagar por servicios de salud proporcionados a personas elegibles inscritas en programas de MassHealth. Estas terceras partes pueden ser otras compañías de seguro de salud, cónyuges o padres 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 pagos de terceras partes y obtener pagos de terceras partes para sí mismas y cualquier otra persona 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 ellos 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 ausente, 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 a Health Safety Net por ciertos servicios provistos.
7. Las personas elegibles le tienen que informar a MassHealth o a 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, MassHealth puede imponer un embargo preventivo sobre cualquier bien raíz propiedad de personas elegibles o en el cual personas elegibles tengan un interés legal. Si MassHealth coloca un embargo preventivo contra dicha propiedad y ésta es vendida, el dinero de la venta de dicha propiedad se podrá usar para pagar a MassHealth por servicios médicos provistos.
10. En la medida que lo permita la ley, y a menos que correspondan excepciones, MassHealth puede solicitar dinero de la sucesión de una persona elegible de 55 años de edad o mayor, o de una persona elegible a quien MassHealth ayude a pagar por su atención en un centro de enfermería, una vez que esta persona haya fallecido.
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 alguna de las siguientes maneras.

- Inicie una sesión de su cuenta en MAhealthconnector.org. Usted puede crear una cuenta en línea si es que aún no tiene una.
 - Envíe los cambios de información al **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 Health Connector de Massachusetts y 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 no está limitado a, 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 Health Connector de Massachusetts y el Health Safety Net podrían obtener registros o datos sobre las personas nombradas en esta solicitud de fuentes de datos y programas federales y estatales, tales como la Administración del Seguro Social, el Servicio de Impuestos Internos, el Departamento de Seguridad Nacional, el Departamento de Ingresos y el Registro de Vehículos Automotores, al igual que 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 tales personas, y 3) para apoyar la elegibilidad continua.
 14. En conexión con la elegibilidad y el proceso de inscripción, MassHealth, el Health Connector de Massachusetts y el Health Safety Net podrían enviar avisos que contengan información personal sobre personas nombradas en esta solicitud a otras personas de esta 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/complaints/index.html.
 16. Yo autorizo al Health Connector de Massachusetts 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 Health Connector de Massachusetts 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 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, incluidos cualquier suplemento y páginas de instrucciones, y entiendo que el Folleto para el afiliado contiene información importante.
- Tengo permiso de todas las personas nombradas en esta solicitud (o de sus padres u otro representante autorizado legal) 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, incluidos por ejemplo:
 - proporcionar información personal sobre ellos, incluidas salud, cobertura de salud e información sobre ingresos, ver dicha información tal como la proporciona el Health Connector de Massachusetts, MassHealth y 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 Health Connector de Massachusetts, 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 cuáles son mis derechos y responsabilidades, y los derechos y responsabilidades de todas las personas nombradas en esta solicitud, como se explica en este Paso 6.
- He informado o informaré a todas esas personas (o a su padre o representante legalmente autorizado, si corresponde) acerca de estos derechos y responsabilidades para que los entiendan.
- Entiendo y acepto que MassHealth, Health Safety Net y Health Connector de Massachusetts considerarán que cualquier copia electrónica, por fax o copias de las firmas tienen el mismo vigor y efecto que la(s) firma(s) original(es).
- La información que he suministrado sobre mí y las otras personas nombradas en esta solicitud es correcta y completa a mi mejor saber y entender.
- Si proporciono intencionalmente información falsa o no veraz, puedo quedar sujeto a penalizaciones según la ley federal.

FIRME ESTA SOLICITUD: OBLIGATORIO.

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 de representante autorizado (ARD)** o tener un formulario en nuestros registros para que podamos procesar esta solicitud. El ARD está al final de esta solicitud.

Firma de la Persona 1 o del representante autorizado o de la persona responsable a cargo 	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 una persona responsable a cargo, que tenga al menos 18 años de edad, firme esta solicitud en su nombre. Por favor proporcione la información de esa persona a continuación.

Nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo
Número de Seguro Social	Relación con usted	Fecha de nacimiento	
Dirección postal	Núm. de apartamento/unidad		
Ciudad	Estado	Código postal	Condado
Teléfono	Extensión	Tipo de teléfono	
Teléfono secundario	Extensión	Tipo de teléfono	
Dirección de correo electrónico			

PASO 7 Envíenos su solicitud completada.

Envíe por correo su solicitud firmada a: Envíe por fax al:

Health Insurance Processing Center
PO Box 4405
Taunton, MA 02780; o

(857) 323-8300

INFORMACIÓN SOBRE CÓMO INSCRIBIRSE PARA VOTAR

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

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

Si usted piensa que alguien ha interferido con su derecho a inscribirse o de negarse a inscribirse para votar, con su derecho a la privacidad para decidir inscribirse o para solicitar el formulario de inscripción 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, ¿desea solicitar registrarse para votar hoy?
 Sí No

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

ESTADOS INMIGRATORIOS Y TIPOS DE DOCUMENTOS

La Pregunta 9a de la solicitud le pregunta a los no ciudadanos sobre su estado inmigratorio y sobre el tipo o tipos de documentos de inmigración que tienen para comprobar su estado inmigratorio. Consulte las siguientes listas para completar la Pregunta 9a.

Si necesita más ayuda, puede encontrar detalles en línea en <https://www.mahealthconnector.org/immigration-document-types>.

Estados inmigratorios elegibles

En la sección "Estado inmigratorio" de la Pregunta 9a, escriba cualquier estado que le corresponda a usted o los miembros de su hogar. 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
- 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 maltratado/a (o sus padres o hijo/a)
- Estado de no inmigrante (visa)
- Permiso condicional de viaje otorgado por 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 para 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 (PRUCOL, Residente Permanente con apariencia legal (o "bajo el color de la ley")

Tipos de documentos inmigratorios

En la sección sobre el "Tipo de documento inmigratorio" de la Pregunta 9a, escriba todo tipo de documento que tengan usted o los miembros de su hogar. Puede escribir 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 los Servicios de Ciudadanía e Inmigración de EE. UU.
- Registro de Llegada/Salida (I-94) en un pasaporte extranjero no vencido
- Pasaporte extranjero no vencido
- Estado de Certificado de Elegibilidad para Estudiantes no Inmigrantes (F1) (I-20)
- Estado de Certificado de Elegibilidad para Visitantes de Intercambio (J1) (DS2019)
- Aviso de acción (I-797)/Otros: con Número de extranjero
- Aviso de acción (I-797)/Otros: con Número de I-94

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

Por favor especifique en la Pregunta 11 de las páginas 4, 8, 12 y 16.

Indígena norteamericano o nativo de Alaska (Complete el Paso 3 y el Suplemento B)

Negro o afroamericano

Blanco o caucásico

Origen hispano, latino o español

- Cubano
- Mexicano, mexicanoamericano o chicano
- Puertorriqueño
- Otros de origen hispano/latino/español; por favor especifique en la Pregunta 11

Asiático

- Indio asiático
- Chino
- Japonés
- Coreano
- Vietnamita
- Otros asiáticos; por favor especifique en la Pregunta 11

Isleño del Pacífico

- Filipino
- Guameño o chamorro
- Nativo de Hawái
- Samoano
- Otros isleños del Pacífico; por favor especifique en la Pregunta 11

Para escribir cualquier raza o etnicidad que no esté indicada aquí, por favor especifíquela en la Pregunta 11.

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 para cada trabajo que ofrezca cobertura.

INFORMACIÓN DEL 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 esta cobertura, o será al menos una persona en esta solicitud elegible en los próximos 3 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contestó Sí a la pregunta 3a, continúe. Si contestó No a la pregunta 3a, deténgase aquí y saltee el resto del Suplemento A .	
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 DEL EMPLEADOR

4. Nombre del empleador	5. ID del impuesto federal	
6. Dirección del empleador	7. Teléfono del empleador ()	
8. Ciudad	9. Estado	10. Código postal
11. ¿Con quién podemos comunicarnos con relación 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 dinero pagó este empleado en primas para inscribirse en este plan o cuánto paga este empleado por este plan?
\$ _____

d. ¿Con qué frecuencia pagaría o paga este empleado esta cantidad? _____

16. ¿Qué cambio hará el empleador para el nuevo año del plan (si se conoce)?

El empleador no ofrecerá cobertura de salud.

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.)

a. ¿Cuánto debe pagar el empleador 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. \$ _____

b. ¿Con qué frecuencia? Semanal Cada 2 semanas Dos veces por mes Mensual Trimestral Anual

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 al menos un 60 por ciento de tales costos (Sección 36B(c)(2)(C)(ii) del Código de Impuestos Internos de 1986).



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 Salud Indígena, programas de salud tribales o programas urbanos de salud para indígenas. También pueden no tener que pagar primas o copagos y pueden tener períodos especiales de inscripción mensual. Responda las siguientes preguntas para asegurar que usted y los miembros de su hogar reciban la mayor ayuda posible.

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 este un miembro de una tribu reconocida por el gobierno federal?
 Sí No
Si contestó Sí, nombre de la tribu _____

3. ¿Es este un miembro de una tribu reconocida por 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 el Programa Urbano de Salud para Indígenas o por medio de una remisión de uno de estos programas?
 Sí No

5. Cierta cantidad de dinero recibido quizás no se cuente por MassHealth. Escriba cualquier ingreso (cantidad y con qué frecuencia) indicado en su solicitud que incluye dinero de
 - pagos per cápita de una tribu provenientes de recursos naturales, derechos de uso, arrendamientos o regalías;
 - pagos de recursos naturales, agricultura, ganadería, pesca, arrendamientos o regalías de tierra designada como suelo de fideicomiso indígena por el Departamento del Interior (incluidas las reservaciones y ex reservaciones); o
 - la venta de objetos que tienen significación cultural.
 \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

AI/AN PERSONA 2

1. Nombre (primer, inicial, apellido) _____

2. ¿Es este un miembro de una tribu reconocida por el gobierno federal?
 Sí No
Si contestó Sí, nombre de la tribu _____

3. ¿Es este un miembro de una tribu reconocida por 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 el Programa Urbano de Salud para Indígenas o por medio de una remisión de uno de estos programas?
 Sí No

5. Cierta cantidad de dinero recibido quizás no se cuente por MassHealth. Escriba cualquier ingreso (cantidad y con qué frecuencia) indicado en su solicitud que incluye dinero de
 - pagos per cápita de una tribu provenientes de recursos naturales, derechos de uso, arrendamientos o regalías;
 - pagos de recursos naturales, agricultura, ganadería, pesca, arrendamientos o regalías de tierra designada como suelo de fideicomiso indígena por el Departamento del Interior (incluidas las reservaciones y ex reservaciones); o
 - la venta de objetos que tienen significación cultural.
 \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

Si contestó **Sí** a la Pregunta 14 en el Paso 2 sobre usted o cualquier miembro de su hogar que necesite una acomodación razonable debido a una discapacidad o lesión, marque todo lo que corresponda a continuación, y escriba el(los) nombre(s).

1. Afección

- Ceguera—Nombre(s): _____
- Sordera—Nombre(s): _____
- Discapacidad de desarrollo—Nombre(s): _____
- Dificultad auditiva—Nombre(s): _____
- Discapacidad intelectual—Nombre(s): _____
- Impedimentos visuales—Nombre(s): _____
- Discapacidad física—Nombre(s): _____
- Otra (Por favor explique.)—Nombre(s): _____

2. Acomodación

- Intérprete de Lenguaje de Señas Americano (ASL)—Nombre(s): _____
- Dispositivo auxiliar para escuchar—Nombre(s): _____
- Traducciones de Acceso de comunicación en tiempo real (CART)—Nombre(s): _____
- Publicaciones con letras grandes—Nombre(s): _____
- Publicaciones en braille—Nombre(s): _____
- Publicaciones en formato electrónico—Nombre(s): _____
- Teléfono con texto (TTY)—Nombre(s): _____
- Servicio de retransmisión de video (VRS)—Nombre(s): _____
- Otra (Por favor explique.)—Nombre(s): _____

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).

**Formulario oficial de inscripción de votante por correo
de Massachusetts**
Cómo usar este formulario



William Francis Galvin
Secretario de Estado

1. Confirme su ciudadanía.
2. Escriba su nombre: apellido, nombre, segundo nombre o inicial.
3. Escriba su nombre anterior, si corresponde.
4. Escriba el domicilio donde vive actualmente: número y nombre de la calle o número de ruta rural y número de buzón (no proporcione un número de apartado postal), número de apartamento, ciudad o pueblo y código postal completo. Si no puede identificar su domicilio use el mapa† de la derecha.
5. Escriba la dirección donde recibe toda su correspondencia, si no fuera la misma que la que escribió en el punto 4.
6. Escriba su fecha de nacimiento: mes, día y año. Si tiene 16 o 17 años de edad, usted será preinscrito hasta que tenga la edad suficiente para votar. Se le notificará por correo cuándo sea elegible para votar.
7. La ley federal exige que proporcione su número de licencia de conducir para inscribirse para votar. Si no tiene una licencia de conducir vigente y válida de Massachusetts, tiene que proporcionar las últimas cuatro cifras de su número del Seguro Social. Si no tiene ninguno de estos dos documentos de identidad, escriba "none" en la casilla.
8. En forma optativa, puede proporcionar su número de teléfono. Si proporciona su número de teléfono y no marca la casilla "no está listado", quedará como registro público.
9. Marque un partido político, 'sin afiliación' o escriba una designación política (no un partido).
10. Escriba el domicilio donde se inscribió para votar por última vez.
11. Si hay una persona que lo está ayudando porque usted no puede firmar físicamente el formulario, dicha persona tiene que escribir su nombre y dirección, y puede también proporcionar su número de teléfono.
12. Lea el juramento.
13. Escriba la fecha de hoy.
14. Firme.

Este formulario se puede enviar por correo o entregar en mano en su alcaldía o centro municipal. Si lo va a enviar por correo, pliegue el formulario, sellelo con cinta adhesiva, coloque una estampilla de primera clase, escriba el nombre de su ciudad o pueblo y el código postal de la alcaldía o centro municipal, y échelo al correo.

Puede usar este formulario para:

- inscribirse o preinscribirse para votar en Massachusetts; y/o
- actualizar su nombre o dirección y partido político.

Para inscribirse o preinscribirse para votar en Massachusetts, usted debe:

- **SER CIUDADANO DE LOS EE.UU.;** y
- ser residente de Massachusetts; y
- tener por lo menos 16 años de edad.

Penalidad por inscripción ilegal: Multa hasta \$10,000, o hasta cinco años de prisión, o ambos.

-Leyes Generales de Massachusetts, capítulo 56, sección 8.

Identificación que debe ser proporcionada

La sección 7 exige que proporcione su número de licencia de conducir o las últimas 4 cifras de su número del Seguro Social con esta solicitud. Esta información será verificada por medio del Registro del Automotor y el Comisionado del Seguro Social. Si no se puede confirmar o no proporciona la información, tiene que mostrar un documento de identidad junto con esta solicitud o en la casilla electoral cuando vaya a votar. Una identificación válida incluye una copia de un documento de identidad vigente y actual con fotografía, factura actual de servicios públicos, estado de cuenta bancario, cheque del gobierno, cheque de nómina u otro documento del gobierno donde aparezca su nombre y domicilio.

norte		† Si no puede describir el lugar donde vive con una calle y número, o una ruta rural y número de buzón, marque la ubicación del lugar utilizando puntos de referencia.
oeste	este	
	sur	

Escriba toda la información con tinta negra. Para entrega apropiada, siga las instrucciones anteriores.

1	Marque una respuesta: ¿Es ciudadano de los Estados Unidos de América? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <small>NOTA: Si marcó "no", no llene este formulario.</small>		
2	Nombre completo:	<i>apellido</i>	<i>nombre</i> <i>segundo nombre o inicial</i> <small>Jr. Sr. II III IV (marque una opción con un círculo, si fuera adecuado)</small>
3	Nombre anterior:	<i>apellido</i>	<i>nombre</i> <i>segundo nombre o inicial</i> <small>Jr. Sr. II III IV (marque una opción con un círculo, si fuera adecuado)</small>
4	Dirección donde usted reside hoy en día <small>(número de la calle / nombre de la calle / número de ruta rural y número de buzón / número de apartamento / ciudad o pueblo / código postal):</small>		
5	Dirección donde recibe toda su correspondencia (si es distinta que la del punto 4):		
6	Fecha de nacimiento: <small>mes día año</small>	7	Número de documento de identidad: <small>Nº de licencia o los 4 últimos dígitos de su Nº de Seguro Social</small>
8	Teléfono (opcional): <input type="checkbox"/> <small>Marque si no está registrado</small>		
9	Afiliación o designación partidaria (marque una opción): <input type="checkbox"/> <i>Demócrata</i> <input type="checkbox"/> <i>Republicano</i> <input type="checkbox"/> <i>Verde-Arco Iris</i> <input type="checkbox"/> <i>Libertario</i> <input type="checkbox"/> <i>Ningún partido (sin afiliación)</i> <input type="checkbox"/> <i>Designación política (no un partido político):</i>		
10	Domicilio que utilizó la última vez que se inscribió como votante: <small>(número de la calle / nombre de la calle / número de ruta rural y número de buzón / número de apartamento / ciudad o pueblo / estado / código postal):</small>		
11	Si el solicitante no puede firmar este formulario, proporcione el nombre, dirección y número de teléfono (opcional) de la persona que lo está ayudando con el formulario: <small>nombre dirección número de teléfono (opcional)</small>		
12	Por la presente juro (afirmo) que soy la persona anteriormente mencionada, que la información presentada líneas arriba es cierta, que SOY CIUDADANO(A) DE LOS ESTADOS UNIDOS , que tengo por lo menos 16 años de edad y que entiendo que debo tener 18 años de edad para ser elegible para votar, que no soy una persona que se encuentra bajo tutela que me prohíbe inscribirme para votar, que no estoy descalificado(a) para votar de manera temporal o permanente por la ley debido a la ejecución de prácticas corruptas con respecto a las elecciones, que no me encuentro actualmente encarcelado(a) por una condena de delito mayor, y que considero que esta residencia es mi hogar. Firmado bajo pena de perjurio.		
13	Fecha del día de hoy: <small>mes día año</small>	14	Firmado: <i>Firme su nombre aquí.</i>

¡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