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,** TDD/TTY al 711, o al **(877) 623-6765 [(877) MA ENROLL]**.
- **Visite** un Centro de Inscripción de MassHealth (MEC). Para presentar una solicitud en persona o programar una cita con un representante de MassHealth, visite **mass.gov/masshealth/appointment**. Para obtener una lista de direcciones de los MEC, consulte el ***Folleto para el afiliado para la cobertura de salud y dental, y ayuda para pagar los costos***.

Usted puede usar este formulario para solicitar los beneficios del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP). SNAP es un programa federal que le brinda asistencia para comprar alimentos cada mes. Si le interesa, marque la casilla en la página 1, y luego lea y firme los derechos y responsabilidades de SNAP en las páginas 23 a 26. Su solicitud será luego enviada automáticamente al Departamento de Asistencia Transicional (DTA). Usted no tiene que solicitar los beneficios de SNAP para ser considerado para recibir MassHealth.

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

- Cobertura económica de MassHealth, de Health Safety Net (HSN), de Children's Medical Security Plan (CMSP, Plan de Seguridad Médica para Niños) o de Health Connector. Usted podría calificar para recibir uno de estos programas, independientemente de sus ingresos.
- Planes económicos de seguro médico privado que ofrecen cobertura integral
- Un crédito fiscal que puede ayudarle a pagar por sus primas de cobertura de salud

¿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 y residen en la comunidad, y
- tienen menos de 65 años.

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

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

Si esta solicitud no es para usted, llámenos al (800) 841-2900, o por TDD/TTY al 711.

Esta solicitud está disponible en otros idiomas. Por favor, llame al número anterior para solicitarla.

Presente esta solicitud, aunque usted o su niño(a) ya tengan cobertura de salud, como la cobertura de MassHealth o de Health Connector. Usted podría ser elegible para recibir cobertura. Necesitamos saber sobre todos los miembros de su hogar para decidir sobre su elegibilidad.

Si alguien le está ayudando a completar esta solicitud, tal vez necesite completar un formulario por separado para autorizar a esa persona a 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 (SSN). Usted debe darnos su SSN o un comprobante de que las personas nombradas en esta solicitud también han solicitado un SSN. Existen excepciones para las siguientes personas.
  - Quienes tengan una exención religiosa según lo descrito en las leyes federales;
  - Quienes sean elegibles solamente para obtener un SSN que no sea de trabajo; o
  - Quienes no sean elegibles para obtener un SSN.
- 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 de Health Connector, visite **mahealthconnector.org/site-policies/privacy-policy**. Para ver la Política de privacidad de MassHealth, consulte el *Folleto para el afiliado* o visite **mass.gov/service-details/masshealth-member-privacy-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 **mass.gov/how-to/enroll-in-a-masshealth-health-plan-individuals-and-families-younger-than-65**. Completar esta solicitud no quiere decir que usted debe 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

Por favor, llámenos para obtener ayuda para completar esta solicitud o si necesita servicios de intérprete al **(800) 841-2900,** TDD/TTY: 711.

INSTRUCCIONES GENERALES

- Por favor, **escriba con letra de imprenta y responda a todas las preguntas completamente**. Es posible que le indiquen que saltee 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 **mass.gov/lists/applications-to-become-a-masshealth-member**. 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 Massachusetts Health Connector le enviará una 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, y a quienes declaren estar embarazadas, tener 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 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.
- Incluya todos los comprobantes de ingresos del hogar. Esta es la manera más rápida de obtener sus beneficios.

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

El **Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP)** es un programa federal que le brinda asistencia para comprar alimentos saludables todos los meses.

☐ Marque esta casilla si quiere que se envíe esta solicitud al Departamento de Asistencia Transicional para usarla como una solicitud de beneficios de SNAP. Usted debe leer los derechos y las responsabilidades de las páginas 23 a 25, y firmar en la página 26 para tramitar la solicitud.

¿Qué sucede después de que usted solicite los beneficios de SNAP?

- El DTA lo llamará pronto para hacerle una entrevista telefónica y verificar que pueda recibir beneficios de emergencia de SNAP dentro de los 7 días.
- El DTA colaborará con usted para verificar los datos de su caso.
- Si lo aprueban, recibirá una tarjeta de Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT) para poder acceder a sus beneficios.
- Recibirá un aviso notificándole nuestra decisión dentro de los 30 días.

Si usted está solicitando servicios o si ya obtiene servicios de atención a largo plazo en su hogar mediante una Exención para Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (HCBS), o si usted está en un centro de convalecencia o en un hospital para enfermedades crónicas, por favor, seleccione ese programa. Requeriremos más información y nos comunicaremos con usted para realizar trámites adicionales:

☐ Atención a largo plazo y/o
☐ Exención para Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad

Paso 1 Persona 1. Proporcione información sobre usted mismo y escriba en imprenta.

Necesitamos que una de las personas adultas de su hogar sea la persona de contacto para su solicitud. Por favor, tenga en cuenta 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 de nacimiento (mm/dd/aaaa)

3. ¿Cuál es su dirección de correo electrónico?

4. Dirección ☐ No tiene dirección de su domicilio. Debe proporcionar una dirección postal.			5. Núm. de apartamento o unidad
6. Ciudad	**7. Estado**	**8. Código postal**	**9. Condado**
10. Dirección postal ☐ Marque si es la misma que la dirección.			**11. Núm. de apartamento o unidad**
12. Ciudad	**13. Estado**	**14. Código postal**	**15. Condado**

16. Número de teléfono celular	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 _____

Es posible que MassHealth y Health Connector se comuniquen por escrito con usted en su idioma de preferencia. Si usted no responde, le enviaremos los avisos en inglés.

20. ¿Está alguna persona de esta solicitud en prisión o en la cárcel? ☐ Sí ☐ No
Por favor, marque **No**, si esta persona será liberada en los próximos 60 días.

Si contestó **Sí**, ¿quién es? Escriba el nombre aquí: _____

Si contestó **Sí**, ¿está esta persona esperando el juicio? ☐ Yes ☐ No

La cantidad de ayuda o tipo de programa para el cual puede ser elegible depende del número de personas en su hogar y de 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.

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*. Los Asesores Certificados de Solicitud deben completar un *Formulario de designación del Asesor Certificado para Tramitar Solicitudes*.

Marque uno ☐ Navegador ☐ Asesor Certificado para Tramitar Solicitudes

Primer nombre, segundo nombre, apellido y sufijo	Dirección de correo electrónico

Nombre de la organización	Número de identificación de la organización	Número de teléfono de la organización

PASO 2 Proporcione información sobre su hogar.

¿Quién debería estar incluido 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
- Toda persona a quien usted incluya en su declaración de impuestos (aunque no viva con usted)
- Toda persona que su pareja no casada incluya en su declaración de impuestos (aunque no viva con usted), si también incluye a su pareja no casada
- Toda persona con quien vive y a quien cuida que sea menor de 19 años

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 que su pareja no casada los haya incluido en su propia 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 es mayore de 19 años)
- Otros parientes adultos a quienes usted no reclame como dependientes impositivos

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. ¿Qué sexo se le asignó al nacer? ☐ Masculino ☐ Femenino
En general, se refiere al sexo que originalmente se indicó en su certificado de nacimiento.

OPCIONAL: MassHealth se compromete a brindar atención equitativa para todos los afiliados independientemente de su raza, etnicidad, género, orientación sexual o del idioma que hablen. Por favor, complete las Preguntas 5-9 para ayudarnos a satisfacer sus necesidades según su cultura y su idioma. Su respuesta es voluntaria y no afectará su elegibilidad ni será usada con fines discriminatorios.

5. ¿Qué opción describe mejor su identidad de género actual?

> La identidad de género consiste en la manera en que una persona percibe y define su género ya sea como hombre, mujer, género no binario, género no conforme, transgénero o de otra manera. Seleccione hasta cinco opciones.

☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Hombre transgénero u hombre trans ☐ Mujer transgénero o mujer trans
☐ Intergénero, cuirgénero (*gender queer*) o no conforme, no binario, ni exclusivamente masculino ni exclusivamente femenino
☐ No se detalla la identidad de género. Por favor, especifique: _____ ☐ No sé. ☐ Prefiero no responder.

6. ¿Cuál de las siguientes opciones describe su orientación sexual actual?

La orientación sexual describe la manera en que una persona define su atracción física y/o emocional hacia los demás. Seleccione hasta cinco opciones.

☐ Heterosexual ☐ Lesbiana o gay ☐ Bisexual ☐ Cuir (*queer*), pansexual o cuestionándose
☐ No se detalla la orientación sexual. Por favor, especifique: _____ ☐ No sé ☐ Prefiero no responder.

7. ¿Tiene usted ascendencia u origen hispano o latino?

Las palabras hispano o latino se refieren a personas que tienen cultura u origen cubano, mexicano, puertorriqueño, sudamericano, centroamericano o a otros hispanohablantes, independientemente de la raza.

☐ Sí, hispano o latino ☐ No, ni hispano ni latino ☐ No sé. ☐ Prefiero no responder.

8. Raza (vea la página 27) _____

La raza se refiere a la manera en que una persona se autoidentifica con uno o más grupos sociales. Usted puede indicar varias razas.

9. Etnicidad (vea la página 27) _____

La etnicidad se refiere a sus orígenes, herencia, cultura, ascendencia o al país donde nacieron usted y su familia.

10. ¿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. Existen excepciones para quienes tengan una exención religiosa según lo descrito en las leyes federales, sean elegibles solamente para obtener un SSN que no sea de trabajo, o que no sean elegibles para obtener un SSN. 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. Si usted necesita ayuda para obtener un SSN, llame a la Administración del Seguro Social (SSA) al (800) 772-1213 o por TTY al (800) 325-0778, o visite **socialsecurity.gov**. Para obtener más información, por favor, consulte el *Folleto para el afiliado*. Para ver más información sobre cómo usar su Número de Seguro Social, por favor, consulte el *Folleto para el afiliado*.

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

Si contestó **No**, marque una de las razones a continuación.
☐ Excepción por enfermedad ☐ 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

11. 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 tenido necesidad de declarar impuestos o que haya decidido no declararlos en el pasado, pero deberá presentar una declaración de impuestos federales para todos los años que obtenga un APTC. Usted debe marcar "Sí" en la Pregunta 11 para ser elegible y recibir ConnectorCare o los APTC para ayudar a pagar su seguro de salud. **Si usted califica, NO debe presentar ninguna declaración de impuestos para solicitar ni para obtener MassHealth, CMSP o HSN.**

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

Usted debe presentar una declaración federal de impuestos conjunta con su cónyuge para el año en que usted solicita beneficios para obtener ciertos programas (ConnectorCare o los APTC), a menos que sea víctima de abuso doméstico o abandono, o que declare impuestos como Jefe del hogar. Si usted va a declarar impuestos como Jefe del hogar, deberá contestar "No" a la Pregunta 11a ("¿Está usted casado o casada legalmente?"). Una manera en que podría calificar como Jefe del hogar es que usted viva separado/a de su cónyuge y que reclame a otra persona como su dependiente. Consulte la Publicación 501 del IRS o con un especialista en impuestos para obtener información sobre cómo declarar impuestos. En esta solicitud, solamente deberá incluirse usted y todos sus dependientes.

a. ¿Está usted casado o casada legalmente? ☐ Sí ☐ No
Si contestó **No**, pase a la Pregunta 11c.
Si contestó **Sí**, escriba el nombre y la fecha de nacimiento de su 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 toda persona nombrada en esta solicitud como dependiente y que esté inscrita en la cobertura por medio de Massachusetts Health

Connector y cuya prima para la cobertura se pague en parte o en su totalidad por pagos adelantados. Escriba los nombres y la fecha de nacimiento de los dependientes.

_____

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 si podrá 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 de su 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: Presenté una declaración federal de impuestos ante el Servicio de Impuestos Internos (IRS) para al menos un año en los pasados dos años cuando yo recibí un Crédito Fiscal Anticipado por el Pago de Primas (APTC) para reducir los pagos de las primas mensuales, incluso si estuve inscrito en ConnectorCare. Adjunté los formularios de impuestos que demuestran los créditos fiscales que recibí cuando presenté mi declaración de impuestos para que el IRS calculara la cantidad de Crédito Fiscal Anticipado por el Pago de Primas (APTC) al cual fui elegible de recibir según mis ingresos definitivos de ese año.
☐ Sí ☐ No

Conteste **Sí**, en el caso que: 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.

12. ¿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 18 y 19, luego vaya a **Información sobre ingresos**.

13. ¿Es usted ciudadano o nacional de EE. UU.? ☐ Sí ☐ No
Si contestó **Sí**, ¿es usted ciudadano naturalizado o posee ciudadanía derivada o adquirida (no nació en EE. UU.)? ☐ Sí ☐ No
Número de extranjero _____ Número de certificado de naturalización o de ciudadanía _____

14. Si usted no es ciudadano, ¿tiene un estado inmigratorio elegible? ☐ Sí ☐ No.
a. ¿Es usted un Residente Permanente Legal (LPR o titular de una tarjeta verde), un Participante Cubano-Haitiano (CHE) con permiso de ingreso o un migrante según el Pacto de Libre Asociación (COFA)? ☐ Sí ☐ No, no estoy seguro/a, o prefiero no responder.
b. ¿Tiene usted un documento inmigratorio? ☐ Sí ☐ No

> Nos ayudaría a procesar esta solicitud con más rapidez si usted incluye una copia de los documentos de inmigración para todas las personas que estén solicitando beneficios. Verificaremos el estado inmigratorio mediante la comparación electrónica de datos. Por favor, escriba todos los estados inmigratorios o las condiciones que correspondan para todas las personas nombradas en esta solicitud desde que ingresaron a EE. UU. Si usted 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.)

Estado inmigratorio _____ Tipo de documento inmigratorio _____
Elija uno o más estados y tipos de documentos de la lista en la página 27.

Número de ID del documento_____ Número de extranjero _____

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

c. ¿Utilizó usted el mismo nombre en esta solicitud que el usado para obtener su estado inmigratorio? ☐ Sí ☐ No.
Si contestó N**o**, ¿qué nombre usó? Primer nombre, segundo nombre, apellidos y sufijo _____

d. ¿Llegó usted a EE. UU. después del 22 de agosto de 1996? ☐ Sí ☐ No

e. ¿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

f. **Opcional:** ¿Es usted ☐ víctima de tráfico grave; ☐ cónyuge, hijo/a, hermano/a o padre/madre de una víctima de tráfico; ☐ cónyuge maltratado/a; o ☐ hijo/a o padre/madre de un cónyuge maltratado/a?

15. ¿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 para recibir atención médica en un entorno que no sea un centro de enfermería, usted debe responder **No** a esta pregunta.

16. ¿Vive usted con al menos un niño menor de 19 años, y es usted el cuidador principal del niño o los niños?
☐ Sí ☐ No. Nombres y fecha de nacimiento del niño o los niños _____

17. ¿Tiene usted una lesión, enfermedad o discapacidad (incluida una condición de salud mental discapacitante) que ha durado o se prevé que dure por lo menos 12 meses? Si es legalmente ciego, responda **Sí**. ☐ Sí ☐ No

18. ¿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.

19. ¿Está usted embarazada? ☐ Sí ☐ No
Si contestó **Sí**, ¿cuántos bebés está esperando? _____ ¿Cuál es su fecha prevista de parto? _____

20. **Opcional** ¿Tiene usted cáncer de seno o del cuello del útero? ☐ Sí ☐ No (Podrían aplicarse requisitos específicos de cobertura.)

21. **Opcional** ¿Es usted VIH positivo? ☐ Sí ☐ No (MassHealth tiene requisitos específicos de cobertura para personas con VIH.)

22. ¿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. ¿Recibió usted atención de salud por medio de un programa estatal de Medicaid? ☐ Sí ☐ No

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

23. ¿Tiene usted algún ingreso? ☐ Sí ☐ No. Si contesó **No**, pase a la Pregunta 37.

EMPLEO | Si usted necesita más espacio, adjunte otra hoja.

24. **EMPLEO ACTUAL 1:** Nombre y dirección del empleador | Núm. de ID del impuesto federal

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

26. Promedio del número de horas trabajadas por SEMANA _____

27. ¿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.

28. **EMPLEO ACTUAL 2:** Nombre y dirección del empleador | Núm. de ID del impuesto federal

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

30. Promedio del número de horas trabajadas por SEMANA _____

31. ¿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.

32. **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 o pérdidas después de pagar los gastos del negocio) obtendrá usted de este empleo por cuenta propia cada **mes**? $_____/**ganancia** o $_____/**pérdida**?
    c. ¿Cuántas horas trabaja por semana? _____

OTROS INGRESOS

33. Marque todo lo que corresponda. Escriba 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? _____

☐ Desempleo $ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

☐ Jubilación/Retiro o pensión $ _____ ¿Con qué frecuencia? _____ Fuente _____

- ☐ Intereses, dividendos y otros ingresos por inversiones $ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
- ☐ Beneficios de veteranos imponibles $ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
- ☐ Pago de jubilación militar imponible $ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
- ☐ Pensión alimenticia recibida $ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
  Si usted recibe pensión alimenticia según un divorcio, acuerdo de separación u orden judicial cuya sentencia sea definitiva antes del 1 de enero del 2019, escriba aquí la cantidad de dichos pagos. $ _____
- ☐ Otros ingresos imponibles $ _____ ¿Con qué frecuencia? _____ Tipo _____
- ☐ Ingresos netos por alquiler o regalías $ _____ /**ganancia** o $ _____ /**pérdida**
  ¿Con qué frecuencia? _____
- ☐ Ganancias sobre el capital: En promedio, ¿cuántos ingresos netos o pérdidas tendrá usted de esta ganancia sobre el capital cada mes? $ _____/**ganancia** o $ _____/**pérdida**
- ☐ Ingresos netos por agricultura, ganadería y pesca $ _____/**ganancia** o $ _____/**pérdida**
  ¿Cuántas horas por cada semana? _____
- ☐ Ganancias de lotería y de juegos de azar $ _____ Fecha de vigencia _____
  Frecuencia: ☐ Solamente una vez ☐ Semanal ☐ Cada dos semanas ☐ Dos veces por mes ☐ Mensual ☐ Anual
  Los premios que no sean en efectivo no califican para ser considerados ganancias de lotería o de juegos de azar. No incluya las pérdidas en la cantidad.

INGRESOS POR ÚNICA VEZ

34. ¿Ha recibido o recibirá usted ingresos durante este año calendario como un pago único? ☐ Sí ☐ No
    Un ejemplo sería recibir la pensión en un pago único.
    Si contestó **Sí**: Tipo _____ Cantidad $ _____ Mes en que se recibe _____ Año en que se recibe _____

35. ¿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

36. ¿Qué deducciones presenta usted en su declaración de impuestos?

> 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. 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 $_____
- ☐ Contribuciones a 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 según un divorcio, acuerdo de separación u orden judicial cuya sentencia sea definitiva antes del 1 de enero de 2019: 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 $_____
- ☐ Ninguno

INGRESO ANUAL

37. ¿Cuál es su ingreso total previsto para el año calendario actual?

38. ¿Cuál es su ingreso total previsto 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. ¿Qué sexo se le asignó a esta persona al nacer? ☐ Masculino ☐ Femenino
En general, se refiere al sexo que originalmente se indicó en el certificado de nacimiento.

OPCIONAL: Consulte las instrucciones de las Preguntas 5-9, en la Persona 1.

5. ¿Qué opción describe mejor la identidad de género actual de esta persona? Seleccione hasta cinco opciones.
☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Hombre transgénero u hombre trans ☐ Mujer transgénero o mujer trans
☐ Intergénero, cuirgénero (*gender queer*) o no conforme, no binario, ni exclusivamente masculino ni exclusivamente femenino
☐ No se detalla la identidad de género. Por favor, especifique: _____ ☐ No sé. ☐ Prefiero no responder.

6. ¿Cuál de las siguientes opciones describe la orientación sexual actual de esta persona? Seleccione hasta cinco opciones.
☐ Heterosexual ☐ Lesbiana o gay ☐ Bisexual ☐ Cuir (*queer*), pansexual o cuestionándose
☐ No se detalla la orientación sexual. Por favor, especifique: _____ ☐ No sé ☐ Prefiero no responder.

7. ¿Tiene esta persona ascendencia u origen hispano o latino?
☐ Sí, hispano o latino ☐ No, ni hispano ni latino ☐ No sé. ☐ Prefiero no responder.

8. Raza (vea la página 27) | 9. Etnicidad (vea la página 27)

10. ¿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 el SSN y cómo solicitar un SSN, por favor, consulte las instrucciones de la Pregunta 10 en la Persona 1.

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

Si contestó **No**, marque una de las razones a continuación.
☐ Excepción por enfermedad ☐ 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 la tarjeta del Seguro Social de esta persona? _____
Primer nombre, segundo nombre, apellido y sufijo

11. 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

> Consulte las instrucciones de la Pregunta 11 en la Persona 1.

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

a. ¿Está esta persona casada legalmente? ☐ Sí ☐ No
Si contestó **No**, pase a la Pregunta 11c.
Si contestó **Sí**, escriba el nombre y la fecha de nacimiento de su 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 toda persona nombrada en esta solicitud como dependiente que esté inscrita en la cobertura por medio de Massachusetts Health Connector y cuya prima para la cobertura se pague en parte o en su totalidad por pagos adelantados. Escriba los nombres y la fecha de nacimiento de los dependientes.

_____

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, es posible que esto afecte su capacidad 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 de su 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

12. ¿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 18 y 19, luego vaya a **Información sobre ingresos**.

13. ¿Es esta persona ciudadano de EE. UU. o ciudadano naturalizado? ☐ Sí ☐ No
Si contestó **Sí**, ¿es esta persona ciudadano naturalizado o posee ciudadanía derivada o adquirida (no nació en EE. UU.)? ☐ Sí ☐ No
Número de extranjero _____ Número de certificado de naturalización o de ciudadanía _____

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

Consulte las instrucciones de la Pregunta 14 en la Persona 1.

a. ¿Es esta persona un Residente Permanente Legal (LPR o titular de una tarjeta verde), un Participante Cubano-Haitiano (CHE) con permiso de ingreso o un migrante según el Pacto de Libre Asociación (COFA)? ☐ Sí ☐ No, no estoy seguro/a, o prefiero no responder.

b. ¿Tiene esta persona un documento inmigratorio? ☐ Sí ☐ No

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

Estado inmigratorio _____ Tipo de documento inmigratorio _____
Elija uno o más estados y tipos de documentos de la lista en la página 27.

Número de ID del documento _____ Número de extranjero _____

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

c. ¿Utilizó esta persona el mismo nombre en esta solicitud y para obtener su estado inmigratorio? ☐ Sí ☐ No
Si contestó **No**, ¿qué nombre usó esta persona?
Primer nombre, segundo nombre, apellidos y sufijo _____

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

e. ¿Es esta persona es 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

f. **Opcional:** ¿Es esta persona ☐ víctima de tráfico grave; ☐ cónyuge, hijo/a, hermano/a o padre/madre de una víctima de tráfico; ☐ cónyuge maltratado/a; o ☐ hijo/a o padre/madre de un cónyuge maltratado/a?

15. ¿Vive esta persona en Massachusetts, y o bien planea esta persona residir aquí, incluso si 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 para recibir atención médica en un entorno que no sea un centro de enfermería, usted debe responder **No** a esta pregunta.

16. ¿Vive esta persona con al menos un niño menor de 19 años, y es esta persona el cuidador principal del niño o los niños? ☐ Sí ☐ No.
Nombres y fecha de nacimiento del niño o los niños _____

17. ¿Tiene esta persona una lesión, enfermedad o discapacidad (incluida una condición de salud mental discapacitante) que ha durado o se prevé que dure por lo menos 12 meses? Si es legalmente ciego, responda **Sí**. ☐ Sí ☐ No

18. ¿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.

19. ¿Está esta persona embarazada? ☐ Sí ☐ No
Si contestó **Sí**, ¿cuántos bebés está esperando? _____ ¿Cuál es la fecha prevista de parto? _____

20. **Opcional** ¿Tiene esta persona cáncer de seno o del cuello del útero? ☐ Sí ☐ No (Podrían aplicarse requisitos específicos de cobertura.)

21. **Opcional** ¿Es esta persona VIH positivo? ☐ Sí ☐ No (MassHealth tiene requisitos específicos de cobertura para personas con VIH.)

22. ¿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. ¿Recibió esta persona atención de salud por medio de un programa estatal de Medicaid? ☐ Sí ☐ No

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

23. ¿Tiene esta persona algún ingreso? ☐ Sí ☐ No. Si esta persona no tiene ingresos, pase a la Pregunta 37.

EMPLEO | Si esta persona necesita más espacio, adjunte otra hoja.

24. **EMPLEO ACTUAL 1:** Nombre y dirección del empleador	Núm. de ID del impuesto federal

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

26. Promedio del número de horas trabajadas por SEMANA _____

27. ¿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.

28. **EMPLEO ACTUAL 2:** Nombre y dirección del empleador	Núm. de ID del impuesto federal

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

30. Promedio del número de horas trabajadas por SEMANA _____

31. ¿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.

32. **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 o pérdidas después de pagar los gastos del negocio) obtendrá esta persona de este empleo por cuenta propia cada **mes**? $_____/**ganancia** o $_____/**pérdida**?
    c. ¿Cuántas horas trabaja esta persona por semana? _____

OTROS INGRESOS

33. Marque todo lo que corresponda. Escriba la cantidad y con qué frecuencia la recibe esta persona. **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? _____
☐ Desempleo $ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
☐ Jubilación/Retiro o pensión $ _____ ¿Con qué frecuencia? _____ Fuente _____
☐ Intereses, dividendos y otros ingresos por inversiones $ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
☐ Beneficios de veteranos imponibles $ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

- ☐ Pago de jubilación militar imponible $ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
- ☐ Pensión alimenticia recibida $ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
  Si esta persona recibe pensión alimenticia según un divorcio, acuerdo de separación u orden judicial cuya sentencia sea definitiva antes del 1 de enero del 2019, escriba aquí la cantidad de dichos pagos. $ _____
- ☐ Otros ingresos imponibles $ _____ ¿Con qué frecuencia? _____ Tipo _____
- ☐ Ingresos netos por alquiler o regalías $ _____ /**ganancia** o $ _____ /**pérdida**
  ¿Con qué frecuencia? _____
- ☐ Ganancias sobre el capital: En promedio, ¿cuántos ingresos netos o pérdidas tendrá esta persona de esta ganancia sobre el capital cada mes? $ _____/**ganancia** o $ _____/**pérdida**
- ☐ Ingresos netos por agricultura, ganadería y pesca $ _____/**ganancia** o $ _____/**pérdida**
  ¿Con qué frecuencia? _____
- ☐ Ganancias de lotería y de juegos de azar $ _____ Fecha de vigencia _____
  Frecuencia: ☐ Solamente una vez ☐ Semanal ☐ Cada dos semanas ☐ Dos veces por mes ☐ Mensual ☐ Anual
  Los premios que no sean en efectivo no califican para ser considerados ganancias de lotería o de juegos de azar. No incluya las pérdidas en la cantidad.

INGRESOS POR ÚNICA VEZ

34. ¿Ha recibido o recibirá esta 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 _____
35. ¿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

36. ¿Qué deducciones presenta esta persona en su declaración de impuestos?

    Consulte las instrucciones de la Pregunta 36 en la Persona 1.

- ☐ 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 $_____
- ☐ Contribuciones a 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 según un divorcio, acuerdo de separación u orden judicial cuya sentencia sea definitiva antes del 1 de enero de 2019: 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 $_____
- ☐ Ninguno

INGRESO ANUAL

37. ¿Cuál es el ingreso total previsto de esta persona para el año calendario actual?
38. ¿Cuál es el ingreso total previsto 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. ¿Qué sexo se le asignó a esta persona al nacer? ☐ Masculino ☐ Femenino
En general, se refiere al sexo que originalmente se indicó en el certificado de nacimiento.

OPCIONAL: Consulte las instrucciones de las Preguntas 5-9, en la Persona 1.

5. ¿Qué opción describe mejor la identidad de género actual de esta persona? Seleccione hasta cinco opciones.
☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Hombre transgénero u hombre trans ☐ Mujer transgénero o mujer trans
☐ Intergénero, cuirgénero (*gender queer*) o no conforme, no binario, ni exclusivamente masculino ni exclusivamente femenino
☐ No se detalla la identidad de género. Por favor, especifique: _____ ☐ No sé. ☐ Prefiero no responder.

6. ¿Cuál de las siguientes opciones describe la orientación sexual actual de esta persona? Seleccione hasta cinco opciones.
☐ Heterosexual ☐ Lesbiana o gay ☐ Bisexual ☐ Cuir (*queer*), pansexual o cuestionándose
☐ No se detalla la orientación sexual. Por favor, especifique: _____ ☐ No sé ☐ Prefiero no responder.

7. ¿Tiene esta persona ascendencia u origen hispano o latino?
☐ Sí, hispano o latino ☐ No, ni hispano ni latino ☐ No sé. ☐ Prefiero no responder.

8. Raza (vea la página 27) | 9. Etnicidad (vea la página 27)

10. ¿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 el SSN y cómo solicitar un SSN, por favor, consulte las instrucciones de la Pregunta 10 en la Persona 1.

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

Si contestó **No**, marque una de las razones a continuación.
☐ Excepción por enfermedad ☐ 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 la tarjeta del Seguro Social de esta persona? _____
Primer nombre, segundo nombre, apellido y sufijo

11. 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

> Consulte las instrucciones de la Pregunta 11 en la Persona 1.

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

a. ¿Está esta persona casada legalmente? ☐ Sí ☐ No
Si contestó **No**, pase a la Pregunta 11c.
Si contestó **Sí**, escriba el nombre y la fecha de nacimiento de su 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 toda persona nombrada en esta solicitud como dependiente que esté inscrito en la cobertura por medio de Massachusetts Health Connector y cuya prima para la cobertura se pague en parte o en su totalidad por pagos adelantados. Escriba los nombres y la fecha de nacimiento de los dependientes.

_____

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, es posible que esto afecte su capacidad 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 de su 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

12. ¿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 18 y 19, luego vaya a **Información sobre ingresos**.

13. ¿Es esta persona ciudadano de EE. UU. o ciudadano naturalizado? ☐ Sí ☐ No
Si contestó **Sí**, ¿es esta persona ciudadano naturalizado o posee ciudadanía derivada o adquirida (no nació en EE. UU.)? ☐ Sí ☐ No
Número de extranjero _____ Número de certificado de naturalización o de ciudadanía _____

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

Consulte las instrucciones de la Pregunta 14 en la Persona 1.

a. ¿Es esta persona un Residente Permanente Legal (LPR o titular de una tarjeta verde), un Participante Cubano-Haitiano (CHE) con permiso de ingreso o un migrante según el Pacto de Libre Asociación (COFA)? ☐ Sí ☐ No, no estoy seguro/a, o prefiero no responder.

b. ¿Tiene esta persona un documento inmigratorio? ☐ Sí ☐ No

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

Estado inmigratorio _____ Tipo de documento inmigratorio _____
Elija uno o más estados y tipos de documentos de la lista en la página 27.

Número de ID del documento _____ Número de extranjero _____

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

c. ¿Utilizó esta persona el mismo nombre en esta solicitud y para obtener su estado inmigratorio? ☐ Sí ☐ No
Si contestó **No**, ¿qué nombre usó esta persona?
Primer nombre, segundo nombre, apellidos y sufijo _____

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

e. ¿Es esta persona es 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

f. **Opcional:** ¿Es esta persona ☐ víctima de tráfico grave; ☐ cónyuge, hijo/a, hermano/a o padre/madre de una víctima de tráfico; ☐ cónyuge maltratado/a; o ☐ hijo/a o padre/madre de un cónyuge maltratado/a?

15. ¿Vive esta persona en Massachusetts, y o bien planea esta persona residir aquí, incluso si 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 para recibir atención médica en un entorno que no sea un centro de enfermería, usted debe responder **No** a esta pregunta.

16. ¿Vive esta persona con al menos un niño menor de 19 años, y es esta persona el cuidador principal del niño o los niños? ☐ Sí ☐ No.
Nombres y fecha de nacimiento del niño o los niños _____

17. ¿Tiene esta persona una lesión, enfermedad o discapacidad (incluida una condición de salud mental discapacitante) que ha durado o se prevé que dure por lo menos 12 meses? Si es legalmente ciego, responda **Sí**. ☐ Sí ☐ No

18. ¿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.

19. ¿Está esta persona embarazada? ☐ Sí ☐ No
Si contestó **Sí**, ¿cuántos bebés está esperando? _____ ¿Cuál es la fecha prevista de parto? _____

20. **Opcional** ¿Tiene esta persona cáncer de seno o del cuello del útero? ☐ Sí ☐ No (Podrían aplicarse requisitos específicos de cobertura.)

21. **Opcional** ¿Es esta persona VIH positivo? ☐ Sí ☐ No (MassHealth tiene requisitos específicos de cobertura para personas con VIH.)

22. ¿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. Recibió esta persona atención de salud por medio de un programa estatal de Medicaid? ☐ Sí ☐ No

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

23. ¿Tiene esta persona algún ingreso? ☐ Sí ☐ No. Si esta persona no tiene ingresos, pase a la Pregunta 37.

EMPLEO | Si esta persona necesita más espacio, adjunte otra hoja.

24. **EMPLEO ACTUAL 1:** Nombre y dirección del empleador | Núm. de ID del impuesto federal

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

26. Promedio del número de horas trabajadas por SEMANA _____

27. ¿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.

28. **EMPLEO ACTUAL 2:** Nombre y dirección del empleador | Núm. de ID del impuesto federal

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

30. Promedio del número de horas trabajadas por SEMANA _____

31. ¿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.

32. **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 o pérdidas después de pagar los gastos del negocio) obtendrá esta persona de este empleo por cuenta propia cada **mes**? $_____/**ganancia** o $_____/**pérdida**?
    c. ¿Cuántas horas trabaja esta persona por semana? _____

OTROS INGRESOS

33. Marque todo lo que corresponda. Escriba la cantidad y con qué frecuencia la recibe esta persona. **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? _____
    ☐ Desempleo $ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
    ☐ Jubilación/Retiro o pensión $ _____ ¿Con qué frecuencia? _____ Fuente _____
    ☐ Intereses, dividendos y otros ingresos por inversiones $ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
    ☐ Beneficios de veteranos imponibles $ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
    ☐ Pago de jubilación militar imponible $ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

☐ Pensión alimenticia recibida $ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
Si esta persona recibe pensión alimenticia según un divorcio, acuerdo de separación u orden judicial cuya sentencia sea definitiva antes del 1 de enero del 2019, escriba aquí la cantidad de dichos pagos. $ _____

☐ Otros ingresos imponibles $ _____ ¿Con qué frecuencia? _____ Tipo _____

☐ Ingresos netos por alquiler o regalías $ _____ /**ganancia** o $ _____ /**pérdida**
¿Con qué frecuencia? _____

☐ Ganancias sobre el capital: En promedio, ¿cuántos ingresos netos o pérdidas tendrá esta persona de esta ganancia sobre el capital cada mes? $ _____/**ganancia** o $ _____/**pérdida**

☐ Ingresos netos por agricultura, ganadería y pesca $ _____/**ganancia** o $ _____/**pérdida**
¿Con qué frecuencia? _____

☐ Ganancias de lotería y de juegos de azar $ _____ Fecha de vigencia _____
Frecuencia: ☐ Solamente una vez ☐ Semanal ☐ Cada dos semanas ☐ Dos veces por mes ☐ Mensual ☐ Anual
Los premios que no sean en efectivo no califican para ser considerados ganancias de lotería o de juegos de azar. No incluya las pérdidas en la cantidad.

INGRESOS POR ÚNICA VEZ

34. ¿Ha recibido o recibirá esta 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 _____

35. ¿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

36. ¿Qué deducciones presenta esta persona en su declaración de impuestos?

Consulte las instrucciones de la Pregunta 36 en la Persona 1.

☐ 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 $_____

☐ Contribuciones a 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 según un divorcio, acuerdo de separación u orden judicial cuya sentencia sea definitiva antes del 1 de enero de 2019: 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 $_____

☐ Ninguno

INGRESO ANUAL

37. ¿Cuál es el ingreso total previsto de esta persona para el año calendario actual?

38. ¿Cuál es el ingreso total previsto 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).

Si tiene más de cuatro personas para incluir en esta solicitud, descargue o haga una copia de las páginas de información para el Paso 2 Persona 4 en blanco 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.

PASO 2 Persona 4 (Si son más de 4 personas, esta es la Persona ___)

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. ¿Qué sexo se le asignó a esta persona al nacer? ☐ Masculino ☐ Femenino En general, se refiere al sexo que originalmente se indicó en el certificado de nacimiento.

OPCIONAL: Consulte las instrucciones de las Preguntas 5-9, en la Persona 1.

5. ¿Qué opción describe mejor la identidad de género actual de esta persona? Seleccione hasta cinco opciones.
   ☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Hombre transgénero u hombre trans ☐ Mujer transgénero o mujer trans
   ☐ Intergénero, cuirgénero (*gender queer*) o no conforme, no binario, ni exclusivamente masculino ni exclusivamente femenino
   ☐ No se detalla la identidad de género. Por favor, especifique: _____ ☐ No sé. ☐ Prefiero no responder.

6. ¿Cuál de las siguientes opciones describe la orientación sexual actual de esta persona? Seleccione hasta cinco opciones.
   ☐ Heterosexual ☐ Lesbiana o gay ☐ Bisexual ☐ Cuir (*queer*), pansexual o cuestionándose
   ☐ No se detalla la orientación sexual. Por favor, especifique: _____ ☐ No sé ☐ Prefiero no responder.

7. ¿Tiene esta persona ascendencia u origen hispano o latino?
   ☐ Sí, hispano o latino ☐ No, ni hispano ni latino ☐ No sé. ☐ Prefiero no responder.

8. Raza (vea la página 27)	9. Etnicidad (vea la página 27)

10. ¿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 el SSN y cómo solicitar un SSN, por favor, consulte las instrucciones de la Pregunta 10 en la Persona 1.

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

    Si contestó **No**, marque una de las razones a continuación.
    ☐ Excepción por enfermedad ☐ 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 la tarjeta del Seguro Social de esta persona? _____
    Primer nombre, segundo nombre, apellido y sufijo

11. 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

    Consulte las instrucciones de la Pregunta 11 en la Persona 1.

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

    a. ¿Está esta persona casada legalmente? ☐ Sí ☐ No
       Si contestó **No**, pase a la Pregunta 11c.
       Si contestó **Sí**, escriba el nombre y la fecha de nacimiento de su 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 toda persona nombrada en esta solicitud como dependiente que esté inscrito en la cobertura por medio de Massachusetts Health Connector y cuya prima para la cobertura se pague en parte o en su totalidad por pagos adelantados. Escriba los nombres y la fecha de nacimiento de los dependientes.

       _____

    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, es posible que esto afecte su capacidad 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 de su 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

12. ¿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 18 y 19, luego vaya a **Información sobre ingresos**.

13. ¿Es esta persona ciudadano de EE. UU. o ciudadano naturalizado? ☐ Sí ☐ No
Si contestó **Sí**, ¿es esta persona ciudadano naturalizado o posee ciudadanía derivada o adquirida (no nació en EE. UU.)? ☐ Sí ☐ No
Número de extranjero _____ Número de certificado de naturalización o de ciudadanía _____

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

Consulte las instrucciones de la Pregunta 14 en la Persona 1.

a. ¿Es esta persona un Residente Permanente Legal (LPR o titular de una tarjeta verde), un Participante Cubano-Haitiano (CHE) con permiso de ingreso o un migrante según el Pacto de Libre Asociación (COFA)? ☐ Sí ☐ No, no estoy seguro/a, o prefiero no responder.

b. ¿Tiene esta persona un documento inmigratorio? ☐ Sí ☐ No

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

Estado inmigratorio _____ Tipo de documento inmigratorio _____
Elija uno o más estados y tipos de documentos de la lista en la página 27.

Número de ID del documento _____ Número de extranjero _____

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

c. ¿Utilizó esta persona el mismo nombre en esta solicitud y para obtener su estado inmigratorio? ☐ Sí ☐ No
Si contestó **No**, ¿qué nombre usó esta persona?
Primer nombre, segundo nombre, apellidos y sufijo _____

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

e. ¿Es esta persona es 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

f. **Opcional:** ¿Es esta persona ☐ víctima de tráfico grave; ☐ cónyuge, hijo/a, hermano/a o padre/madre de una víctima de tráfico; ☐ cónyuge maltratado/a; o ☐ hijo/a o padre/madre de un cónyuge maltratado/a?

15. ¿Vive esta persona en Massachusetts, y o bien planea esta persona residir aquí, incluso si 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 para recibir atención médica en un entorno que no sea un centro de enfermería, usted debe responder **No** a esta pregunta.

16. ¿Vive esta persona con al menos un niño menor de 19 años, y es esta persona el cuidador principal del niño o los niños? ☐ Sí ☐ No
Nombres y fecha de nacimiento del niño o los niños _____

17. ¿Tiene esta persona una lesión, enfermedad o discapacidad (incluida una condición de salud mental discapacitante) que ha durado o se prevé que dure por lo menos 12 meses? Si es legalmente ciego, responda **Sí**. ☐ Sí ☐ No

18. ¿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.

19. ¿Está esta persona embarazada? ☐ Sí ☐ No
Si contestó **Sí**, ¿cuántos bebés está esperando? _____ ¿Cuál es la fecha prevista de parto? _____

20. **Opcional** ¿Tiene esta persona cáncer de seno o del cuello del útero? ☐ Sí ☐ No (Podrían aplicarse requisitos específicos de cobertura.)

21. **Opcional** ¿Es esta persona VIH positivo? ☐ Sí ☐ No (MassHealth tiene requisitos específicos de cobertura para personas con VIH.)

22. ¿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. ¿Recibió esta persona atención de salud por medio de un programa estatal de Medicaid? ☐ Sí ☐ No

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

23. ¿Tiene esta persona algún ingreso? ☐ Sí ☐ No. Si esta persona no tiene ingresos, pase a la Pregunta 37.

EMPLEO | Si esta persona necesita más espacio, adjunte otra hoja.

24. **EMPLEO ACTUAL 1:** Nombre y dirección del empleador | Núm. de ID del impuesto federal

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

26. Promedio del número de horas trabajadas por SEMANA _____

27. ¿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.

28. **EMPLEO ACTUAL 2:** Nombre y dirección del empleador | Núm. de ID del impuesto federal

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

30. Promedio del número de horas trabajadas por SEMANA _____

31. ¿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.

32. **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 o pérdidas después de pagar los gastos del negocio) obtendrá esta persona de este empleo por cuenta propia cada **mes**? $_____/**ganancia** o $_____/**pérdida**?
    c. ¿Cuántas horas trabaja esta persona por semana? _____

OTROS INGRESOS

33. Marque todo lo que corresponda. Escriba la cantidad y con qué frecuencia la recibe esta persona. **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? _____
    ☐ Desempleo $ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
    ☐ Jubilación/Retiro o pensión $ _____ ¿Con qué frecuencia? _____ Fuente _____
    ☐ Intereses, dividendos y otros ingresos por inversiones $ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
    ☐ Beneficios de veteranos imponibles $ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
    ☐ Pago de jubilación militar imponible $ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
    ☐ Pensión alimenticia recibida $ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
    Si esta persona recibe pensión alimenticia según un divorcio, acuerdo de separación u orden judicial cuya sentencia sea definitiva antes del 1 de enero del 2019, escriba aquí la cantidad de dichos pagos. $ _____

- ☐ Otros ingresos imponibles $ _____ ¿Con qué frecuencia? _____ Tipo _____
- ☐ Ingresos netos por alquiler o regalías $ _____ /**ganancia** o $ _____ /**pérdida**
  ¿Con qué frecuencia? _____
- ☐ Ganancias sobre el capital: En promedio, ¿cuántos ingresos netos o pérdidas tendrá esta persona de esta ganancia sobre el capital cada mes? $ _____/**ganancia** o $ _____/**pérdida**
- ☐ Ingresos netos por agricultura, ganadería y pesca $ _____/**ganancia** o $ _____/**pérdida**
  ¿Con qué frecuencia? _____
- ☐ Ganancias de lotería y de juegos de azar $ _____ Fecha de vigencia _____
  Frecuencia: ☐ Solamente una vez ☐ Semanal ☐ Cada dos semanas ☐ Dos veces por mes ☐ Mensual ☐ Anual
  Los premios que no sean en efectivo no califican para ser considerados ganancias de lotería o de juegos de azar. No incluya las pérdidas en la cantidad.

INGRESOS POR ÚNICA VEZ

34. ¿Ha recibido o recibirá esta 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 _____

35. ¿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

36. ¿Qué deducciones presenta esta persona en su declaración de impuestos?

    Consulte las instrucciones de la Pregunta 36 en la Persona 1.

- ☐ 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 $_____
- ☐ Contribuciones a 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 según un divorcio, acuerdo de separación u orden judicial cuya sentencia sea definitiva antes del 1 de enero de 2019: 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 $_____
- ☐ Ninguno

INGRESO ANUAL

37. ¿Cuál es el ingreso total previsto de esta persona para el año calendario actual?

38. ¿Cuál es el ingreso total previsto 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**.

PASO 4 Facturas médicas anteriores

¿Tiene usted o alguien nombrado en esta solicitud facturas de servicios médicos que recibieron durante los tres meses anteriores a presentar esta solicitud? ☐ Sí ☐ No

Si contestó **Sí**, es posible que MassHealth pueda pagarle estas facturas si usted era elegible durante el período solicitado. Es posible que deba darle a MassHealth las pruebas de ingresos, tamaño de la familia, dirección postal, personas discapacitadas o embarazadas, o seguro de salud durante el período solicitado.

Por favor, nombre a continuación todas las personas que soliciten el pago de facturas médicas anteriores.

Nombre	Fecha retroactiva de solicitud	¿Hubo algún cambio en sus circunstancias durante este período? ☐ Sí ☐ No
Nombre	Fecha retroactiva de solicitud	¿Hubo algún cambio en sus circunstancias durante este período? ☐ Sí ☐ No

PASO 5 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. Es posible que también divulguemos información suya y de los integrantes de su hogar a su(s) empleador(es) y/o a la(s) compañía(s) de seguros de salud para confirmar esta información. 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 finalizar. 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 de otra persona, como un cónyuge, incluso si esta 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. _____

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 nombre de la persona junto a la cobertura que tiene. Responda **Sí** incluso si este seguro es mediante otra persona, como un cónyuge, incluso si la persona no vive en el hogar.

   ☐ Inscrito en **Medicare** o califica para recibir Medicare Parte A 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)
   Nombre(s) de la(s) persona(s) cubierta(s) _____
   Fecha de inicio _____ Fecha de finalización _____

   ☐ Califica para **TRICARE** o para un programa de beneficios de salud para empleados federales.
   Nombre(s) de la(s) persona(s) cubierta(s) _____
   Fecha de inicio _____ Fecha de finalización _____
   Número de póliza o ID del afiliado _____

   ☐ Inscrito en un **programa de salud de Asuntos para Veteranos (VA)**
   Nombre(s) de la(s) persona(s) cubierta(s) _____
   Fecha de inicio _____ Fecha de finalización _____

   ☐ **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)
   Nombre(s) de la(s) persona(s) cubierta(s) _____
   Fecha de inicio _____ Fecha de finalización _____
   Número de póliza o ID del afiliado _____

PASO 6 Acuerdos de Reembolso de Gastos Médicos

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

Nombre(s) de la persona	Fecha de nacimiento

Nombre del empleador

Núm. de ID del impuesto federal

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

Fecha de inicio	Fecha de finalización

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

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

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

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

Nombre(s) de la persona	Fecha de nacimiento

Nombre del empleador

Núm. de ID del impuesto federal

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

Fecha de inicio	Fecha de finalización

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

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

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

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

PASO 7 Información sobre los padres

Por favor, responda a estas preguntas para todo niño menor de 18 años, 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**, nombres del niño o de los niños _____
2. ¿Tiene algún niño un padre o madre que haya fallecido? ☐ Sí ☐ No
   Si contestó **Sí**, nombres del niño o de los niños _____
3. ¿Tiene algún niño un padre o madre cuya identidad sea desconocida? ☐ Sí ☐ No
   Si contestó **Sí**, nombres del niño o de los niños _____
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**, nombres del niño o de los niños _____

PASO 8 Lea y firme esta solicitud

PARA LOS SOLICITANTES DE MASSHEALTH Y DE HEALTH CONNECTOR

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 asistencia con 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 servicios pagados 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 terceros que puedan verse obligados a pagar por servicios de salud proporcionados a personas elegibles inscritas en programas de MassHealth. Estos terceros pueden ser otras compañías de seguro de salud, cónyuges, madres 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 terceros y obtener pagos de terceros para sí mismas y para toda 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 toda persona cuyos derechos legales puedan asignar.
5. Un padre, madre 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 o madre ausente, a menos que crea y le informe a MassHealth que dicha cooperación podría causar daño a los menores o al padre, madre o tutor.
6. Las personas elegibles que han sido lesionadas en un accidente o de alguna otra manera, y reciben dinero de un terceros 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 deben informar a MassHealth o a Health Safety Net, por escrito, dentro de los 10 días calendario o tan pronto sea posible, sobre todo reclamo o demanda de seguro presentados debido a un accidente o lesión.
8. El estado de esta solicitud puede ser compartido con un hospital, centro de salud comunitario, otro proveedor médico o agencias federales o estatales, cuando ello sea necesario para el tratamiento, el pago, las operaciones o la administración de los programas enumerados anteriormente.
9. En la medida que lo permita la ley, después de enviar un aviso y de dar una oportunidad de apelar la decisión, MassHealth puede imponer un embargo preventivo sobre todo bien raíz que sea propiedad de un afiliado de MassHealth elegible o del cual ese afiliado elegible tenga un interés legal, si dicho afiliado recibe atención a largo plazo en un centro de enfermería especializada u otro centro médico y si MassHealth determinara que hay motivos razonables por los cuales no se prevé que el afiliado regrese a su hogar. Si MassHealth coloca un embargo preventivo contra dicha propiedad y esta es vendida, el dinero de la venta de dicha propiedad se podrá usar para pagar a MassHealth por los servicios médicos provistos.
10. En la medida en que lo permita la ley, y a menos que haya excepciones, para toda persona elegible de 55 años de edad o mayor que reciba servicios y apoyos a largo plazo (LTSS), o para toda persona elegible independientemente de su edad, a quien MassHealth ayuda a pagar por su atención a largo plazo en un centro de convalecencia u otra institución médica, MassHealth reclamará el dinero por el costo total de la atención a la sucesión de una persona elegible después de que fallezca, según lo establecido por la ley. Para obtener más información sobre la recuperación del patrimonio sucesorio, visite **mass.gov/EstateRecovery**.
11. En la medida en que lo permita la ley, MassHealth reclamará dinero por el costo total de la atención después del fallecimiento de una persona elegible que tenga un Fideicomiso para necesidades especiales (SNT). El costo total de la atención incluye los costos pagados directamente por MassHealth para cuidados (pago por servicios, FFS) y la cantidad total pagada a un plan de seguro de salud para cuidados (como una Organización Responsable por el Cuidado de la Salud, o ACO, o un plan de One Care), independientemente de los servicios que el afiliado pueda haber recibido.
12. Las personas elegibles deben informar a los programas de atención de salud en los cuales 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 inmigratorio, 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, o por TDD/TTY al 711. 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 por correo postal al **Health Insurance Processing Center PO Box 4405 Taunton, MA 02780**.
    - Envíe los cambios de información por fax al (857) 323-8300.
13. MassHealth, Massachusetts Health Connector 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, coseguros, deducibles y beneficios cubiertos que son, podrían o deberían haber estado disponibles para dichas personas o miembros de su hogar.

14. MassHealth, Massachusetts Health Connector y 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 comprobar toda información dada en esta solicitud y en 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.
15. En conexión con la elegibilidad y el proceso de inscripción, MassHealth, Massachusetts Health Connector y Health Safety Net podrían enviar avisos que contengan información personal sobre las personas nombradas en esta solicitud a otras personas de esta solicitud, o de otra manera comunicar tal información a tales personas.
16. Conforme a 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 **hhs.gov/ocr/complaints/index.html**.
17. Yo autorizo a Massachusetts Health Connector para que use los datos de ingresos, incluida la información de las declaraciones de impuestos para determinar mi elegibilidad en los próximos años. Consulte la *Política de privacidad de Health Connector* para ver más información sobre la manera en que Health Connector usa su información tributaria. Massachusetts Health Connector me enviará un aviso y me permitirá hacer cambios a mi solicitud de elegibilidad. Entiendo que, si yo soy elegible para recibir un Crédito Fiscal Anticipado por el Pago de Primas (APTC) o ConnectorCare, estos pagos se realizarán directamente a las compañías de seguro que yo elegí. Aceptar un APTC o ConnectorCare podría afectar mis obligaciones tributarias anuales. Se me brindará la opción de aplicar al pago de mi prima mensual el total, una parte o ninguna cantidad de los APTC a la que yo podría ser elegible de recibir.
18. Acepto que MassHealth o cualquier otra persona actuando en su nombre podría contactarme mediante correo postal, correo electrónico, llamadas o mensajes de texto para comunicarse respecto a mi situación con MassHealth o mis necesidades de salud, beneficios, elegibilidad o cobertura usando la información de contacto que yo provea, ahora o en el futuro, o la información obtenida de fuentes de datos confiables. Estas llamadas y mensajes de texto podrían realizarse usando tecnología automatizada, tal como con un sistema de discado telefónico automático o artificial o con mensajes de voz pregrabados. Es posible que se apliquen tarifas para los mensajes y los datos. También acepto que es posible que MassHealth obtenga, use o divulgue mis datos con el fin de coordinar otros beneficios de salud que yo pudiera ser elegible de recibir.
19. He leído o me han leído la información de esta solicitud, incluidos todos los suplementos y las páginas de instrucciones. Entiendo que el *Folleto para el afiliado* contiene información importante sobre esta solicitud.
20. Tengo la autorización de todas las personas nombradas en esta solicitud (o de su padre o madre, u otro representante autorizado legal) para enviar esta solicitud. También tengo la autorización para actuar en su nombre para completar esta solicitud y todo trámite relacionado con su elegibilidad, que podría incluir lo siguiente.
    - Proporcionar información personal sobre ellos, incluida la salud, la cobertura de salud y la información sobre los ingresos, ver dicha información tal como la proporciona Massachusetts Health Connector, MassHealth y Health Safety Net, y proporcionar consentimiento en su nombre para usar y divulgar su información según se describe en esta solicitud
    - Tomar decisiones sobre las opciones de cobertura y la manera de comunicarse con Massachusetts Health Connector, MassHealth y Health Safety Net
    - Hacer cambios a la solicitud o los documentos relacionados con la elegibilidad y proporcionar información sobre cualquier cambio en sus circunstancias
    - Proporcionar consentimiento en su nombre para el uso de fuentes privadas y gubernamentales para verificar la información según se describe en esta solicitud
21. 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 8.
22. He informado o informaré a las personas nombradas en esta solicitud (o a su padre o madre, o su representante legalmente autorizado, si corresponde) acerca de estos derechos y responsabilidades para que los puedan entender.
23. Entiendo y acepto que MassHealth, Health Safety Net y Massachusetts Health Connector considerarán que toda firma electrónica o por fax, o la copia de una firma tendrá el mismo efecto que una firma original.
24. Entiendo que MassHealth:
    - puede pedir los SSN según las leyes federales y estatales;
    - usa los SSN para verificar los ingresos y otros datos para decidir quién es elegible para recibir ayuda para pagar los costos de cobertura de salud;
    - usa los SSN para detectar casos de fraude, para verificar si alguien recibe beneficios por duplicado o si terceros deberían pagar por los servicios; y
    - compara, con los archivos de agencias y de instituciones financieras, el SSN de todas las personas del hogar que soliciten beneficios y de quienes tengan seguro de salud o que puedan obtenerlo para cualquier persona del hogar.
25. Entiendo que si MassHealth pagara parte de las primas del seguro de salud de una persona, MassHealth enviará el SSN o el SSN del titular de esa póliza al archivo de proveedores del Contralor del Estado.
26. Entiendo que el titular de la póliza de mi hogar debe tener un SSN válido antes de obtener pagos de MassHealth.
27. La información que he suministrado sobre mí y las otras personas nombradas en esta solicitud es correcta y completa a mi leal saber y entender.
28. Si yo proporcionara intencionalmente información falsa o no veraz, podría quedar sujeto a sanciones conforme a las leyes federales.

Si alguien no tiene un SSN o si necesita ayuda para obtenerlo, llame a la Administración del Seguro Social al (800) 772-1213 o por TTY al (800) 325-0778 o visite **socialsecurity.gov**. Para ver una explicación completa sobre cómo usar su Número de Seguro Social, por favor, consulte el *Folleto para el afiliado para la cobertura de salud y dental, y ayuda para pagar los costos*.

BENEFICIOS DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA DE NUTRICIÓN SUPLEMENTARIA (SNAP)

Si usted marcó la casilla de la página 1, MassHealth enviará esta solicitud al Departamento de Asistencia Transicional (DTA). ¡Se usará como su solicitud de beneficios de SNAP! Si usted es elegible, su beneficio de SNAP comenzará desde la fecha en que el DTA reciba esta solicitud de MassHealth. Al firmar a continuación, usted declara que ha leído y que acepta los Derechos, Responsabilidades y Sanciones del programa de SNAP, según el programa.

Es posible que usted sea elegible para obtener beneficios de SNAP, dentro de los 7 días desde el momento en que el DTA reciba esta solicitud, si:

- La suma de sus ingresos y la cantidad de dinero que tenga en el banco es menor que sus gastos mensuales de vivienda; o
- Sus ingresos mensuales son menores de $150 y la cantidad de dinero que tenga en el banco es igual o menor que $100; o
- Es trabajador migrante y la cantidad de dinero que tenga en el banco es igual o menor que $100.

Para obtener más información sobre SNAP en Massachusetts, visite mass.gov/SNAP.

Aviso de derechos, responsabilidades y sanciones del Departamento de Asistencia Transicional (DTA)

Este aviso indica la lista de los derechos y las responsabilidades para el programa SNAP.

Por favor, lea atentamente estas páginas y guárdelas para su archivo.

Informe al DTA si tiene alguna pregunta.

Yo juro bajo pena de perjurio que:

- He leído la información en este formulario, o que alguien me la ha leído.
- Mis respuestas a las preguntas en este formulario son verdaderas y completas a mi leal saber y entender.
- Proporcionaré al DTA información que es verdadera y completa a mi leal saber y entender durante la entrevista y en el futuro.

Yo entiendo que:

- dar información falsa o engañosa es fraude,
- alterar o retener datos para recibir beneficios del DTA es fraude,
- se considera que una Violación Intencional del Programa (IPV) es fraude, y
- si el DTA cree que yo he cometido fraude, entonces el DTA puede presentar sanciones civiles y penales en mi contra.

Además, entiendo que:

- El DTA verificará la información que yo brinde en mi solicitud. Si alguna información fuera falsa, el DTA podría negarme mis beneficios.
- Yo también podría estar sujeto a procesamiento penal por proporcionar información falsa.
- Si el DTA obtiene de una fuente confiable información sobre un cambio en mi hogar, podría cambiar la cantidad de mi beneficio.
- Al firmar este formulario, autorizo al DTA a verificar mi elegibilidad para recibir beneficios, incluido:
  - Obtener información de otras agencias estatales y federales, de autoridades locales de vivienda, de departamentos de bienestar de otros estados, de instituciones financieras y de Equifax Workforce Solutions (número del empleo). También autorizo a estas agencias para que compartan con el DTA la información sobre la elegibilidad de mi hogar para recibir beneficios.
  - Si el DTA utiliza la información proveniente de Equifax sobre los ingresos salariales de mi hogar, tengo derecho a recibir una copia gratuita de mi informe de Equifax si yo lo solicitara dentro de los 60 días de la decisión del DTA. Tengo derecho a cuestionar la información en dicho informe. Podría comunicarme con Equifax a: Equifax Workforce Solutions, 11432 Lackland Road, St. Louis, MO 63146, 1-800-996-7566 (línea gratuita).
- Tengo derecho a recibir una copia de mi solicitud, incluida la información que el DTA utilice para decidir respecto a la elegibilidad de mi hogar y la cantidad del beneficio. Puedo pedir al DTA una copia electrónica de mi solicitud completada.

¿Cómo utilizará el DTA mi información?

Al firmar a continuación, autorizo al DTA a obtener y compartir información sobre mí y los miembros de mi hogar con:

- Bancos, escuelas, agencias gubernamentales, empleadores, propietarios de viviendas de alquiler, compañías de servicios públicos y otras agencias para verificar que yo sea elegible para recibir beneficios.
- Compañías de electricidad, gas y telefonía para que pueda obtener descuentos en los servicios. Las compañías no pueden compartir ni usar mi información para ningún otro propósito.
- El Departamento de Vivienda y Desarrollo Comunitario (DHCD) para inscribirme en el programa de Calefacción y Alimentación. Este programa ayuda a las personas a recibir la mayor cantidad posible de beneficios de SNAP.
- El Departamento de Educación Primaria y Secundaria (DESE) para que mis hijos puedan recibir comidas escolares gratuitas.
- El Programa para Mujeres, Infantes y Niños (WIC) para que todos los niños menores de 5 años o las mujeres embarazadas de mi hogar puedan recibir WIC.
- Los Servicios de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos (USCIS) para verificar mi estado inmigratorio. Toda información proveniente de USCIS podría afectar la elegibilidad de mi hogar y la cantidad de los beneficios del DTA.

Nota: Aunque usted no sea elegible para recibir beneficios debido al estado inmigratorio, el DTA no lo reportará a las autoridades de inmigración a menos que usted le muestre al DTA una orden final de deportación.

- El Departamento de Hacienda (DOR) para verificar mi elegibilidad para recibir créditos fiscales basados en los ingresos, tales como los Ingresos salariales y los Límites de ingresos, y para determinar si soy elegible para el estado de "*No Tax Status*" (sin situación ante el impuesto) o de "dificultades económicas" (*hardship*).
- El Departamento de Niños y Familias (DCF) para coordinar los servicios que son ofrecidos de manera conjunta por el DTA y DCF.

¿Cómo utiliza el DTA los Números de Seguro Social (SSN)?

La Ley de Alimentos y Nutrición del 2008 (7 U.S.C. 2011-2036) autoriza al DTA a pedir los SSN para SNAP según lo estipulado en M.G.L. c. 18 Sección 33 para TAFDC y EAEDC. El DTA utiliza los SSN para:

- Verificar la identidad y la elegibilidad de cada miembro del hogar para los cuales yo solicite beneficios por medio de programas de comparación de datos.
- Supervisar la conformidad con los requisitos del programa.

- Recaudar dinero si el DTA afirma que recibí beneficios para los cuales yo no era elegible.
- Ayudar a las agencias de cumplimiento de la ley a detener a los prófugos de la justicia.

Entiendo que no tengo que darle al DTA el SSN de ninguna persona de mi hogar que no sea ciudadano, incluido yo mismo, quien no desee recibir beneficios. Los ingresos de una persona que no sea ciudadano podrían ser considerados, aunque dicha persona no reciba beneficios.

Derecho a un intérprete

Yo entiendo que:

- Tengo derecho a recibir servicios gratuitos de un intérprete profesional provisto por el DTA si yo prefiriera comunicarme en otro idioma que no fuera el inglés.
- Si tengo una audiencia ante el DTA, puedo pedirle al DTA que me brinde los servicios gratuitos de un intérprete profesional, o si yo así lo prefiriera, llevar conmigo a alguien que interprete para mí. Si yo necesitara que el DTA me brinde un intérprete para una audiencia, debo llamar a la División de Audiencias al menos una semana antes de la fecha de la audiencia.

Derecho a inscribirse para votar

Yo entiendo que:

- Tengo derecho a inscribirme para votar por medio del DTA.
- El DTA me ayudará a completar el *Formulario de Inscripción de Votante* si deseara ayuda.
- Puedo completar el *Formulario de Inscripción de Votante* en privado.
- Solicitar o rechazar la inscripción para votar no afectará mis beneficios del DTA.

Oportunidades de empleo

Consiento en que el DTA comparta mi nombre y la información de contacto con los proveedores de empleo y capacitación, entre ellos:

- Proveedores del programa Camino al Trabajo de SNAP o especialistas del DTA para los clientes de SNAP; y
- Proveedores contratados del programa de Empleo y Capacitación o coordinadores de compromiso pleno para los clientes de TAFDC.

Los clientes de SNAP pueden participar voluntariamente en servicios de capacitación para empleo y educación por medio del programa Camino al Trabajo de SNAP.

Estado de ciudadanía

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

Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP)

Yo entiendo que:

- El DTA administra el programa de SNAP en Massachusetts.
- Cuando presento una solicitud ante el DTA (por teléfono, en línea, en persona o por correo electrónico o fax), el DTA tiene 30 días, desde la fecha en que recibió mi solicitud, para decidir si soy elegible.
  - Si fuera elegible para recibir los beneficios SNAP acelerados (de emergencia), el DTA debe darme SNAP y asegurarse de yo tenga una tarjeta de Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT) dentro de los 7 días de la fecha en que recibió mi solicitud.
  - Tengo el derecho de hablar con un supervisor del DTA si:

    El DTA indica que no soy elegible para recibir los beneficios SNAP de emergencia, y no estoy de acuerdo.

    Yo fuera elegible para recibir los beneficios SNAP de emergencia, pero no recibiera mis beneficios al 7.º día calendario después de haber solicitado SNAP.

    Yo fuera elegible para recibir los beneficios SNAP de emergencia, pero no recibiera mi tarjeta de EBT al 7.º día calendario después de haber solicitado SNAP.
- Cuando reciba SNAP, deberé cumplir con determinados requisitos. Cuando me aprueben para recibir SNAP, el DTA me dará una copia del folleto "Su derecho a saber" y del folleto del Programa de SNAP. Yo leeré los folletos o le pediré a alguien que me los lea. Si tuviera preguntas o si necesitara ayuda para leer o comprender esta información, puedo llamar al DTA al 1-877-382-2363.
- Informar al DTA de cambios en mi hogar:
  - Si perteneciera a un hogar con el requisito de Informe Simplificado de SNAP, no deberé notificar la mayoría de los cambios al DTA hasta que venza el Informe Provisorio o la Recertificación. Las únicas cosas que debo notificar cuanto antes son:

    Si los ingresos de mi hogar superaran el umbral de ingresos brutos (indicado en mi Notificación de aprobación).
- Yo debo informar esto antes del 10.º día del mes posterior al mes en que mis ingresos superaron dicho umbral.

  Si yo debiera cumplir con los Requisitos de Trabajo del programa Adultos Sanos sin Personas a Cargo (ABAWD) y mis horas de trabajo disminuyeran por debajo de las 20 horas por semana.
  - Si alguien en mi hogar fuera de 60 años o mayor, discapacitado o menor de 18 años de edad, y nadie tuviera ganancias de un trabajo, las únicas cosas que yo debiera notificar son:

    Si alguien empieza a trabajar, o

    Si alguien se agregara a mi hogar o lo dejara.
- Yo debo informar de estos cambios antes del 10.º día del mes posterior al mes en que ocurrió un cambio.
  - Si recibiera SNAP por medio de la Alternativa de Beneficios Transicionales (TBA) debido a que se suspendieron mis beneficios del TAFDC, yo no debo informar de ningún cambio al DTA durante los 5 meses en que reciba TBA.
  - Si yo recibiera SNAP por medio de Bay State CAP, yo no debo informar de ningún cambio al DTA.

Si yo o alguien en mi hogar recibiera asistencia en efectivo (TAFDC o EAEDC), debo informar sobre determinados cambios al DTA dentro de los 10 día de ocurrido el cambio.

Es posible que yo reciba más beneficios de SNAP si notifico al DTA y brindo comprobantes de los siguiente, en cualquier momento:

- Costos de servicios de atención para niños u otros dependientes, costos de albergue, y/o costos de servicios públicos;
- Manutención infantil que yo (o algún miembro de mi hogar) deba pagar según sentencia judicial a un miembro que no esté en el hogar; y
- Costos médicos para los miembros de mi hogar, incluyéndome, que sean de 60 o mayores, o discapacitados.

Requisitos de Trabajo para los clientes de SNAP: Si usted recibe beneficios de SNAP y tiene entre 16 y 59 años, es posible que deba cumplir con los requisitos generales de trabajo de SNAP o con los requisitos de trabajo de ABAWD a menos que usted esté exento. El DTA nos informará a mí y a los miembros de mi hogar si debemos cumplir con los Requisitos de Trabajo, cuáles son las exenciones y qué sucederá si no cumplimos con los requisitos.

Si está sujeto a los Requisitos de Trabajo de SNAP:

- Debe inscribirse para trabajar al momento de la solicitud y cuando se recertifique para recibir SNAP. Usted se inscribe cuando firma el formulario de solicitud o de recertificación de SNAP.
- Debe dar al DTA información sobre su estado de empleo cuando se lo pida el DTA.
- Debe presentarse ante un empleador si fue referido por el DTA.
- Debe aceptar un ofrecimiento de trabajo (a menos que usted tenga un motivo justificado para no hacerlo).
- No debe renunciar a un empleo de más de 30 horas semanales sin un motivo justificado.
- No debe reducir sus horas de trabajo a menos de 30 horas semanales sin un motivo justificado.

Requisitos de SNAP

- No proporcione información falsa ni oculte información para obtener beneficios de SNAP.
- No intercambie ni venda beneficios de SNAP.
- No altere las tarjetas de EBT para obtener beneficios de SNAP para los cuales usted no sea elegible.
- No use los beneficios de SNAP para comprar artículos que no sean elegibles, como bebidas alcohólicas y tabaco.
- No use los beneficios de SNAP o la tarjeta de EBT de otra persona, a menos que sea un Representante autorizado, o que el beneficiario lo haya autorizado para que use dicha tarjeta en su nombre.

Advertencia de sanciones de SNAP

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

También entiendo las siguientes sanciones: Si yo o un miembro de mi hogar de SNAP:

- Cometiera una Infracción Intencional del Programa (IPV) contra el programa de efectivo, la persona no será elegible para SNAP durante el mismo período en que no sea elegible para la asistencia en efectivo.
- Hiciera una declaración fraudulenta sobre su identidad o residencia para obtener múltiples beneficios de SNAP en el mismo período, no será elegible para recibir SNAP durante diez años.
- Intercambiara (compre o venda) beneficios de SNAP por drogas ilegales o sustancias controladas, no será elegible para SNAP durante dos años por la primera falta y para siempre por la segunda falta.
- Intercambiara (compre o venda) beneficios de SNAP por armas de fuego, municiones o explosivos, no será elegible para SNAP para siempre.
- Hiciera una oferta para vender beneficios de SNAP o una tarjeta EBT en línea o en persona, el estado podría enjuiciarla por una IPV.
- Pagara alimentos comprados a crédito, no será elegible para recibir SNAP.
- Comprara productos con beneficios de SNAP con la intención de descartar el contenido y devolver los envases por efectivo, no será elegible para recibir SNAP.
- Escapara para evitar el juicio, detención o reclusión después de la convicción por un delito, no será elegibles para recibir SNAP.
- Estuviera violando la libertad condicional o bajo palabra (*parole*), en el caso que las fuerzas policiales le estén buscando activamente para su arresto, no será elegible para recibir SNAP.

Las personas que hayan sido condenadas por delitos graves después del 7 de febrero de 2014 no son elegibles para recibir los beneficios de SNAP si son prófugos o están violando la libertad bajo palabra (*parole*), según lo establecido en 7 CFR §273.11(n), y fueron condenadas como adultos de los delitos de:

1. Abuso sexual agravado según la sección 2241 del título 18, U.S.C.;
2. Homicidio según la sección 1111 del título 18, U.S.C.;
3. Cualquier delito según el capítulo 110 del título 18, U.S.C.;
4. Un delito federal o estatal que implique una agresión sexual, según se lo defina en la sección 40002(a) de la Ley de Violencia contra las Mujeres (VAWA) de 1994 (42 U.S.C. 13925a); o
5. Un delito que, según las leyes estatales, el Fiscal General determine que sea considerablemente similar a un delito descrito en esta lista.

Declaración de no discriminación

De acuerdo con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y las normas del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA), se prohíbe que esta institución discrimine debido a raza, color, nacionalidad de origen, sexo (incluidas la identidad de género y la orientación sexual), credo religioso, discapacidad, edad, ideología política, represalia o venganza por haber participado en actividades en defensa de los derechos civiles.

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

Para presentar una queja contra el programa por discriminación, un Denunciante deber completar el Formulario AD-3027, el *Formulario de Queja por Discriminación del Programa* del USDA, que puede obtenerse en línea en: https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf, en cualquier oficina del USDA, llamando al (833) 620-1071 o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe incluir el nombre, la dirección y el teléfono del denunciante, y una descripción por escrito de la presunta acción discriminatoria con los suficientes detalles para informar al Secretario Adjunto de Derechos Civiles (ASCR) del carácter y la fecha de la presunta violación a los derechos civiles. Debe presentarse la carta o el formulario AD-3027 completado por:

1. correo postal:
   Food and Nutrition Service, USDA
   1320 Braddock Place, Room 334
   Alexandria, VA 22314; o
2. fax:
   (833) 256 1665 o (202)-690-7442; o
3. correo electrónico:
   FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

FIRME ESTA SOLICITUD: OBLIGATORIO

Al firmar esta solicitud a continuación, por la presente certifico bajo pena de perjurio que las presentaciones y declaraciones que he hecho en esta solicitud son verdaderas y completas a mi leal saber y entender, y que estoy de acuerdo en aceptar y cumplir con los derechos y responsabilidades indicados anteriormente respecto a los programas de MassHealth y de Health Connector.

Si yo he indicado en la página 1 de esta solicitud, que también solicito los beneficios del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP), certifico que entiendo y que acepto los derechos, los requisitos y las sanciones del programa SNAP, según lo detallado anteriormente. Le pido a MassHealth que envíe mi información, incluida la Información de Salud Protegida (PHI) según la Ley de responsabilidad y transferibilidad del seguro médico (HIPAA), al Departamento de Asistencia Transicional (DTA) con el propósito de solicitar los beneficios de SNAP.

Importante: Solamente para los solicitantes de MassHealth y de Health Connector. Si usted presenta esta solicitud como representante autorizado, también debe enviarnos un ***Formulario de designación de representante autorizado*** (ARD) o tener un formulario en nuestros registros para que podamos procesar esta solicitud. El Formulario de 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, ¿es usted un menor emancipado? ☐ Sí ☐ No

Si contestó **No**, necesitamos que una persona responsable a cargo, que tenga al menos 18 años, firme esta solicitud en su nombre. Por favor, proporciones 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 9 Envíenos su solicitud completada.

Envíe por correo su solicitud firmada a: **Health Insurance Processing Center**; o Envíe por fax al: **(857) 323-8300**
PO Box 4405
Taunton, MA 02780

INFORMACIÓN SOBRE CÓMO INSCRIBIRSE PARA VOTAR

El formulario para inscribirse para votar está incluido en esta solicitud o puede encontrarse en **sec.state.ma.us**. Usted también puede encontrar más información sobre cómo inscribirse para votar en **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**, o por TDD/TTY al 711.

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 **Tel.: (617) 727-2828 o (800) 462-8683.**
One Ashburton Place, Room 1705
Boston, MA 02108

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 14b 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 14b. Si necesita más ayuda, puede encontrar detalles en línea en **MAhealthconnector.org/immigration-document-types**.

Estados inmigratorios elegibles

A partir del 1 de octubre de 2026, las personas que son ciudadanos o nacionales de EE. UU., Residentes Permanentes Legales (LPR o titulares de una tarjeta verde), Participantes Cubano-Haitianos (CHE) con permiso de ingreso o migrantes según el Pacto de Libre Asociación (COFA) son elegibles para obtener la cobertura total de MassHealth.

- 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 o determinados evacuados afganos
- Ingreso condicional otorgado antes de 1980
- Veterano o miembro activo de las fuerzas armadas o su cónyuge o dependiente
- Migrante según el COFA (Tratado de Libre Asociación)
- 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 anteriormente (PRUCOL, Residente Permanente con apariencia legal (o "bajo el color de la ley")

Tipos de documentos inmigratorios

- 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 1-551)
- Sello temporal I-551 (en pasaporte o I-94, I-94A)
- Registro de Entrada/Salida (I-94, I-94A)
- Registro de Entrada/Salida (I-94) en un pasaporte extranjero no vencido
- Pasaporte extranjero
- Estado de Certificado de Elegibilidad para Estudiantes no Inmigrantes (I-20)
- Estado de Certificado de Elegibilidad para Visitantes de Intercambio (DS2019)
- Aviso de acción (I-797)
- Documento indicando el aplazamiento del traslado (o aplazamiento de deportación)
- Orden administrativa de suspensión del traslado emitido por el Departamento de Seguridad Nacional
- Documento que indique ser miembro de una tribu indígena reconocida a nivel federal o Indígena Americano nacido Canadá
- Carta de elegibilidad de la Oficina de Reasentamiento de Refugiados (ORR) (si es menor de 18)
- Tarjeta de residente de Samoa Americana
- Notificación de Acción de USCIS (Formulario I-797C)
- Visas de EE. UU. (como B1/B2, Visa R, Tarjeta de Cruce Fronterizo o BCC, J, F, M)

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

Por favor, especifique en las Preguntas 8 y 9 de las páginas 3, 7, 11 y 15.

Indígena norteamericano o nativo de Alaska (Complete el Paso 3 y el Suplemento B); Asiático; Negro o afroamericano; Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico; Blanco; No se detalla la raza; No sé; Prefiero no responder.

ETNICIDAD

Africano, afroamericano, estadounidense, indio asiático, brasileño, camboyano, caboverdiano, otras islas del Caribe, centroamericano, chino, colombiano, cubano, dominicano, europeo oriental, europeo, filipino, guatemalteco, haitiano, hondureño, japonés, coreano, laosiano, mexicano, de Oriente Medio o de África del Norte, portugués, puertorriqueño, ruso, salvadoreño, sudamericano, vietnamita, No se detalla la etnicidad (especifique), No sé, Prefiero no responder.

SUPLEMENTO A Cobertura de salud de empleos

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? ☐ Sí ☐ 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 LOS PLANES DE SALUD OFRECIDOS POR ESTE EMPLEADOR.

14. a. ¿Cuál es el nombre del plan de salud de menor costo que se ofrece al empleado?* _____

   b. ¿Cumple el plan de salud ofrecido por el empleador con la norma de valor mínimo para la cobertura? ☐ Sí ☐ No

   c. ¿Cuánto dinero pagaría este empleado por las primas de este plan? $ _____

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

15. a. ¿Cuál es el nombre del plan de salud de menor costo que cubra a los otros miembros del hogar que califican mediante el empleador? _____

   b. ¿Cumple este plan de salud ofrecido por el empleador con la norma de valor mínimo para la cobertura? ☐ Sí ☐ No

   c. ¿Cuánto dinero pagaría este empleado por las primas de este plan? $ _____

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

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

   a. El empleador no ofrecerá cobertura de salud.
   Fecha de finalización de la cobertura (mm/dd/aaaa): _____

   b. La persona piensa dejar la cobertura de salud del empleador
   Fecha de finalización de la cobertura (mm/dd/aaaa): _____

   c. El empleador comenzará a ofrecer la cobertura de salud a los empleados o cambiará la prima para el plan individual o familiar de más bajo costo disponible y que cumpla con el estándar de valor mínimo.* (La prima debe reflejar el descuento para los programas de bienestar.)

   ¿Cuánto dinero pagaría este empleado por las primas de este plan? $ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
   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).

SUPLEMENTO B Miembros del hogar indígenas norteamericanos o nativos de Alaska (AI/AN)

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. Es posible que tampoco deban pagar los costos compartidos y que tengan 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. Es posible que MassHealth no considere contable determinado dinero que haya recibido. Escriba los ingresos (cantidad y con qué frecuencia) indicados en su solicitud que incluyen dinero de las siguientes fuentes.

   - 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)
   - 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. Es posible que MassHealth no considere contable determinado dinero que haya recibido. Escriba los ingresos (cantidad y con qué frecuencia) indicados en su solicitud que incluyen dinero de las siguientes fuentes.

   - 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)
   - Venta de objetos que tienen significación cultural

     $ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

SUPLEMENTO C Acomodación

Si contestó **Sí** a la Pregunta 18 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 (TDD/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 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.

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

Número de ID de MassHealth __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ **O bien**
Los cuatro últimos dígitos del Número de Seguro Social (SSN) del solicitante o afiliado __ __ __ __

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 (mm/dd/aaaa)

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 (mm/dd/aaaa)

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 (mm/dd/aaaa)

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 Health Connector me enviarán una copia de todos los avisos de elegibilidad e inscripción de MassHealth y de 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).

Nombre del solicitante o afiliado	Fecha de nacimiento del solicitante o afiliado (mm/dd/aaaa)
Número de ID de MassHealth __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ **O bien** Los cuatro últimos dígitos del Número de Seguro Social del solicitante o 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.

Nombre del solicitante o afiliado	Fecha de nacimiento del solicitante o afiliado (mm/dd/aaaa)
Número de ID de MassHealth __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ **O bien** Los cuatro últimos dígitos del Número de Seguro Social del solicitante o 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
  PO Box 4405
  Taunton, MA 02780;
- Envíe su formulario por fax al **(857) 323-8300**; o
- Llámenos al **(800) 841-2900**, TDD/TTY: **711**.