



Solicitud de exenciones para servicios basados en el hogar y la comunidad del Plan Seguir Adelante (MFP)

MassHealth use only

Date application received:

____/____/____

Exención de Vida en la comunidad

INFORMACIÓN SOBRE LA EXENCIÓN MFP • 1-855-499-5109 (TTY: 800-596-1746) • MFPINFO@UMASSMED.EDU

La Exención de Vida en la comunidad del Plan Seguir Adelante (MFP-CL) está disponible por medio de MassHealth para personas que han estado viviendo en un centro de enfermería o en un hospital para enfermedades crónicas, de rehabilitación o psiquiátrico por **al menos 90 días consecutivos**. La Exención MFP-CL beneficia a los afiliados de MassHealth que no necesitan servicios ni apoyos las 24 horas. La Exención MFP-CL **no** incluye servicios de apoyo residencial. Los participantes residirán y recibirán servicios de exención en su propio hogar o apartamento, o en el hogar de otra persona.

Nombre del solicitante

Fecha de nacimiento	Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Número de seguro social
---------------------	--	-------------------------

Número de ID de MassHealth	Número de teléfono
----------------------------	--------------------

Nombre del establecimiento	Fecha de admisión
----------------------------	-------------------

Dirección del establecimiento

¿Deberíamos comunicarnos con otra persona acerca de su solicitud? Sí No

Nombre del contacto

Número de teléfono del contacto	Relación
---------------------------------	----------

Dirección del contacto

Usted puede elegir un representante autorizado para ayudarle con algunas o todas las responsabilidades de solicitar o de obtener beneficios de salud. Usted puede hacer esto completando un Formulario de designación de representante autorizado de MassHealth (ARD). Para solicitar el formulario ARD, llame a Información sobre la Exención MFP al 1-855-499-5109 (TTY: 1-800-596-1746 para personas sordas, con dificultad auditiva o discapacidad del habla).

La Exención MFP-CL beneficia a afiliados de MassHealth que han estado viviendo en un centro de enfermería o en un hospital para enfermedades crónicas, de rehabilitación o psiquiátrico por al menos 90 días consecutivos.

Al firmar esta solicitud, yo declaro que

- » anticipo estar en el centro de enfermería o en el hospital para enfermedades crónicas, de rehabilitación o psiquiátrico durante 90 días consecutivos o por más tiempo; y
- » tengo una discapacidad, o una edad de 65 años o mayor.

Firma del solicitante o del representante autorizado

Fecha

Envíe su solicitud completada a:

UMass MFP Waiver Unit
333 South Street
Shrewsbury, MA 01545

Cuando el personal de la Unidad de exenciones MFP reciba su solicitud, se comunicará con usted para iniciar el proceso de solicitud.