

Solicitud de renovación de MassHealth para determinadas personas de la tercera edad que viven en la comunidad



SOLAMENTE PARA USO INTERNO DE MASSHEALTH: Fecha de recepción de la solicitud: ___ / ___ / _____

Se utilizará esta información para determinar si usted sigue siendo elegible para recibir sus beneficios actuales. Si usted necesita servicios adicionales, comuníquese con MassHealth al (800) 841-2900.

Puede presentar su solicitud de renovación de una de las siguientes maneras.

Envíe por correo postal o por fax su solicitud completada y firmada a:

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

Entregue en persona su solicitud completada y firmada en:

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

Para completar y cargar su solicitud de renovación, use su Número de Referencia de e-Submission para acceder al sistema electrónico de presentaciones de MassHealth e-Submission en <https://mhesubmission.ehs.mass.gov/esb>.

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

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

MassHealth o Health Safety Net (HSN)

(Si usted vive en su casa, o en una casa de reposo, un centro asistencial de vivienda, una comunidad de retiro con atención continua o una comunidad de atención de por vida, complete esta solicitud de renovación y todos los suplementos que le correspondan a usted o a cualquier otro miembro de su hogar.) MassHealth comprobará si todas las personas que renueven la cobertura de salud en la presente solicitud de renovación son elegibles para recibir MassHealth o HSN.

Usted: _____

Cónyuge: _____

Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP)

Marque esta casilla si quiere que se envíe esta solicitud de renovación al Departamento de Asistencia Transicional (DTA) para usarla como una solicitud de beneficios de SNAP. Usted debe leer los derechos y las responsabilidades de las páginas 6 a 9 (de ser necesario) y firmar en la página 4 para tramitar la solicitud. El Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) es un programa federal que le brinda asistencia para comprar alimentos saludables todos los meses.

PARTE A INFORMACIÓN SOBRE EL HOGAR (obligatorio)

1. Tamaño del hogar: ¿Cuántas personas hay en su hogar (inclúyase usted)?

USTED (PERSONA 1): DENOS SU INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre	Apellido
--------	----------

Fecha de nacimiento	Nro. de Seguro Social o ID de MassHealth
---------------------	--

2. Dirección residencial (obligatorio, a menos que esté desamparado, sin hogar):

Dirección _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

3. ¿Es su dirección residencial la misma que su dirección postal? Sí No
Si contestó "No", por favor escriba su dirección postal a continuación (si corresponde):

Dirección _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

4. Teléfono	5. ¿Está desamparado o sin hogar? (opcional) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si marcó "Sí", debe escribir una dirección postal en el espacio anterior.
-------------	---

6. ¿Ha cambiado su estado inmigratorio o de ciudadanía en los últimos 12 meses o desde su última renovación o solicitud?
 Sí No
Si ha cambiado, por favor envíenos una copia de sus documentos actuales de ciudadanía o de inmigración.

PERSONA 2: CÓNYUGE

Nombre		Apellido	
Fecha de nacimiento		Nro. de Seguro Social o ID de MassHealth	
1. Dirección residencial (obligatorio, a menos que esté desamparado, sin hogar): Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____			
2. ¿Es su dirección residencial la misma que su dirección postal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contestó "No", por favor escriba su dirección postal a continuación (si corresponde): Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____			
3. Teléfono		4. ¿Está desamparado o sin hogar? (opcional) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si marcó "Sí", debe escribir una dirección postal en el espacio anterior.	
5. ¿Ha cambiado su estado inmigratorio o de ciudadanía en los últimos 12 meses o desde su última renovación o solicitud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si ha cambiado, por favor envíenos una copia de sus documentos actuales de ciudadanía o de inmigración.			

SOLAMENTE PARA LOS ASISTENTES DE INSCRIPCIÓN

Complete esta sección si es asistente de inscripción y está completando esta solicitud para otra persona. Los navegadores deben completar un *Formulario de designación de navegador* si aún no lo han hecho. Los asesores certificados para tramitar solicitudes deben completar un *Formulario de designación de asesor certificado para tramitar solicitudes* si aún no lo han hecho.

Marque uno. Navegador Asesor Certificado para Tramitar Solicitudes

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

PARTE **B** RECURSOS (INGRESOS O BIENES)

6. Ingresos	
Ingresos por empleo:	Usted \$ _____ <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> cada 2 semanas <input type="checkbox"/> dos veces por mes <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> por trimestre <input type="checkbox"/> anual Su cónyuge \$ _____ <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> cada 2 semanas <input type="checkbox"/> dos veces por mes <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> por trimestre <input type="checkbox"/> anual
Seguro Social:	Usted _____ Su cónyuge _____
Jubilación, retiro, pensión, anualidad:	Usted _____ Su cónyuge _____
Ingresos por alquiler:	Usted _____ Su cónyuge _____
Veteranos o militares:	Usted _____ Su cónyuge _____
Fondos mutuos de inversión:	Usted _____ Su cónyuge _____
Otros (por favor especifique):	_____
	Usted _____ Su cónyuge _____
Total de ingresos:	Usted _____ Su cónyuge _____

7. Bienes

Cuentas bancarias (incluye cuentas corrientes, de ahorros, de cooperativas de crédito, certificados de depósito, cuentas por necesidades personales, cuentas de fideicomisos, cuentas del mercado monetario, cuentas de fondos de retiro: IRA, Keogh, 401k)

Nombre del banco, institución o compañía _____ Número de cuenta o de póliza _____
Nombre(s) en la cuenta _____ Cantidad o valor actual _____

Seguro de vida

Nombre del banco, institución o compañía _____ Número de cuenta o de póliza _____
Nombre(s) en la cuenta _____ Cantidad o valor actual _____

Valores u otros (incluye acciones, bonos, bonos de ahorros, fondos mutuos de inversión, dinero en efectivo)

Nombre del banco, institución o compañía _____ Número de cuenta o de póliza _____
Nombre(s) en la cuenta _____ Cantidad o valor actual _____

Anualidades*

Nombre del banco, institución o compañía _____ Número de cuenta o de póliza _____
Nombre(s) en la cuenta _____ Cantidad o valor actual _____

Fideicomisos y otros bienes (por favor especifique)

Nombre del banco, institución o compañía _____ Número de cuenta o de póliza _____
Nombre(s) en la cuenta _____ Cantidad o valor actual _____

Cuentas destinadas a servicios de sepelio, contratos de sepelio, fideicomisos de sepelio

Nombre del banco, institución o compañía _____ Número de cuenta o de póliza _____
Nombre(s) en la cuenta _____ Cantidad o valor actual _____

Vehículo(s)

Año _____ Marca _____ Modelo _____

Bienes inmuebles**

Dirección _____ Tipo de propiedad _____

* Las anualidades adquiridas a partir del 8 de febrero de 2006 podrían causar que usted no sea elegible para recibir pagos por servicios de atención a largo plazo, a menos que se cumplan determinadas condiciones. Para ser elegible, es posible que deba nombrar al Commonwealth, o Estado de Massachusetts, como el beneficiario del remanente.

** Si solicitó los beneficios de MassHealth después de 1 de enero de 2006, y si el interés patrimonial de su lugar principal de residencia supera los \$750,000, es posible que usted no sea elegible para recibir pagos por los servicios de atención a largo plazo en su hogar, a menos que se cumplan determinadas condiciones.

8. ¿Ha recibido usted alguno de estos pagos?

Reembolso de Medicare por primas que ahora paga MassHealth Sí No

Pagos gubernamentales suplementarios de asistencia por la pandemia de COVID Sí No

Reembolso de un sobrepago de una institución o centro de enfermería especializada Sí No

9. Otros seguros de salud

Compañía de seguros _____

Titular de la póliza _____

Afiliados cubiertos _____

Tipo _____

Número de póliza _____

Fecha de inicio _____

Cantidad de la prima _____

Firme esta solicitud de renovación.

Firma de la Persona 1 o del representante autorizado

Fecha

Nombre en letra de imprenta

Al firmar, usted acepta y entiende lo siguiente:

- Al firmar esta solicitud de renovación, certifico que he leído y que acepto los derechos y responsabilidades incluidos en la presente solicitud en las páginas 4 a 5.
- Por la presente certifico bajo pena de perjurio que las presentaciones y declaraciones que he brindado en esta solicitud de renovación son verdaderas y completas a mi leal saber y entender, y que estoy de acuerdo en aceptar y cumplir con los derechos y las responsabilidades de MassHealth.
- Si yo he marcado la casilla de SNAP en la página 1 de esta solicitud de renovación, 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 a continuación. Le pido a MassHealth que envíe mi información, incluida la Información de Salud Protegida (PHI) conforme a 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.

PARA LOS SOLICITANTES DE MASSHEALTH

En mi nombre y en el de todas las personas nombradas en esta solicitud, yo entiendo, declaro y acepto lo siguiente.

1. MassHealth podría requerir que las personas elegibles se inscriban en un seguro de salud patrocinado por su empleador, si dicho seguro cumple con los criterios de MassHealth para cubrir el pago de primas.
2. Se podrá notificar y facturar a los empleadores de las personas elegibles, conforme a lo estipulado en los reglamentos de MassHealth, por cualquier servicio que los hospitales o los centros de salud comunitarios presten a dichas personas y que sean pagados por Health Safety Net.
3. Es posible que deba pagar las primas por la cobertura de salud para mí y para todas las personas nombradas en esta solicitud. El incumplimiento del pago de las primas pendientes podría dar lugar a que el estado descunte la cantidad adeudada del reembolso de los impuestos de las personas responsables. Si yo fuera indígena norteamericano o nativo de Alaska, es posible que no tenga que pagar las primas de MassHealth.
4. MassHealth tiene el derecho de cobrar y obtener dinero de terceras partes que pudieran tener la obligación de pagar por los servicios de salud provistos a las personas elegibles inscritas en los programas de MassHealth. Estas terceras partes podrían ser otras compañías de seguro de salud, cónyuges, padres o madres obligados a pagar la manutención médica, o las personas obligadas a pagar conforme a acuerdos por resolución de accidentes. Las personas elegibles deben cooperar con MassHealth en establecer la manutención de las terceras partes y obtener los pagos de dichas terceras partes para sí mismas y para todos aquellos cuyos derechos les sean asignados por ley. Las personas elegibles podrían estar exentas de cumplir con esta obligación si notifican a MassHealth que creen que dicha cooperación podría causarles daños, tanto a sí mismas como a todos aquellos cuyos derechos les sean asignados por ley.
5. El padre, madre y/o tutor de menores de edad debe estar dispuesto a cooperar con las iniciativas del estado para recuperar la manutención médica de un padre o madre ausente a menos que notifique a MassHealth que cree que dicha cooperación podría causarles daños a los menores o al padre, madre o tutor.
6. Las personas elegibles que sufrieran lesiones en un accidente, o de alguna otra manera, y que reciben dinero de terceras partes debido a dicho accidente o lesión, deben usar ese dinero para devolver a MassHealth o a Health Safety Net por determinados servicios provistos.
7. Las personas elegibles deben informar a MassHealth o a Health Safety Net, por escrito, dentro de los 10 días calendario o lo antes posible, de todos los reclamos de seguro o de las demandas judiciales presentadas debido a un accidente o lesión.
8. Podría divulgarse el estado de la presente solicitud a un hospital, centro de salud comunitario, otros proveedores de servicios médicos, o a agencias federales o estatales, cuando sea necesario para el tratamiento, pago, funcionamiento o la administración de los programas indicados anteriormente.
9. En la medida en que lo permita la ley, después de notificar y de dar una oportunidad de apelar la decisión, MassHealth puede imponer un gravamen sobre cualquier bien inmueble que sea propiedad de un afiliado de MassHealth elegible o del cual el afiliado elegible tenga derecho legal, si dicho afiliado recibe atención a largo plazo en un centro de enfermería especializada u otra institución médica y si MassHealth determinara que por motivos razonables no se espera que el afiliado regrese a su hogar. Si MassHealth impone un gravamen contra dicha propiedad y esta es vendida, el dinero de la venta de dicha propiedad se podrá usar para devolver a MassHealth los servicios médicos provistos.
10. En la medida en que lo permita la ley, y a menos que haya excepciones, para cualquier persona elegible de 55 años de edad o mayor, o para una persona elegible sin importar su edad, a quien MassHealth ayuda a pagar por su atención a largo plazo en un centro de convalecencia u 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. Para obtener más información sobre la recuperación del patrimonio sucesorio, visite mass.gov/EstateRecovery.

11. Las personas elegibles deben informar al(a los) programa(s) de atención de salud en el(los) cual(es) se inscriban sobre cualquier cambio en los ingresos o empleo suyos o de su hogar, tamaño del hogar, cobertura de seguro de salud, primas de seguro de salud y estado migratorio, o sobre cambios en cualquier otra información en esta solicitud y en cualquier suplemento de la misma dentro de los 10 días calendario de saber del cambio. Las personas elegibles pueden hacer cambios llamando al (800) 841-2900 o por TTY al 711, para personas sordas, con dificultad auditiva o discapacidad del habla. Un cambio en la información podría afectar la elegibilidad de tales personas o de las personas en su hogar. Usted también puede notificar cambios de alguna de las siguientes maneras.
 - Envíe los cambios de información a:
Health Insurance Processing Center
PO Box 4405
Taunton, MA 02780.
 - Envíe los cambios de información por fax al (857) 323-8300.
12. MassHealth, Massachusetts Health Connector y Health Safety Net obtendrán de los empleadores actuales y anteriores y de las compañías de seguros de salud actuales y anteriores de las personas elegibles toda la información sobre la cobertura del seguro de salud de dichas personas. Esto incluye, entre otros, información sobre pólizas, primas, coseguros, deducibles y servicios cubiertos que están, podrían estar o deberían haber estado disponibles para dichas personas o miembros de su hogar.
13. Es posible que MassHealth, Massachusetts Health Connector y Health Safety Net puedan obtener registros o datos sobre las personas nombradas en la presente solicitud provenientes de programas y fuentes de datos federales y estatales, tales como la Administración del Seguro Social (SSA), el Servicio de Impuestos Internos (IRS), el Departamento de Seguridad Nacional (DHS), el Departamento de Hacienda (DOR) y el Registro de Vehículos Motorizados (RMV), como así también de fuentes de datos privadas, incluidas las instituciones financieras: 1) para comprobar toda la información dada en la presente solicitud y en todos los suplementos, o toda la información dada desde que la persona se afiliara; 2) para documentar servicios médicos reclamados o provistos a dichas personas; y 3) para sustentar la continuidad de la elegibilidad.
14. Respecto al proceso de elegibilidad y de inscripción, MassHealth, Massachusetts Health Connector y Health Safety Net podrían enviarle avisos con información personal sobre las personas nombradas en esta solicitud, o también podría comunicar esta información a dichas personas.
15. En conformidad con las leyes federales, está prohibido discriminar debido a raza, color, nacionalidad de origen, edad, sexo, orientación sexual, identidad de género o discapacidad. Puedo presentar una queja por discriminación visitando www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html.
16. Yo autorizo a Massachusetts Health Connector para que use los datos de los 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 obtener 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 un Crédito Fiscal Anticipado por el Pago de Primas (APTC) y/o para ConnectorCare, estos pagos se realizarán directamente a la(s) compañía(s) de seguros que yo elegí. Aceptar un APTC y/o ConnectorCare podría afectar mis obligaciones tributarias anuales. Se me brindará la opción de utilizar para el pago de mi prima mensual el total, una parte o nada de cualquier cantidad de APTC a la que yo podría ser elegible de recibir.

YO ESTOY DE ACUERDO CON LAS SIGUIENTES DECLARACIONES.

Para los solicitantes de MassHealth

- He leído o he pedido que me lean la información de esta solicitud, incluidos los suplementos y las instrucciones, y entiendo que la Guía de cobertura de atención médica para la persona de la tercera edad contiene información importante.
- Tengo la autorización de todas las personas nombradas en esta solicitud (o de su padre, madre u otro representante legalmente autorizado) para presentar esta solicitud y para actuar en su nombre a fin de completar esta solicitud y cualquier proceso o trámite relacionado con su elegibilidad. Esto podría incluir, por ejemplo:
 - proporcionar información personal sobre dichas personas, incluidos temas de salud, cobertura de salud e información sobre ingresos; ver dicha información tal como la proporciona Massachusetts Health Connector, MassHealth y Health Safety Net; y dar autorización en su nombre para el uso y la divulgación de su información como se describe en esta solicitud;
 - tomar decisiones sobre las opciones de cobertura y las maneras de comunicarnos con Massachusetts Health Connector, MassHealth o Health Safety Net;
 - hacer cambios a la solicitud o a los documentos relacionados con la elegibilidad y proporcionar información sobre cualquier cambio en sus circunstancias; y
 - dar consentimiento en su nombre para el uso de fuentes privadas y gubernamentales para verificar la información como se describe en esta solicitud.
- Entiendo mis derechos y responsabilidades, y los derechos y responsabilidades de todas las personas nombradas en esta solicitud, como se explicó anteriormente.
- He informado o informaré a dichas personas (o a su padre, madre u otro representante legalmente autorizado, si correspondiera) sobre tales derechos y responsabilidades, para que ellos también los comprendan.
- Entiendo y acepto que MassHealth, Health Safety Net y Massachusetts Health Connector, considerarán que toda firma electrónica o enviada por fax, o toda copia de una firma tendrá el mismo vigor y efecto que una firma original.
- La información que he suministrado, sobre mí y sobre las demás personas nombradas en esta solicitud, es correcta y completa a mi leal saber y entender.
- Si yo proporcionara intencionalmente información falsa o no veraz, podría quedar sujeto a sanciones según las leyes federales.

PARA LOS SOLICITANTES DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA DE NUTRICIÓN SUPLEMENTARIA (SNAP)

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 en la sección anterior, 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 recibir beneficios de SNAP, dentro de los 7 días en que el DTA haya recibido esta solicitud, si:

- La suma de sus ingresos y la cantidad de dinero que tenga en el banco es menor que sus gastos mensuales de vivienda; o
- 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 todos los programas del DTA. Usted debe cumplir con los requisitos de los programas que solicite.

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 en la sección anterior, 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 migratorio. Cualquier 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 migratorio, 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 recibí 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 recibí 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 días de ocurrido el cambio. Consulte "¿Cuándo debo informar al DTA sobre cambios en mi hogar?" en la sección "Asistencia Transicional para Familias con Hijos Dependientes (TAFDC) y Asistencia de Emergencia para Ancianos, Discapacitados y Niños (EAEDC)" a continuación.

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, usted 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.
- Dar al DTA información sobre su estado de empleo cuando se lo pida el DTA.
- Presentarse ante un empleador si fue referido por el DTA.
- Aceptar un ofrecimiento de trabajo (a menos que usted tenga un motivo justificado para no hacerlo).
- No renunciar a un empleo de más de 30 horas semanales sin un motivo justificado.
- 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) 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 elegible 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 al USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participen o administren programas de USDA discriminar debido a raza, color, nacionalidad, sexo, credo religioso, discapacidad, edad, ideologías políticas, represalia o venganza por actividades de derechos civiles en cualquier programa o actividad realizado o patrocinado por USDA. Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para obtener información sobre el programa (por ej. braille, letras grandes, cintas de audio, Lenguaje de Señas Americano o ASL, etc.), deben comunicarse con la Agencia (estatal o local) donde presentaron la solicitud para beneficios. Las personas sordas, con dificultad auditiva o discapacidad del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Servicio de Retransmisión Federal al 1-800-877-8339. La información sobre el programa también puede ponerse a disposición en otros idiomas además del inglés.

Para presentar una queja de discriminación ante el programa:

- Complete el Formulario de Queja por Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que se encuentra en línea en: ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, y en todas las oficinas del USDA. Puede pedir una copia del formulario de queja llamando al (866) 632-9992; o
- Escriba una carta dirigida al USDA y proporcione en dicha carta toda la información solicitada en el formulario.

Envíe su carta o formulario completado al USDA por:

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

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

Programa de Asistencia Transicional para Familias con Hijos Dependientes (TAFDC) y Asistencia de Emergencia para Ancianos, Incapacitados y Niños (EAEDC)

TAFDC y EAEDC son programas de asistencia en efectivo. Para informarse más y solicitarlos, visite DTAConnect.com o llame a su oficina local del DTA. Esta información solamente se aplica a los hogares que estén solicitando o que reciban beneficios de TAFDC o EAEDC.

¿Cuándo debo informar al DTA sobre cambios en mi hogar?

Yo debo informar al DTA sobre los cambios que pudieran afectar mi TAFDC o EAEDC (beneficios en efectivo) dentro de los 10 días, excepto que no debo notificar al DTA sobre un cambio en mis ganancias que sea menor a \$100 por mes. Esto incluye cambios

en mis ingresos, bienes, dirección, con quién vivo, tamaño de la familia, trabajo y seguro de salud.

¿Cómo obtengo seguro de salud?

- Si recibo TAFDC o EAEDC, también obtendré MassHealth.
- Si me deniegan TAFDC o EAEDC, MassHealth usará mi información para ver si soy elegible para recibir seguro de salud.
- Si se suspende mi EAEDC, debo solicitar MassHealth por separado. Para pedir una solicitud, llame al 1-800-841-2900.

Si yo obtuviera MassHealth, acepto que MassHealth reúna:

- dinero que me deban de otra fuente para mi atención médica, y
- manutención médica de un padre o madre ausente de cualquier niño menor de 19 años que reciba beneficios de MassHealth.

¿Hay requisitos especiales si soy elegible solamente debido a un accidente o lesión?

Si mi familia recibe MassHealth o DTA debido a un accidente o una lesión, debo usar el dinero que reciba por dicho accidente o lesión para reembolsárselos. El dinero podría provenir de una póliza de seguros, un convenio compensatorio o de cualquier otra fuente. Esto se aplica aunque todavía yo no sepa cuáles serían las posibles fuentes del dinero.

Yo acepto cooperar con MassHealth y el DTA:

- Presentando reclamos por dinero de otras fuentes.
- Informando a MassHealth y al DTA inmediatamente sobre todos los reclamos de seguro, juicios u otros trámites para obtener el dinero.
- Brindando a MassHealth y al DTA toda la nueva información cuando la reciba.

Si yo no cooperara, MassHealth y el DTA podrían suspender o denegar mis beneficios. Acepto que MassHealth y el DTA podrían:

- Compartir información sobre mis beneficios para recaudar dinero y devolver dichos beneficios.
- Ver todos los expedientes sobre el dinero que yo podría obtener debido a un accidente o una lesión, tales como los archivos del Departamento de Accidentes Industriales.

Si yo recibo EAEDC debido a una discapacidad o porque soy mayor de 65 años, debo solicitar los beneficios federales de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI). Si me aprobaron para recibir los beneficios de SSI que cubren el mismo período de tiempo en que recibía EAEDC, la Administración del Seguro Social (SSA) le enviará parte de mis beneficios de SSI retroactivos al DTA para devolver el EAEDC.

Aviso importante sobre las leyes y sus beneficios

Una Violación Intencional del Programa (IPV) es hacer declaraciones falsas o engañosas deliberadamente, o tergiversar, ocultar o no declarar datos, ya sean orales o por escrito para establecer o mantener la elegibilidad para recibir los beneficios de TAFDC o de EAEDC, o para adquirir beneficios a los cuales no tengo derecho.

Si un tribunal o una audiencia de descalificación administrativa me declarara culpable de una IPV, o por haber firmado una exención, yo seré descalificado para recibir los beneficios de TAFDC o de EAEDC:

- por 6 meses por la primera infracción
- por 12 meses por la segunda infracción
- para siempre por la tercera infracción.

Además, podrían aplicarse otras leyes.

Compras prohibidas con la tarjeta de EBT

Entiendo que es ilegal usar los fondos de TAFDC o de EAEDC depositados en una tarjeta de Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT) para pagar lo siguiente: bebidas alcohólicas; productos derivados del tabaco; billetes de lotería; material de entretenimiento o representaciones orientadas a adultos; apuestas; armas de fuego y municiones; servicios de vacaciones; tatuajes; perforaciones corporales; alhajas; televisores; estéreos; juegos de video o consolas en tiendas de alquiler con opción a compra; marihuana recreativa; tarifas ordenadas por un tribunal; multas; fianzas o bonos de fianza.

Dónde está prohibido que use mi tarjeta de EBT

Entiendo que es ilegal que use mi tarjeta de Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT) en los siguientes lugares: librerías para adultos, o tiendas de parafernalia para adultos, o establecimientos de entretenimiento para adultos; distribuidores de municiones; casinos; casinos de juego o establecimientos de juego; cruceros; distribuidores de armas de fuego; joyerías; tiendas de licores; salones de manicura o de estética; agencias de envío de dinero al extranjero; tiendas de venta de marihuana recreativa o establecimientos para tatuajes.

Sanciones por realizar compras en efectivo prohibidas con la tarjeta de EBT

- Primera infracción: Debo devolver al DTA la cantidad de dinero gastada.
- Segunda infracción: Debo devolver al DTA la cantidad de dinero gastada y perderé los beneficios en efectivo por dos meses.
- Tercera infracción: Debo devolver al DTA la cantidad de dinero gastada y perderé los beneficios en efectivo de manera permanente.

Envíenos su solicitud completada.



Envíe su solicitud firmada a:
MassHealth Enrollment Center
PO Box 4405
Taunton, MA 02780-0968
Fax: (857) 323-8300



Entregue en persona su solicitud firmada en:
MassHealth Enrollment Center
The Shrafft Center
529 Main Street, Suite 1M
Charlestown, MA 02129

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**.