

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



CÓMO SOLICITAR



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
P.O. Box 4405
Taunton, MA 02780.
- **Envíe por fax** su solicitud completa y firmada a 1-857-323-8300.
- **Llámenos al 1-800-841-2900**
(TTY: 1-800-497-4648 para personas sordas, con dificultad auditiva o discapacidad del habla) o **1-877-MA ENROLL (877-623-6765).**
- **Visite** un Centro de Inscripción de MassHealth (MEC) para presentar su solicitud. Para obtener una lista de direcciones de MEC, consulte el **Folleto para el afiliado para recibir ayuda para la Cobertura de salud y dental, y ayuda para pagar los costos.**



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

- Cobertura económica de MassHealth, del Children's Medical Security Plan (CMSP, Plan de Seguridad Médica para Niños), del Health Connector o del Health Safety Net (HSN). Usted podría ser elegible para uno de estos programas, aunque gane hasta \$98,400 al año (para un hogar de cuatro personas).
- Planes económicos de seguro médico privado que ofrecen cobertura integral para ayudarle a mantenerse saludable.
- Un crédito fiscal que puede ayudarle a pagar por sus primas de cobertura de salud inmediatamente.
- Ciertos eventos de la vida le permiten obtener cobertura durante un período especial de inscripción con el Health Connector, aunque el período de Inscripción Abierta haya terminado. Consulte el Suplemento D: Formulario para el período de inscripción especial, para ver una lista de estos eventos de la vida. Por favor complete el Suplemento D si usted o una de las personas en su solicitud tiene alguno de estos eventos. Si no está seguro(a), debe completar el suplemento. Los afiliados de MassHealth no están limitados a un período de inscripción especial.



¿QUIÉN PUEDE USAR ESTA SOLICITUD?

Esta solicitud es para personas que necesitan cobertura de salud o dental y ayuda para pagarla, cuyos ingresos están dentro de los límites de ingresos para un tipo de cobertura, y quienes

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

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

- padres de niños menores de 19 años de edad;
- parientes adultos que viven y cuidan a niños menores de 19 años de edad, cuando ninguno de sus padres vive en la casa; o
- discapacitadas y que
 - trabaje 40 horas o más por mes o estén trabajando actualmente y hayan trabajado por lo menos 240 horas en los seis meses antes del mes en que presenten la solicitud; o
 - no estén trabajando (solo si son menores de 65 años de edad).





¿QUIÉN PUEDE USAR ESTA SOLICITUD? (CONT.)

Si esta solicitud no es para usted, llámenos al 1-800-841-2900 (TTY: 1-800-497-4648).

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

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

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



LO QUE PUEDE NECESITAR PARA PRESENTAR ESTA SOLICITUD

- Números del seguro social
- Números de documento de cualquier inmigrante legal que necesite cobertura
- Información sobre el empleador e ingresos de todas las personas que viven en su hogar (por ejemplo, recibos de sueldo, formularios W-2, o declaraciones de salario e impuestos)
- Números de póliza de cualquier cobertura de salud actual
- Información sobre cualquier seguro de salud relacionado con el trabajo disponible para su hogar



¿POR QUÉ SOLICITAMOS ESTA INFORMACIÓN?

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



¿QUÉ PASA A CONTINUACIÓN?

Recibirá instrucciones sobre los próximos pasos para completar su proceso de elegibilidad. Si usted es elegible para un plan de MassHealth, puede elegir un plan visitando www.mass.gov/masshealth y haciendo clic en el botón "MassHealth Members and Applicants" (Afiliados y solicitantes de MassHealth), y luego en "Enroll in a Health Plan" (Inscribirse en un Plan de Salud). Si no recibe noticias nuestras, visite MAhealthconnector.org o llámenos al **1-800-841-2900** (TTY: 1-800-497-4648). Completar esta solicitud no significa que tenga que comprar cobertura de salud.



OBTENGA AYUDA CON ESTA SOLICITUD

Teléfono: por favor llámenos para obtener ayuda con esta solicitud o si necesita servicios de intérprete.
1-800-841-2900 (TTY: 1-800-497-4648)



INSTRUCCIONES GENERALES

- Por favor **escriba con letra de imprenta y responda a todas las preguntas completamente.** Hay unas cuantas secciones que podrían indicarle que pase por alto algunas preguntas. Salvo esas excepciones, las respuestas en blanco o incompletas van a retrasar el procesamiento de su solicitud.
- Puede descargar páginas para personas adicionales en www.mass.gov/masshealth. Asegúrese de informarnos cuál es el parentesco de cada persona con las otras. Necesitamos esta información para determinar la elegibilidad.
- No es necesario que envíe hojas en blanco para el Paso 2 si no tiene tantas personas en su hogar. Asegúrese de indicar en la Sección 1 el número de personas que presenta esta solicitud, y envíe todas las otras secciones aunque estén en blanco o parcialmente en blanco.

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



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

Necesitamos que una de las personas adultas de su hogar sea la persona de contacto para su solicitud. Por favor observe que esta persona debe ser alguien nombrado en la solicitud, no un tercero que desea participar como un contacto para el(los) solicitante(s). Por favor consulte el Formulario de designación de representante autorizado (ARD) al final de esta solicitud para establecer a un contacto de tercera parte.

1. Nombre, segundo nombre, apellido y sufijo			2. Fecha del nacimiento		
3. ¿Cuál es su dirección de correo electrónico?					
<input type="checkbox"/> Sin dirección de su domicilio. Nota: si usted marca esta casilla, debe proporcionar una dirección postal.					
4. Dirección del domicilio			5. Apartamento o número de suite		
6. Ciudad		7. Estado	8. Código postal	9. Condado	
10. Dirección postal <input type="checkbox"/> Marque si es la misma que la dirección de su domicilio.			11. Apartamento o número de suite		
12. Ciudad		13. Estado	14. Código postal	15. Condado	
16. Número de teléfono		17. Otro número de teléfono		18. Núm. de personas nombradas en la solicitud	
19. ¿Cuál es su idioma preferido hablado o escrito (si no es inglés)?					
20. ¿Está alguna persona de esta solicitud en prisión o en la cárcel? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Si contestó sí, ¿quién? Escriba aquí su nombre: _____					

SOLAMENTE PARA AYUDANTES CON LA INSCRIPCIÓN

Complete esta sección si es un ayudante con la inscripción y está completando esta solicitud para otra persona. Los Navegadores deben completar un Formulario de designación del navegador si aún no lo han hecho. Los Asesores Certificados de Solicitud deben completar un Formulario de designación de asesor certificado de solicitud si aún no lo han hecho.

Marque uno <input type="checkbox"/> Navegador <input type="checkbox"/> Asesor Certificado de Solicitud		
Nombre, segundo nombre, apellido y sufijo		Dirección de correo electrónico
Nombre de la organización	Número de identificación de la organización	Número de teléfono de la organización

PASO 2 Proporcione información sobre su hogar.

¿A quién tiene que incluir en esta solicitud?

Infórmenos sobre todas las personas de su hogar que viven con usted. Si declara impuestos, necesitamos saber sobre todas las personas en su declaración de impuestos. No necesita declarar impuestos para obtener MassHealth.

INCLUYA a

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

NO tiene que incluir a

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

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

COMPLETE EL PASO 2 PARA CADA PERSONA DE SU HOGAR. Comience con usted y después agregue a los demás adultos y niños.

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

Complete el Paso 2 para usted y para todos los miembros adicionales del hogar que vivan con usted, o cualquier persona en su misma declaración de impuestos federales si usted la presenta. Si no presenta una declaración de impuestos, no se olvide de agregar también a los miembros de su hogar que vivan con usted.

1. Nombre, segundo nombre, apellido y sufijo	2. Relación con usted YO MISMO
3. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	4. Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino

5. Necesitamos un Número de Seguro Social (SSN) para cada persona que tenga uno y que solicite cobertura de salud, incluidos aquellos que soliciten MassHealth Premium Assistance (Asistencia para el pago de primas). 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 alguien necesita ayuda para conseguir un SSN, llame a la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY: 1-800-325-0778), o visite socialsecurity.gov. Para obtener más información, por favor consulte el Folleto para el afiliado.

¿Tiene usted un Número de Seguro Social (SSN)? Sí No

Si contestó **sí**, escriba el número (opcional, si **no** está solicitando) _____ - _____ - _____

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

Recién solicitado Excepción para no ciudadanos Excepción religiosa

¿Es su nombre en esta solicitud el mismo que aparece en su tarjeta del Seguro Social? Sí No

Si contestó **no**, ¿qué nombre aparece en su tarjeta del Seguro Social?

Nombre, segundo nombre, apellido y sufijo

6. Si obtiene un Crédito Fiscal Anticipado por el Pago de Primas (APTC) para el 2017, ¿está de acuerdo en hacer una declaración de impuestos federales para el año fiscal 2017? Sí No

Es probable que usted no haya necesitado o elegido hacer una declaración de impuestos en el pasado, pero deberá hacer una declaración de impuestos federales para cualquier año que usted obtenga un APTC. Debe marcar "Sí" para ser elegible para ConnectorCare o los APTC para ayudar a pagar su seguro de salud. NO necesita hacer una declaración de impuestos para obtener MassHealth, CMSP o el HSN, si usted califica.

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

Usted debe presentar una declaración federal de impuestos conjunta con su cónyuge para el 2017 para obtener ciertos programas a menos que usted sea víctima de abuso doméstico o abandono. Si usted es víctima de abuso doméstico o es un cónyuge abandonado, debe responder "No" a la pregunta 6a ("¿Está usted casado o casada legalmente?") y "No" a la pregunta 6b ("¿Planea usted presentar una declaración de impuestos federales conjunta con su cónyuge para el 2017?"), aunque así no sea cómo realmente presente la declaración. Solamente deberá incluir en esta solicitud a usted mismo y a cualquier dependiente.

a. ¿Está usted casado o casada legalmente? Sí No

Consulte la Publicación 501 del IRS o a un profesional fiscal para recibir información sobre declaración de impuestos.

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

b. ¿Planea usted presentar una declaración de impuestos federales conjunta con su cónyuge para el 2017? Sí No

c. ¿Reclamará usted a algún dependiente en su declaración de impuestos federales para el 2017? Sí No

Usted debe reclamar una deducción por exención personal en su declaración de impuestos federales para el 2017 para cualquier persona nombrada en esta solicitud como dependiente que esté inscrito en la cobertura por medio del Health Connector de Massachusetts y cuya prima para la cobertura se pague en parte o en su totalidad por pagos adelantados. Si contestó **sí**, escriba el(los) nombre(s) y fecha(s) de nacimiento del (de los) dependiente(s).

d. ¿Será usted reclamado(a) como dependiente en la declaración de impuestos federales de otra persona para el 2017?

Sí No

Si usted es reclamado(a) por alguien más como dependiente en su declaración de impuestos federales para el 2017, esto puede afectar su capacidad de recibir un crédito fiscal para pagar la prima. No responda sí a esta pregunta si es un niño menor de 21 años que es reclamado por un padre o madre sin custodia.

Si contestó **sí**, por favor escriba el nombre del declarante de impuestos. _____

Fecha de nacimiento del declarante de impuestos _____ ¿Qué parentesco tiene usted con el declarante de impuestos? _____

¿Está casado el declarante de impuestos, y presenta una declaración conjunta? Sí No

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

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

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

1. Usted ha recibido un APTC o ConnectorCare en el pasado, y

2. La declaración es verdadera para todas las personas del hogar nombradas en la solicitud.

Declaración

Presenté una declaración federal de impuestos ante el Servicio de Impuestos Internos (IRS) por cada año en que yo recibí un Crédito Fiscal Anticipado por el Pago de Primas (APTC). Cuando presenté la declaración, yo incluí el Formulario 8962 del IRS, el cual tenía información sobre el crédito fiscal que recibí, de modo que el IRS pudo reconciliar mi APTC. Sí No

7. ¿Está solicitando cobertura de servicios de salud o dental para **USTED MISMO**? Sí No

(Aunque tenga cobertura, podría haber un programa con mejor cobertura o costos más bajos.)

Si contestó **sí**, responda a todas las preguntas a continuación. Si contestó **no**, responda las preguntas 14 y 15, luego vaya a **Información sobre ingresos** en la página 4.

8. ¿Es usted ciudadano o nacional de EE. UU.? Sí No

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

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

9. Si usted no es ciudadano, ¿tiene un estado inmigratorio elegible? Sí No

Consulte la página 22, "Estados inmigratorios y tipos de documentos" para obtener ayuda. Si contestó **no** o **no responde**, solo puede recibir uno o más de lo siguiente: MassHealth Standard (si está embarazada), MassHealth Limited, el Children's Medical Security Plan (CMSP, Plan de seguridad médica para niños) o Health Safety Net (HSN). Vaya a la Pregunta 10.

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

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

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

PASO 2 Persona 1 (continuación)

Estado inmigratorio _____ Tipo de documento inmigratorio _____

Elija uno o más estados y tipos de documentos de la lista en la página 22.

Número de ID del documento _____ Número de extranjero _____

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

- b. ¿Utilizó el mismo nombre en esta solicitud que el usado para obtener su estado inmigratorio? Sí No. Si contestó **no**, ¿qué nombre usó? Nombre, segundo nombre, apellido y sufijo _____
- c. ¿Llegó usted a EE. UU. después del 22 de agosto de 1996? Sí No
- d. ¿Es usted un veterano 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

10. ¿Vive usted con al menos un niño menor de 19 años de edad, y es usted la persona principal que cuida de este niño(s)?

Sí No.

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

11. Raza (opcional: marque todas las que corresponda)

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hispano, latino o de origen español | <input type="checkbox"/> Indígena norteamericano o Nativo de Alaska (complete el Paso 3 y el Suplemento B) | <input type="checkbox"/> Coreano |
| <input type="checkbox"/> Cubano | <input type="checkbox"/> Indio (de Asia) | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái |
| <input type="checkbox"/> Mexicano, mexicanoamericano o chicano | <input type="checkbox"/> Negro o afronorteamericano | <input type="checkbox"/> Otro asiático |
| <input type="checkbox"/> Puertorriqueño | <input type="checkbox"/> Chino | <input type="checkbox"/> Otro Isleño del Pacífico |
| <input type="checkbox"/> Otro hispano/latino/español _____ | <input type="checkbox"/> Filipino | <input type="checkbox"/> Samoano |
| | <input type="checkbox"/> Guameño o chamorro | <input type="checkbox"/> Vietnamita |
| | <input type="checkbox"/> Japonés | <input type="checkbox"/> Blanco o caucásico |
| | | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

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

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

13. ¿Tiene usted una lesión, enfermedad o discapacidad (incluyendo una condición de salud mental discapacitante) que ha durado o se espera que dure por lo menos 12 meses? Si es legalmente ciego, responda sí. Sí No

14. ¿Necesita una acomodación razonable debido a una discapacidad o lesión? Sí No

Si contestó **sí**, complete el resto de esta solicitud, incluyendo el Suplemento C: Acomodación.

15. ¿Está usted embarazada? Sí No

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

16. ¿Tiene usted cáncer de seno o del cuello del útero? (Opcional) Sí No

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

17. ¿Es usted VIH positivo? (Opcional) Sí No

MassHealth tiene reglas de cobertura especial para personas que son VIH positivo.

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

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

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

INFORMACIÓN SOBRE INGRESOS

¿Tiene algún ingreso? Sí No

Si contestó **sí**, vaya a Empleo actual 1 para ingresos por empleo. Vaya a Empleo por cuenta propia para ingresos por empleo por cuenta propia. Para todo otro ingreso, vaya a Otros ingresos. Si algún ingreso no es estable de mes a mes, por favor proporcione el ingreso promedio para el período de tiempo (por semana, por mes, etc.).

Si contestó **no**, saltee a las preguntas 32 y 33.

EMPLEO ACTUAL 1

19. Nombre y dirección del empleador _____	Núm. de ID del impuesto federal _____
--	---------------------------------------

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

21. Promedio del número de horas trabajadas por SEMANA _____	22. ¿Es este empleo un taller de trabajo protegido? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	---

23. ¿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.

EMPLEO ACTUAL 2 | Si tiene más trabajos y necesita más espacio, adjunte otra hoja de papel.

24. 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 cualquier 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. ¿Es este empleo un taller de trabajo protegido? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	---

28. ¿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.

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

29. ¿Usted trabaja por cuenta propia? Sí No

a. Si contestó sí, ¿qué tipo de trabajo hace usted? _____

b. En promedio, ¿cuánto ingreso neto (ganancias después de pagar por gastos de negocios) obtendrá usted de este empleo por cuenta propia por mes, o, ¿cuánto perderá por este empleo por cuenta propia por mes? \$ _____/mes **ganancia** O \$ _____/mes **pérdida**?

c. ¿Cuántas horas trabaja por semana? _____

OTROS INGRESOS

30. Marque todo lo que corresponda y proporcione la cantidad y con qué frecuencia la recibe. Si usted recibe un pago único, incluya el mes en que lo recibió. **NOTA: No necesita informarnos sobre manutención de los hijos, pagos a veteranos no imponibles, Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) o ingresos por indemnizaciones de trabajo (Workers' Compensation).**

- Beneficios de seguro social \$ _____ ¿Con qué frecuencia/mes recibidos? _____
- Desempleo \$ _____ ¿Con qué frecuencia/mes recibido? _____
- Jubilación/Retiro o pensión \$ _____ ¿Con qué frecuencia/mes recibida? _____ Fuente _____
- Ganancias de capital \$ _____ ¿Con qué frecuencia/mes recibidas? _____
- Interés, dividendos y otros ingresos por inversiones \$ _____ ¿Con qué frecuencia/mes recibidos? _____
- Ingresos por regalías \$ _____ ¿Con qué frecuencia/mes recibidos? _____
- Ingresos netos por alquiler:
 En promedio, ¿cuántos ingresos netos (ganancias después de pagar los gastos de esta propiedad rentada) obtendrá usted de este alquiler cada mes o cuánto dinero perderá usted de este alquiler cada mes? \$ _____ ganancia mensual o \$ _____ pérdida mensual
- Ingresos netos de agricultura, ganadería o pesca \$ _____ ¿Con qué frecuencia/mes recibidos? _____
- Pensión alimenticia recibida \$ _____ ¿Con qué frecuencia/mes recibida? _____
- Otros ingresos imponibles \$ _____ ¿Con qué frecuencia/mes recibidos? _____ Tipo _____

DEDUCCIONES

31. Marque todo lo que corresponda. Proporcione la cantidad y con qué frecuencia la recibe.

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. **NOTA: No incluya un costo que usted ya haya considerado en sus respuestas al ingreso neto por trabajo por cuenta propia, alquiler neto o ingreso neto por agricultura, ganadería o pesca.** Escriba la cantidad hasta el máximo del deducible permitido por el IRS.

Pensión alimenticia pagada \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

Interés de préstamo estudiantil \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

Otras deducciones fiscales (gastos de educador; ciertos gastos de negocios de reservistas, artistas o funcionarios del gobierno basados en una tarifa; deducciones de cuentas de ahorro de salud; gastos de mudanza debidos a un cambio de empleo; parte deducible de los impuestos de empleo por cuenta propia; contribución a SEP, SIMPLE y planes calificados para trabajos por cuenta propia; deducción para seguro de salud para trabajos por cuenta propia; multas por retiro anticipado de ahorros, deducción para cuentas de jubilación individual (IRA); matrículas y cuotas por educación superior; y deducción por actividades de producción doméstica. No incluya ningún tipo de deducción que no esté nombrada arriba.

Tipo _____ \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

INGRESO ANUAL

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

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

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

PASO 2 Persona 2

Complete el Paso 2 por cada persona adicional en su hogar que vive con usted, y para cualquier persona en su misma declaración de impuestos federales si usted la presenta. Consulte la página 2 para obtener más información sobre a quién incluir. Si no presenta una declaración de impuestos, no se olvide de agregar también a los miembros de su hogar que vivan con usted.

1. Nombre, segundo nombre, apellido y sufijo

2. Parentesco con la Persona 1

¿Vive esta persona con la Persona 1? Sí No

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

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

4. Género Masculino Femenino

5. Necesitamos un Número de Seguro Social (SSN) para cada persona que tenga uno y que solicite cobertura de salud, incluidos aquellos que soliciten MassHealth Premium Assistance (Asistencia para el pago de primas). 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 alguien necesita ayuda para conseguir un SSN, llame a la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY: 1-800-325-0778), o visite socialsecurity.gov. Para obtener más información, por favor consulte el Folleto para el afiliado.

¿Tiene esta persona un Número de Seguro Social (SSN)? Sí No

Si contestó **sí**, escriba el número (Opcional, si **no** está solicitando) _____ - _____ - _____

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

Recién solicitado Excepción para no ciudadanos Excepción religiosa

6. Si esta persona obtiene un Crédito Fiscal Anticipado por el Pago de Primas (APTC) para el 2017, ¿está de acuerdo esta persona en hacer una declaración de impuestos federales para el año fiscal 2017? Sí No

Es probable que él o ella no haya necesitado o haya elegido no hacer una declaración de impuestos en el pasado, pero esta persona deberá hacer una declaración de impuestos federales para cualquier año que obtenga un APTC. Debe marcar "Sí" para ser elegible para ConnectorCare o los APTC para ayudar a pagar por el seguro de salud de esta persona. Esta persona NO necesita hacer una declaración de impuestos para obtener MassHealth, CMSP o el HSN, si él o ella califica.

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

Esta persona debe presentar una declaración de impuestos federales conjunta con su cónyuge para el 2017 con el fin de obtener ciertos programas a menos que él o ella sea víctima de abuso doméstico o abandono. Si esta persona es víctima de abuso doméstico o es un cónyuge abandonado, esta persona debe responder "No" a la pregunta 6a ("¿Está esta persona casada legalmente?") y "No" a la pregunta 6b ("¿Planea esta persona presentar una declaración de impuestos federales conjunta con su cónyuge para el 2017?"), aunque así no sea como realmente presente la declaración. Esta persona solamente deberá incluir en esta solicitud a sí mismo y a cualquier dependiente.

PASO 2 Persona 2 (continuación)

a. ¿Está esta persona casada legalmente? Sí No

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

b. ¿Planea esta persona presentar una declaración de impuestos federales conjunta con su cónyuge para el 2017? Sí No

c. ¿Reclamará esta persona a algún dependiente en su declaración de impuestos federales para el 2017? Sí No
Esta persona reclamará una deducción por exención personal en su declaración de impuestos federales para el 2017 para cualquier persona nombrada en esta solicitud como dependiente que esté inscrito en la cobertura por medio del Health Connector de Massachusetts y cuya prima para la cobertura se pague en parte o en su totalidad por pagos adelantados. Si contestó **sí**, escriba el(los) nombre(s) y fecha(s) de nacimiento del(de los) dependiente(s).

d. ¿Será esta persona reclamada como dependiente en la declaración de impuestos federales de otra persona para el 2017? Sí No

Si esta persona es reclamada por alguien más como dependiente en su declaración de impuestos federales para 2017, esto podría afectar la capacidad de esta persona de recibir un crédito fiscal para pagar la prima. No conteste **sí** a esta pregunta si esta persona es un niño menor de 21 años que es reclamado por un padre o madre sin custodia.

Si contestó **sí**, por favor escriba el nombre del declarante de impuestos. _____

Fecha de nacimiento del declarante de impuestos _____

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

¿Está casado el declarante de impuestos, y presenta una declaración conjunta? Sí No

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

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

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

(Aunque tenga cobertura, podría haber un programa con mejor cobertura o costos más bajos.)

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

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

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

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

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

Consulte la página 22, "Estados inmigratorios y tipos de documentos" para obtener ayuda. Si contestó **no** o **no responde**, esta persona solamente puede recibir uno o más de los siguientes: MassHealth Standard (si está embarazada), MassHealth Limited, el Children's Medical Security Plan (CMSP, Plan de seguridad médica para niños) o Health Safety Net (HSN). Vaya a la Pregunta 10.

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

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

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

Estado inmigratorio _____ Tipo de documento inmigratorio _____

Elija uno o más estados y tipos de documentos de la lista en la página 22.

Número de ID del documento _____ Número de extranjero _____

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

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

Si contestó **no**, ¿qué nombre usó esta persona?

Nombre, segundo nombre, apellido y sufijo _____

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

d. ¿Es esta persona 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

10. ¿Vive esta persona con al menos un niño menor de 19 años de edad, y es esta la persona principal que cuida a este niño(s)?

Sí No. Nombre(s) y fecha(s) de nacimiento del(de los) niño(s)

11. Raza (opcional: marque todas las que corresponda)

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hispano, latino o de origen español | <input type="checkbox"/> Indígena norteamericano o Nativo de Alaska (complete el Paso 3 y el Suplemento B) | <input type="checkbox"/> Coreano |
| <input type="checkbox"/> Cubano | <input type="checkbox"/> Indio (de Asia) | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái |
| <input type="checkbox"/> Mexicano, mexicoamericano o chicano | <input type="checkbox"/> Negro o afronorteamericano | <input type="checkbox"/> Otro asiático |
| <input type="checkbox"/> Puertorriqueño | <input type="checkbox"/> Chino | <input type="checkbox"/> Otro Isleño del Pacífico |
| <input type="checkbox"/> Otro hispano/latino/español | <input type="checkbox"/> Filipino | <input type="checkbox"/> Samoano |
| _____ | <input type="checkbox"/> Guameño o chamorro | <input type="checkbox"/> Vietnamita |
| | <input type="checkbox"/> Japonés | <input type="checkbox"/> Blanco o caucásico |
| | | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

12. ¿Vive esta persona en Massachusetts, y o bien planea esta persona residir aquí, incluso si él o ella aún no tiene una dirección fija, o ha llegado esta persona a Massachusetts con un compromiso de trabajo o buscando empleo? Sí No
Si esta persona está visitando Massachusetts por placer personal o con el propósito de recibir atención médica en un entorno que no sea un centro de enfermería, usted debe responder no a esta pregunta.
13. ¿Tiene esta persona una lesión, enfermedad o discapacidad (incluyendo una condición de salud mental discapacitante) que ha durado o se espera que dure por lo menos 12 meses? Si es legalmente ciego, responda sí. Sí No
14. ¿Necesita esta persona una acomodación razonable debido a una discapacidad o lesión? Sí No
Si contestó **sí**, complete el resto de esta solicitud, incluyendo el Suplemento C: Acomodación.
15. ¿Está esta persona embarazada? Sí No
Si contestó **sí**, ¿cuántos bebés está esperando? _____ ¿Cuál es la fecha prevista de parto? _____
16. ¿Tiene esta persona cáncer de seno o del cuello del útero? (Opcional) Sí No
MassHealth tiene reglas de cobertura especial para personas que necesitan tratamiento para el cáncer de seno o del cuello del útero.
17. ¿Es esta persona VIH positivo? (Opcional) Sí No
MassHealth tiene reglas de cobertura especial para personas que son VIH positivo.
18. ¿Estuvo esta persona alguna vez en un hogar de crianza? Sí No
a. Si contestó **yes**, ¿en qué estado estuvo esta persona en un hogar de crianza? _____
b. ¿Recibía esta persona atención médica por medio de un programa estatal de Medicaid? Sí No

INFORMACIÓN SOBRE INGRESOS

¿Tiene esta persona algún ingreso? Sí No

Si contestó **sí**, vaya a Empleo actual 1 para ingresos por empleo. Vaya a Empleo por cuenta propia para ingresos por empleo por cuenta propia. Para todo otro ingreso, vaya a Otros ingresos. Si algún ingreso no es estable de mes a mes, por favor proporcione el ingreso promedio para el período de tiempo (por semana, por mes, etc.).

Si contestó **no**, saltee a las preguntas 32 y 33.

EMPLEO ACTUAL 1

- | | |
|--------------------------------------|---------------------------------|
| 19. Nombre y dirección del empleador | Núm. de ID del impuesto federal |
|--------------------------------------|---------------------------------|
20. a. Salarios/propinas (antes de impuestos) \$ _____
 Semanal Cada 2 semanas Dos veces por mes Mensual Trimestral Anual
 (Reste cualquier deducción antes de impuestos, tal como primas de seguros de salud no imponibles.)
 b. Fecha de inicio de los ingresos _____
21. Promedio del número de horas trabajadas por SEMANA _____
22. ¿Es este empleo un taller de trabajo protegido? Sí No
23. ¿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.

EMPLEO ACTUAL 2 | Si tiene más trabajos y necesita más espacio, adjunte otra hoja de papel.

24. 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 cualquier 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. ¿Es este empleo un taller de trabajo protegido? Sí No

28. ¿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.

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

29. ¿Trabaja esta persona por cuenta propia? Sí No
- a. Si contestó sí, ¿qué tipo de trabajo hace esta persona? _____
- b. En promedio, ¿cuánto ingreso neto (ganancias después de pagar por gastos de negocios) obtendrá esta persona de su empleo por cuenta propia por mes, o, ¿cuánto perderá esta persona por este empleo por cuenta propia por mes?
 \$ _____/mes **ganancia** O \$ _____/mes **pérdida**?
- c. ¿Cuántas horas trabaja esta persona por semana? _____

OTROS INGRESOS

30. Marque todo lo que corresponda y proporcione la cantidad y con qué frecuencia esta persona la recibe. Si esta persona recibe un pago único, incluya el mes en que lo recibió. **NOTA: No necesita informarnos sobre manutención de los hijos, pagos a veteranos no imponibles, Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) o ingresos por indemnizaciones de trabajo.**
- Beneficios de seguro social \$ _____ ¿Con qué frecuencia/mes recibidos? _____
- Desempleo \$ _____ ¿Con qué frecuencia/mes recibido? _____
- Jubilación/Retiro o pensión \$ _____ ¿Con qué frecuencia/mes recibida? _____ Fuente _____
- Ganancias de capital \$ _____ ¿Con qué frecuencia/mes recibidas? _____
- Interés, dividendos y otros ingresos por inversiones \$ _____ ¿Con qué frecuencia/mes recibidos? _____
- Ingresos por regalías \$ _____ ¿Con qué frecuencia/mes recibidos? _____
- Ingresos netos por alquiler: En promedio, ¿cuántos ingresos netos (ganancias después de pagar los gastos de esta propiedad rentada) obtendrá esta persona de este alquiler cada mes o cuánto dinero perderá esta persona de este alquiler cada mes?
 \$ _____ ganancia mensual o \$ _____ pérdida mensual
- Ingresos netos de agricultura, ganadería o pesca \$ _____ ¿Con qué frecuencia/mes recibidos? _____
- Pensión alimenticia recibida \$ _____ ¿Con qué frecuencia/mes recibida? _____
- Otros ingresos imponibles \$ _____ ¿Con qué frecuencia/mes recibidos? _____ Tipo _____

DEDUCCIONES

31. Marque todo lo que corresponda. Proporcione la cantidad y con qué frecuencia esta persona la recibe. Si esta persona paga por ciertas cosas que pueden ser deducidas en una declaración de impuestos federales, y nos informa sobre ellas, podría reducir un poco el costo de la cobertura de salud. **NOTA: No debe incluir un costo que ya haya considerado en sus respuestas al ingreso neto por trabajo por cuenta propia, alquiler neto o ingreso neto por agricultura, ganadería o pesca.** Escriba la cantidad hasta el máximo del deducible permitido por el IRS.
- Pensión alimenticia pagada \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
- Interés de préstamo estudiantil \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
- Otras deducciones fiscales (gastos de educador; ciertos gastos de negocios de reservistas, artistas o funcionarios del gobierno basados en una tarifa; deducciones de cuentas de ahorro de salud; gastos de mudanza debido a un cambio de empleo; parte deducible de los impuestos de empleo por cuenta propia; contribución a SEP, SIMPLE y planes calificados para trabajos por cuenta propia; deducción para seguro de salud para trabajos por cuenta propia; multas por retiro anticipado de ahorros, deducción para cuentas de jubilación individual (IRA); matrículas y cuotas por educación superior; y deducción por actividades de producción doméstica. No incluya ningún tipo de deducción que no esté nombrada arriba.
 Tipo _____ \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

INGRESO ANUAL

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

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

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

PASO 2 Persona 3

Complete el Paso 2 por cada persona adicional en su hogar que vive con usted, y para cualquier persona en su misma declaración de impuestos federales si usted la presenta. Consulte la página 2 para obtener más información sobre a quién incluir. Si no presenta una declaración de impuestos, no se olvide de agregar también a los miembros de su hogar que vivan con usted.

1. Nombre, segundo nombre, apellido y sufijo

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

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

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

4. Género Masculino Femenino

5. Necesitamos un Número de Seguro Social (SSN) para cada persona que tenga uno y que solicite cobertura de salud, incluidos aquellos que soliciten MassHealth Premium Assistance (Asistencia para el pago de primas). 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 alguien necesita ayuda para conseguir un SSN, llame a la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY: 1-800-325-0778), o visite socialsecurity.gov. Para obtener más información, por favor consulte el Folleto para el afiliado.

¿Tiene esta persona un Número de Seguro Social (SSN)? Sí No

Si contestó **sí**, escriba el número (Opcional, si **no** está solicitando) _____ - _____ - _____

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

Recién solicitado Excepción para no ciudadanos Excepción religiosa

6. Si esta persona obtiene un Crédito Fiscal Anticipado por el Pago de Primas (APTC) para el 2017, ¿está de acuerdo esta persona en hacer una declaración de impuestos federales para el año fiscal 2017? Sí No

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

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

Esta persona debe presentar una declaración de impuestos federales conjunta con su cónyuge para el 2017 con el fin de obtener ciertos programas a menos que él o ella sea víctima de abuso doméstico o abandono. Si esta persona es víctima de abuso doméstico o es un cónyuge abandonado, esta persona debe responder "No" a la pregunta 6a ("¿Está esta persona casada legalmente?") y "No" a la pregunta 6b ("¿Planea esta persona presentar una declaración de impuestos federales conjunta con su cónyuge para el 2017?"), aunque así no sea como realmente presente la declaración. Esta persona solamente deberá incluir en esta solicitud a sí mismo y a cualquier dependiente.

a. ¿Está esta persona casada legalmente? Sí No

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

b. ¿Planea esta persona presentar una declaración de impuestos federales conjunta con su cónyuge para el 2017? Sí No

c. ¿Reclamará esta persona a algún dependiente en su declaración de impuestos federales para el 2017? Sí No

Esta persona reclamará una deducción por exención personal en su declaración de impuestos federales para el 2017 para cualquier persona nombrada en esta solicitud como dependiente que esté inscrito en la cobertura por medio del Health Connector de Massachusetts y cuya prima para la cobertura se pague en parte o en su totalidad por pagos adelantados. Si contestó **sí**, escriba el(los) nombre(s) y fecha(s) de nacimiento del(de los) dependiente(s).

d. ¿Será esta persona reclamada como dependiente en la declaración de impuestos federales de otra persona para el 2017?

Sí No

Si esta persona es reclamada por alguien más como dependiente en su declaración de impuestos federales para 2017, esto podría afectar la capacidad de esta persona de recibir un crédito fiscal para pagar la prima. No conteste sí a esta pregunta si esta persona es un niño menor de 21 años que es reclamado por un padre o madre sin custodia.

Si contestó **sí**, por favor escriba el nombre del declarante de impuestos. _____

PASO 2 Persona 3 (continuación)

Fecha de nacimiento del declarante de impuestos _____

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

¿Está casado el declarante de impuestos, y presenta una declaración conjunta? Sí No

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

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

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

(Aunque tenga cobertura, podría haber un programa con mejor cobertura o costos más bajos.)

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

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

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

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

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

Consulte la página 22, "Estados inmigratorios y tipos de documentos" para obtener ayuda. Si contestó **no** o **no responde**, esta persona solamente puede recibir uno o más de los siguientes: MassHealth Standard (si está embarazada), MassHealth Limited, el Children's Medical Security Plan (CMSP, Plan de seguridad médica para niños) o Health Safety Net (HSN). Vaya a la Pregunta 10.

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

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

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

Estado inmigratorio _____ Tipo de documento inmigratorio _____

Elija uno o más estados y tipos de documentos de la lista en la página 22.

Número de ID del documento _____ Número de extranjero _____

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

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

Si contestó **no**, ¿qué nombre usó esta persona?

Nombre, segundo nombre, apellido y sufijo _____

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

d. ¿Es esta persona 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

10. ¿Vive esta persona con al menos un niño menor de 19 años de edad, y es esta la persona principal que cuida a este niño(s)?

Sí No. Nombre(s) y fecha(s) de nacimiento del(de los) niño(s)

11. Raza (opcional: marque todas las que corresponda)

Hispano, latino o de origen español

Cubano

Mexicano, mexicoamericano o chicano

Puertorriqueño

Otro hispano/latino/español

Indígena norteamericano o Nativo de Alaska (complete el Paso 3 y el Suplemento B)

Indio (de Asia)

Negro o afronorteamericano

Chino

Filipino

Guameño o chamorro

Japonés

Coreano

Nativo de Hawái

Otro asiático

Otro Isleño del Pacífico

Samoano

Vietnamita

Blanco o caucásico

Otro _____

PASO 2 Persona 3 (continuación)

12. ¿Vive esta persona en Massachusetts, y o bien planea esta persona residir aquí, incluso si él o ella aún no tiene una dirección fija, o ha llegado esta persona a Massachusetts con un compromiso de trabajo o buscando empleo? Sí No
Si esta persona está visitando Massachusetts por placer personal o con el propósito de recibir atención médica en un entorno que no sea un centro de enfermería, usted debe responder no a esta pregunta.
13. ¿Tiene esta persona una lesión, enfermedad o discapacidad (incluyendo una condición de salud mental discapacitante) que ha durado o se espera que dure por lo menos 12 meses? Si es legalmente ciego, responda sí. Sí No
14. ¿Necesita esta persona una acomodación razonable debido a una discapacidad o lesión? Sí No
Si contestó **sí**, complete el resto de esta solicitud, incluyendo el Suplemento C: Acomodación.
15. ¿Está esta persona embarazada? Sí No
Si contestó **sí**, ¿cuántos bebés está esperando? _____ ¿Cuál es la fecha prevista de parto? _____
16. ¿Tiene esta persona cáncer de seno o del cuello del útero? (Opcional) Sí No
MassHealth tiene reglas de cobertura especial para personas que necesitan tratamiento para el cáncer de seno o del cuello del útero.
17. ¿Es esta persona VIH positivo? (Opcional) Sí No
MassHealth tiene reglas de cobertura especial para personas que son VIH positivo.
18. ¿Estuvo esta persona alguna vez en un hogar de crianza? Sí No
a. Si contestó **yes**, ¿en qué estado estuvo esta persona en un hogar de crianza? _____
b. ¿Recibía esta persona atención médica por medio de un programa estatal de Medicaid? Sí No

INFORMACIÓN SOBRE INGRESOS

¿Tiene esta persona algún ingreso? Sí No

Si contestó **sí**, vaya a Empleo actual 1 para ingresos por empleo. Vaya a Empleo por cuenta propia para ingresos por empleo por cuenta propia. Para todo otro ingreso, vaya a Otros ingresos. Si algún ingreso no es estable de mes a mes, por favor proporcione el ingreso promedio para el período de tiempo (por semana, por mes, etc.).

Si contestó **no**, saltee a las preguntas 32 y 33.

EMPLEO ACTUAL 1

- | | |
|--------------------------------------|---------------------------------|
| 19. Nombre y dirección del empleador | Núm. de ID del impuesto federal |
|--------------------------------------|---------------------------------|
20. a. Salarios/propinas (antes de impuestos) \$ _____
 Semanal Cada 2 semanas Dos veces por mes Mensual Trimestral Anual
(Reste cualquier deducción antes de impuestos, tal como primas de seguros de salud no imponibles.)
b. Fecha de inicio de los ingresos _____
- | | |
|--|---|
| 21. Promedio del número de horas trabajadas por SEMANA _____ | 22. ¿Es este empleo un taller de trabajo protegido? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
|--|---|
23. ¿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.

EMPLEO ACTUAL 2 | Si tiene más trabajos y necesita más espacio, adjunte otra hoja de papel.

- | | |
|--------------------------------------|---------------------------------|
| 24. 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 cualquier 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. ¿Es este empleo un taller de trabajo protegido? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
|--|---|
28. ¿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.

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

29. ¿Trabaja esta persona por cuenta propia? Sí No
- a. Si contestó sí, ¿qué tipo de trabajo hace esta persona? _____
- b. En promedio, ¿cuánto ingreso neto (ganancias después de pagar por gastos de negocios) obtendrá esta persona de su empleo por cuenta propia por mes, o, ¿cuánto perderá esta persona por este empleo por cuenta propia por mes? \$ _____/mes **ganancia** O \$ _____/mes **pérdida**?
- c. ¿Cuántas horas trabaja esta persona por semana? _____

OTROS INGRESOS

30. Marque todo lo que corresponda y proporcione la cantidad y con qué frecuencia esta persona la recibe. Si esta persona recibe un pago único, incluya el mes en que lo recibió. **NOTA: No necesita informarnos sobre manutención de los hijos, pagos a veteranos no imponibles, Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) o ingresos por indemnizaciones de trabajo.**
- Beneficios de seguro social \$ _____ ¿Con qué frecuencia/mes recibidos? _____
- Desempleo \$ _____ ¿Con qué frecuencia/mes recibido? _____
- Jubilación/Retiro o pensión \$ _____ ¿Con qué frecuencia/mes recibida? _____ Fuente _____
- Ganancias de capital \$ _____ ¿Con qué frecuencia/mes recibidas? _____
- Interés, dividendos y otros ingresos por inversiones \$ _____ ¿Con qué frecuencia/mes recibidos? _____
- Ingresos por regalías \$ _____ ¿Con qué frecuencia/mes recibidos? _____
- Ingresos netos por alquiler: En promedio, ¿cuántos ingresos netos (ganancias después de pagar los gastos de esta propiedad rentada) obtendrá esta persona de este alquiler cada mes o cuánto dinero perderá esta persona de este alquiler cada mes? \$ _____ ganancia mensual o \$ _____ pérdida mensual
- Ingresos netos de agricultura, ganadería o pesca \$ _____ ¿Con qué frecuencia/mes recibidos? _____
- Pensión alimenticia recibida \$ _____ ¿Con qué frecuencia/mes recibida? _____
- Otros ingresos imponibles \$ _____ ¿Con qué frecuencia/mes recibidos? _____ Tipo _____

DEDUCCIONES

31. Marque todo lo que corresponda. Proporcione la cantidad y con qué frecuencia esta persona la recibe. Si esta persona paga por ciertas cosas que pueden ser deducidas en una declaración de impuestos federales, y nos informa sobre ellas, podría reducir un poco el costo de la cobertura de salud. **NOTA: No debe incluir un costo que ya haya considerado en sus respuestas al ingreso neto por trabajo por cuenta propia, alquiler neto o ingreso neto por agricultura, ganadería o pesca.** Escriba la cantidad hasta el máximo del deducible permitido por el IRS.
- Pensión alimenticia pagada \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
- Interés de préstamo estudiantil \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
- Otras deducciones fiscales (gastos de educador; ciertos gastos de negocios de reservistas, artistas o funcionarios del gobierno basados en una tarifa; deducciones de cuentas de ahorro de salud; gastos de mudanza debido a un cambio de empleo; parte deducible de los impuestos de empleo por cuenta propia; contribución a SEP, SIMPLE y planes calificados para trabajos por cuenta propia; deducción para seguro de salud para trabajos por cuenta propia; multas por retiro anticipado de ahorros, deducción para cuentas de jubilación individual (IRA); matrículas y cuotas por educación superior; y deducción por actividades de producción doméstica. No incluya ningún tipo de deducción que no esté nombrada arriba.
- Tipo _____ \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

INGRESO ANUAL

32. ¿Cuál es el ingreso total esperado de esta persona para el año calendario actual? _____
33. ¿Cuál es el ingreso total esperado de esta persona para el próximo año calendario, si es diferente? _____

 ¡GRACIAS! Esto es todo lo que necesitamos saber sobre esta persona. Vaya al Paso 2 Persona 4 para agregar otro miembro de su hogar, si fuera necesario. De otra manera, vaya al Paso 3 Miembro(s) del hogar Indígena Norteamericano o Nativo de Alaska (AI/AN).

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

Si tiene más de cuatro personas para incluir en esta solicitud, haga una copia de las páginas de información en blanco para el Paso 2 Persona 4 ANTES de completarlo. Cuando está completando las páginas adicionales, por favor no se olvide de informarnos cómo cada persona está relacionada con las demás personas en la solicitud. Necesitamos esta información para determinar la elegibilidad.

Complete el Paso 2 por cada persona adicional en su hogar que vive con usted, y para cualquier persona en su misma declaración de impuestos federales si usted la presenta. Consulte la página 1 para obtener más información sobre a quién incluir. Si no presenta una declaración de impuestos, no se olvide de agregar también a los miembros de su hogar que vivan con usted.

1. Nombre, segundo nombre, apellido y sufijo

2. Parentesco con la Persona 1

Parentesco con la Persona 2

Parentesco con la Persona 3

¿Vive esta persona con la Persona 1? Sí No

Si contestó no, escriba la dirección.

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

4. Género Masculino Femenino

5. Necesitamos un Número de Seguro Social (SSN) para cada persona que tenga uno y que solicite cobertura de salud, incluidos aquellos que soliciten MassHealth Premium Assistance (Asistencia para el pago de primas). 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 alguien necesita ayuda para conseguir un SSN, llame a la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY: 1-800-325-0778), o visite socialsecurity.gov. Para obtener más información, por favor consulte el Folleto para el afiliado.

¿Tiene esta persona un Número de Seguro Social (SSN)? Sí No

Si contestó sí, escriba el número (Opcional, si no está solicitando) _____ - _____ - _____

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

Recién solicitado Excepción para no ciudadanos Excepción religiosa

6. Si esta persona obtiene un Crédito Fiscal Anticipado por el Pago de Primas (APTC) para el 2017, ¿está de acuerdo esta persona en hacer una declaración de impuestos federales para el año fiscal 2017? Sí No

Es probable que él o ella no haya necesitado o haya elegido no hacer una declaración de impuestos en el pasado, pero esta persona deberá hacer una declaración de impuestos federales para cualquier año que obtenga un APTC. Debe marcar "Sí" para ser elegible para ConnectorCare o los APTC para ayudar a pagar por el seguro de salud de esta persona. Esta persona NO necesita hacer una declaración de impuestos para obtener MassHealth, CMSP o el HSN, si él o ella califica.

Si contestó sí, por favor responda las preguntas a–d. Si contestó no, pase a la pregunta d.

Esta persona debe presentar una declaración de impuestos federales conjunta con su cónyuge para el 2017 con el fin de obtener ciertos programas a menos que él o ella sea víctima de abuso doméstico o abandono. Si esta persona es víctima de abuso doméstico o es un cónyuge abandonado, esta persona debe responder "No" a la pregunta 6a ("¿Está esta persona casada legalmente?") y "No" a la pregunta 6b ("¿Planea esta persona presentar una declaración de impuestos federales conjunta con su cónyuge para el 2017?"), aunque así no sea como realmente presente la declaración. Esta persona solamente deberá incluir en esta solicitud a sí mismo y a cualquier dependiente.

a. ¿Está esta persona casada legalmente? Sí No

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

b. ¿Planea esta persona presentar una declaración de impuestos federales conjunta con su cónyuge para el 2017? Sí No

c. ¿Reclamará esta persona a algún dependiente en su declaración de impuestos federales para el 2017? Sí No

Esta persona reclamará una deducción por exención personal en su declaración de impuestos federales para el 2017 para cualquier persona nombrada en esta solicitud como dependiente que esté inscrito en la cobertura por medio del Health Connector de Massachusetts y cuya prima para la cobertura se pague en parte o en su totalidad por pagos adelantados. Si contestó sí, escriba el(los) nombre(s) y fecha(s) de nacimiento del(de los) dependiente(s).

d. ¿Será esta persona reclamada como dependiente en la declaración de impuestos federales de otra persona para el 2017?

Sí No

Si esta persona es reclamada por alguien más como dependiente en su declaración de impuestos federales para 2017, esto podría afectar la capacidad de esta persona de recibir un crédito fiscal para pagar la prima. No conteste sí a esta pregunta si esta persona es un niño menor de 21 años que es reclamado por un padre o madre sin custodia.

Si contestó sí, por favor escriba el nombre del declarante de impuestos. _____

Fecha de nacimiento del declarante de impuestos _____

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

¿Está casado el declarante de impuestos, y presenta una declaración conjunta? Sí No

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

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

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

(Aunque tenga cobertura, podría haber un programa con mejor cobertura o costos más bajos.)

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

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

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

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

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

Consulte la página 22, “Estados inmigratorios y tipos de documentos” para obtener ayuda. Si contestó **no** o **no responde**, esta persona solamente puede recibir uno o más de los siguientes: MassHealth Standard (si está embarazada), MassHealth Limited, el Children’s Medical Security Plan (CMSP, Plan de seguridad médica para niños) o Health Safety Net (HSN). Vaya a la Pregunta 10.

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

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

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

Estado inmigratorio _____ Tipo de documento inmigratorio _____

Elija uno o más estados y tipos de documentos de la lista en la página 22.

Número de ID del documento _____ Número de extranjero _____

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

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

Si contestó **no**, ¿qué nombre usó esta persona?

Nombre, segundo nombre, apellido y sufijo _____

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

d. ¿Es esta persona 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

10. ¿Vive esta persona con al menos un niño menor de 19 años de edad, y es esta la persona principal que cuida a este niño(s)?

Sí No. Nombre(s) y fecha(s) de nacimiento del(de los) niño(s)

11. Raza (opcional: marque todas las que corresponda)

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hispano, latino o de origen español | <input type="checkbox"/> Indígena norteamericano o Nativo de Alaska (complete el Paso 3 y el Suplemento B) | <input type="checkbox"/> Coreano |
| <input type="checkbox"/> Cubano | <input type="checkbox"/> Indio (de Asia) | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái |
| <input type="checkbox"/> Mexicano, mexicoamericano o chicano | <input type="checkbox"/> Negro o afronorteamericano | <input type="checkbox"/> Otro asiático |
| <input type="checkbox"/> Puertorriqueño | <input type="checkbox"/> Chino | <input type="checkbox"/> Otro Isleño del Pacífico |
| <input type="checkbox"/> Otro hispano/latino/español | <input type="checkbox"/> Filipino | <input type="checkbox"/> Samoano |
| _____ | <input type="checkbox"/> Guameño o chamorro | <input type="checkbox"/> Vietnamita |
| | <input type="checkbox"/> Japonés | <input type="checkbox"/> Blanco o caucásico |
| | | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

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

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

PASO 2 Persona 4 (continuación)

13. ¿Tiene esta persona una lesión, enfermedad o discapacidad (incluyendo una condición de salud mental discapacitante) que ha durado o se espera que dure por lo menos 12 meses? Si es legalmente ciego, responda sí. Sí No
14. ¿Necesita esta persona una acomodación razonable debido a una discapacidad o lesión? Sí No
Si contestó **sí**, complete el resto de esta solicitud, incluyendo el Suplemento C: Acomodación.
15. ¿Está esta persona embarazada? Sí No
Si contestó **sí**, ¿cuántos bebés está esperando? _____ ¿Cuál es la fecha prevista de parto? _____
16. ¿Tiene esta persona cáncer de seno o del cuello del útero? (Opcional) Sí No
MassHealth tiene reglas de cobertura especial para personas que necesitan tratamiento para el cáncer de seno o del cuello del útero.
17. ¿Es esta persona VIH positivo? (Opcional) Sí No
MassHealth tiene reglas de cobertura especial para personas que son VIH positivo.
18. ¿Estuvo esta persona alguna vez en un hogar de crianza? Sí No
a. Si contestó **yes**, ¿en qué estado estuvo esta persona en un hogar de crianza? _____
b. ¿Recibía esta persona atención médica por medio de un programa estatal de Medicaid? Sí No

INFORMACIÓN SOBRE INGRESOS

¿Tiene esta persona algún ingreso? Sí No

Si contestó **sí**, vaya a Empleo actual 1 para ingresos por empleo. Vaya a Empleo por cuenta propia para ingresos por empleo por cuenta propia. Para todo otro ingreso, vaya a Otros ingresos. Si algún ingreso no es estable de mes a mes, por favor proporcione el ingreso promedio para el período de tiempo (por semana, por mes, etc.).

Si contestó **no**, saltee a las preguntas 32 y 33.

EMPLEO ACTUAL 1

- | | |
|--|---|
| 19. Nombre y dirección del empleador | Núm. de ID del impuesto federal |
| 20. a. Salarios/propinas (antes de impuestos) \$ _____
<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces por mes <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Anual
(Reste cualquier deducción antes de impuestos, tal como primas de seguros de salud no imponibles.)
b. Fecha de inicio de los ingresos | |
| 21. Promedio del número de horas trabajadas por SEMANA _____ | 22. ¿Es este empleo un taller de trabajo protegido? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 23. ¿Está esta persona empleada por temporada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No.
Si contestó sí , ¿cuáles meses trabaja esta persona en un año calendario?
<input type="checkbox"/> Ene. <input type="checkbox"/> Feb. <input type="checkbox"/> Mar. <input type="checkbox"/> Abril <input type="checkbox"/> Mayo <input type="checkbox"/> Junio <input type="checkbox"/> Julio <input type="checkbox"/> Ago. <input type="checkbox"/> Sept. <input type="checkbox"/> Oct. <input type="checkbox"/> Nov. <input type="checkbox"/> Dic. | |

EMPLEO ACTUAL 2 | Si tiene más trabajos y necesita más espacio, adjunte otra hoja de papel.

- | | |
|--|---|
| 24. Nombre y dirección del empleador | Núm. de ID del impuesto federal |
| 25. a. Salarios/propinas (antes de impuestos) \$ _____
<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces por mes <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Anual
(Reste cualquier 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. ¿Es este empleo un taller de trabajo protegido? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 28. ¿Está esta persona empleada por temporada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No.
Si contestó sí , ¿cuáles meses trabaja esta persona en un año calendario?
<input type="checkbox"/> Ene. <input type="checkbox"/> Feb. <input type="checkbox"/> Mar. <input type="checkbox"/> Abril <input type="checkbox"/> Mayo <input type="checkbox"/> Junio <input type="checkbox"/> Julio <input type="checkbox"/> Ago. <input type="checkbox"/> Sept. <input type="checkbox"/> Oct. <input type="checkbox"/> Nov. <input type="checkbox"/> Dic. | |

EMPLEO POR CUENTA PROPIA | Si está empleado(a) por cuenta propia, responda a las siguientes preguntas.**| Si necesita más espacio, adjunte otra hoja de papel.**29. ¿Trabaja esta persona por cuenta propia? Sí No

- a. Si contestó sí, ¿qué tipo de trabajo hace esta persona? _____
- b. En promedio, ¿cuánto ingreso neto (ganancias después de pagar por gastos de negocios) obtendrá esta persona de su empleo por cuenta propia por mes, o, ¿cuánto perderá esta persona por este empleo por cuenta propia por mes? \$ _____/mes **ganancia** O \$ _____/mes **pérdida**?
- c. ¿Cuántas horas trabaja esta persona por semana? _____

OTROS INGRESOS30. Marque todo lo que corresponda y proporcione la cantidad y con qué frecuencia esta persona la recibe. Si esta persona recibe un pago único, incluya el mes en que lo recibió. **NOTA: No necesita informarnos sobre manutención de los hijos, pagos a veteranos no imponibles, Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) o ingresos por indemnizaciones de trabajo.**

- Beneficios de seguro social \$ _____ ¿Con qué frecuencia/mes recibidos? _____
- Desempleo \$ _____ ¿Con qué frecuencia/mes recibido? _____
- Jubilación/Retiro o pensión \$ _____ ¿Con qué frecuencia/mes recibida? _____ Fuente _____
- Ganancias de capital \$ _____ ¿Con qué frecuencia/mes recibidas? _____
- Interés, dividendos y otros ingresos por inversiones \$ _____ ¿Con qué frecuencia/mes recibidos? _____
- Ingresos por regalías \$ _____ ¿Con qué frecuencia/mes recibidos? _____
- Ingresos netos por alquiler: En promedio, ¿cuántos ingresos netos (ganancias después de pagar los gastos de esta propiedad rentada) obtendrá esta persona de este alquiler cada mes o cuánto dinero perderá esta persona de este alquiler cada mes? \$ _____ ganancia mensual o \$ _____ pérdida mensual
- Ingresos netos de agricultura, ganadería o pesca \$ _____ ¿Con qué frecuencia/mes recibidos? _____
- Pensión alimenticia recibida \$ _____ ¿Con qué frecuencia/mes recibida? _____
- Otros ingresos imponibles \$ _____ ¿Con qué frecuencia/mes recibidos? _____ Tipo _____

DEDUCCIONES

31. Marque todo lo que corresponda. Proporcione la cantidad y con qué frecuencia esta persona la recibe.

Si esta persona paga por ciertas cosas que pueden ser deducidas en una declaración de impuestos federales, y nos informa sobre ellas, podría reducir un poco el costo de la cobertura de salud. **NOTA: No debe incluir un costo que ya haya considerado en sus respuestas al ingreso neto por trabajo por cuenta propia, alquiler neto o ingreso neto por agricultura, ganadería o pesca.** Escriba la cantidad hasta el máximo del deducible permitido por el IRS.

- Pensión alimenticia pagada \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
- Interés de préstamo estudiantil \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
- Otras deducciones fiscales (gastos de educador; ciertos gastos de negocios de reservistas, artistas o funcionarios del gobierno basados en una tarifa; deducciones de cuentas de ahorro de salud; gastos de mudanza debido a un cambio de empleo; parte deducible de los impuestos de empleo por cuenta propia; contribución a SEP, SIMPLE y planes calificados para trabajos por cuenta propia; deducción para seguro de salud para trabajos por cuenta propia; multas por retiro anticipado de ahorros, deducción para cuentas de jubilación individual (IRA); matrículas y cuotas por educación superior; y deducción por actividades de producción doméstica. No incluya ningún tipo de deducción que no esté nombrada arriba.
- Tipo _____ \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

INGRESO ANUAL

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

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

 **¡GRACIAS! Esto es todo lo que necesitamos saber sobre esta persona. Vaya al Paso 3 Miembro(s) del hogar Indígena Norteamericano o Nativo de Alaska (AI/AN).**

PASO 3 Miembro(s) del hogar Indígena Norteamericano o Nativo 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, incluyendo **el Suplemento B: Miembro(s) del hogar Indígena Norteamericano o Nativo de Alaska**.

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

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

PASO 4 Cobertura de salud de miembros de su hogar

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

1. ¿Hay alguien nombrado en esta solicitud a quien se le **ofrezca** cobertura de seguro de salud a través de un empleo pero que **NO ESTÁ INSCRITO** en ese seguro? Sí No

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

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

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

2. ¿Hay alguien que califique o que esté **inscrito** en alguno de los siguientes tipos coberturas de salud? Sí No

Si contestó **sí**, marque el tipo de cobertura y escriba el(los) nombre(s) de la(s) persona(s) junto a la cobertura que tiene(n).

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

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

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

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

Fecha de inicio _____ Fecha de finalización _____

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

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

Fecha de inicio _____ Fecha de finalización _____

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

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

Fecha de inicio _____ Fecha de finalización _____

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

- MassHealth**

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

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

Nombre del empleador _____ Nombre del plan _____

Nombres de los miembros del hogar cubiertos _____

Número de póliza o ID del afiliado _____

Fecha de inicio _____ Fecha de finalización _____

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

Fecha de inicio _____ Fecha de finalización _____

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

Número de póliza o ID del afiliado _____

PASO 5 Información sobre los padres

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

1. ¿Fue algún niño adoptado por un padre/madre soltero/a? Sí No
Si contestó **sí**, nombre(s) del(de los) niño(s) _____
2. ¿Tiene algún niño un padre o madre que haya fallecido? Sí No
Si contestó **sí**, nombre(s) del(de los) niño(s) _____
3. ¿Tiene algún niño un padre o madre cuya identidad sea desconocida? Sí No
Si contestó **sí**, nombre(s) del(de los) niño(s) _____
4. ¿Tiene algún niño un padre o madre que no viva con él y que no esté incluido en las preguntas anteriores? Sí No
Si contestó **sí**, nombre(s) del(de los) niño(s) _____

PASO 6 Lea y firme esta solicitud.

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

1. MassHealth puede requerir a las personas elegibles que se inscriban en un seguro de salud patrocinado por el empleador, si dicho seguro cumple con los criterios de ayuda para el pago de la prima de MassHealth.
2. Se podrá notificar y facturar a los empleadores de personas elegibles, de acuerdo con el reglamento de MassHealth por cualquier servicio pagado por Health Safety Net que los hospitales o centros de salud comunitaria brinden a dichas personas.
3. Las personas elegibles pueden tener que pagar una prima por la cobertura de salud para ellos mismos y otros nombrados en esta solicitud. Si no se pagan las primas, el estado puede deducir el monto adeudado de los reembolsos de impuestos de las personas responsables. Si alguna de las personas elegibles es Indígena Norteamericano o Nativo de Alaska, dicha persona quizás no tenga que pagar primas a MassHealth.
4. MassHealth tiene el derecho de cobrar y obtener dinero de terceras partes que puedan verse obligadas a pagar por servicios de salud proporcionados a personas elegibles inscritas en programas de MassHealth. Estas terceras partes pueden ser otras compañías de seguro de salud, cónyuges o padres obligados a pagar por manutención médica, o personas obligadas a pagar conforme a acuerdos de resolución de accidentes. Las personas elegibles tienen que cooperar con MassHealth para establecer pagos de terceras partes y obtener pagos de terceras partes para sí mismas y cualquier otra persona cuyos derechos puedan asignar legalmente. Las personas elegibles pueden estar exentas de esta obligación si creen y le informan a MassHealth que dicha cooperación podría causarles daño, ya sea a ellos o a cualquier persona cuyos derechos legales puedan asignar.
5. Un padre y/o tutor de menores de edad tiene que estar dispuesto a cooperar con los esfuerzos del estado para cobrar la manutención médica de un padre ausente, a menos que crea y le informe a MassHealth que dicha cooperación podría causar daño a los menores o al padre o tutor.
6. Las personas elegibles que han sido lesionadas en un accidente o de alguna otra manera, y reciben dinero de una tercera parte debido a dicho accidente o lesión, tienen que usar ese dinero para pagar a MassHealth o a Health Safety Net por ciertos servicios provistos.
7. Las personas elegibles le tienen que informar a MassHealth o a Health Safety Net, por escrito, dentro de los 10 días calendario o tan pronto sea posible, sobre cualquier reclamo o demanda de seguro presentada debido a un accidente o lesión.
8. El estado de esta solicitud puede ser compartida con un hospital, centro de salud comunitario, otro proveedor médico o agencias federales o estatales, cuando ello sea necesario para el tratamiento, pago, operaciones o la administración de los programas enumerados anteriormente.
9. En la medida que lo permita la ley, MassHealth puede imponer un embargo preventivo sobre cualquier bien raíz propiedad de personas elegibles o en el cual personas elegibles tengan un interés legal. Si MassHealth coloca un embargo preventivo contra dicha propiedad y ésta es vendida, el dinero de la venta de dicha propiedad se podrá usar para pagar a MassHealth por servicios médicos provistos.
10. En la medida que lo permita la ley, y a menos que correspondan excepciones, MassHealth puede solicitar dinero de la sucesión de una persona elegible de 55 años de edad o mayor, o de una persona elegible a quien MassHealth ayude a pagar por su atención en un centro de enfermería, una vez que esta persona haya fallecido.
11. MassHealth, 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, coseguro, deducibles y beneficios cubiertos que son, podrían o deberían haber estado disponibles para dichas personas o miembros de su hogar.
12. MassHealth, el Health Connector y el Health Safety Net podrían obtener registros o datos sobre las personas nombradas en esta solicitud de fuentes de datos y programas federales y estatales, tales como la Administración del Seguro Social, el Servicio de Impuestos Internos, el Departamento de Seguridad Nacional, el Departamento de Ingresos y el Registro de Vehículos Automotores, al igual que fuentes de datos privadas incluyendo instituciones financieras, 1) para probar cualquier información dada en esta solicitud y cualquier suplemento, u otra información una vez que una persona se afilie, 2) para documentar servicios médicos reclamados o proporcionados a tales personas, y 3) para apoyar la elegibilidad continua.

PASO 6 (continuación)

13. Para facilitar la determinación de mi elegibilidad para ayudar a pagar por la cobertura de salud en años futuros, acepto permitir que el Health Connector de Massachusetts use datos sobre ingresos, incluyendo información de declaraciones de impuestos para los siguientes tres años de cobertura. El Health Connector de Massachusetts me enviará un aviso y me dejará hacer cambios. Entiendo que si soy elegible para un Advance Premium Tax Credit (APTC, Crédito Fiscal Anticipado por el Pago de Primas) o el ConnectorCare, estos pagos se harán directamente a mi(s) asegurador(es) elegido(s). Aceptar el APTC o el ConnectorCare puede impactar mi responsabilidad fiscal para este año. Recibiré la opción de aplicar todo, parte o nada de la cantidad de APTC para la cual soy elegible para mi prima mensual.
14. En conexión con la elegibilidad y el proceso de inscripción, MassHealth, el Health Connector y el Health Safety Net podrían enviar avisos que contengan información personal sobre personas nombradas en esta solicitud a otras personas de esta solicitud, o de otra manera comunicar tal información a tales personas.
15. Bajo la ley federal, no se permite la discriminación debido a raza, color, nacionalidad, género, edad, orientación sexual, identidad de género o discapacidad. Puedo presentar una queja de discriminación visitando www.hhs.gov/ocr/office/file.
16. Las personas elegibles deben informar al(a los) programa(s) de atención médica en el(los) cual(es) se inscribo sobre cualquier cambio en los ingresos o empleo suyos o de su hogar, tamaño del hogar, cobertura de seguro médico, primas de seguro médico 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 conocer el cambio. Las personas elegibles pueden hacer cambios llamando al **1-800-497-2900** (TTY: 1-800-497-4648 para personas sordas, con dificultad auditiva o discapacidad del habla). Un cambio en la información podría afectar la elegibilidad de tales personas o de personas en su hogar.

También puede reportar cambios de una de las siguientes maneras.

- Inicie una sesión con su cuenta en MAhealthconnector.org. Si todavía no tiene una cuenta en línea, puede crear una.
 - Envíe el cambio de información al **Health Insurance Processing Center**
P.O. Box 4405
Taunton, MA 02780.
 - Envíe el cambio de información por fax al **1-857-323-8300**.
17. Ninguna persona que solicite cobertura de salud en esta solicitud está en prisión o en la cárcel excepto como se establece a continuación. Si alguien que solicite la cobertura de salud estuviera en prisión o en la cárcel, escriba su nombre a continuación y responda a las tres preguntas siguientes.

_____ está en prisión o en la cárcel.

¿Está esta persona esperando el juicio? Sí No

¿Será esta persona liberada dentro de los 30 días de enviar esta solicitud? Sí No

¿Es esta persona un recluso que será admitido en un hospital durante al menos 24 horas y luego regresado a la prisión o cárcel? Sí No

ESTOY DE ACUERDO CON LAS SIGUIENTES DECLARACIONES.

- He leído o me han leído la información de esta solicitud, incluyendo cualquier suplemento y páginas de instrucciones, y entiendo que el Folleto para el afiliado contiene información importante.
- Tengo permiso de todas las personas nombradas en esta solicitud (o de sus padres u otro representante autorizado legal) a enviar esta solicitud y a actuar en su nombre para completar esta solicitud y cualquier proceso y actividad de elegibilidad en curso o subsiguiente, incluyendo por ejemplo:
 - proporcionar información personal sobre ellos, incluyendo salud, cobertura de salud e información sobre ingresos, ver dicha información tal como la proporciona el Health Connector, MassHealth y Health Safety Net, y proporcionar consentimiento en su nombre para el uso y la divulgación de su información como se describe en esta solicitud;
 - tomar decisiones sobre opciones de cobertura y métodos de comunicación con el Health Connector, MassHealth y el Health Safety Net;
 - hacer cambios a la solicitud o los documentos relacionados con la elegibilidad y proporcionar información sobre cualquier cambio en sus circunstancias; y
 - proporcionar consentimiento en su nombre para el uso de fuentes privadas y gubernamentales para verificar información como se describe en esta solicitud.
- Entiendo cuáles son mis derechos y responsabilidades, y los derechos y responsabilidades de todas las personas nombradas en esta solicitud, como se explica en este Paso 6.
- He informado o informaré a todas esas personas (o a su padre o representante legalmente autorizado, si corresponde) acerca de estos derechos y responsabilidades para que los entiendan.
- Entiendo y acepto que MassHealth, Health Safety Net y Health Connector considerarán que cualquier copia electrónica, por fax o copias de las firmas tienen el mismo vigor y efecto que la(s) firma(s) original(es).
- La información que he suministrado sobre mí y las otras personas nombradas en esta solicitud es correcta y completa a mi mejor saber y entender.
- Si proporciono intencionalmente información falsa o no veraz, puedo quedar sujeto a penalizaciones según la ley federal.

FIRME ESTA SOLICITUD.

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

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

Firma de la Persona 1 o del representante autorizado o de la persona responsable a cargo

Nombre en letra de imprenta	Fecha
-----------------------------	-------

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

Si contestó **no**, necesitamos que una persona responsable a cargo, que tenga al menos 18 años de edad, firme esta solicitud en su nombre. Por favor 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	Código postal	Condado	
Teléfono	Extensión	Tipo de teléfono	
Teléfono secundario	Extensión	Tipo de teléfono	
Dirección de correo electrónico			

INFORMACIÓN DE REGISTRO DEL VOTANTE EN ESTA PÁGINA

PASO 7 Envíenos su solicitud completada.

Envíe por correo su solicitud firmada a:

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

Envíe por fax al:

1-857-323-8300

Registro del votante

El formulario para inscribirse para votar está incluido en esta solicitud o puede encontrarse en www.sec.state.ma.us. Usted también puede encontrar más información sobre cómo inscribirse para votar en www.sec.state.ma.us. Si usted desea hacer preguntas sobre el proceso de inscripción de votante, o si necesita ayuda para completar el formulario, por favor visite un Centro de Inscripción de MassHealth local o llame al Centro de servicio al cliente de MassHealth al **1-800-841-2900** (TTY: 1-800-497-4648 para personas sordas, con dificultad auditiva o discapacidad del habla).

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

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

**Secretary of the Commonwealth, Elections Division
One Ashburton Place
Room 1705
Boston, MA 02108
Tel.: 617-727-2828 o 1-800-462-8683.**

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

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

ESTADOS INMIGRATORIOS Y TIPOS DE DOCUMENTOS

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

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

Estados inmigratorios elegibles

En la sección “Estado inmigratorio” de la Pregunta 9a, escriba cualquier estado que le corresponda a usted o los miembros de su hogar. Puede escribir más de un estado.

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

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

Tipos de documentos inmigratorios

En la sección sobre el “Tipo de documento inmigratorio” de la Pregunta 9a, escriba todo tipo de documento que tengan usted o los miembros de su hogar. Puede escribir más de un tipo de documento inmigratorio.

- Permiso de Reingreso (I-327)
- Tarjeta de Residente Legal Permanente (“tarjeta verde,” I-551)
- Documento de Viaje para Refugiado (I-571)
- Documento de Autorización de Empleo (I-766)
- Visa de Inmigrante Legible por Máquina (con lenguaje temporal I-551)
- Sello temporal I-551 (en pasaporte o I-94, I-94A)
- Registro de Llegada/Salida (I-94, I-94A) emitido por los Servicios de Ciudadanía e Inmigración de EE. UU.
- Registro de Llegada/Salida (I-94) en un pasaporte extranjero no vencido
- Pasaporte extranjero no vencido
- Estado de Certificado de Elegibilidad para Estudiantes no Inmigrantes (F1) (I-20)
- Estado de Certificado de Elegibilidad para Visitantes de Intercambio (J1) (DS2019)
- Aviso de acción (I-797)/Otros: con Número de extranjero
- Aviso de acción (I-797)/Otros: con Número de I-94

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

INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

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

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

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

INFÓRMENOS SOBRE EL PLAN DE SALUD OFRECIDO POR ESTE EMPLEADOR.

14. ¿Ofrece el empleador un plan de salud que cumpla con el estándar de valor mínimo*? Sí No

15. a. ¿Cuál es el nombre del plan de salud de menor costo para el titular solamente ofrecido al empleado?

b. ¿Es el plan de menor costo que cumple con el estándar de valor mínimo* que se ofrece al empleado asequible según lo define la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio? Sí No
Para comprender si un plan cumple con el estándar de valor mínimo* o si un plan se considera de bajo costo, consulte el Folleto para el afiliado.

c. ¿Cuánto dinero pagó este empleado en primas para inscribirse en este plan o cuánto paga este empleado por este plan?
\$ _____

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

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

El empleador no ofrecerá cobertura de salud.

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

a. ¿Cuánto tendría que pagar el empleado en primas para este plan? \$ _____

b. ¿Con qué frecuencia? Semanal Cada 2 semanas Dos veces por mes Mensual Trimestral Anual
Fecha del cambio (mm/dd/aaaa) _____

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



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

INFÓRMENOS SOBRE EL(LOS) MIEMBRO(S) DE SU HOGAR QUE SEA(N) INDÍGENA(S) NORTEAMERICANO(S) O NATIVO(S) DE ALASKA.

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

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

AI/AN PERSONA 1

1. Nombre (primer, inicial, apellido) _____

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

3. ¿Es este un miembro de una tribu reconocida por Massachusetts?
 Sí No
Si contestó sí, nombre de la tribu _____

4. ¿Ha recibido esta persona alguna vez un servicio del Servicio de Salud Indígena, un programa de salud tribal, o un Programa Urbano de Salud para Indígenas, o por medio de un referido de uno de estos programas?
 Sí No
Si contestó no, ¿es esta persona elegible para recibir servicios del Servicio de Salud Indígena, programas de salud tribal o el Programa Urbano de Salud para Indígenas o por medio de una remisión de uno de estos programas?
 Sí No

5. Cierta cantidad de dinero recibida quizás no se cuenta por MassHealth. Escriba cualquier ingreso (cantidad y con qué frecuencia) reportado en su solicitud que incluye dinero de
 - pagos per cápita de una tribu provenientes de recursos naturales, derechos de uso, 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 (incluyendo las reservaciones y ex reservaciones); o
 - la venta de objetos que tienen significación cultural.
 \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

AI/AN PERSONA 2

1. Nombre (primer, inicial, apellido) _____

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

3. ¿Es este un miembro de una tribu reconocida por Massachusetts?
 Sí No
Si contestó sí, nombre de la tribu _____

4. ¿Ha recibido esta persona alguna vez un servicio del Servicio de Salud Indígena, un programa de salud tribal, o un Programa Urbano de Salud para Indígenas, o por medio de un referido de uno de estos programas?
 Sí No
Si contestó no, ¿es esta persona elegible para recibir servicios del Servicio de Salud Indígena, programas de salud tribal o el Programa Urbano de Salud para Indígenas o por medio de una remisión de uno de estos programas?
 Sí No

5. Cierta cantidad de dinero recibida quizás no se cuenta por MassHealth. Escriba cualquier ingreso (cantidad y con qué frecuencia) reportado en su solicitud que incluye dinero de
 - pagos per cápita de una tribu provenientes de recursos naturales, derechos de uso, 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 (incluyendo las reservaciones y ex reservaciones); o
 - la venta de objetos que tienen significación cultural.
 \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

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

1. Afección

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

2. Acomodación

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

Formulario de designación de representante autorizado



Puede remitir 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, **DEBE** remitir este formulario para que se procese la solicitud.

No necesita llenar este formulario si vive en una institución y quiere copias de avisos de elegibilidad enviados 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 afiliado en todos los asuntos con MassHealth y el Health Connector, y recibirá información personal sobre el solicitante o afiliado hasta que recibamos un aviso de cancelación de terminación de su autoridad. La autoridad de él(ella) no terminará automáticamente una vez que procesemos su solicitud.

Puede elegir a alguien para que lo ayude.

Puede elegir a un representante autorizado para que lo ayude a obtener cobertura de atención de salud a través de programas ofrecidos por MassHealth y el Health Connector. Para ello llene este formulario (el Formulario de designación de representante autorizado) o un documento de designación suficientemente similar. 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 el padre custodial.

No es necesario que 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 selección de un representante autorizado, si lo desea, depende solo de usted. Ni MassHealth ni el Health Connector elegirán un representante autorizado en su nombre. Usted tiene que designar por escrito a la persona u organización que quiere que sea su representante autorizado utilizando este formulario (llene la Sección I, Parte A). Su representante autorizado también tiene que llenar la Sección I, Parte B.
2. Si debido a una condición mental o física usted no puede designar por escrito a un representante autorizado, una persona (no una organización) que actúe responsablemente en su nombre puede ser su representante autorizado si dicha persona certifica, llenando la Sección II, que usted no puede proporcionar una designación por escrito, y que está actuando responsablemente en su nombre.
3. Un representante autorizado también puede ser alguien nombrado por ley para actuar en su nombre. Esta persona debe llenar la Sección III y usted o dicha persona tiene que enviarnos, junto con este formulario, una copia del documento legal pertinente que indique que dicha persona lo está representando legalmente.
4. Una persona nombrada por ley para actuar en nombre de la sucesión de un solicitante o afiliado que ha fallecido puede también cumplir las funciones de un representante autorizado siguiendo las instrucciones anteriores. Un representante autorizado bajo la Sección III puede ser un tutor legal, guardián/protector financiero, titular de un poder legal o apoderado para atención de salud, o, si el solicitante o afiliado ha fallecido, el administrador o albacea de su sucesión. Lo que esta persona esté autorizada a hacer para usted o para la sucesión del solicitante o afiliado dependerá de los términos de su nombramiento legal.

¿Qué puede hacer un representante autorizado?

Un representante autorizado puede:

- llenar su formulario de solicitud o de revisión de elegibilidad;
- llenar otros formularios de elegibilidad o inscripción de MassHealth o del Health Connector;
- dar prueba de la información proporcionada 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.



¿Como se da por terminada la designación de un representante autorizado?

Si usted decide que ya no quiere un representante autorizado de la **Sección I** o la **Sección II**, tiene que notificarnos que quiere dar por terminada la designación, de una de las siguientes maneras:

- Enviando una carta para notificarnos que la designación ha terminado a:
Health Insurance Processing Center
P. O. Box 4405
Taunton, MA 02780;
- Enviando una carta por fax para notificarnos que la designación ha terminado al **1-857-323-8300**; o
- Llamándonos al **1-800-841-2900** (TTY: 1-800-497-4648 para personas sordas, con dificultad auditiva o discapacidad del habla).

Si nos envía el aviso por correo o fax, el aviso tiene que incluir su nombre, dirección y fecha de nacimiento, el nombre de su representante autorizado, una declaración de que la designación ha terminado y su firma o, si no puede proporcionar un aviso por escrito, la firma de alguien que actúe en su nombre (solo en el caso de un representante autorizado de 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 designación de un representante autorizado de la **Sección III** termina cuando termine su nombramiento legal. El representante autorizado nos debe notificar tal como se explicó anteriormente.

Además, la designación de un representante autorizado para un menor de edad termina cuando éste cumpla 18 años de edad.

¿Cómo puedo enviar este formulario?

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

Si ya está recibiendo beneficios, tiene que enviarnos el formulario en el momento en que quiera designar a un representante autorizado, de una de las siguientes maneras:

- Enviando su formulario por correo a:
Health Insurance Processing Center
P. O. Box 4405
Taunton, MA 02780;
- Enviando su formulario por fax al **1-857-323-8300**; o
- Llamándonos al **1-800-841-2900** (TTY: 1-800-497-4648 para personas sordas, con dificultad auditiva o discapacidad del habla).

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

Parte A—A ser llenada por el solicitante o afiliado. Escriba en letra de imprenta, excepto la firma.

Tome nota: Se requiere su número de Seguro Social (SSN) si tiene uno.

Nombre del solicitante/afiliado	SSN (si lo tiene) _____ - _____ - _____
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	Dirección de correo electrónico del solicitante/afiliado

Certifico que he elegido a la siguiente persona u organización para que sea el representante autorizado mío y de cualquier niño dependiente menor de 18 años de edad de quien yo sea el padre custodial, y entiendo los deberes y responsabilidades que esta persona u organización tendrá (como se explicó anteriormente en este formulario).

Firma del solicitante/afiliado	Fecha
Nombre del representante autorizado	Núm. de teléfono del representante autorizado
Dirección del representante autorizado (dirección postal, ciudad, estado, código postal)	

Parte B—A ser llenada por el representante autorizado. Escriba en letra de imprenta, excepto la firma.

B1. A LLENAR SI EL REPRESENTANTE AUTORIZADO ES UNA PERSONA.

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

Si también soy proveedor, miembro del personal o un voluntario afiliado con 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, como aquellos estipulados en 42 C.F.R. parte 431, subparte F, 42 C.F.R. § 447.10 y 45 C.F.R. § 155.260(f).

Firma del representante autorizado	Fecha
Nombre del representante autorizado en letra de imprenta	Direc. de correo electrónico del representante autorizado

B2. A LLENAR 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 toda la información sobre el solicitante o afiliado indicado anteriormente y, si corresponde, sobre los niños dependientes de dicho solicitante o afiliado, que me proporcione MassHealth o el Health Connector.

Yo, el proveedor, miembro del personal o voluntario de la organización que se indica a continuación que llena este formulario, certifico en nombre mío y 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, como aquellos estipulados en 42 C.F.R. parte 431, subparte F, 42 C.F.R. § 447.10 y 45 C.F.R. § 155.260(f).

Firma del proveedor, miembro del personal o voluntario que llena el formulario	Fecha
Nombre en letra de imprenta del proveedor, miembro del personal o voluntario que llena el formulario	
Correo electr. del proveedor, miembro del personal o voluntario que llena el formulario	Nom. del representante autorizado de la organización

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

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

UNA ORGANIZACIÓN NO PUEDE SER ELEGIBLE PARA SER UN REPRESENTANTE AUTORIZADO BAJO ESTA SECCIÓN.

Certifico que conozco suficientemente al solicitante o afiliado indicado a continuación como para asumir 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; que entiendo mis deberes y responsabilidades como representante autorizado de esta persona (como se explicó previamente en este formulario) y que esta persona no puede proporcionar una designación escrita. Si esta persona puede entender, le he informado que MassHealth y el Health Connector me enviarán una copia de todos los avisos de elegibilidad e inscripción de MassHealth y el Health Connector, y que esta persona lo ha aceptado, y le he informado a esta persona que me puede dar de baja 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 toda la información relacionada con el solicitante o afiliado indicado a continuación que me proporcione MassHealth o el Health Connector.

Tenga en cuenta que se requiere el número de Seguro Social (SSN) del solicitante o afiliado, si ha sido emitido.

Nombre del solicitante/afiliado

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

SSN del solicitante/afiliado

Firma del representante autorizado

Fecha (dd/mm/aaaa)

Nombre del representante autorizado (primer, inicial, apellido)

Núm. de teléfono del representante autorizado

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

Direc. de correo electrónico del representante

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

A ser llenado por un representante autorizado nombrado por ley (como se explicó anteriormente en este formulario). Escriba en letra de imprenta, excepto la firma. **Envíe una copia del documento legal pertinente con este formulario.**

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

Por favor tenga en cuenta que se requiere el número de Seguro Social (SSN) del solicitante o afiliado, si ha sido emitido.

Nombre del solicitante/afiliado

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

SSN del solicitante/afiliado

Firma del representante autorizado

Fecha (dd/mm/aaaa)

Nombre del representante autorizado (primer, inicial, apellido)

Núm. de teléfono del representante autorizado

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

Direc. de correo electrónico del representante

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



William Francis Galvin
Secretario de Estado

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

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

Puede usar este formulario para:

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

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

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

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

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

Identificación que debe ser proporcionada

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

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

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

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

Agency Designation: **BBA**

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

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

FECHAS DE VENCIMIENTO PARA INSCRIPCIÓN DE VOTANTES

Para participar en...	Se tiene que inscribir...
primarias estatales elecciones estatales preliminares municipales elecciones municipales asambleas de pueblo programadas	por lo menos 20 días antes
asambleas de pueblo especiales	por lo menos 10 días antes

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

Pliegue a lo largo de la línea de puntos.

ALCALDIA O CENTRO MUNICIPAL
CÓDIGO POSTAL DE LA

SU CIUDAD O PUEBLO

MA

City or Town Hall

Board of Registrars or Election Commission



ciudad o pueblo código postal

MA

numero y calle

nombre

Remittente

Coloque la estampilla de primera clase aquí