

# 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, por sus siglas en inglés) 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 COBERTURA PODRÍA CALIFICAR.

- Cobertura gratuita o de bajo costo 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 un programa gratuito o de bajo costo, aunque gane hasta \$97,000 al año (para un hogar de cuatro personas).
- Planes económicos de seguro médico privado que ofrecen cobertura general 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](http://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](http://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](http://www.mass.gov/masshealth) y haciendo clic en la tecla "Enroll in a Health Plan" (Inscribirse en un Plan de Salud). Si no recibe noticias nuestras, visite [MAhealthconnector.org](http://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](http://www.mass.gov/masshealth). Haga clic en "Apply for MassHealth" (Aplicar para MassHealth). Luego, bajo "Applicants 64 Years of Age and Younger and Families" (Solicitantes de 64 años de edad o menores y sus familias), haga clic en "Massachusetts Application for Health and Dental Coverage and Help Paying Costs—Additional Persons" (Solicitud de Massachusetts para la cobertura de salud y dental, y ayuda para pagar los costos - Personas adicionales). 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.

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

## 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. 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. Relación con usted <b>YO MISMO</b>	
3. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)		4. Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
5. Necesitamos un Número del Seguro Social (SSN) por cada persona que está solicitando cobertura de salud, si es que lo tiene. 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 para personas sordas, con dificultad auditiva o discapacidad del habla), o visite <a href="http://socialsecurity.gov">socialsecurity.gov</a> . Para obtener más información, por favor consulte el Folleto para el afiliado.			
¿Tiene un número de Seguro Social (SSN)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Si contestó <b>sí</b> , escriba el número (opcional, si <b>no</b> está solicitando) _____ - _____ - _____			
Si contestó <b>no</b> , marque una de las razones a continuación. <input type="checkbox"/> Recién solicitado <input type="checkbox"/> Excepción para no ciudadanos <input type="checkbox"/> Excepción religiosa			
¿Es su nombre en esta solicitud el mismo que aparece en su tarjeta del Seguro Social? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Si contestó <b>no</b> , ¿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 la Prima para el 2016, ¿está de acuerdo en hacer una declaración de impuestos federales para el año fiscal 2016?  Sí  No  
Es probable que 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 obtenga un Crédito Fiscal Anticipado por el pago de la Prima. Debe marcar "Sí" para ser elegible para ConnectorCare o Créditos Fiscales Anticipados por el pago de la Prima para ayudar a pagar su seguro de salud. NO necesita hacer una declaración de impuestos para obtener beneficios de MassHealth.  
Si contestó **sí**, por favor responda las preguntas a–d. Si contestó **no**, pase a la pregunta d.
- a. ¿Se lo considera casado para fines de declaración de impuestos?  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 presentar una declaración de impuestos federales conjunta con su cónyuge para el 2016?  Sí  No  
Debe presentar una declaración federal de impuestos conjunta con su cónyuge para el 2016 para obtener ciertos programas a menos que usted sea víctima de abuso doméstico o abandono. Si es víctima de abuso doméstico o es un cónyuge abandonado, debe responder "no" a la pregunta 6a ("se lo considera casado para fines de declaración de impuestos") y "no" a la pregunta 6b ("planea presentar una declaración con su cónyuge"), aunque así no sea realmente como presente la declaración. Solamente deberá incluir en esta solicitud a usted y cualquier dependiente.
- c. ¿Reclamará a algún dependiente en su declaración de impuestos federales para el 2016?  Sí  No  
Debe reclamar una deducción por exención personal en su declaración de impuestos federales para el 2016 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 (los) dependiente(s).  
\_\_\_\_\_
- d. ¿Será usted reclamado(a) como dependiente en la declaración de impuestos federales de otra persona para el 2016?  
 Sí  No  
Si usted es reclamado(a) por alguien más como dependiente en su declaración de impuestos federales para el 2016, 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?  
\_\_\_\_\_
- 
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 los EE. UU.?  Sí  No  
Si contestó **sí**, ¿es usted ciudadano naturalizado? (no nacido en los 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 incluye una copia de su documento inmigratorio con su solicitud. Intentaremos verificar su estado inmigratorio por medio de la comparación electrónica de datos. Por favor enumere todos los estados y/o condiciones inmigratorias que le correspondan desde que ingresó a los EE. UU. Si necesitara más espacio, adjunte otra hoja de papel.  
Fecha de adjudicación de estado (mm/dd/aaaa) \_\_\_\_\_ (Para personas maltratadas, ingrese la fecha en que se aprobó la petición.)

## 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 los 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 los 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 los 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(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 \_\_\_\_\_

12. ¿Es usted residente de Massachusetts y tiene pensado residir en Massachusetts, aunque no tenga una dirección fija?  Sí  No

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? \_\_\_\_\_, ¿y cuál es su fecha prevista de parto? \_\_\_\_\_

16. ¿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

17. ¿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.

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

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

## 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**, vaya a la Persona 2 si tiene personas para agregar. Si esta solicitud es solamente para usted, vaya al Paso 3.

**EMPLEO ACTUAL 1**

19. Nombre y dirección del empleador \_\_\_\_\_

20. Salarios/propinas (antes de impuestos) \$ \_\_\_\_\_

- Semanalmente  Cada 2 semanas  Dos veces por mes  Mensualmente  Anualmente  
(Reste cualquier deducción antes de impuestos, tal como primas de seguros de salud no imponibles.)

21. Promedio del número de horas trabajadas por SEMANA \_\_\_\_\_

22. ¿Es este empleo un taller de trabajo protegido?  Sí  No23. ¿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 \_\_\_\_\_

25. Salarios/propinas (antes de impuestos) \$ \_\_\_\_\_

- Semanalmente  Cada 2 semanas  Dos veces por mes  Mensualmente  Anualmente  
(Reste cualquier deducción antes de impuestos, tal como primas de seguros de salud no imponibles.)

26. Promedio del número de horas trabajadas por SEMANA \_\_\_\_\_

27. ¿Es este empleo un taller de trabajo protegido?  Sí  No28. ¿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 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 o Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI).**

- Beneficios de seguro social \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia/mes recibidos? \_\_\_\_\_
- Desempleo \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia/mes recibido? \_\_\_\_\_
- Jubilación/Retiro \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia/mes recibida? \_\_\_\_\_
- Ganancias de capital \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia/mes recibidas? \_\_\_\_\_
- Interés, dividendos y otros ingresos por inversiones \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia/mes recibidos? \_\_\_\_\_
- Ingresos de alquiler netos o regalías \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia/mes recibidos? \_\_\_\_\_
- 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 debe incluir un costo que ya haya considerado en sus respuestas al ingreso neto por trabajo por cuenta propia, alquiler neto o ingresos por regalías, o ingreso neto por agricultura, ganadería o pesca.

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

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

Otras deducciones fiscales (como ciertos gastos de negocios, contribuciones a cuentas IRA de reservistas, artistas escénicos o funcionarios del gobierno basados en tarifas, contribuciones por ingresos de jubilación imponibles, parte deducible del impuesto al empleo por cuenta propia, gastos de educador, contribuciones a cuentas de ahorro de salud (deducción), gastos de mudanza, multa por retiro temprano de ahorros, seguro de salud de trabajo por cuenta propia, plan de jubilación de trabajo por cuenta propia, y matrícula y otros gastos relacionados con el estudio). **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 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

¿Viva 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 del Seguro Social (SSN) por cada persona que está solicitando cobertura de salud, si es que lo tiene. 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](http://socialsecurity.gov). Para obtener más información, por favor consulte el Folleto para el afiliado.

¿Esta persona tiene 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 la Prima para el 2016, ¿está de acuerdo esta persona en hacer una declaración de impuestos federales para el año fiscal 2016?  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 Crédito Fiscal Anticipado por el pago de la Prima. Debe marcar "Sí" para ser elegible para ConnectorCare o Créditos Fiscales Anticipados por el pago de la Prima para ayudar a pagar por el seguro de salud de esta persona. Esta persona NO necesita hacer una declaración de impuestos para obtener beneficios de MassHealth.

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

a. ¿Se considera esta persona casada para fines de declaración de impuestos?  Sí  No

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

**PASO 2 Persona 2 (continuación)**

b. ¿Planea esta persona presentar una declaración de impuestos federales conjunta con su cónyuge para el 2016?  Sí  No  
Esta persona debe presentar una declaración de impuestos federales conjunta con su cónyuge para el 2016 con el fin de obtener ciertos programas a menos que 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 ("se considera esta persona casada para fines de declaración de impuestos") y "no" a la pregunta 6b ("planea esta persona presentar una declaración con su cónyuge"), aunque así no sea como realmente presente la declaración. Esta persona solamente deberá incluir en esta solicitud a sí mismo y a cualquier dependiente.

c. ¿Reclamará esta persona a algún dependiente en su declaración de impuestos federales para el 2016?  Sí  No  
Esta persona reclamará una deducción por exención personal en su declaración de impuestos federales para el 2016 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 (los) dependiente(s).

d. ¿Será esta persona reclamada como dependiente en la declaración de impuestos federales de otra persona para el 2016?  
 Sí  No  
Si esta persona es reclamada por alguien más como dependiente en su declaración de impuestos federales para 2016, 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 los EE. UU. o ciudadano naturalizado?  Sí  No

Si contestó **sí**, ¿es esta persona ciudadano naturalizado (no nació en los 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 incluye una copia del documento inmigratorio de esta persona con la solicitud. Intentaremos verificar el estado inmigratorio de esta persona por medio de la comparación electrónica de datos. Por favor enumere todos los estados y/o condiciones inmigratorias correspondientes a él o ella desde que esta persona ingresó en los EE. UU. Si necesitara más espacio, adjunte otra hoja de papel.

Fecha de adjudicación de estado (mm/dd/aaaa) \_\_\_\_\_

(Para personas maltratadas, ingrese la fecha en que se aprobó la petición.)

Estado inmigratorio \_\_\_\_\_ Tipo de documento inmigratorio \_\_\_\_\_

Elija uno o más estados y tipos de documentos de la lista en la página 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 los EE. UU. después del 22 de agosto de 1996?  Sí  No

## PASO 2 Persona 2 (continuación)

- d. ¿Es esta persona un veterano dado de baja con honores o miembro en servicio activo de las Fuerzas Armadas de los 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 los 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(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. ¿Es esta persona residente de Massachusetts y tiene pensado residir en Massachusetts, aunque él/ella no tenga una dirección fija?  Sí  No
- 
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? \_\_\_\_\_ ¿y cuál es la fecha prevista de parto? \_\_\_\_\_
- 
16. ¿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
- 
17. ¿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.
- 
18. ¿Es esta persona VIH positivo? (Opcional)  Sí  No  
MassHealth tiene reglas de cobertura especial para personas que son VIH positivo.
- 

## 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**, vaya a la Persona 3 si tiene personas para agregar. Si esta es la última persona que tiene que agregar, vaya al Paso 3.

### EMPLEO ACTUAL 1

19. Nombre y dirección del empleador
- 
20. Salarios/propinas (antes de impuestos) \$ \_\_\_\_\_  
 Semanalmente  Cada 2 semanas  Dos veces por mes  Mensualmente  Anualmente  
(Reste cualquier deducción antes de impuestos, tal como primas de seguros de salud no imponibles.)
- 
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 \_\_\_\_\_

25. Salarios/propinas (antes de impuestos) \$ \_\_\_\_\_

- Semanalmente  Cada 2 semanas  Dos veces por mes  Mensualmente  Anualmente  
(Reste cualquier deducción antes de impuestos, tal como primas de seguros de salud no imponibles.)

26. Promedio del número de horas trabajadas por SEMANA \_\_\_\_\_

27. ¿Es este empleo un taller de trabajo protegido?  Sí  No28. ¿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 o Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI).**

- Beneficios de seguro social \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia/mes recibidos? \_\_\_\_\_
- Desempleo \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia/mes recibido? \_\_\_\_\_
- Jubilación/Retiro \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia/mes recibida? \_\_\_\_\_
- Ganancias de capital \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia/mes recibidas? \_\_\_\_\_
- Interés, dividendos y otros ingresos por inversiones \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia/mes recibidos? \_\_\_\_\_
- Ingresos de alquiler netos o regalías \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia/mes recibidos? \_\_\_\_\_
- 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 ingresos por regalías, o ingreso neto por agricultura, ganadería o pesca.**

- Pensión alimenticia pagada \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_
- Interés de préstamo estudiantil \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_
- Otras deducciones fiscales (como ciertos gastos de negocios, contribuciones a cuentas IRA de reservistas, artistas escénicos o funcionarios del gobierno basados en tarifas, contribuciones por ingresos de jubilación imponibles, parte deducible del impuesto al empleo por cuenta propia, gastos de educador, contribuciones a cuentas de ahorro de salud (deducción), gastos de mudanza, multa por retiro temprano de ahorros, seguro de salud de trabajo por cuenta propia, plan de jubilación de trabajo por cuenta propia, y matrícula y otros gastos relacionados con el estudio).

**No incluya ningún tipo de deducción que no esté nombrada en esta sección.**

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 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	¿Vive esta persona con la Persona 1? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--------------------------------	-----------------------------	--

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

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

4. Género  Masculino  Femenino

5. Necesitamos un Número del Seguro Social (SSN) por cada persona que está solicitando cobertura de salud, si es que lo tiene. 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](http://socialsecurity.gov). Para obtener más información, por favor consulte el Folleto para el afiliado.

¿Esta persona tiene 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 la Prima para el 2016, ¿está de acuerdo esta persona en hacer una declaración de impuestos federales para el año fiscal 2016?  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 Crédito Fiscal Anticipado por el pago de la Prima. Debe marcar "Sí" para ser elegible para ConnectorCare o Créditos Fiscales Anticipados por el pago de la Prima para ayudar a pagar por el seguro de salud de esta persona. Esta persona NO necesita hacer una declaración de impuestos para obtener beneficios de MassHealth.

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

- a. ¿Se considera esta persona casada para fines de declaración de impuestos?  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 2016?  Sí  No

Esta persona debe presentar una declaración de impuestos federales conjunta con su cónyuge para el 2016 con el fin de obtener ciertos programas a menos que 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 ("se considera esta persona casada para fines de declaración de impuestos") y "no" a la pregunta 6b ("planea esta persona presentar una declaración con su cónyuge"), aunque así no sea como realmente presente la declaración. Esta persona solamente deberá incluir en esta solicitud a sí mismo y a cualquier dependiente.

- c. ¿Reclamará esta persona a algún dependiente en su declaración de impuestos federales para el 2016?  Sí  No

Esta persona reclamará una deducción por exención personal en su declaración de impuestos federales para el 2016 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 (los) dependiente(s).

**PASO 2 Persona 3 (continuación)**

d. ¿Será esta persona reclamada como dependiente en la declaración de impuestos federales de otra persona para el 2016?

Sí  No

Si esta persona es reclamada por alguien más como dependiente en su declaración de impuestos federales para 2016, 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 12.

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

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

Número de extranjero \_\_\_\_\_ Número de certificado de naturalización o de ciudadanía \_\_\_\_\_

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

Consulte la página 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 incluye una copia del documento inmigratorio de esta persona con la solicitud. Intentaremos verificar el estado inmigratorio de esta persona por medio de la comparación electrónica de datos. Enumere todos los estados y/o condiciones inmigratorios correspondientes a él o ella desde que esta persona ingresó en los EE. UU. Si necesitara más espacio, adjunte otra hoja de papel.

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

Estado inmigratorio \_\_\_\_\_ Tipo de documento inmigratorio \_\_\_\_\_

Elija uno o más estados y tipos de documentos de la lista en la página 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 los 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 los 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 los 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(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

**PASO 2 Persona 3 (continuación)**

- Nativo de Hawái  Samoano  Otro \_\_\_\_\_
- Otro asiático  Vietnamita
- Otro Isleño del Pacífico  Blanco o caucásico

12. ¿Es esta persona residente de Massachusetts y tiene pensado residir en Massachusetts, aunque él/ella no tenga una dirección fija?  
 Sí  No
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? \_\_\_\_\_ ¿y cuál es la fecha prevista de parto? \_\_\_\_\_
16. ¿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
17. ¿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.
18. ¿Es esta persona VIH positivo? (Opcional)  Sí  No  
MassHealth tiene reglas de cobertura especial para personas que son VIH positivo.

**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**, vaya a la Persona 4 si tiene personas para agregar. Si esta es la última persona que tiene que agregar, vaya al Paso 3.

**EMPLEO ACTUAL 1**

19. Nombre y dirección del empleador \_\_\_\_\_
20. Salarios/propinas (antes de impuestos) \$ \_\_\_\_\_  
 Semanalmente  Cada 2 semanas  Dos veces por mes  Mensualmente  Anualmente  
(Reste cualquier deducción antes de impuestos, tal como primas de seguros de salud no imponibles.)
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 \_\_\_\_\_
25. Salarios/propinas (antes de impuestos) \$ \_\_\_\_\_  
 Semanalmente  Cada 2 semanas  Dos veces por mes  Mensualmente  Anualmente  
(Reste cualquier deducción antes de impuestos, tal como primas de seguros de salud no imponibles.)
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 o Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI).**
- Beneficios de seguro social \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia/mes recibidos? \_\_\_\_\_
- Desempleo \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia/mes recibido? \_\_\_\_\_
- Jubilación/Retiro \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia/mes recibida? \_\_\_\_\_
- Ganancias de capital \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia/mes recibidas? \_\_\_\_\_
- Interés, dividendos y otros ingresos por inversiones \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia/mes recibidos? \_\_\_\_\_
- Ingresos de alquiler netos o regalías \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia/mes recibidos? \_\_\_\_\_
- 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 ingresos por regalías, o ingreso neto por agricultura, ganadería o pesca.**
- Pensión alimenticia pagada \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_
- Interés de préstamo estudiantil \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_
- Otras deducciones fiscales (como ciertos gastos de negocios, contribuciones a cuentas IRA de reservistas, artistas escénicos o funcionarios del gobierno basados en tarifas, contribuciones por ingresos de jubilación imponibles, parte deducible del impuesto al empleo por cuenta propia, gastos de educador, contribuciones a cuentas de ahorro de salud (deducción), gastos de mudanza, multa por retiro temprano de ahorros, seguro de salud de trabajo por cuenta propia, plan de jubilación de trabajo por cuenta propia, y matrícula y otros gastos relacionados con el estudio).  
**No incluya ningún tipo de deducción que no esté nombrada en esta sección.**
- 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 del Seguro Social (SSN) por cada persona que está solicitando cobertura de salud, si es que lo tiene. 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](http://socialsecurity.gov). Para obtener más información, por favor consulte el Folleto para el afiliado.

¿Esta persona tiene 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 la Prima para el 2016, ¿está de acuerdo esta persona en hacer una declaración de impuestos federales para el año fiscal 2016?  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 Crédito Fiscal Anticipado por el pago de la Prima. Debe marcar "Sí" para ser elegible para ConnectorCare o Créditos Fiscales Anticipados por el pago de la Prima para ayudar a pagar por el seguro de salud de esta persona. Esta persona NO necesita hacer una declaración de impuestos para obtener beneficios de MassHealth.

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

a. ¿Se considera esta persona casada para fines de declaración de impuestos?  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 2016?  Sí  No

Esta persona debe presentar una declaración de impuestos federales conjunta con su cónyuge para el 2016 con el fin de obtener ciertos programas a menos que 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 ("se considera esta persona considerada casada para fines de declaración de impuestos") y "no" a la pregunta 6b ("planea esta persona presentar una declaración con su cónyuge"), aunque así no sea cómo presente la declaración. Esta persona solamente deberá incluir en esta solicitud a sí mismo y a cualquier dependiente.

c. ¿Reclamará esta persona a algún dependiente en su declaración de impuestos federales para el 2016?  Sí  No

Esta persona reclamará una deducción por exención personal en su declaración de impuestos federales para el 2016 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 (los) dependiente(s).

d. ¿Será esta persona reclamada como dependiente en la declaración de impuestos federales de otra persona para el 2016?  Sí  No

Si esta persona es reclamada por alguien más como dependiente en su declaración de impuestos federales para 2016, esto podría afectar la capacidad de esta persona 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**, 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 los EE. UU. o ciudadano naturalizado?  Sí  No

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

Número de extranjero \_\_\_\_\_ Número de certificado de naturalización o de ciudadanía \_\_\_\_\_

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

Consulte la página 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 incluye una copia del documento inmigratorio de esta persona con la solicitud. Intentaremos verificar el estado inmigratorio de esta persona por medio de la comparación electrónica de datos. Enumere todos los estados y/o condiciones inmigratorios correspondientes a él o ella desde que esta persona ingresó en los EE. UU. Si necesitara más espacio, adjunte otra hoja de papel.

Fecha de adjudicación de estado (mm/dd/aaaa) \_\_\_\_\_

(Para personas maltratadas, ingrese la fecha en que se aprobó la petición.)

Estado inmigratorio \_\_\_\_\_ Tipo de documento inmigratorio \_\_\_\_\_

Elija uno o más estados y tipos de documentos de la lista en la página 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 los 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 los 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 los 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(los) niño(s)

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

Hispano, latino o de origen español

Cubano

Mexicano, mexicanoamericano 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 4 (continuación)**

12. ¿Es esta persona residente de Massachusetts y tiene pensado residir en Massachusetts, aunque él/ella no tenga una dirección fija?  
 Sí  No
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? \_\_\_\_\_ ¿y cuál es la fecha prevista de parto? \_\_\_\_\_
16. ¿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
17. ¿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.
18. ¿Es esta persona VIH positivo? (Opcional)  Sí  No  
 MassHealth tiene reglas de cobertura especial para personas que son VIH positivo.

**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**, use las secciones para Personas adicionales para cada persona que necesite agregar. Si tiene personas para agregar. Si esta es la última persona que tiene que agregar, vaya al Paso 3.

**EMPLEO ACTUAL 1**

19. Nombre y dirección del empleador

20. Salarios/propinas (antes de impuestos) \$ \_\_\_\_\_  
 Semanalmente  Cada 2 semanas  Dos veces por mes  Mensualmente  Anualmente  
 (Reste cualquier deducción antes de impuestos, tal como primas de seguros de salud no imponibles.)

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

25. Salarios/propinas (antes de impuestos) \$ \_\_\_\_\_  
 Semanalmente  Cada 2 semanas  Dos veces por mes  Mensualmente  Anualmente  
 (Reste cualquier deducción antes de impuestos, tal como primas de seguros de salud no imponibles.)

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 o Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI).**
- Beneficios de seguro social \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia/mes recibidos? \_\_\_\_\_
- Desempleo \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia/mes recibido? \_\_\_\_\_
- Jubilación/Retiro \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia/mes recibida? \_\_\_\_\_
- Ganancias de capital \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia/mes recibidas? \_\_\_\_\_
- Interés, dividendos y otros ingresos por inversiones \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia/mes recibidos? \_\_\_\_\_
- Ingresos de alquiler netos o regalías \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia/mes recibidos? \_\_\_\_\_
- 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 ingresos por regalías, o ingreso neto por agricultura, ganadería o pesca.**
- Pensión alimenticia pagada \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_
- Interés de préstamo estudiantil \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_
- Otras deducciones fiscales (como ciertos gastos de negocios, contribuciones a cuentas IRA de reservistas, artistas escénicos o funcionarios del gobierno basados en tarifas, contribuciones por ingresos de jubilación imponibles, parte deducible del impuesto al empleo por cuenta propia, gastos de educador, contribuciones a cuentas de ahorro de salud (deducción), gastos de mudanza, multa por retiro temprano de ahorros, seguro de salud de trabajo por cuenta propia, plan de jubilación de trabajo por cuenta propia, y matrícula y otros gastos relacionados con el estudio).  
**No incluya ningún tipo de deducción que no esté nombrada en esta sección.**
- 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

Complete la Pregunta 1 sobre la cobertura de salud que todas las personas de su hogar **tengan ahora**. Complete la Pregunta 2 sobre el seguro de salud **disponible** para un miembro del hogar por medio de un empleo, ya sea que dicha persona empleada viva o no en el hogar.

1. ¿Está alguien **inscrito** actualmente 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).

**Medicare**

Nombre(s) de la(s) persona(s) cubierta(s) \_\_\_\_\_

**TRICARE** (No lo marque si tiene atención directa o Line of Duty.)

Nombre(s) de la(s) persona(s) cubierta(s) \_\_\_\_\_

**Programas de atención de salud para Asuntos de Veteranos (VA)**

Nombre(s) de la(s) persona(s) cubierta(s) \_\_\_\_\_

**Cuerpo de Paz**

Nombre(s) de la(s) persona(s) cubierta(s) \_\_\_\_\_

**Seguro por medio del empleador**

Nombre(s) de la(s) persona(s) cubierta(s) \_\_\_\_\_

Nombre del seguro de salud \_\_\_\_\_ Número de la póliza \_\_\_\_\_

**Cobertura COBRA**

Nombre(s) de la(s) persona(s) cubierta(s) \_\_\_\_\_

**Plan de salud para jubilados**

Nombre(s) de la(s) persona(s) cubierta(s) \_\_\_\_\_

**Otra cobertura**

Nombre(s) de la(s) persona(s) cubierta(s) \_\_\_\_\_

Nombre del seguro de salud \_\_\_\_\_ Número de la póliza \_\_\_\_\_

¿Es este un plan de beneficio limitado (como una póliza escolar para accidentes)?  Sí  No

2. ¿Recibió alguien nombrado en esta solicitud una oferta de cobertura de salud de un empleo pero no se inscribió?  Sí  No  
Esto incluye un empleo para un miembro del hogar o una persona que no esté en el hogar, tal como un padre o madre sin custodia. Esta pregunta es sobre cobertura **disponible** pero en la cual el miembro del hogar elegible **no está inscrito**.

Si contestó **sí**, necesitará completar la solicitud e incluir el **Suplemento A: Cobertura de salud de empleos**, y el resto de esta solicitud.

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

Si contestó **no**, continúe al Paso 5.

## 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.

## PASO 6 (continuación)

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.
13. Para facilitar la determinación de mi elegibilidad para ayudar a pagar por la cobertura de salud en años futuros, acepto permitir que 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 la Prima) 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, Health Connector y 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](http://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 inscriban 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 inmigratorio, o sobre cambios en cualquier otra información en esta solicitud y en cualquier suplemento de la misma dentro de los 10 días calendario de conocer el cambio. Las personas elegibles pueden hacer cambios llamando al **1-888-665-9993** (TTY: 1-888-665-9997 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](http://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 Health Connector, MassHealth y Health Safety Net;
  - hacer cambios a la solicitud o los documentos relacionados con la elegibilidad y proporcionar información sobre cualquier cambio en sus circunstancias; 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 y 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 penas bajo 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 el representante autorizado

Nombre en letra de imprenta

Fecha

## 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 registrarse para votar está incluido en esta solicitud o puede encontrarse en [www.sec.state.ma.us](http://www.sec.state.ma.us). También puede encontrar más información sobre cómo registrarse para votar en [www.sec.state.ma.us](http://www.sec.state.ma.us). Si usted desea hacer preguntas sobre el proceso de registro del 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 solicite registrarse o se niegue a registrarse para votar no afectará la cantidad de asistencia que le proporcione esta agencia. Si desea ayuda para completar el formulario de solicitud de registro del votante, lo ayudaremos. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. Puede completar el formulario de solicitud en privado.

Si piensa que alguien ha interferido con su derecho a registrarse o de negarse a registrarse para votar, con su derecho a la privacidad para decidir registrarse o para solicitar el registro 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 HA DECIDIDO NO REGISTRARSE 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 migratorio y sobre el tipo o tipos de documentos de migración que tienen para comprobar su estado migratorio. 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 migratorios elegibles

En la sección “Estado migratorio” 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 los 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 migrante (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 Migrante 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 migratorios

En la sección sobre el “Tipo de documento migratorio” 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 migratorio.

- 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 Migrante 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 Migración 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 Migrantes (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

Usted NO necesita responder estas preguntas a menos que un miembro de su hogar sea elegible para cobertura de salud por medio de un empleo, pero **no está inscrito en dicha cobertura**. Adjunte una copia de esta página para cada trabajo que ofrezca cobertura. Si todos los miembros del hogar elegibles están **inscritos** en la cobertura ofrecida por un empleador, verifique que **haya completado el Paso 4, pregunta 2** y saltee este suplemento.

**INFÓRMENOS SOBRE EL EMPLEO QUE OFRECE 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 será al menos una persona en esta solicitud elegible en los próximos 3 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contestó <b>sí</b> , continúe. Si contestó <b>no</b> , 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) _____ Enumere los nombres de cualquier otra persona en esta solicitud que sean elegibles para cobertura de este empleo. Nombre _____ Nombre _____ Nombre _____			

**INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR**

4. Nombre del empleador _____		5. Número de identificación del empleador (si lo sabe) ____ - _____	
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 bajo costo, consulte el Folleto para el afiliado.

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?  
 Semanalmente  Cada 2 semanas  Dos veces por mes  Mensualmente  Trimestralmente  Anualmente  
 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 menor que el 60 por ciento de tales costos (Sección 36B(c)(2)(C)(ii) del Código de Impuestos Internos de 1986).



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

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

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

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

**AI/AN PERSONA 1**

1. Nombre (primer, inicial, apellido) \_\_\_\_\_
  
2. ¿Es este un miembro de una tribu reconocida por el gobierno federal?  
 Sí  No  
**Si contestó sí,** nombre de la tribu \_\_\_\_\_
  
3. ¿Es este un miembro de una tribu reconocida por Massachusetts?  
 Sí  No  
**Si contestó sí,** nombre de la tribu \_\_\_\_\_
  
4. ¿Ha recibido esta persona alguna vez un servicio del Servicio de Salud Indígena, un programa de salud tribal, o un Programa Urbano de Salud para Indígenas, o por medio de un referido de uno de estos programas?  
 Sí  No  
**Si contestó no,** ¿es esta persona elegible para recibir servicios del Servicio de Salud Indígena, programas de salud tribal o el Programa Urbano de Salud para Indígenas o por medio de una remisión de uno de estos programas?  
 Sí  No
  
5. Cierta cantidad de dinero recibido quizás no se cuente por MassHealth. Escriba cualquier ingreso (cantidad y con qué frecuencia) 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 recibido quizás no se cuente 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): \_\_\_\_\_



Debe completar y enviar una solicitud de seguro médico junto con este formulario. No envíe este formulario por sí solo.

- Complete este formulario si cualquier persona en esta solicitud necesita obtener seguro médico luego de que haya finalizado el período de inscripción abierta.
- Algunos eventos de la vida le permiten obtener cobertura durante un período de inscripción especial con el Health Connector, aunque haya finalizado el período de inscripción abierta.
- Puede inscribirse en cualquier época del año sin uno de los eventos de la vida a continuación si
  - es elegible para MassHealth;
  - es elegible actualmente para un plan de ConnectorCare por medio del Health Connector después de no haber sido elegible en el pasado, o después de presentar la solicitud por primera vez; o
  - es un miembro de una tribu con reconocimiento federal o es un accionista nativo de Alaska.
- Si no ha tenido ninguno de los eventos de la vida a continuación, no necesita completar este formulario.

**EVENTOS DE LA VIDA: INFÓRMENOS SOBRE CUALQUIERA DE LOS CAMBIOS SIGUIENTES EN SU HOGAR.**

1. Alguien perdió la cobertura de salud dentro de los últimos 60 días, o espera perderla dentro de los próximos 60 días.

Nombre(s) \_\_\_\_\_

Fecha en que finalizó o finalizará la cobertura (mm/dd/aaaa): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

¿Terminó la cobertura debido a la falta de pago de las primas?  Sí  No

¿Terminó la cobertura debido a que usted eligió cancelar la cobertura?  Sí  No

2. Alguien agregó a un miembro del hogar debido a un matrimonio dentro de los últimos 60 días.

Nombre(s) \_\_\_\_\_

Fecha del matrimonio (mm/dd/aaaa): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

3. Alguien nació, fue adoptado, o colocado en un hogar de crianza o en cuidado por orden judicial dentro de los últimos 60 días.

Nombre(s) \_\_\_\_\_

Fecha del nacimiento, adopción, colocación en un hogar de crianza o en cuidado por orden judicial (mm/dd/aaaa):  
\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

4. Alguien obtuvo un estado inmigratorio elegible dentro de los últimos 60 días.

Nombre(s) \_\_\_\_\_

Fecha en que se adjudicó el estado (mm/dd/aaaa): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

5. Alguien del hogar se divorció, tuvo una anulación o separación legal dentro de los últimos 60 días.

Nombre(s) \_\_\_\_\_

Fecha del divorcio, anulación, separación legal (mm/dd/aaaa): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

6. Hubo un fallecimiento en el hogar dentro de los últimos 60 días.

Nombre(s) \_\_\_\_\_

Fecha del fallecimiento (mm/dd/aaaa): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

7. Alguien se mudó a Massachusetts dentro de los últimos 60 días, o espera mudarse a Massachusetts dentro de los próximos 60 días.

Nombre(s) \_\_\_\_\_

Fecha de la mudanza (mm/dd/aaaa): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**VISITE MAHEALTHCONNECTOR.ORG O LLAME AL 1-877 MA ENROLL (1-877-623-6765) O  
TTY: 1-877-623-7773, DE LUNES A VIERNES, DE 8:00 A. M. A 6:00 P. M.**

# 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