

Solicitud de cobertura de salud para personas de la tercera edad y personas que requieren servicios para atención a largo plazo



Commonwealth of Massachusetts | EOHHS

CÓMO SOLICITAR

Por favor identifique en la página 1 de la solicitud para cuál programa está solicitando cada miembro de su hogar. Puede enviar su solicitud en cualquiera de las siguientes maneras.



Envíe por correo o fax, su solicitud completa y firmada a

MassHealth Enrollment Center
Central Processing Unit
P.O. Box 290794
Charlestown, MA 02129-0214.
Fax: 617-887-8799



Entregue en persona su solicitud completa y firmada a

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

MASSHEALTH y el HEALTH SAFETY NET Quién puede utilizar esta solicitud

Esta es su solicitud de cobertura de salud si usted vive en Massachusetts y:

- tiene 65 años de edad o más y vive en casa;
- tiene cualquier edad y requiere servicios para atención a largo plazo en una institución médica o instalación de enfermería;
- es elegible, bajo ciertos programas, para recibir servicios para atención a largo plazo para poder vivir en casa; o
- está casado/a y vive con su cónyuge; y
 - usted y su cónyuge solicitan cobertura de salud;
 - no hay ningún niño menor de 19 años que viva con usted; y
 - uno de los cónyuges tiene 65 años o más, y el otro es menor de 65 años. (Por favor consulte la Parte 8 de la solicitud.)

También necesitará completar un **Suplemento para Atención a Largo Plazo** si usted está:

- en una institución tal como un centro para adultos mayores, hospital para enfermedades crónicas u otra institución médica (Tal vez usted tenga que hacer un pago mensual llamado cantidad pagada por el paciente, al centro para atención a largo plazo. Para mayor información, consulte la página 20 en la Guía para la persona de la tercera edad.);
- en un hospital de atención crítica, en espera de ser internado en un centro para atención a largo plazo; o
- viviendo en su casa y solicitando o recibiendo servicios para atención a largo plazo en base a la Exención para servicios basados en el hogar y la comunidad.

Si alguien le está ayudando a llenar esta solicitud, es posible que usted necesite completar un formulario separado que le da permiso a esa persona a actuar en su nombre. Ver **Formulario de Designación de representante autorizado** en la página 33.

MASSACHUSETTS HEALTH CONNECTOR Quién puede utilizar esta solicitud

Esta es su solicitud para cobertura de salud si vive en Massachusetts, sus ingresos están al 400% del nivel federal de pobreza o son inferiores, y usted:

- tiene 65 años o más y vive en casa;
- por otra parte no es elegible para MassHealth;
- no está recibiendo Medicare;
- no tiene acceso a un plan de salud económico que cumpla con el requisito de valor mínimo*; y
- presenta una declaración de impuestos federales.

*El requisito de valor mínimo significa que el plan de seguro de salud paga al menos el 60% de los costos totales de seguro de salud del inscrito promedio.

El Health Connector usa las reglas de Ingreso Bruto Ajustado Modificado (MAGI, por sus siglas en inglés) para determinar la elegibilidad. Vea la Guía para la persona de la tercera edad para obtener más información.

LO QUE NECESITA PARA SOLICITAR

Lo siguiente DEBE SER enviado con la solicitud cuando esté solicitando MassHealth, Health Safety Net y el Massachusetts Health Connector

Número de Seguro Social (SSN)

Debe proporcionarnos un SSN, o una prueba de que ha solicitado un número de Seguro Social, para todos los miembros de su hogar que están solicitando, a menos que tenga una de las siguientes excepciones.

- Usted o algún miembro de su hogar tenga una exención religiosa, tal como se describe en la ley federal.
- Usted o algún miembro de su hogar solo es elegible para un SSN sin autorización para trabajar.
- Usted o algún miembro de su hogar no es elegible para obtener un SSN.

A menos que exista alguna excepción **necesitamos los números de seguro social (SSN) de todas las personas que estén solicitando cobertura de salud. Un SSN es opcional para las personas que no estén solicitando cobertura de salud, pero si nos proporciona un SSN el proceso de solicitud será más rápido.** Usamos los SSN para verificar ingresos y otra información que nos permita determinar quién es elegible para recibir ayuda para pagar por los costos de la cobertura de salud. Si alguien no tiene un SSN o necesita ayuda para conseguirlo, 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 socialsecurity.gov. Por favor, consulte la Guía para la persona de la tercera edad para obtener más información.

Mantendremos privada la información que nos proporcione, y solo la utilizaremos y divulgaremos de conformidad con la ley que aplique. Usted puede ver la política de privacidad del Health Connector y MassHealth en sus respectivos sitios web.

Prueba de ingresos, bienes y seguro

- Prueba de todos los ingresos actuales antes de las deducciones, como copias de los talonarios de cheques de la pensión. (No necesita enviar prueba de ingresos de seguro social o SSI, pero debe completar la información de ingresos de seguro social y SSI, si corresponde.)

- Prueba de todos los bienes, tales como cuentas bancarias y pólizas de seguros de vida.
- Copias actuales de sus facturas de primas de seguro de salud (como Medex) si usted está solicitando servicios de atención a largo plazo en una institución médica. (No tiene que enviar copias de sus tarjetas de Medicare.)

Prueba de condición de ciudadanía/nacional

- Prueba de condición de ciudadanía/nacional de los EE. UU. y prueba de identidad, como pasaportes de los EE. UU. o papeles de naturalización de los EE. UU. También puede probar su ciudadanía de los EE. UU. con un acta de nacimiento público de los EE. UU. También puede probar su identidad con una licencia de conducir o alguna otra forma de tarjeta emitida por el gobierno. Es posible que podamos probar su identidad por medio de los expedientes del Registro de Vehículos Automotores de Massachusetts si posee una licencia de conducir o una tarjeta de identificación de Massachusetts. Una vez que entregue a MassHealth prueba de su condición de ciudadanía/nacional e identidad de los EE. UU., ya no tendrá que darnos esta prueba otra vez. También debe dar prueba de identidad para todos los familiares que estén presentando una solicitud. **Las personas de la tercera edad y discapacitadas que tengan o puedan recibir Medicare o Ingreso de Seguridad suplementario (SSI, por sus siglas en inglés) o las personas discapacitadas que reciben Ingreso por Discapacidad del Seguro Social (SSDI, por sus siglas en inglés) no tienen que dar prueba de su condición de ciudadanía/nacional e identidad de los EE. UU.** (Vea la información completa sobre pruebas aceptables en las páginas 48-50 en la Guía para la persona de la tercera edad.)
- Una copia de ambos lados de todas las tarjetas de inmigración (u otros documentos que muestren la condición migratoria) de usted o de su cónyuge si usted o su cónyuge no son ciudadanos/nacionales de los Estados Unidos y están solicitando para MassHealth (excepto para MassHealth Limited), el Health Safety Net, o los planes del Health Connector.

QUÉ SUCEDE A CONTINUACIÓN

Cuando recibamos su solicitud llena, firmada y fechada, nosotros la revisaremos. Si fuera necesario más información, le escribiremos o llamaremos. Una vez que recibamos toda la información necesaria, tomaremos una decisión con respecto a su elegibilidad. Le enviaremos un aviso por escrito acerca de esta decisión. Si se determina que usted es elegible para MassHealth, muestre este aviso inmediatamente a

cualquier proveedor de atención médica si usted ya ha pagado por servicios médicos que podrían ser cubiertos por MassHealth durante su periodo de elegibilidad. Si el proveedor de atención médica determina que MassHealth pagará por estos servicios, el proveedor le reembolsará lo que usted pagó.

DÓNDE SOLICITAR AYUDA

Si necesita más información acerca de cómo solicitar o si necesita otra copia del **Suplemento de Ayudante de Atención Individual** para su cónyuge quien también es solicitante, llame al 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). Esta solicitud está disponible en español. Por favor llame al número anterior para solicitar una.

Si tiene preguntas sobre cualquier formulario o sobre la información que tiene que enviar, por favor llame al Centro de inscripción de **MassHealth al 1-888-665-9993** (TTY: 1-888-665-9997 para personas sordas, con dificultad auditiva o discapacidad del habla). Si esta solicitud no es para usted, 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).

Solicitud de cobertura de salud para personas de la tercera edad y personas que requieren servicios para atención a largo plazo



Commonwealth of Massachusetts | EOHHS

Por favor escriba en letra de imprenta legible. Asegúrese de responder a todas las preguntas. Llene todas las partes de la solicitud y todos los suplementos que correspondan. Si necesita más espacio, adjunte una hoja separada a la solicitud. Escriba el nombre de la persona 1 y número de Seguro Social en la parte superior de cualquier hoja adjunta.

Para cada miembro de su hogar, por favor coloque el(los) nombre(s) del(de los) individuo(s) bajo el programa o programas en el que él o ella desea solicitar. Por favor consulte la Guía para la persona de la tercera edad para saber más sobre la cobertura bajo estos programas.

Por favor enumere los nombres de todas las personas que están solicitando cobertura de salud en esta solicitud.

MassHealth o el Health Safety Net

(Si vive en su casa, o en una casa de reposo, una instalación de residencia asistencial, una comunidad de retiro con atención continua, o una comunidad de atención de por vida, complete esta solicitud y cualquier suplemento que le corresponda a usted o a cualquier miembro de su hogar.) MassHealth comprobará si cualquier persona que solicite cobertura de salud en esta solicitud es elegible para MassHealth o el Health Safety Net.

Usted: _____

Cónyuge: _____

Atención de largo plazo

(Si solicita o está recibiendo servicios para atención a largo plazo en su hogar bajo una Exención de servicios basados en el hogar y la comunidad, o en un hogar de adultos mayores u hospital de crónicos, complete esta solicitud y cualquier suplemento que le corresponda a usted o a cualquier miembro de su hogar, incluyendo todo o parte del [Suplemento para Atención a Largo Plazo.](#))

Usted: _____

Cónyuge: _____

Programas del Health Connector

La cobertura de salud por medio del Massachusetts Health Connector no es MassHealth. Si tiene Medicare y solicita un plan por medio del Health Connector, no será elegible para compartir ningún costo o créditos impositivos. Será responsable por el precio completo del plan. Nosotros veremos si usted es elegible para obtener MassHealth antes de determinar si usted puede obtener créditos por gastos compartidos o crédito fiscal por medio del Health Connector.

Usted: _____

Cónyuge: _____

PARTE 1 Persona 1 (USTED)—Provea información sobre USTED.

➔ Necesitamos que una de las personas adultas en su hogar sea la persona de contacto para su solicitud.

1. Nombre, inicial, apellido y sufijo				
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Estado marital	Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
Dirección de su casa	Apto. #	Ciudad	Estado	Código postal
¿Es éste un hospital, instalación de enfermería u otra institución? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Nombre de la instalación		
Dirección postal (si es distinta que la dirección de su casa)	Apto. #	Ciudad	Estado	Código postal
¿Usted arrienda o es dueño de su propiedad? <input type="checkbox"/> Arrienda <input type="checkbox"/> Dueño		¿Usted está sin hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Número de teléfono	Correo electrónico	Preferencia de idioma escrito	Preferencia de idioma hablado	
¿Alguien listado en esta solicitud está en prisión o carcel? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				

2. ¿Está solicitando cobertura de salud para USTED?

Sí. Si contesta sí, responda a continuación a todas las preguntas en la Parte 1 para la Persona 1 (usted).

No. Si contesta no, vaya a la **PARTE 2: Provea información sobre los demás miembros en este hogar** en la página 4.

3. Necesitamos un número de Seguro Social (SSN) de cada persona que está solicitando cobertura de salud, si es que lo tiene. ¿Tiene un número de Seguro Social (SSN)? Sí No

Si contesta sí, denos el número. (Opcional, si no solicita cobertura) _____ - _____ - _____

Si contesta no, marque una de las siguientes razones: Recién solicitado Excepción para no ciudadanos Excepción religiosa

4. ¿Es usted ciudadano, nacional o naturalizado de los EE. UU.? Sí No Si contesta sí, vaya a la pregunta 6

5. Si usted no es ciudadano, ¿tiene una condición inmigratoria elegible? (Consulte la Guía para la persona de la tercera edad o MAhealthconnector.org para obtener más información.) Sí No No responde

Si contesta no o no responde, solo podría recibir uno o más de lo siguiente: MassHealth Limited o el Health Safety Net (HSN).

a. Si contesta sí, ¿tiene un documento de inmigración? Sí No

Trataremos de verificar su condición inmigratoria. Enumere todos los estados y/o condiciones inmigratorias que correspondan a su caso desde que ingresó en los EE. UU. Para obtener más información sobre los estados y documentos de inmigración, consulte la Guía para la persona de la tercera edad.

Condición inmigratoria _____ Fecha de concesión* (mm/dd/aaaa) _____

Tipo de documento de inmigración _____ Núm. de ID del documento _____

Número de residencia _____ Fecha de expiración del pasaporte o documento (mm/dd/aaaa) _____

* Para personas maltratadas, la fecha de concesión es la fecha en que la petición fue aprobada como debidamente presentada.

b. ¿Vino a vivir a los EE. UU. desde el 22 de agosto de 1996? Sí No

c. ¿Usó el mismo nombre en esta solicitud que el usado para obtener su condición inmigratoria? Sí No

Si contesta no, ¿qué nombre usó?

Nombre, inicial, apellido y sufijo _____

d. ¿Es usted un veterano de guerra dado de baja honorablemente o miembro en servicio activo de las Fuerzas Armadas de los EE. UU. o el cónyuge o hijo(a) de un veterano de guerra dado de baja honorablemente o miembro en servicio activo de las Fuerzas Armadas de los EE. UU.? Sí No

6. ¿Presentará una declaración federal de impuestos el **AÑO QUE VIENE**? Usted aún puede solicitar cobertura de salud aunque no haya presentado una declaración de impuestos federales. Sin embargo, usted debe presentar una declaración de impuestos para obtener ayuda para pagar por una cobertura por medio de un crédito fiscal o el ConnectorCare plan.

Sí. Si contesta sí, responda las preguntas a–c. No. Si contesta no, pase a la pregunta d.

a. ¿Está casado(a)? Sí No

b. ¿Presentará una declaración conjunta con su cónyuge? Sí No. Usted debe presentar una declaración de impuestos conjunta el próximo año para obtener crédito fiscal o el plan de ConnectorCare. Si usted es víctima de violencia doméstica o cónyuge abandonado, debe indicar que declara impuestos como "soltero(a)" con el fin de ser considerado(a) para un crédito fiscal, aunque esta no sea la manera en que declare sus impuestos realmente. Solamente deberá incluir en esta solicitud a usted y cualquier dependiente.

Si contesta sí, nombre del cónyuge: _____

c. ¿Reclamará a algún dependiente en su declaración de impuestos? Sí No. Debe reclamar una deducción por extensión personal en su declaración de impuestos federales para el 2015, para cualquier individuo listado en esta solicitud como dependiente que esté inscrito en la cobertura, por medio del Health Connector y cuya prima para la cobertura se pague en parte o en su totalidad por pagos adelantados.

Si contesta sí, proporcione el(los) nombre(s) y fecha(s) de nacimiento de los dependientes.

- d. ¿Será usted reclamado(a) como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona? Sí No. Si usted es reclamado(a) por alguien más como dependiente en su declaración de impuestos federales para el 2015, esto puede afectar su capacidad de recibir un crédito fiscal para pagar la prima. Si es menor de 21 años de edad y es reclamado como dependiente por uno de sus padres que no vive con usted, responda no.

Si contesta sí, nombre del declarante de impuestos: _____

Fecha de nacimiento _____ Qué relación tiene usted con el declarante de impuestos? _____

¿El declarante de impuestos está casado(a), y presenta una declaración conjunta? Sí No

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

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

8. ¿Usted necesita acomodo(s) razonable(s) debido a una discapacidad o lesión? Sí No

Si contesta no, vaya a la siguiente pregunta. **Si contesta sí**, llene la **Parte B** del **Suplemento de Enfermedad, Discapacidad o Acomodo** en la página 29.

9. ¿Está presentando esta solicitud debido a un accidente o lesión que puede ser responsabilidad de otra persona? Sí No

Si contesta no, vaya a la siguiente pregunta. **Si contesta sí**, llene la **Parte C** del **Suplemento de Enfermedad, Discapacidad o Acomodo** en la página 29.

10. ¿Recibió alguna vez Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI)? Sí No

Si contesta no, vaya a la pregunta 11. **Si contesta sí**, responda las preguntas a—b.

a. ¿Cuándo recibió SSI por última vez? (mm/aaaa) _____

b. Usted (Marque una.):

¿Vive solo(a)? ¿Vive con su cónyuge? ¿Vive en un hogar de convalecencia? ¿Vive en la casa de otra persona?

¿Vive y comparte gastos con otro(s) (no su cónyuge)? ¿Vive en una instalación de residencia asistencial?

11. Marque la casilla a continuación que mejor lo describe: (Opcional—Marque todo lo que corresponda.)

Hispano/Latino, o de origen Hispano

Cubano

Mexicano, Mexicano-Americano, o Chicano

Puertorriqueño

Otro Hispano/Latino/Español _____

Indígena norteamericano/Nativo de Alaska

Indígena Asiático

Negro o Afroamericano

Chino

Filipino

Guamés o Chamorro

Japonés

Coreano

Nativo de Hawái

Otro Asiático

Otro Isleño del Pacífico

Samoano

Vietnamita

Blanco o Caucásico

Otro _____

Si es Indígena norteamericano o Nativo de Alaska, llene el **Suplemento Indígena norteamericano (AI)/Nativo de Alaska (AN)** en la página 25. Los Indígenas norteamericanos y Nativos de Alaska quizá no tengan que pagar primas o copagos y podrían tener períodos especiales de inscripción mensual.

PARTE 2 Persona 2—Cónyuge u otras personas en este hogar

Llene esta parte para su **cónyuge** que vive con usted y/o cualquier otra persona incluida en su declaración federal de impuestos, si la presenta. Vea las instrucciones sobre la solicitud para obtener más información sobre a quién incluir. Si no presenta una declaración de impuestos, recuerde de agregar a las demás personas que viven con usted.

Si tiene más de una persona para agregar haga una copia de las páginas de información en blanco para la Persona 2 (páginas 4-6) antes de completarlas, o vaya a la **Parte 3: Información sobre el trabajo e ingresos actuales** en la página 6.

1. Nombre, inicial, apellido, y sufijo

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Estado marital	Relación con la Persona 1	Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Dirección de su casa	Apto. #	Ciudad	Estado	Código postal
¿Es éste un hospital, instalación de enfermería u otra institución? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Nombre de la instalación	
Dirección postal (si es distinta que la dirección de su casa)	Apto. #	Ciudad	Estado	Código postal
¿La Persona 2 arrienda o es dueño de su propiedad? <input type="checkbox"/> Arrienda <input type="checkbox"/> Dueño		La persona 2 está sin hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Número de teléfono	Correo electrónico	Preferencia de idioma escrito	Preferencia de idioma hablado	

2. ¿La Persona 2 está solicitando cobertura de salud?

Sí. Si contesta sí, responda a todas las preguntas a continuación.

No. Si contesta no, vaya a la **PARTE 3: Información sobre el trabajo e ingresos actuales** en la página 6.

3. Necesitamos un número de Seguro Social (SSN) de cada persona que está solicitando cobertura de salud, si es que lo tiene. Un SSN es opcional para las personas que no están solicitando cobertura de salud, pero dar el SSN podría acelerar el proceso de solicitud.

¿La Persona 2 tiene un número de Seguro Social (SSN)? Sí No

Si contesta sí, denos el número. (Opcional, si **no** solicita cobertura) _____ - _____ - _____

Si contesta no, marque una de las siguientes razones: Recién solicitado Excepción para no ciudadanos Excepción religiosa

4. ¿La Persona 2 es ciudadana, nacional o naturalizada de los EE. UU.? Sí No **Si contesta sí,** Vaya a la pregunta 6

5. Si la Persona 2 no es ciudadana él(ella) ¿tiene una condición inmigratoria elegible? (Consulte la Guía para la persona de la tercera edad o MAhealthconnector.org para obtener más información.)

Sí No No responde

Si contesta no o no responde, él o ella puede solo recibir uno o más de lo siguiente: MassHealth Limited o el Health Safety Net (HSN).

a. **Si contesta sí,** ¿la Persona 2 tiene un documento de inmigración? Sí No

Trataremos de verificar su condición inmigratoria. Por favor, enumere todos los estados y/o condiciones inmigratorias que correspondan a usted desde que ingresó a los EE. UU. Para obtener más información sobre los estados y documentos de inmigración, consulte la Guía para la persona de la tercera edad.

Condición inmigratoria _____ Fecha de concesión* (mm/dd/aaaa) _____

Tipo de documento de inmigración _____ Núm. de ID del documento _____

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

* Para las personas maltratadas, la fecha de concesión es la fecha en que la petición fue aprobada como debidamente presentada.

- b. ¿La Persona 2 vino a vivir a los EE. UU. desde el 22 de agosto de 1996? Sí No
- c. ¿La Persona 2 usó el mismo nombre en esta solicitud que el que usó para obtener su condición inmigratoria?
 Sí No **Si contesta no**, ¿qué nombre usó esta persona?
Nombre, inicial, apellido, y sufijo _____
- d. ¿La Persona 2 es un veterano de guerra dado de baja honorablemente o miembro en servicio activo de las Fuerzas Armadas de los EE. UU., cónyuge o hijo(a) de un veterano de guerra dado de baja honorablemente o miembro en servicio activo de las Fuerzas Armadas de los EE. UU.? Sí No

6. ¿La Persona 2 presentará una declaración federal de impuestos el **AÑO QUE VIENE**? La persona 2 aún puede solicitar cobertura de salud aunque él o ella no hayan presentado una declaración de impuestos federales. Sin embargo, la persona 2 debe presentar una declaración de impuestos para obtener ayuda para pagar por la cobertura por medio de un crédito fiscal o el ConnectorCare plan.

Sí. **Si contesta sí**, por favor conteste las preguntas a–c. No. **Si contesta no**, pase a la pregunta d.

- a. ¿Está casada la persona 2? Sí No
- b. ¿La Persona 2 presentará una declaración conjunta con su cónyuge? Sí No. La persona 2 debe presentar una declaración de impuestos federales conjunta el próximo año para obtener crédito fiscal o el plan de ConnectorCare. Si la persona 2 es víctima de violencia doméstica o cónyuge abandonado, la persona 2 debe indicar que declara impuestos como "soltero(a)" con el fin de ser considerado(a) para un crédito fiscal, aunque esta no sea la manera en que la persona 2 declare sus impuestos realmente. Usted solo tiene que incluir en esta solicitud a la persona 2 y cualquier dependiente.

Si contesta sí, nombre del cónyuge. _____

- c. ¿La Persona 2 reclamará algún dependiente en su declaración de impuestos? Sí No. La persona 2 debe reclamar una deducción por exención personal en su declaración de impuestos federales para el 2015, para cualquier individuo listado en esta solicitud como dependiente que esté inscrito en la cobertura, por medio del Health Connector y cuya prima para la cobertura se pague en parte o en su totalidad por pagos adelantados.

Si contesta sí, proporcione el(los) nombre(s) y fecha(s) de nacimiento de los dependientes:

- d. ¿Alguna otra persona reclamará a la Persona 2 como dependiente en su declaración de impuestos? Sí No. Si la persona 2 es reclamado(a) por alguien más como dependiente en su declaración de impuestos federales para el 2015, esto puede afectar su capacidad de recibir un crédito fiscal para pagar la prima. (Si la persona 2 es menor de 21 años de edad y es reclamado como dependiente por uno de sus padres que no vive con usted, responda no.)

Si contesta sí, nombre del declarante de impuestos. _____

Fecha de nacimiento _____ ¿Qué relación tiene la Persona 2 con el declarante de impuestos? _____

¿El declarante de impuestos está casado(a), y presenta una declaración conjunta? Sí No

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

7. ¿Es la Persona 2 residente de Massachusetts y tiene pensado residir en Massachusetts, aunque no tenga una dirección fija? Sí No

8. ¿La Persona 2 necesita acomodo(s) razonable(s) debido a una discapacidad o lesión? Sí No

Si contesta no, vaya a la siguiente pregunta. **Si contesta sí**, llene la **Parte B** del **Suplemento de Enfermedad, Discapacidad o Acomodo** en la página 29.

9. ¿La Persona 2 esté solicitando debido a un accidente o lesión que podría ser responsabilidad de otra persona? Sí No

Si contesta no, vaya a la siguiente pregunta. **Si contesta sí**, llene la **Part C** del **Suplemento de Enfermedad, Discapacidad o Acomodo** en la página 29.

10. ¿La Persona 2 recibió alguna vez Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI)? Sí No

Si contesta no, vaya a la pregunta 11. **Si contesta sí**, responda las preguntas a—b.

a. ¿Cuándo recibió la Persona 2 SSI por última vez? (mm/aaaa) _____

b. La Persona 2 (Marque una.):

¿vive sola? ¿vive con su cónyuge? ¿vive en un hogar de convalecencia? ¿vive en la casa de otra persona?

¿vive y comparte gastos con otro(s) (no su cónyuge)? ¿vive en una instalación de residencia asistencial?

PARTE 2 Persona 2—Provea información sobre otras personas en este hogar. (cont.)

11. Marque a continuación la casilla que mejor describe a la Persona 2. (Opcional)—Marque todo lo que corresponde.)

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hispano/Latino, o de origen Hispano | <input type="checkbox"/> Indígena Asiático | <input type="checkbox"/> Otro Asiático |
| <input type="checkbox"/> Cubano | <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano | <input type="checkbox"/> Otro Isleño del Pacífico |
| <input type="checkbox"/> Mexicano, Mexicano-Americano, o Chicano | <input type="checkbox"/> Chino | <input type="checkbox"/> Samoano |
| <input type="checkbox"/> Puertorriqueño | <input type="checkbox"/> Filipino | <input type="checkbox"/> Vietnamita |
| <input type="checkbox"/> Otro Hispano/Latino/Español _____ | <input type="checkbox"/> Guamés o Chamorro | <input type="checkbox"/> Blanco o Caucásico |
| <input type="checkbox"/> Indígena norteamericano/Nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Japonés | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| | <input type="checkbox"/> Coreano | |
| | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái | |

Si la Persona 2 es Indígena norteamericana o Nativa de Alaska, llene el **Suplemento Indígena norteamericano (AI)/Nativo de Alaska (AN)** en la página 25. Los Indígenas norteamericanos o Nativos de Alaska quizá no tengan que pagar primas o copagos y pueden tener períodos especiales de inscripción mensual.

PARTE 3 Información sobre el trabajo e ingresos actuales—Persona 1

- Empleado** (Vaya a la pregunta 1.) **Empleado por cuenta propia** (Vaya a la pregunta 11.) **No empleado** (Vaya a la pregunta 12.)

EMPLEO ACTUAL 1 (PERSONA 1)

1. Nombre y dirección del empleador _____
2. Salarios/propinas (antes de impuestos) \$ _____ Semanal Cada 2 semanas Dos veces por mes Mensual Anual
(Reste cualquier deducción antes de impuestos, tal como primas de seguros de salud no disponibles.) _____
3. Promedio de horas trabajadas por SEMANA _____ 4. ¿Este empleo es un taller de trabajo protegido? Sí No
5. ¿Está usted empleado por temporada? Sí No. **Si contesta Sí**, ¿cuántos meses trabaja en cada año calendario? _____

EMPLEO ACTUAL 2 (PERSONA 1) (Si tiene más trabajos y necesita más espacio, adjunte otra hoja de papel.)

6. Nombre y dirección del empleador _____
7. Salarios/propinas (antes de impuestos) \$ _____ Semanal Cada 2 semanas Dos veces por mes Mensual Anual
(Reste cualquier deducción antes de impuestos, tal como primas de seguros de salud no imponibles.) _____
8. Promedio de horas trabajadas por SEMANA _____ 9. ¿Este empleo es un taller de trabajo protegido? Sí No
10. ¿Está usted empleado por temporada? Sí No. **Si contesta Sí**, ¿cuántos meses trabaja en cada año calendario? _____

EMPLEO POR CUENTA PROPIA (PERSONA 1) (Si está empleado(a) por cuenta propia, responda a las siguientes preguntas. Si necesita más espacio, adjunte otra hoja de papel.)

11. ¿Usted trabaja por cuenta propia? Sí No
- a. **Si contesta Sí**, ¿qué tipo de trabajo hace usted? _____
- b. En promedio ¿cuánto ingreso neto (ganancias después de haber pagado los gastos del negocio) obtendrá de este trabajo por cuenta propia cada mes? \$ _____ por mes

DINERO DE OTRAS FUENTES (PERSONA 1)

12. ¿Recibe dinero de otras fuentes? Sí No

Marque todas las fuentes, escriba la cantidad y con qué frecuencia le pagan. (No hace falta que nos proporcione información sobre Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI).)

- Beneficios del Seguro Social \$ _____ ¿Con qué frecuencia? Mensual Otro _____
- Pensión \$ _____ ¿Con qué frecuencia? Mensual Otro _____
- Anualidad \$ _____ ¿Con qué frecuencia? Mensual Otro _____
- Fideicomisos \$ _____ ¿Con qué frecuencia? Mensual Otro _____
- Desempleo \$ _____ ¿Con qué frecuencia? Mensual Otro _____
- Ganancias de capital \$ _____ ¿Con qué frecuencia? Mensual Otro _____
- Intereses \$ _____ ¿Con qué frecuencia? Mensual Otro _____
- Pensión alimenticia recibida \$ _____ ¿Con qué frecuencia? Mensual Otro _____
- Dinero imponible de veteranos \$ _____ ¿Con qué frecuencia? Mensual Otro _____
- Ingresos tributables de jubil. militar (no se paga a través de la Administración de Veteranos) \$ _____ ¿Con qué frecuencia? Mensual Otro _____
- Otros ingresos (Tipo:) _____ \$ _____ ¿Con qué frecuencia? Mensual Otro _____

INGRESOS POR ALQUILERES (PERSONA 1)

13. ¿Usted recibe ingresos por alquileres? (Usted debe contestar esta pregunta.) Sí No Si contesta sí, Envíe prueba de los ingresos actuales por alquileres, tales como una declaración escrita por cada arrendatario o copia del contrato de arriendo; o una declaración actual de impuestos federales.

Envíe prueba de todos los siguientes gastos, si corresponden, de los últimos 12 meses:

- hipoteca
- impuestos
- servicios públicos (gas/electricidad)
- calefacción
- agua/alcantarillado
- seguros
- cuota de condominio o cooperativa
- arreglos y mantenimiento

- a. ¿Qué tipo de bienes raíces posee usted? casa de una unidad casa de dos unidades casa de tres unidades otro (describa): _____
- b. ¿Cuánto recibe cada mes en alquileres de cada unidad rentada indicada anteriormente? (Detalle cada unidad rentada y dirección individualmente.)
 Dirección _____ Unidad # _____ Cantidad \$ _____ ¿Habitada por el propietario? Sí No
 Dirección _____ Unidad # _____ Cantidad \$ _____ ¿Habitada por el propietario? Sí No
- c. ¿Usted paga la calefacción y/o los servicios públicos de su arrendatario? Sí No

DEDUCCIONES (PERSONA 1)

14. Marque todo lo que corresponda y 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 en algo el costo de la cobertura de salud. **NOTA:** No debe incluir un costo que ya haya considerado en sus respuestas a ingreso neto por trabajo por cuenta propia, alquiler neto o ingresos por regalías, o ingreso neto por agricultura o pesca.

- Pensión alimenticia pagada \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____ Interés de préstamo estudiantil \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
- Otras deducciones fiscales (como gastos de negocios, contribuciones a cuentas IRA, 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 por trabajo por cuenta propia, plan de jubilación de trabajo por cuenta propia, y matrícula y otros gastos relacionados con la escuela.) **No incluya ningún tipo de deducción que no esté listada en esta sección.**
 Tipo _____ \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

INGRESO ANUAL (PERSONA 1)

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

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

PARTE 4 Información sobre el trabajo e ingresos actuales—Persona 2

Acerca de la Persona 2

Si tiene que reportar ingresos para más de dos personas, haga una copia de las páginas 8-9 antes de llenarlas.

Persona # _____ Nombre: _____

- Empleado** (vaya a la pregunta 1.) **Empleado por cuenta propia** (vaya a la pregunta 11.) **No empleado** (Vaya a la pregunta 12.)

EMPLEO ACTUAL 1 (PERSONA 2)

- Nombre y dirección del empleador

- Salarios/propinas (antes de impuestos) \$ _____ Semanal Cada 2 semanas Dos veces por mes Mensual Anual
(Reste cualquier deducción antes de impuestos, tal como primas de seguros de salud no disponibles.)
- Promedio de horas trabajadas por SEMANA _____ 4. ¿Este empleo es un taller de trabajo protegido? Sí No
- ¿Está la Persona 2 empleada por temporada? Sí No. **Si contesta Sí**, ¿cuántos meses trabaja en cada año calendario? _____

EMPLEO ACTUAL 2 (PERSONA 2) (Si la persona 2 tiene más trabajos y necesita más espacio, adjunte otra hoja de papel.)

- Nombre y dirección del empleador

- Salarios/propinas (antes de impuestos) \$ _____ Semanal Cada 2 semanas Dos veces por mes Mensual Anual
(Reste cualquier deducción antes de impuestos, tal como primas de seguros de salud no imponibles.)
- Promedio de horas trabajadas por SEMANA _____ 4. ¿Este empleo es un taller de trabajo protegido? Sí No
- ¿Está la Persona 2 empleada por temporada? Sí No. **Si contesta Sí**, ¿cuántos meses trabaja en cada año calendario? _____

EMPLEO POR CUENTA PROPIA (PERSONA 2) (Si está empleado(a) por cuenta propia, responda a las siguientes preguntas. Si necesita más espacio, adjunte otra hoja de papel.)

- ¿Está la Persona 2 empleada por cuenta propia? Sí No
 - Si contesta sí** ¿qué tipo de trabajo hace la Persona 2? _____
 - En promedio ¿cuánto ingreso neto (ganancias después de haber pagado los gastos del negocio) obtendrá la Persona 2 de este trabajo por cuenta propia cada mes? \$ _____ por mes

DINERO DE OTRAS FUENTES (PERSONA 2)

- ¿Esta persona 2 recibe dinero de otras fuentes? Sí No
Marque todas las fuentes, escriba la cantidad y con qué frecuencia la Persona 2 lo recibe. (No hace falta que nos proporcione información sobre Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI).)

<input type="checkbox"/> Beneficios del Seguro Social	\$ _____	¿Con qué frecuencia?	<input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> Pensión	\$ _____	¿Con qué frecuencia?	<input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> Anualidad	\$ _____	¿Con qué frecuencia?	<input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> Fideicomisos	\$ _____	¿Con qué frecuencia?	<input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Otro _____

- Desempleo \$ _____ ¿Con qué frecuencia? Mensual Otro _____
- Ganancias de capital \$ _____ ¿Con qué frecuencia? Mensual Otro _____
- Intereses \$ _____ ¿Con qué frecuencia? Mensual Otro _____
- Pensión alimenticia recibida \$ _____ ¿Con qué frecuencia? Mensual Otro _____
- Dinero imponible de veteranos \$ _____ ¿Con qué frecuencia? Mensual Otro _____
- Ingresos tributables de jubil. militar (no se paga a través de la Administración de Veteranos) \$ _____ ¿Con qué frecuencia? Mensual Otro _____
- Otros ingresos (tipo:) _____ \$ _____ ¿Con qué frecuencia? Mensual Otro _____

INGRESOS POR ALQUILERES (PERSONA 2)

13. ¿La Persona 2 recibe ingresos por alquileres? (Usted debe contestar esta pregunta.) Sí No **Si contesta sí, envíe prueba** de los ingresos actuales por alquileres, tales como una declaración escrita por cada arrendatario o copia del contrato de arriendo; o, una declaración actual de impuestos federales.

Envíe prueba de todos los siguientes gastos, si corresponden, de los últimos 12 meses:

- hipoteca • impuestos • servicios públicos (gas/electricidad) • calefacción
- agua/alcantarillado • seguros • cuota de condominio o cooperativa • arreglos y mantenimiento

- a. ¿Qué tipo de bienes raíces posee esta persona? casa de una unidad casa de dos unidades casa de tres unidades otro (describa): _____
- b. ¿Cuánto recibe cada mes la Persona 2 en alquileres de cada unidad rentada indicada anteriormente? (Detalle cada unidad rentada y dirección individualmente.)
 Dirección _____ Unidad #__ Cantidad \$ _____ ¿Habitada por el propietario? Sí No
 Dirección _____ Unidad #__ Cantidad \$ _____ ¿Habitada por el propietario? Sí No
- c. ¿La Persona 2 paga la calefacción y/o los servicios públicos de su arrendatario? Sí No

DEDUCCIONES (PERSONA 2)

14. Marque todo lo que corresponda. Proporcione la cantidad y con qué frecuencia la persona 2 la recibe.

Si la persona 2 paga por ciertas cosas que pueden ser deducidas en una declaración de impuestos federales, y nos informa sobre ellas podría reducir en algo el costo de la cobertura de salud. **NOTA:** No debe incluir un costo que ya haya considerado en sus respuestas a ingreso neto por trabajo por cuenta propia, alquiler neto o ingresos por regalías, o ingreso neto por agricultura o pesca.

- Pensión alimenticia pagada \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____ Interés de préstamo estudiantil \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
- Otras deducciones fiscales (como gastos de negocios, contribuciones a cuentas IRA, contribuciones por ingresos de jubilación imposables, 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 por trabajo por cuenta propia, plan de jubilación de trabajo por cuenta propia, y matrícula y otros gastos relacionados con la escuela) **No incluya ningún tipo de deducción que no esté listada en esta sección.**
 Tipo _____ \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

INGRESO ANUAL (PERSONA 2)

15. ¿Cuál es el ingreso total esperado por la Persona 2 para el año calendario actual?

16. ¿Cuál es el ingreso total esperado por la Persona 2 para el próximo año calendario, si es diferente?

PARTE 5 Facturas de servicios médicos anteriores

1. ¿Usted o su cónyuge tienen facturas por servicios médicos que recibió en los tres meses anteriores al mes en que recibimos su solicitud?

Sí No **Si contesta no**, pase a la **Parte 6: Seguro de salud que tiene ahora**.

Si contesta sí, complete el resto de esta sección. Es posible que podamos pagar estas facturas.

- a. ¿Usted o su cónyuge quieren solicitar afiliación a MassHealth para ese período de tiempo? Sí No

Si contesta sí, ¿cuál es la fecha mas temprana en la cual necesita MassHealth? (mm/dd/aaaa) _____

(Debe darnos pruebas de todos los ingresos y bienes que poseyera durante ese período de tiempo.)

PARTE 6 Seguro de salud que tiene ahora

Por favor, responda a las siguientes preguntas sobre **seguro de salud**, y siga las instrucciones. Si alguien se ha inscrito en uno de los siguientes planes de seguro de salud, pero los beneficios no han comenzado todavía, marque **sí** a la pregunta. MassHealth quizás pueda ayudar a pagar por las primas.

1. ¿Usted o algún miembro de su hogar tiene Medicare? Sí No

Si contesta sí, llene la **Parte A** del **Suplemento de Seguro de salud** en la página 27.

2. ¿Usted o algún miembro de su hogar tiene un seguro de salud federal provisto por las Fuerzas Armadas de los EE. UU. (Asuntos de Veteranos o TRICARE) u otra cobertura federal? Sí No

Si contesta sí, llene la **Parte B** del **Suplemento de Seguro de salud** en la página 27.

3. ¿Usted o algún miembro de su hogar tiene en la actualidad cualquier otro tipo de seguro de salud? (esto incluye seguro a través de un empleador, sindicato, universidad, ex empleador (COBRA) y cobertura comprada por usted o cualquier miembro de su hogar que no vive en el hogar)? Sí No

Si contesta sí, llene la **Parte C** del **Suplemento de Seguro de salud** en la página 27.

PARTE 7 Bienes

➔ **DEBE** completar todos los datos por cada bien que usted y/o su cónyuge posean.

Si vive en la comunidad y desea ayuda para pagar las cuentas médicas por un período de tres meses previos al mes en el que solicita, nos debe informar sobre todas las cuentas abiertas y cerradas para dicho período.

Si está solicitando atención a largo plazo, usted también debe suministrarnos información acerca de todos los bienes que usted o su cónyuge haya tenido en los 60 meses pasados. Si tiene un cónyuge en casa, también tiene que completar las partes sombreadas y el **Suplemento para atención a largo plazo** en la página 21.

CUENTAS BANCARIAS

1. ¿Usted o su cónyuge tiene cuentas bancarias o certificados de depósito, incluyendo cuentas corrientes, de ahorros, cooperativa de crédito, cuentas NOW, cuentas del mercado monetario y cuentas de previsión/deducción para necesidades personales (PNA, por sus siglas en inglés)? Sí No
 - a. ¿Usted o su cónyuge tiene cuentas de jubilación, incluyendo cuentas de jubilación individuales (IRAs), Keogh o fondos de pensión? Sí No
 - b. ¿Usted, su cónyuge o un propietario conjunto ha cerrado alguna cuenta en los 60 meses pasados, incluyendo cualquier cuenta que haya tenido conjuntamente con otra persona? Sí No

Si contestó sí a cualquiera de estas preguntas, complete esta sección. **Si contestó no a todas** estas preguntas, pase a la siguiente sección (**BIENES RAÍCES**).

Envíe una copia de sus libretas de depósito actualizadas dentro de los últimos 45 días y/o una copia de los estados de cuenta más recientes. Por favor consulte la Guía para la persona de la tercera edad para obtener información sobre las instituciones financieras que cobran por estados de cuenta. Si está solicitando para cobertura en una instalación de enfermería, por favor provea estados de cuenta de los últimos 60 meses.

Nombre en la cuenta		Nombre del banco/institución	
Número de la cuenta	Tipo de cuenta	Saldo a la fecha \$	Saldo en la fecha de admisión* \$
<input type="checkbox"/> Cuenta vigente <input type="checkbox"/> Cuenta cerrada	Fecha de cierre de la cuenta (mm/dd/aaaa)	Cantidad en la fecha de cierre de la cuenta \$	
Nombre en la cuenta		Nombre del banco/institución	
Número de la cuenta	Tipo de cuenta	Saldo a la fecha \$	Saldo en la fecha de admisión* \$
<input type="checkbox"/> Cuenta vigente <input type="checkbox"/> Cuenta cerrada	Fecha de cierre de la cuenta (mm/dd/aaaa)	Cantidad en la fecha de cierre de la cuenta \$	
Número de la cuenta		Nombre del banco/institución	
Número de la cuenta	Tipo de cuenta	Saldo a la fecha \$	Saldo en la fecha de admisión* \$
<input type="checkbox"/> Cuenta vigente <input type="checkbox"/> Cuenta cerrada	Fecha de cierre de la cuenta (mm/dd/aaaa)	Cantidad en la fecha de cierre de la cuenta \$	

* Anote el saldo de la cuenta a la fecha de admisión a la institución médica, hospital o instalación de enfermería.

BIENES RAÍCES

2. ¿Usted o su cónyuge es propietario o tiene un interés legal en su residencia primaria?

Usted Sí No Su cónyuge Sí No

a. ¿Usted o su cónyuge es propietario o tiene un interés legal en cualquier bien raíz **aparte de** su residencia primaria?

Usted Sí No Su cónyuge Sí No

Si contestó sí a cualquiera de estas preguntas, complete esta sección. **Si contestó no**, pase a la siguiente sección **(SEGURO DE VIDA)**.

Envíe una copia de la(s) escritura(s), factura(s) de impuestos actuales y prueba de la cantidad adeudada de toda propiedad poseída.

Dirección	Tipo de propiedad	Valor actual \$
Dirección	Tipo de propiedad	Valor actual \$

SEGURO DE VIDA

3. ¿Usted o su cónyuge **posee** algún seguro de vida? Sí No

Si contesta sí, complete esta sección. **Si contesta no**, pase a la siguiente sección **[TÍTULOS (ACCIONES/BONOS/OTROS)]**.

Envíe una copia de la primera página de todas las pólizas de seguro de vida. Si el valor nominal total de todas las pólizas es de más de \$1,500 por persona, **envíe también una carta** de la compañía aseguradora que indique el valor de rescate (que tengan todas las pólizas excepto las de término fijo).

Nombre(s) del (los) titular(es)	Compañía aseguradora	
Número de la póliza	Valor nominal \$	Tipo de seguro
Nombre(s) del (los) titular(es)	Compañía aseguradora	
Número de la póliza	Valor nominal \$	Tipo de seguro

TÍTULOS (ACCIONES/BONOS/OTRO)

4. ¿Usted o su cónyuge tiene acciones, bonos, bonos de ahorro, fondos mutuos, títulos o valores, bienes en un casillero de seguridad, dinero en efectivo que no esté en el banco, opciones, o contratos futuros? Sí No

Si contesta sí, complete esta sección. **Si contesta no**, pase a la siguiente sección **(ANUALIDADES)**.

Envíe prueba del valor actual (excepto efectivo).

	Nombre(s) del (los) titular(es)	Nombre de la compañía	Número de cuenta	Valor actual	Valor en la fecha de admisión*	¿Bienes conjuntos?
Efectivo				\$	\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Acciones				\$	\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Bonos				\$	\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Bonos de ahorro				\$	\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Fondos mutuos				\$	\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Opciones				\$	\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Contratos futuros				\$	\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Otro				\$	\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

* Anote el saldo de la cuenta a la fecha de admisión a la institución médica.

ANUALIDADES

5. ¿Usted, su cónyuge, o alguien en su nombre o a nombre de su cónyuge, compró o de cualquier forma cambió una anualidad?
 Sí No

Si contesta sí, complete esta sección. Para ser elegible, usted podría ser requerido a nombrar al Commonwealth como un beneficiario de saldo. (Consulte la Guía para la persona de la tercera edad para obtener más información.)

Si contesta no, pase a la siguiente sección (**INSTALACIÓN DE RESIDENCIA ASISTENCIAL**).

Envíe una copia del contrato. Para cada anualidad que posea, **provéanos con la prueba** de anualidad de la compañía que indique el valor total de la anualidad menos cualquier multa y honorarios si es que puede ser cobrada en efectivo.

Nombre(s) del (de los) propietario(s)		Nombre de la institución que emite la anualidad	
Número de contrato		Fecha de compra (mm/dd/aaaa)	
Nombre(s) del (de los) propietario(s)		Nombre de la institución que emite la anualidad	
Número de contrato		Fecha de compra (mm/dd/aaaa)	

INSTALACIÓN DE RESIDENCIA ASISTENCIAL

6. ¿Usted, su cónyuge o alguien a nombre suyo, ha entregado un depósito a alguna instalación residencial o de atención médica, como por ejemplo, una instalación de residencia asistencial, una comunidad de retiro con atención médica continua, o a una comunidad de atención médica vitalicia? Sí No

Si contesta sí, complete esta sección. **Si contesta no**, pase a la siguiente sección (**VEHÍCULOS/CASAS RODANTES**).

Envíe una copia del contrato que firmó con el centro y cualquier documento que tenga que ver con este depósito.

Nombre del centro	Dirección del centro
Cantidad del depósito \$	Fecha en que el depósito se entregó al centro (mm/dd/aaaa)

VEHÍCULOS/CASAS RODANTES

7. ¿Usted o su cónyuge poseen algún tipo de vehículo, como automóviles, camionetas, camiones, vehículos recreativos, casas rodantes, o barcos? Sí No

Si contesta sí, complete esta sección. **Si contesta no**, pase a la siguiente sección (**PLANES O FIDEICOMISOS PARA EL PAGO ANTICIPADO DE HONRAS FÚNEBRES**).

Envíe una copia del registro de cada vehículo y prueba del saldo pendiente de la deuda. Para casas rodantes, **envíe una copia** de la factura de compra. Si su cónyuge vive en casa, **envíe prueba** del valor comercial de cada vehículo en la fecha de admisión a la institución médica.

(Usted) Tipo de vehículo	Año/marca/modelo	Valor comercial \$	Cantidad adeudada \$
Dirección de la casa rodante			
(Su cónyuge) Tipo de vehículo	Año/marca/modelo	Valor comercial \$	Cantidad adeudada \$
Dirección de la casa rodante			

PLANES O FIDEICOMISOS PARA EL PAGO ANTICIPADO DE HONRAS FÚNEBRES

8. ¿Usted o su cónyuge tiene un contrato o fideicomiso para el pago anticipado de honras fúnebres, o seguro de vida destinado a pagar los gastos de servicios funerarios y sepultura o cuentas bancarias destinadas al pago de sepultura? Sí No
Si contesta sí, complete esta sección. Si contesta no, pase a la siguiente sección (FIDEICOMISOS).

Envíe una copia del contrato de fideicomiso, instrumento de fideicomiso, póliza de seguro o de cuenta destinada exclusivamente para sepultura.

(Usted) Contrato para sepultura <input type="checkbox"/> Sí (cantidad \$) <input type="checkbox"/> No		Fideicomiso para sepultura <input type="checkbox"/> Sí (cantidad \$) <input type="checkbox"/> No		Lote para sepultura <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Seguro de vida para sepultura <input type="checkbox"/> Sí (valor nominal total \$) <input type="checkbox"/> No			Cuenta exclusiva para sepultura <input type="checkbox"/> Sí (cantidad \$) <input type="checkbox"/> No		
Compañía aseguradora		Número de la póliza		Nombre del banco	
				Número de la cuenta	
(Su cónyuge) Contrato para sepultura <input type="checkbox"/> Sí (cantidad \$) <input type="checkbox"/> No		Fideicomiso para sepultura <input type="checkbox"/> Sí (cantidad \$) <input type="checkbox"/> No		Lote para sepultura <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Seguro de vida para sepultura <input type="checkbox"/> Sí (valor nominal total \$) <input type="checkbox"/> No			Cuenta exclusiva para sepultura <input type="checkbox"/> Sí (cantidad \$) <input type="checkbox"/> No		
Compañía aseguradora		Número de la póliza		Nombre del banco	
				Número de la cuenta	

FIDEICOMISOS

9. ¿Es usted o su cónyuge el otorgante/donante, fideicomisario o beneficiario de algún fideicomiso? Sí No
 a. ¿Usted, su cónyuge, u otra persona en su nombre, incluso un tribunal o ente administrativo, ha aportado ingresos o bienes de su propiedad o de su cónyuge hacia un fideicomiso? Sí No

Si contestó sí a cualquiera de estas preguntas, complete esta sección.

Si contestó no a estas preguntas, pase a la **Parte 8: Cobertura (Opcional) Adicional**

Envíe una copia del documento o documento(s) del fideicomiso, cualquier enmienda, documentos que demuestren actividad financiera y la lista de beneficiarios.

Nombre del fideicomiso		Revocable? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Capital actual del fideicomiso \$		Capital del fideicomiso en la fecha de admisión* \$	
Fideicomisario(s)			Otorgante(s)/Donante(s)			Beneficiarios	
Nombre del fideicomiso		Revocable? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Capital actual del fideicomiso \$		Capital del fideicomiso en la fecha de admisión* \$	
Fideicomisario(s)			Otorgante(s)/Donante(s)			Beneficiarios	

* Anote el saldo del capital del fideicomiso a la fecha de admisión a la institución médica.

PARTE 8 Cobertura (Opcional) Adicional

Para personas casadas menores de 65 años de edad

Llene esta sección **SÓLO** si está casado y vive con su cónyuge. Uno de los cónyuges que se encuentra solicitando tiene que ser menor de 65 años y no tienen hijos menores de 19 años viviendo con ustedes.

Si esta sección le corresponde y si desea recibir más información sobre normas de ingresos y otra información que podría ser de su interés, 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) para obtener una Guía para la persona de la tercera edad. Si esta sección no le corresponde a usted, pase a la **Parte 9: Servicios de un ayudante de atención individual**.

CÁNCER DE MAMA O DEL CUELLO DEL ÚTERO (OPCIONAL) (SOLAMENTE PARA PERSONAS MENORES DE 65 AÑOS DE EDAD)

1. ¿Tiene usted cáncer de mama o del cuello del útero? Sí No

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

Si contesta sí, le enviaremos un certificado para que lo complete su médico para probar su diagnóstico de cáncer de mama o del cuello del útero. Luego MassHealth puede ver si sus beneficios de MassHealth le dan la mayor cobertura posible.

Nombre: _____

INFORMACIÓN SOBRE VIH (OPCIONAL) (SÓLO PARA PERSONAS MENORES DE 65 AÑOS DE EDAD)

2. ¿Es usted VIH positivo? Sí No

Si usted es VIH positivo, podría ser elegible para cobertura o beneficios adicionales.

Si contesta sí, necesitará darnos prueba de su condición de VIH positivo. Luego MassHealth puede ver si sus beneficios de MassHealth le dan la mayor cobertura posible.

Nombre: _____

DISCAPACIDAD (SÓLO PARA PERSONAS MENORES DE 65 AÑOS DE EDAD)

3. ¿Tiene usted una discapacidad (incluyendo una condición discapacitante de salud mental) que haya durado, o que se espera que dure por un período de por lo menos 12 meses? (Si es legalmente ciego, conteste **sí**.) Sí No

Nombre: _____

Si contesta sí, necesitará completar la **Parte A** del **Suplemento de Enfermedad, Discapacidad o Acomodo** en la página 29, y el resto de esta solicitud.

PARTE 9 Servicios de un ayudante de atención individual

Para personas que tienen 65 años de edad o más y que no serán internadas en un centro de atención a largo plazo

Para obtener más información sobre los servicios de un ayudante de atención individual (PCA, por sus siglas en inglés) y sobre cómo sus respuestas a las preguntas de esta sección, podrían influir en nuestra decisión sobre su cobertura de MassHealth si es que requiere servicios PCA, consulte la sección PCA en la Guía para la persona de la tercera edad que viene adjunta.

1. ¿Usted o su cónyuge necesitan los servicios de un ayudante de atención individual? Sí No

Si contesta sí, complete esta sección y conteste todas las preguntas. **Si contesta no**, pase a la **Parte 10: Lea y firme esta solicitud**.

2. ¿Usted o su cónyuge ha recibido servicios de un ayudante de atención individual **pagado por MassHealth** en los últimos seis meses? Sí No

Si contesta sí, pase a la **Parte 10**. **Si contesta no**, conteste las siguientes preguntas de esta sección.

3. ¿Usted o su cónyuge tiene una discapacidad permanente o de larga duración? Usted Sí No Su cónyuge Sí No
- a. **Si contesta sí**, ¿su discapacidad (o la de su cónyuge) le impide a usted (o a su cónyuge) realizar sus actividades del diario vivir, como bañarse, comer, ir al baño, vestirse, etc., a menos que alguien físicamente le ayude a usted (o a su cónyuge)?
Usted Sí No Su cónyuge Sí No
- b. **Si contesta sí**, ¿usted (o su cónyuge) planea comunicarse con una agencia de administración de cuidado personal (PCM, por sus siglas en inglés) de MassHealth para solicitar los servicios de un ayudante de atención individual? Usted Sí No
Su cónyuge Sí No

Nota: Usted tiene que comunicarse con la agencia PCM dentro de los 90 días posteriores a la fecha en que MassHealth decide que usted reúne los requisitos para afiliarse a MassHealth; de otra forma usted no podrá beneficiarse de las reglas especiales de los servicios PCA.

MassHealth podría no pagar a ciertos miembros de su familia para ser su ayudante de atención individual.

Cada cónyuge que contestó sí a todas las partes de la pregunta 3 tiene que completar su propio Suplemento de un ayudante de atención individual. Se incluye una copia. Si necesita una segunda copia, llame al Servicio al cliente de MassHealth al 1-800-841-2900 (TTY: 1-888-665-9997 para personas sordas, con dificultad auditiva o discapacidad del habla) para solicitarla. Si usted (o su cónyuge) no nos envía los suplementos PCA completados, consideraremos que no necesita servicios de PCA al determinar si cumple con los requisitos para ser elegible para MassHealth.

PARTE 10 Lea y firme esta solicitud

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

1. MassHealth puede requerir a las personas elegibles que se inscriban en un seguro de salud patrocinado por su empleador, si dicho seguro cumple con los criterios de ayuda para el pago de asistencia con la prima de MassHealth.
2. Se podrá notificar y facturar a los empleadores de personas elegibles, de acuerdo con los reglamentos estatales, por cualquier servicio pagado por el Health Safety Net que los hospitales o centros de salud comunitaria brinden a dichas personas.
3. Las primas de la cobertura de salud deben ser pagadas por todas las personas indicadas en esta solicitud que están pidiendo cobertura. 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 que solicitan cobertura es Indígena norteamericano o Nativo de Alaska, dicha persona podría no tener que pagar las primas de MassHealth.
4. MassHealth tiene el derecho de cobrar y obtener dinero de terceras partes obligadas a pagar por servicios de salud provistos 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 individuos obligados a pagar conforme a acuerdos de resolución de accidentes. Las personas elegibles tienen que cooperar con MassHealth para establecer la manutención de terceras partes y obtener pagos de terceras partes para sí mismas y cualquiera 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 ellas 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 no custodial, 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 al Health Safety Net por ciertos servicios provistos.
7. Las personas elegibles le tienen que informar a MassHealth o al 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 programa enumerados anteriormente.
9. En la medida que lo permita la ley, MassHealth puede imponer un embargo sobre cualquier bien raíz propiedad de personas elegibles o en el cual personas elegibles tengan un interés legal. Si la propiedad se vende, 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, Mass Health 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 para personas mayores, una vez que esta haya fallecido.
11. MassHealth, el Health Connector y el 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 esta limitado a, información sobre las pólizas, primas, coseguro, deducibles y beneficios cubiertos que son, podrían o deberían haber estado disponibles para dichas personas o miembros de su hogar.
12. MassHealth, el Health Connector y el Health Safety Net podrían obtener expedientes o datos sobre personas listadas en esta solicitud de fuentes de datos y programas federales y estatales, tales como la Administración del Seguro Social, Servicio de Impuestos Internos, el Departamento de Seguridad Nacional, el Departamento de Ingresos y el Registro de Vehículos Automotores, y datos proporcionados en privado, 1) para probar cualquier información dada en esta solicitud y cualquier suplemento, u otra información una vez que un individuo se afilie, 2) para documentar servicios médicos reclamados o proporcionados a ellos, 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 el Health Connector use datos de ingresos, incluyendo información de declaraciones de impuestos para el año siguiente de cobertura (2016). El Health Connector me enviará un aviso, me permitirá hacer cambios, y puedo dejarlo en cualquier momento. Entiendo que si soy elegible para un Advance Premium Tax Credit (APTC, siglas en inglés de Crédito fiscal para la Prima Adelantada) y/o Copagos y Deducibles Reducidos, estos pagos se harán directamente a mi(s) asegurador(es) elegido(s). Aceptar APTC y/o Copagos y Deducibles Reducidos puede impactar mi responsabilidad fiscal en el 2015. Recibiré la opción de aplicar todo, parte o nada de la cantidad de APTC para la cual soy elegible para mi prima mensual.
14. En conexión con la elegibilidad y el proceso de inscripción, MassHealth, el Health Connector y el Health Safety Net podrían enviar avisos que contengan información personal sobre personas listadas en esta solicitud a otras personas de la solicitud, o de otra manera comunicar tal información a tales personas.
15. Bajo la ley federal, no se permite la discriminación debido a raza, color, nacionalidad, género, edad, orientación sexual, identidad de género o discapacidad. Puedo presentar una queja de discriminación visitando www.hhs.gov/ocr/office/file.
16. Las personas elegibles deben informar al(a los) programa(s) de atención médica en el(los) cual(es) se 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 condición inmigratoria, 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. Si todavía no tiene una cuenta en línea, puede crear una.
 - Envíe el cambio de información a **Health Insurance Processing Center P.O. Box 4405 Taunton, MA 02780.**
 - Envíe todo cambio de información por fax a **1-857-323-8300.**
17. Ninguna persona que solicita cobertura de salud en esta solicitud está en prisión o la cárcel excepto como se establece a continuación. Si alguien que solicita 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 la cárcel.
¿Está esta persona esperando el juicio? Sí No
¿Será esta persona liberada dentro de los 30 días luego 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 la Guía para la persona de la tercera edad contiene información importante.
- Tengo permiso de todas las personas listadas en esta solicitud (o de sus padres u otro representante legal autorizado) 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 el Health Safety Net, y proporcionar consentimiento en su nombre para el uso y la divulgación de su información como se describe en esta solicitud;
 - tomar decisiones sobre opciones de cobertura y métodos de comunicación con el Health Connector, MassHealth, y el Health Safety Net;
 - hacer cambios a la solicitud o los documentos relacionados con la elegibilidad y proporcionar información sobre cualquier cambio en sus circunstancias; y
- proporcionar consentimiento en su nombre para el uso de fuentes privadas y gubernamentales para verificar información como se describe en esta solicitud.
- Entiendo mis derechos y responsabilidades, y los derechos y responsabilidades de todas las personas indicadas en esta solicitud, como se explica en la parte 10.
- He informado o le informaré a todas las personas (o a sus padres u otro representante legal autorizado, si corresponde) para quienes estoy enviando esta solicitud sobre dichos derechos y responsabilidades, de manera que ellos también comprendan sus derechos y responsabilidades.
- Entiendo y acepto que MassHealth, el Health Safety Net y el Health Connector, considerarán que cualquier copia electrónica, por fax, telefónica o impresa de las firmas tiene el mismo vigor y efecto que la(s) firma(s) original(es).
- La información que he suministrado es correcta y completa a mi mejor saber y entender sobre mí y las otras personas indicadas en esta solicitud.
- 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 representante autorizado	Nombre en letra de imprenta	Fecha
--	-----------------------------	-------

Solicitud SOLAMENTE para consejeros, navegadores, agentes y corredores certificados.

Llene esta sección si usted es un consejero, navegador, agente o corredor certificado y está llenándola a nombre de alguien más.

Nombre, inicial, apellido, sufijo	Nombre de la organización
-----------------------------------	---------------------------

Envíenos su solicitud completada.



Envíe por correo su solicitud firmada a:

MassHealth Enrollment Center
Central Processing Unit
PO Box 290794
Charlestown, MA 02129-0214; o

Fax: 617-887-8799



Entregue en persona su solicitud firmada a:

MassHealth Enrollment Center
Central Processing Unit
The Shraffts Center
529 Main Street, Suite 1M
Charlestown, MA 02129

Registro del votante

El formulario para registrarse para votar está incluido en esta solicitud o puede encontrarse en www.sec.state.ma.us. También puede encontrar información sobre cómo registrarse para votar en www.sec.state.ma.us. Si 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 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.

Suplemento para atención a largo plazo



- ¿Necesita servicios de atención a largo plazo en una institución tipo instalación de enfermería? Sí No
Si contesta sí, debe responder todas las preguntas y completar todas las secciones de este suplemento.
- ¿Está solicitando u obteniendo servicios de atención a largo plazo en su hogar en base a la Exención para servicios basados en el hogar y la comunidad?
 Sí No **Si contesta sí**, sólo debe completar la sección de “**Tranferencias de recursos**” en la página 22.

Por favor escriba claramente en imprenta. Conteste todas las preguntas y complete todas las secciones. Si necesita más espacio para completar cualquier sección, por favor use una hoja separada (incluya su nombre y número de seguro social) y adjúntela a este suplemento.

Información sobre el solicitante/afiliado

Apellido, nombre, inicial		Número de Seguro Social
Nombre y dirección del hospital, instalación de enfermería u otra institución		
Fecha de admisión (mm/dd/aaaa)	¿fue colocado aquí por otro estado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contesta sí , ¿qué estado?	
1. ¿Tiene que pagar gastos de guardianía o tutela para un guardián asignado por un tribunal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

Gastos de vivienda del cónyuge y miembros de familia que viven en la casa

Su cónyuge que vive en casa quizás pueda retener parte de los ingresos que usted recibe. Complete la siguiente información sobre los gastos de vivienda actuales de su cónyuge. **Si no tiene cónyuge**, pase a la siguiente sección (**Tranferencias de recursos**).

Envíe prueba de los gastos actuales de vivienda de su cónyuge.

Apellido del cónyuge, nombre, inicial		Número de Seguro Social
2. ¿Cuánto paga su cónyuge cada mes por concepto de: ¿Alquiler? _____ ¿Hipoteca (capital e intereses)? _____ ¿Seguro de propietario o de inquilino? _____ ¿Impuestos catastrales (por bienes raíces)? _____ ¿Cuota de mantenimiento obligatoria del condominio o cooperativa? _____ ¿Comida y alojamiento en un centro asistencial de vivienda? _____		
3. ¿Su cónyuge paga por calefacción? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
4. ¿Su cónyuge paga por servicios públicos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
5. ¿Un hijo/a, padre, madre, hermano, y/o hermana vive(n) con su cónyuge? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

Si contesta sí, complete esta sección. **Si contesta no**, pase a la siguiente sección (**Tranferencias de recursos**).

Envíe prueba de los ingresos mensuales de ellos antes de deducciones.

Quizá le autoricen una deducción para cubrir los gastos de mantenimiento de ellos. Estas personas deben ser parientes suyos o de su cónyuge; y, uno de ustedes debe declararlos como dependientes en su declaración federal de impuestos.

Nombre		Número de Seguro Social
Parentesco	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Ingreso mensual antes de deducciones \$

Nombre		Número de Seguro Social
Parentesco	Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	Ingreso mensual antes de deducciones \$

Transferencias de los recursos (incluyen ingresos y bienes)

6. En los 60 meses pasados:

- ¿Alguna propiedad que estuvo a la disposición o fue propiedad suya o de su cónyuge, ha sido transferida desde o hasta un fideicomiso? Sí No
- ¿Usted, su cónyuge o alguien a nombre suyo, hizo una transferencia de ingresos o del derecho a ingresos? Sí No
- ¿Usted, su cónyuge o alguien a nombre suyo, hizo una transferencia, cambió la propiedad, obsequió o vendió algún bien, incluyendo su hogar u otro bien raíz? Sí No
- ¿Usted, su cónyuge o alguien a nombre suyo, cambió la escritura o la propiedad de cualquier bien raíz, incluyendo la creación de una propiedad de bienes raíces vitalicia, incluso si la propiedad vitalicia fue comprada en la residencia de otra persona? Sí No
- Si usted compró una propiedad vitalicia en la casa de otra persona, ¿vivió usted ahí por lo menos un año después de haber comprado la propiedad vitalicia? Sí No
- ¿Usted, su cónyuge o alguien a nombre suyo, agregó otro nombre a una escritura de algún bien de propiedad suya? Sí No
- ¿Usted, su cónyuge o alguien a nombre suyo, recibió u otorgó a alguien una hipoteca, préstamo, o pagaré sobre cualquier propiedad u otro bien? Sí No
- ¿Compró o cambió de cualquier forma usted, su cónyuge, o alguna otra persona a su nombre, una anualidad? Sí No

Si usted respondió sí a cualquiera de las preguntas anteriores, tiene que completar lo siguiente, y enviarnos prueba de esta información.

Descripción del bien/ingreso		Fecha de transferencia (mm/dd/aaaa)
Transferido a quién	Parentesco con usted o su cónyuge	Cantidad de la transferencia \$
Descripción del bien/ingreso		Fecha de transferencia (mm/dd/aaaa)
Transferido a quién	Parentesco con usted o su cónyuge	Cantidad de la transferencia \$
Descripción del bien/ingreso		Fecha de transferencia (mm/dd/aaaa)
Transferido a quién	Parentesco con usted o su cónyuge	Cantidad de la transferencia \$

7. ¿Usted, su cónyuge, o alguien actuando a nombre suyo ha hecho un depósito a una instalación residencial o de atención médica, como una instalación de residencia asistencial, una comunidad de retiro con atención médica continua, o a una comunidad de atención médica vitalicia? Sí No

Si contesta sí, dénos el nombre y dirección de la instalación, la cantidad del depósito, conteste las siguientes preguntas; y envíenos una copia del contrato que firmó con la instalación y cualquier documento que tenga que ver con este depósito.

Nombre de la instalación _____

Dirección de la instalación _____ Cantidad \$ _____

- a. ¿La instalación todavía tiene en su poder el depósito? Sí No

- b. ¿La instalación devolvió el depósito? Sí No

Si contesta sí, dénos el nombre y la dirección de la persona que recibió el depósito devuelto por la instalación.

Nombre de la persona _____

Dirección _____

Bienes raíces

Las respuestas a las siguientes preguntas se utilizarán para determinar si: (1) sus bienes raíces se van a contar como un bien; o (2) si se colocará un embargo preventivo o gravamen a sus bienes raíces.

Nota: Si el patrimonio neto de su residencia principal excede ciertos límites, quizás no sea elegible para recibir servicios para atención a largo plazo, a menos que se cumplan ciertas condiciones.

8. ¿Usted o su cónyuge posee o tiene un derecho legítimo por su hogar, incluyendo una propiedad vitalicia? Sí No

Si contesta sí, complete la siguiente información y conteste las preguntas 8 a 15. **Si contesta no,** conteste la pregunta 15 solamente.

Nombre y dirección de la(s) persona(s) en los documentos de propiedad _____

Descripción y dirección de la ubicación de la propiedad _____

Tipo de propiedad (Marque uno.)

Individual (*Valor normal del mercado*) \$ _____ Inquilinato común (*Valor normal del mercado*) \$ _____

Inquilinato unido (*Valor normal del mercado*) \$ _____ Propiedad vitalicia (*Valor normal del mercado*) \$ _____

Nombre y dirección de la(s) persona(s) en los documentos de propiedad _____

Descripción y dirección de la ubicación de la propiedad _____

Tipo de propiedad (Marque uno.)

Individual (*Valor normal del mercado*) \$ _____ Inquilinato común (*Valor normal del mercado*) \$ _____

Inquilinato unido (*Valor normal del mercado*) \$ _____ Propiedad vitalicia (*Valor normal del mercado*) \$ _____

9. ¿Tiene usted cónyuge? Sí No **Si contesta sí,** complete esta sección.

Nombre _____ ¿Esta persona vive en su casa? Sí No

10. ¿Tiene usted un niño ciego, o con discapacidad total permanente? Sí No **Si contesta sí,** complete esta sección.

Nombre _____ ¿Esta persona vive en su casa? Sí No

11. ¿Tiene usted un niño menor de 21 años de edad? Sí No **Si contesta sí,** complete esta sección.

Nombre _____ Fecha de nacimiento: (mm/dd/aaaa) _____ ¿Esta persona vive en su casa? Sí No

12. ¿Tiene usted un hermano o hermana que posea un interés legal sobre el domicilio y que haya vivido en el mismo por lo menos durante un año inmediatamente anterior a la fecha en que usted ingresara en la institución médica? Sí No

Si contesta sí, complete esta sección.

Nombre _____ ¿Esta persona vive en su casa? Sí No

13. ¿Tiene usted un hijo o hija que ha vivido en el domicilio por al menos los últimos dos años antes de que usted ingresara en la institución médica y que el hijo o hija le dió atención que le permitió a usted vivir en casa? Sí No **Si contesta sí,** complete esta sección.

Nombre _____ ¿Esta persona vive en su casa? Sí No

14. ¿Tiene usted un pariente dependiente? Sí No **Si contesta sí,** complete esta sección.

Nombre _____ ¿Esta persona vive en su casa? Sí No

Describa el parentesco y la naturaleza de la dependencia: _____

15. ¿Usted tiene la intención de regresar a su hogar? Sí No

16. ¿Usted o su cónyuge posee o tiene un interés legal en otros bienes raíces que no figuren en la anterior pregunta #7? Sí No

Si contesta sí, por favor describa la propiedad e indique a continuación su dirección.

Si necesita más espacio, por favor use una hoja de papel separada.

Seguro para atención a largo plazo

17. ¿Usted o su cónyuge tiene seguro para atención a largo plazo? Sí No

Si contesta sí, complete esta sección. **Si contesta no**, pase a la siguiente sección (**Declaraciones de impuestos**).

Envíe una copia de la póliza.

Nombre de la compañía/Número de la póliza	Nombre del titular de la póliza	Fecha en que entró en vigor (mm/dd/aaaa)	Cantidad de la prima \$
Nombre de la compañía/Número de la póliza	Nombre del titular de la póliza	Fecha en que entró en vigor (mm/dd/aaaa)	Cantidad de la prima \$

Declaraciones de impuestos

18. ¿Usted o su cónyuge hizo declaraciones de impuestos de EE. UU. en los últimos dos años? (Marque una.)

Sí, ambos años Sí, uno de estos años No, ningún año

Si contesta sí, usted debe **enviar copias** de estas declaraciones. Si no conservó copias de una o más de estas declaraciones, **debe enviar un Formulario 4506 debidamente completado y firmado**. El Formulario 4506 se incluye como parte del Suplemento para atención a largo plazo si usted necesita hacer uso de el.

Firme este suplemento.

Al firmar este suplemento 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) para que podamos procesar esta solicitud. Es importante completar este formulario, ya que esta es la única manera como podemos hablar con usted respecto a esta solicitud.

Firma del solicitante/afiliado o representante autorizado	Nombre en imprenta	Fecha
---	--------------------	-------

Suplemento del Miembro del hogar Indígena Norteamericano o Nativo de Alaska (AI/AN)



Complete este suplemento si usted o cualquier miembro de su hogar es Indígena norteamericano o Nativo de Alaska.

Infórmenos sobre el(los) miembro(s) de su hogar que sea(n) Indígena(s) Norteamericano(s) o Nativo(s) de Alaska.

Los Indígenas norteamericanos y Nativos de Alaska pueden recibir servicios de los Servicios de salud Indígena, programas de salud tribales o programas urbanos de salud para indígenas. Quizá no tengan que pagar primas o copagos y pueden tener períodos especiales de inscripción mensual. Para asegurar que usted y los miembros de su hogar reciban la mayor ayuda posible, por favor conteste las siguientes preguntas.

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

AI/AN Persona 1

1. Nombre (Primer nombre, inicial, apellido)

2. ¿Miembro de una tribu reconocida por el gobierno federal?

Sí No

Si contesta sí, nombre de la tribu y afiliación estatal

3. ¿Esta persona recibió alguna vez un servicio del Servicio de salud Indígena, un programa de salud tribal, o un programa urbano de salud Indígena, o por medio de un referido de uno de estos programas?

Sí No

Si contesta no, ¿es esta persona elegible para recibir servicios del Servicio de salud Indígena, programa de salud tribal o programas urbano de salud para Indígenas o por medio de un referido de uno de estos programas?

Sí No

4. Cierta cantidad de dinero recibida quizás no se cuente para MassHealth. Indique 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, renta o regalías;
- Pagos de recursos naturales, agricultura, ganadería, pesca, rentas o regalías de tierra designada como suelo de fideicomiso indígena por el Departamento del Interior (incluyendo las reservaciones y ex reservaciones); o
- Dinero por la venta de objetos que tienen significado cultural.

\$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

AI/AN Persona 2

1. Nombre (Primer nombre, inicial, apellido)

2. ¿Miembro de una tribu reconocida por el gobierno federal?

Sí No

Si contesta sí, nombre de la tribu y afiliación estatal

3. ¿Esta persona recibió alguna vez un servicio del Servicio de salud Indígena, un programa de salud tribal, o un programa urbano de salud Indígena, o por medio de un referido de uno de estos programas?

Sí No

Si contesta no, ¿es esta persona elegible para recibir servicios del Servicio de salud Indígena, programa de salud tribal o programas urbano de salud para Indígenas o por medio de un referido de uno de estos programas?

Sí No

4. Cierta cantidad de dinero recibida quizás no se cuente para MassHealth. Indique 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, renta o regalías;
- Pagos de recursos naturales, agricultura, ganadería, pesca, rentas o regalías de tierra designada como suelo de fideicomiso indígena por el Departamento del Interior (incluyendo las reservaciones y ex reservaciones); o
- Dinero por la venta de objetos que tienen significado cultural.

\$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

Parte A: Medicare

Llene esta parte si cualquier miembro de su hogar respondió que **sí** tiene Medicare en la parte sobre seguro de salud (**Parte 6**).

- Nombre: _____ Número de reclamo de Medicare: _____
¿Cuándo comenzó la cobertura? (mm/dd/aaaa) _____
 - ¿Esta persona tiene un plan de Medicare Parte D? Sí No
Si contesta sí, ¿cuándo comenzó la cobertura? (mm/dd/aaaa) _____
 - ¿Esta persona tiene una póliza suplementaria de Medigap/Medicare? Sí No
Si contesta sí, nombre del plan de cobertura: _____
¿Cuándo comenzó la cobertura? (mm/dd/aaaa) _____
- Nombre: _____ Número de reclamo de Medicare: _____
¿Cuándo comenzó la cobertura? (mm/dd/aaaa) _____
 - ¿Esta persona tiene un plan de Medicare Parte D? Sí No
Si contesta sí, ¿cuándo comenzó la cobertura? (mm/dd/aaaa) _____
 - ¿Esta persona tiene una póliza suplementaria de Medigap/Medicare? Sí No
Si contesta sí, nombre del plan de cobertura: _____
¿Cuándo comenzó la cobertura? (mm/dd/aaaa) _____
- ¿Alguna de las personas anteriores quiere pedir ayuda para pagar por las primas de la Parte B de Medicare? Sí No
Si contesta sí, nombre(s): _____

Parte B: Beneficios de seguro de salud federal

Llene esta parte si cualquier miembro de su hogar respondió que **sí** tiene un seguro de salud federal provisto por las Fuerzas Armadas de los EE. UU. (Asuntos de Veteranos o TRICARE) u otra cobertura federal en la parte sobre seguro de salud (**Parte 6**).

- Nombre del plan o póliza de seguro: _____ Nombre del titular de la póliza: _____
Nombres de los miembros del hogar cubiertos: _____
Número de póliza/reclamo: _____ ¿Cuándo comenzó la cobertura? (mm/dd/aaaa) _____

Parte C: Otro seguro de salud

Llene esta parte si cualquier miembro de su hogar respondió que **sí** tiene cualquier otro tipo de seguro de salud en la parte sobre seguro de salud (**Parte 6**). Esto puede ser un seguro a través de un empleador, sindicato, universidad, ex empleador (COBRA) y cobertura comprada por un miembro de su hogar o padre que no vive en el hogar.

- Nombre del plan o póliza de seguro: _____ Nombre del titular de la póliza: _____
Fecha de nacimiento: (mm/dd/aaaa) _____ SSN (si lo sabe): _____
Nombres de los miembros del hogar cubiertos: _____
Número de póliza: _____ Número de grupo (si lo sabe): _____
¿Cuándo comenzó la cobertura? (mm/dd/aaaa) _____

Fuente: (Marque uno.)

- Patrocinado por el empleador (dé el nombre del empleador): _____
- Patrocinado por el sindicato (dé el nombre del sindicato): _____
- Universidad COBRA Plan de jubilado Cobertura brindada por alguien fuera de su hogar
- Otro (Por favor, explique): _____

Tipo de cobertura provista por este plan: (Marque todos los que correspondan.)

- Consultas al médico y hospitalizaciones Cobertura de visión Cobertura dental
- Cobertura de medicamentos Cobertura catastrófica solamente

Costo de la prima: \$ _____

Frecuencia de pago de la prima: (Marque uno.)

- Semanalmente Cada dos semanas Dos veces por mes Mensualmente Trimestralmente Anualmente

2. Nombre del plan o póliza de seguro: _____ Nombre del titular de la póliza: _____

Fecha de nacimiento: (mm/dd/aaaa) _____ SSN (si lo sabe): _____

Nombres de los miembros del hogar cubiertos: _____

Número de póliza: _____ Número de grupo (si lo sabe) _____

¿Cuándo comenzó la cobertura? (mm/dd/aaaa) _____

Fuente: (Marque uno.)

- Patrocinado por el empleador (dé el nombre del empleador): _____
- Patrocinado por el sindicato (dé el nombre del sindicato): _____
- Universidad COBRA Plan de jubilado Cobertura brindada por alguien fuera de su hogar
- Otro (Por favor, explique): _____

Tipo de cobertura provista por este plan: (Marque todos los que correspondan.)

- Consultas al médico y hospitalizaciones Cobertura de visión Cobertura dental
- Cobertura de medicamentos Cobertura catastrófica solamente

Costo de la prima: \$ _____

Frecuencia de pago de la prima: (Marque uno.)

- Semanalmente Cada dos semanas Dos veces por mes Mensualmente Trimestralmente Anualmente
-

Parte A

Si respondió **sí** a la pregunta 3 de la **Parte 8** por tener una lesión, enfermedad o discapacidad que ha durado o puede durar por lo menos 12 meses, responda las tres preguntas siguientes.

1. ¿Esta persona recibe dinero del Seguro Social por una discapacidad? Sí No

Si contesta sí, nombre(s): _____

2. ¿Esta persona recibió alguna vez Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI)? Sí No

Si contesta sí, nombre(s): _____

3. ¿Esta persona es legalmente ciega? Sí No **Si contesta sí, envíe una copia del Certificado de ceguera.**

Si contesta sí, nombre(s): _____

Parte B

Si respondió **sí** a la pregunta 8 de las **Partes 1 y/o 2** sobre usted o un miembro de su hogar que necesita acomodo razonable debido a una discapacidad o lesión, marque todo lo que corresponda a continuación y dé el/los nombre(s).

1. Condición

Visión baja—Nombre(s): _____

Ciego(a)—Name(s): _____

Sordera—Nombre(s): _____

Dificultad auditiva—Nombre(s): _____

Discapacidad del desarrollo—Nombre(s): _____

Discapacidad intelectual—Nombre(s): _____

Discapacidad física—Nombre(s): _____

Otro (Por favor, explique.)—Nombre(s): _____

2. Acomodo

Teléfono de texto (TTY)—Nombre(s): _____

Publicaciones en letra imprenta—Nombre(s): _____

Intérprete de idioma de señas americano—Nombre(s): _____

Servicio de retransmisión por video (VRS)—Nombre(s): _____

Traducción en tiempo real de acceso de comunicación (CART)—Nombre(s): _____

Publicaciones en Braille—Nombre(s): _____

Dispositivo de escucha asistida—Nombre(s): _____

Publicaciones en formato electrónico—Nombre(s): _____

Otro (Por favor, explique.)—Nombre(s): _____

Parte C

Si respondió **sí** a la pregunta 9 de las **Partes 1 y/o 2** acerca de solicitar debido a un accidente o lesión cuya responsabilidad puede haber sido de otra persona, responda a las siguientes dos preguntas.

1. ¿Alguien más causó la lesión, enfermedad o discapacidad de esta persona, o la misma podría estar cubierta por el seguro del otro o por un seguro de dicha persona que no sea de salud (como un seguro de propietario de vivienda o de automóvil)? Sí No

Si contesta sí, nombre de la(s) persona(s) lesionada(s): _____

2. ¿Esta persona ha presentado una demanda judicial, reclamo de compensación de trabajadores o un reclamo al seguro por este accidente o lesión? Sí No

Si contesta sí, nombre de la(s) persona(s) lesionada(s): _____

Suplemento para ayudante de atención individual



Por favor escriba en letra de imprenta legible. Complete todas las secciones. Si necesita más espacio para completar cualquier sección, por favor use una hoja separada (incluya nombre y número de Seguro Social) y adjúntela a este formulario.

Envíe por correo a: MassHealth Enrollment Center
P.O. Box 1231
Taunton, MA 02780

O por fax al: 617-887-8777

Información sobre el solicitante/afiliado

Apellido	Nombre	Inicial	Número de teléfono ()
Número de Seguro Social	Fecha de naci. (mm/dd/aaaa)		Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Dirección	Ciudad	Estado	Código Zip

Información sobre sus problemas de salud

Enumere y describa a continuación todos sus problemas médicos y de salud mental. Incluya cualquier cosa que le dificulte realizar actividades de la vida diaria, tales como bañarse, comer, asearse, vestirse, etc., inclusive si no recibe tratamiento para ese problema.

- _____
- _____
- _____

Información sobre actividades de la vida diaria con las que necesita ayuda física directa

Por favor indíquenos en el cuadro a continuación si necesita ayuda física directa de un tercero en las siguientes actividades de la vida diaria. Si marca sí para cualquiera de esas actividades, indíquenos con qué frecuencia usted necesita ayuda.

Actividad de la vida diaria	¿Necesita ayuda física directa?	¿Cuántas veces por día necesita ayuda física directa?	¿Cuántos días a la semana necesita ayuda física directa?
Movilidad (pasar de la cama a una silla, caminar, o utilizar un dispositivo médico aprobado)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Tomar medicamentos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Bañarse (en la tina, cama, ducha, o en una silla) o higiene general (p. ej., cepillarse los dientes o peinarse)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Vestirse/desvestirse	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Ejercicios de amplitud de movimiento (ejercitar las coyunturas con movimiento)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Comer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Aseo personal (sentarse o pararse del inodoro, limpiarse luego de usar el inodoro, vestirse/desvestirse, o cambiarse el pañal)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

Información sobre el cuidador

Por favor dénos el nombre de la persona o personas que le presta(n) asistencia, e indique la relación entre ustedes.

Nombre del cuidador	Relación con usted (p. ej., pariente, vecino, ayudante de atención individual)
Nombre del cuidador	Relación con usted (p. ej., pariente, vecino, ayudante de atención individual)

Certifico, bajo pena de perjurio, que la información en este formulario es correcta y completa a mi mejor saber y entender.

Si usted está actuando en nombre de otra persona al llenar este formulario, también debe llenar y devolver el Formulario de designación de representante autorizado y enviarlo junto con este formulario. Su firma en este formulario como un representante autorizado certifica que la información en este formulario es correcta y completa a su mejor saber y entender.

X _____
Firma del solicitante/afiliado o representante autorizado

Nombre en imprenta

Fecha

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. Su autoridad 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 es su representante legal.
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

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

Si usted decide que ya no quiere un representante autorizado de **Sección I** o **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 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 **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 completado 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, salvo 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 comprendo 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, salvo la firma.

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

Certifico que mantendré en todo momento la confidencialidad de toda la información relacionada con el solicitante o afiliado indicado anteriormente y, si corresponde, con 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 electr. del repres. 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 relacionada con el solicitante o afiliado indicado anteriormente y, si corresponde, con 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, salvo la firma. 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 lo tiene.

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 electr. 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, salvo 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.

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

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 electr. del representante

▶ **Request may be rejected if the form is incomplete or illegible.**

Tip. You may be able to get your tax return or return information from other sources. If you had your tax return completed by a paid preparer, they should be able to provide you a copy of the return. The IRS can provide a **Tax Return Transcript** for many returns free of charge. The transcript provides most of the line entries from the original tax return and usually contains the information that a third party (such as a mortgage company) requires. See **Form 4506-T, Request for Transcript of Tax Return**, or you can quickly request transcripts by using our automated self-help service tools. Please visit us at IRS.gov and click on "Order a Return or Account Transcript" or call 1-800-908-9946.

1a Name shown on tax return. If a joint return, enter the name shown first.	1b First social security number on tax return, individual taxpayer identification number, or employer identification number (see instructions)
--	---

2a If a joint return, enter spouse's name shown on tax return.	2b Second social security number or individual taxpayer identification number if joint tax return
---	--

3 Current name, address (including apt., room, or suite no.), city, state, and ZIP code (see instructions)

4 Previous address shown on the last return filed if different from line 3 (see instructions)

5 If the tax return is to be mailed to a third party (such as a mortgage company), enter the third party's name, address, and telephone number.

6 **Tax return requested.** Form 1040, 1120, 941, etc. and all attachments as originally submitted to the IRS, including Form(s) W-2, schedules, or amended returns. Copies of Forms 1040, 1040A, and 1040EZ are generally available for 7 years from filing before they are destroyed by law. Other returns may be available for a longer period of time. Enter only one return number. If you need more than one type of return, you must complete another Form 4506. ▶ _____

Caution. If the tax return is being mailed to a third party, ensure that you have filled in lines 6 and 7 before signing. Sign and date the form once you have filled in these lines. Completing these steps helps to protect your privacy. Once the IRS discloses your tax return to the third party listed on line 5, the IRS has no control over what the third party does with the information. If you would like to limit the third party's authority to disclose your return information, you can specify this limitation in your written agreement with the third party.

Note. If the copies must be certified for court or administrative proceedings, check here

7 **Year or period requested.** Enter the ending date of the year or period, using the mm/dd/yyyy format. If you are requesting more than eight years or periods, you must attach another Form 4506.

8 Fee. There is a \$50 fee for each return requested. Full payment must be included with your request or it will be rejected. Make your check or money order payable to "United States Treasury." Enter your SSN, ITIN, or EIN and "Form 4506 request" on your check or money order.	
a Cost for each return	\$ 50.00
b Number of returns requested on line 7	
c Total cost. Multiply line 8a by line 8b	\$

9 If we cannot find the tax return, we will refund the fee. If the refund should go to the third party listed on line 5, check here

Caution. Do not sign this form unless all applicable lines have been completed.

Signature of taxpayer(s). I declare that I am either the taxpayer whose name is shown on line 1a or 2a, or a person authorized to obtain the tax return requested. If the request applies to a joint return, at least one spouse must sign. If signed by a corporate officer, partner, guardian, tax matters partner, executor, receiver, administrator, trustee, or party other than the taxpayer, I certify that I have the authority to execute Form 4506 on behalf of the taxpayer. **Note.** For tax returns being sent to a third party, this form must be received within 120 days of the signature date.

Sign Here	Signature (see instructions)	Date	Phone number of taxpayer on line 1a or 2a
	Title (if line 1a above is a corporation, partnership, estate, or trust)		
	Spouse's signature	Date	

Section references are to the Internal Revenue Code unless otherwise noted.

Future Developments

For the latest information about Form 4506 and its instructions, go to www.irs.gov/form4506. Information about any recent developments affecting Form 4506, Form 4506T and Form 4506T-EZ will be posted on that page.

General Instructions

Caution. Do not sign this form unless all applicable lines have been completed.

Purpose of form. Use Form 4506 to request a copy of your tax return. You can also designate (on line 5) a third party to receive the tax return.

How long will it take? It may take up to 75 calendar days for us to process your request.

Tip. Use Form 4506-T, Request for Transcript of Tax Return, to request tax return transcripts, tax account information, W-2 information, 1099 information, verification of non-filing, and records of account.

Automated transcript request. You can quickly request transcripts by using our automated self-help service tools. Please visit us at IRS.gov and click on "Order a Return or Account Transcript" or call 1-800-908-9946.

Where to file. Attach payment and mail Form 4506 to the address below for the state you lived in, or the state your business was in, when that return was filed. There are two address charts: one for individual returns (Form 1040 series) and one for all other returns.

If you are requesting a return for more than one year and the chart below shows two different addresses, send your request to the address based on the address of your most recent return.

Chart for individual returns (Form 1040 series)

If you filed an individual return and lived in:	Mail to:
Alabama, Kentucky, Louisiana, Mississippi, Tennessee, Texas, a foreign country, American Samoa, Puerto Rico, Guam, the Commonwealth of the Northern Mariana Islands, the U.S. Virgin Islands, or A.P.O. or F.P.O. address	Internal Revenue Service RAIVS Team Stop 6716 AUSC Austin, TX 73301
Alaska, Arizona, Arkansas, California, Colorado, Hawaii, Idaho, Illinois, Indiana, Iowa, Kansas, Michigan, Minnesota, Montana, Nebraska, Nevada, New Mexico, North Dakota, Oklahoma, Oregon, South Dakota, Utah, Washington, Wisconsin, Wyoming	Internal Revenue Service RAIVS Team Stop 37106 Fresno, CA 93888
Connecticut, Delaware, District of Columbia, Florida, Georgia, Maine, Maryland, Massachusetts, Missouri, New Hampshire, New Jersey, New York, North Carolina, Ohio, Pennsylvania, Rhode Island, South Carolina, Vermont, Virginia, West Virginia	Internal Revenue Service RAIVS Team Stop 6705 P-6 Kansas City, MO 64999

Chart for all other returns

If you lived in or your business was in:	Mail to:
Alabama, Alaska, Arizona, Arkansas, California, Colorado, Florida, Hawaii, Idaho, Iowa, Kansas, Louisiana, Minnesota, Mississippi, Missouri, Montana, Nebraska, Nevada, New Mexico, North Dakota, Oklahoma, Oregon, South Dakota, Texas, Utah, Washington, Wyoming, a foreign country, or A.P.O. or F.P.O. address	Internal Revenue Service RAIVS Team P.O. Box 9941 Mail Stop 6734 Ogden, UT 84409
Connecticut, Delaware, District of Columbia, Georgia, Illinois, Indiana, Kentucky, Maine, Maryland, Massachusetts, Michigan, New Hampshire, New Jersey, New York, North Carolina, Ohio, Pennsylvania, Rhode Island, South Carolina, Tennessee, Vermont, Virginia, West Virginia, Wisconsin	Internal Revenue Service RAIVS Team P.O. Box 145500 Stop 2800 F Cincinnati, OH 45250

Specific Instructions

Line 1b. Enter your employer identification number (EIN) if you are requesting a copy of a business return. Otherwise, enter the first social security number (SSN) or your individual taxpayer identification number (ITIN) shown on the return. For example, if you are requesting Form 1040 that includes Schedule C (Form 1040), enter your SSN.

Line 3. Enter your current address. If you use a P.O. box, please include it on this line 3.

Line 4. Enter the address shown on the last return filed if different from the address entered on line 3.

Note. If the address on Lines 3 and 4 are different and you have not changed your address with the IRS, file Form 8822, Change of Address. For a business address, file Form 8822-B, Change of Address or Responsible Party — Business.

Signature and date. Form 4506 must be signed and dated by the taxpayer listed on line 1a or 2a. If you completed line 5 requesting the return be sent to a third party, the IRS must receive Form 4506 within 120 days of the date signed by the taxpayer or it will be rejected. Ensure that all applicable lines are completed before signing.

Individuals. Copies of jointly filed tax returns may be furnished to either spouse. Only one signature is required. Sign Form 4506 exactly as your name appeared on the original return. If you changed your name, also sign your current name.

Corporations. Generally, Form 4506 can be signed by: (1) an officer having legal authority to bind the corporation, (2) any person designated by the board of directors or other governing body, or (3) any officer or employee on written request by any principal officer and attested to by the secretary or other officer.

Partnerships. Generally, Form 4506 can be signed by any person who was a member of the partnership during any part of the tax period requested on line 7.

All others. See section 6103(e) if the taxpayer has died, is insolvent, is a dissolved corporation, or if a trustee, guardian, executor, receiver, or administrator is acting for the taxpayer.

Documentation. For entities other than individuals, you must attach the authorization document. For example, this could be the letter from the principal officer authorizing an employee of the corporation or the letters testamentary authorizing an individual to act for an estate.

Signature by a representative. A representative can sign Form 4506 for a taxpayer only if this authority has been specifically delegated to the representative on Form 2848, line 5. Form 2848 showing the delegation must be attached to Form 4506.

Privacy Act and Paperwork Reduction Act

Notice. We ask for the information on this form to establish your right to gain access to the requested return(s) under the Internal Revenue Code. We need this information to properly identify the return(s) and respond to your request. If you request a copy of a tax return, sections 6103 and 6109 require you to provide this information, including your SSN or EIN, to process your request. If you do not provide this information, we may not be able to process your request. Providing false or fraudulent information may subject you to penalties.

Routine uses of this information include giving it to the Department of Justice for civil and criminal litigation, and cities, states, the District of Columbia, and U.S. commonwealths and possessions for use in administering their tax laws. We may also disclose this information to other countries under a tax treaty, to federal and state agencies to enforce federal nontax criminal laws, or to federal law enforcement and intelligence agencies to combat terrorism.

You are not required to provide the information requested on a form that is subject to the Paperwork Reduction Act unless the form displays a valid OMB control number. Books or records relating to a form or its instructions must be retained as long as their contents may become material in the administration of any Internal Revenue law. Generally, tax returns and return information are confidential, as required by section 6103.

The time needed to complete and file Form 4506 will vary depending on individual circumstances. The estimated average time is: **Learning about the law or the form**, 10 min.; **Preparing the form**, 16 min.; and **Copying, assembling, and sending the form to the IRS**, 20 min.

If you have comments concerning the accuracy of these time estimates or suggestions for making Form 4506 simpler, we would be happy to hear from you. You can write to:

Internal Revenue Service
Tax Forms and Publications Division
1111 Constitution Ave. NW, IR-6526
Washington, DC 20224.

Do not send the form to this address. Instead, see *Where to file* on this page.