

Solicitud para obtener **Cobertura de seguro de salud y dental**

¿Quién puede usar esta solicitud?

Use esta solicitud para usted o cualquier persona en su hogar que necesite cobertura de seguro de salud o dental. Las personas en su hogar podrían incluir un esposo/esposa, un hijo menor de 27 años o un hijo mayor de 26 años, si tienen alguna discapacidad.

Solicite más rápido por internet:

Haga su solicitud más rápido por internet en **MAhealthconnector.org**.

Obtenga ayuda para llenar esta solicitud:

- Visite **MAhealthconnector.org**.
- Llame a nuestro Servicio al cliente al **1-877 MA ENROLL** (1-877-623-6765) o TTY: 1-877-623-7773.
- **En persona:** es posible que haya consejeros en su área que le puedan ayudar. Visite **MAhealthconnector.org** para obtener más información.
- **In English:** Call Customer Service at **1-877 MA ENROLL** (1-877-623-6765). The call is free.
- Si necesita ayuda en un idioma distinto del inglés, llame al **1-877 MA ENROLL** (1-877-623-6765) y dígame al Representante de servicio al cliente qué idioma necesita. Nosotros le conseguiremos ayuda sin costo para usted.

Si alguien le está ayudando a llenar esta solicitud, es posible que deba completar el Apéndice A.

Cómo enviar la solicitud:

Envíe su solicitud completa y firmada a:
Massachusetts Health Connector
133 Portland Street, 1st Floor
Boston, MA 02114-1707
o por fax al **617-887-8745**.

Llenar esta solicitud no significa que usted tenga que comprar seguro de salud.

Obtenga ayuda para pagar por el seguro:

Usted necesita usar una solicitud diferente para obtener ayuda con los costos. Usted podría ser elegible para:

- Un nuevo crédito fiscal que le puede ayudar a pagar sus cuotas de cobertura de seguro de salud.
- El plan de seguro de salud gratuito o de bajo costo de MassHealth. Usted podría ser elegible para el programa gratuito o de bajo costo incluso si gana hasta \$95,400 dólares al año (para una familia de 4). Visite **MAhealthconnector.org** para saber más.

Si no está seguro para qué puede ser elegible, visite **MAhealthconnector.org** y presente su solicitud por internet.

PASO 1**Díganos sobre usted.**

Elija un adulto en la familia para que sea la persona de contacto para su solicitud.

PERSONA 1

Por favor asegúrese de responder a todas las preguntas y llenar todas las partes de esta solicitud.

Primer nombre

Segundo nombre

Apellido

Sufijo

Dirección del **hogar** (no PO Box) Marque aquí si no tiene hogar.

Número de la unidad o del apartamento

Ciudad

Estado

Código postal

Condado

Dirección **postal** Marque aquí si es la misma dirección del hogar.

Número de la unidad o del apartamento

Ciudad

Estado

Código postal

Condado

Mejor número de teléfono Casa Trabajo CelularOtro número de teléfono Casa Trabajo Celular

Dirección electrónica:

¿Desea recibir información sobre esta solicitud por correo electrónico? Sí NoIdioma en que prefiere hablar (*si no es español*)Idioma en que prefiere escribir (*si no es español*)¿Usted necesita cobertura de seguro de salud? Sí No¿Usted necesita cobertura de seguro dental? Sí No**Si respondió que sí**, ¿ha tenido seguro dental durante los últimos 12 meses? Sí No**Si necesita cobertura de salud o dental**, responda todas las preguntas que siguen. **Si no**, vaya al Paso 2 de la página 3.

Número de Seguro Social (SSN): ____ / ____ / ____

Si usted no tiene Número de Seguro Social, por favor marque una de las siguientes razones:

 Excepción por enfermedad Excepción por no ser ciudadano Acabo de solicitarlo Excepción religiosaNosotros necesitamos los Números de Seguro Social (SSN, por sus siglas en inglés) de toda persona que desee cobertura. Nosotros usamos esos SSN para verificar la ciudadanía. Si alguien no tiene un SSN, visite socialsecurity.gov o llame al 1-800-772-1213.Es usted Hombre MujerFecha de nacimiento (*mes/día/año*)¿Es usted ciudadano o nacional de los Estados Unidos? Sí No**Si dijo que sí**, ¿es un ciudadano naturalizado? Sí No

Número de naturalización o de ciudadanía _____

Si usted no es ciudadano o nacional de los Estados Unidos, usted tiene un estado migratorio elegible?Para obtener más información sobre documentos aceptables, visite MAhealthconnector.org Sí. **Si dijo que sí**, complete la información sobre su estado migratorio y los documentos a continuación:

Estado migratorio _____ Tipo de documento de inmigración _____

Documento, pasaporte o número de tarjeta _____ Fecha de vencimiento del pasaporte o documento _____

Número de tarjeta de residencia _____ Fecha en que se le otorgó el estado migratorio _____

¿Ha vivido usted en los Estados Unidos desde el 22 de agosto de 1996? Sí No¿Es usted o su esposo/esposa o padre de un veterano o de un miembro de las fuerzas militares de los Estados Unidos en servicio activo? Sí No¿Es usted residente de Massachusetts? Sí No**Si dijo que sí**, ¿piensa quedarse en Massachusetts, incluso si no tiene una dirección fija? Sí No**Si dijo que no**, ¿está viviendo temporalmente fuera de Massachusetts? Sí No**¿Preguntas?**Visite MAhealthconnector.org o llame al **1-877 MA ENROLL** (1-877-623-6765) o TTY: 1-877-623-7773, de lunes a viernes, 8:00 a.m. a 6:00 p.m.

2 de 8

PASO 2

Díganos sobre las personas que necesitan cobertura de seguro de salud o dental. Si tiene que incluir a más de 4 personas, haga una copia de esta página.

PERSONA 2

Primer nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo	Relación con la Persona 1
Número del Seguro Social (SSN)		Fecha de nacimiento (mes/día/año)		La Persona 2 es <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer

La Persona 2 tiene la misma dirección de hogar y dirección postal que la Persona 1? Sí No

Si dijo que no, escriba la dirección:

Dirección del hogar (no PO Box) Marque aquí <input type="checkbox"/> si no tiene hogar.		Número de la unidad o del apartamento	
Ciudad	Estado	Código postal	Condado
Dirección postal Marque aquí <input type="checkbox"/> si es la misma dirección del hogar.		Número de la unidad o del apartamento	
Ciudad	Estado	Código postal	Condado

¿La Persona 2 necesita cobertura de salud? Sí No

¿La Persona 2 necesita cobertura dental? Sí No

Si respondió que sí, ¿la Persona 2 ha tenido seguro dental durante los últimos 12 meses? Sí No

Si la Persona 2 necesita cobertura de salud o dental, responda todas las preguntas que siguen.

Si dijo que no, vaya al Paso 2 de la página 3.

¿La Persona 2 es ciudadano o nacional de los Estados Unidos? Sí No

Si dijo que sí, ¿la Persona 2 es un ciudadano naturalizado? Sí No

Número de naturalización o de ciudadanía _____

Si la Persona 2 no es un ciudadano o nacional de los Estados Unidos, ¿esta persona tiene un estado migratorio elegible? *Para obtener más información sobre documentos aceptables, visite MAhealthconnector.org*

Sí. **Si dijo que sí**, complete la información sobre su estado migratorio y los documentos a continuación:

Estado migratorio _____ Tipo de documento de inmigración _____

Documento, pasaporte o número de tarjeta _____ Fecha de vencimiento del pasaporte o documento _____

Número de tarjeta de residencia _____ Fecha en que se le otorgó el estado migratorio _____

¿La Persona 2 ha vivido en los Estados Unidos desde el 22 de agosto de 1996? Sí No

¿La Persona 2 o su esposo/a o padre es un veterano o un miembro en servicio activo de las fuerzas militares de los Estados Unidos? Sí No

¿La Persona 2 es residente de Massachusetts? Sí No

Si dijo que sí, ¿piensa quedarse en Massachusetts, aunque no tenga una dirección fija? Sí No

Si dijo que no, ¿está viviendo temporalmente fuera de Massachusetts? Sí No

¿Preguntas?

Visite MAhealthconnector.org o llame al **1-877 MA ENROLL** (1-877-623-6765) o TTY: 1-877-623-7773, de lunes a viernes, 8:00 a.m. a 6:00 p.m.

PASO 2**Díganos sobre las personas que necesitan cobertura de seguro de salud o dental.** (continuación)**PERSONA 3**

Primer nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo	Relación con la Persona 1
Número del Seguro Social (SSN)		Fecha de nacimiento (mes/día/año)		La Persona 3 es <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer

La Persona 3 tiene la misma dirección de hogar y dirección postal que la Persona 1? Sí No

Si dijo que no, escriba la dirección:

Dirección del hogar (no PO Box) Marque aquí <input type="checkbox"/> si no tiene hogar.		Número de la unidad o del apartamento	
Ciudad	Estado	Código postal	Condado
Dirección postal Marque aquí <input type="checkbox"/> si es la misma dirección del hogar.		Número de la unidad o del apartamento	
Ciudad	Estado	Código postal	Condado

¿La Persona 3 necesita cobertura de salud? Sí No

¿La Persona 3 necesita cobertura dental? Sí No

Si respondió que sí, ¿la Persona 3 ha tenido seguro dental durante los últimos 12 meses? Sí No

Si la Persona 3 necesita cobertura de salud o dental, responda todas las preguntas que siguen.

Si dijo que no, vaya al Paso 2 de la página 3.

¿La Persona 3 es ciudadano o nacional de los Estados Unidos? Sí No

Si dijo que sí, ¿la Persona 3 es un ciudadano naturalizado? Sí No

Número de naturalización o de ciudadanía _____

Si la Persona 3 no es un ciudadano o nacional de los Estados Unidos, ¿esta persona tiene un estado migratorio elegible? Para obtener más información sobre documentos aceptables, visite MAhealthconnector.org

Sí. **Si dijo que sí**, complete la información sobre su estado migratorio y los documentos a continuación:

Estado migratorio _____ Tipo de documento de inmigración _____

Documento, pasaporte o número de tarjeta _____ Fecha de vencimiento del pasaporte o documento _____

Número de tarjeta de residencia _____ Fecha en que se le otorgó el estado migratorio _____

¿La Persona 3 ha vivido en los Estados Unidos desde el 22 de agosto de 1996? Sí No

¿La Persona 3 o su esposo/a o padre es un veterano o un miembro en servicio activo de las fuerzas militares de los Estados Unidos? Sí No

¿La Persona 3 es residente de Massachusetts? Sí No

Si dijo que sí, ¿piensa quedarse en Massachusetts, aunque no tenga una dirección fija? Sí No

Si dijo que no, ¿está viviendo temporalmente fuera de Massachusetts? Sí No

¿Preguntas?

Visite MAhealthconnector.org o llame al **1-877 MA ENROLL** (1-877-623-6765) o TTY: 1-877-623-7773, de lunes a viernes, 8:00 a.m. a 6:00 p.m.

PASO 2**Díganos sobre las personas que necesitan cobertura de seguro de salud o dental.** (continuación)**PERSONA 4**

Primer nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo	Relación con la Persona 1
Número del Seguro Social (SSN)		Fecha de nacimiento (mes/día/año)		La Persona 4 es <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer

La Persona 4 tiene la misma dirección de hogar y dirección postal que la Persona 1? Sí No

Si dijo que no, escriba la dirección:

Dirección del hogar (no PO Box) Marque aquí <input type="checkbox"/> si no tiene hogar.		Número de la unidad o del apartamento	
Ciudad	Estado	Código postal	Condado
Dirección postal Marque aquí <input type="checkbox"/> si es la misma dirección del hogar.		Número de la unidad o del apartamento	
Ciudad	Estado	Código postal	Condado

¿La Persona 4 necesita cobertura de salud? Sí No

¿La Persona 4 necesita cobertura dental? Sí No

Si respondió que sí, ¿la Persona 4 ha tenido seguro dental durante los últimos 12 meses? Sí No

Si la Persona 4 necesita cobertura de salud o dental, responda todas las preguntas que siguen.

Si dijo que no, vaya al Paso 2 de la página 3.

¿La Persona 4 es ciudadano o nacional de los Estados Unidos? Sí No

Si dijo que sí, ¿la Persona 4 es un ciudadano naturalizado? Sí No

Número de naturalización o de ciudadanía _____

Si la Persona 4 no es un ciudadano o nacional de los Estados Unidos, ¿esta persona tiene un estado migratorio elegible? Para obtener más información sobre documentos aceptables, visite MAhealthconnector.org

Sí. **Si dijo que sí**, complete la información sobre su estado migratorio y los documentos a continuación:

Estado migratorio _____ Tipo de documento de inmigración _____

Documento, pasaporte o número de tarjeta _____ Fecha de vencimiento del pasaporte o documento _____

Número de tarjeta de residencia _____ Fecha en que se le otorgó el estado migratorio _____

¿La Persona 4 ha vivido en los Estados Unidos desde el 22 de agosto de 1996? Sí No

¿La Persona 4 o su esposo/a o padre es un veterano o un miembro en servicio activo de las fuerzas militares de los Estados Unidos? Sí No

¿La Persona 4 es residente de Massachusetts? Sí No

Si dijo que sí, ¿piensa quedarse en Massachusetts, aunque no tenga una dirección fija? Sí No

Si dijo que no, ¿está viviendo temporalmente fuera de Massachusetts? Sí No

¿Preguntas?

Visite MAhealthconnector.org o llame al **1-877 MA ENROLL** (1-877-623-6765) o TTY: 1-877-623-7773, de lunes a viernes, 8:00 a.m. a 6:00 p.m.

PASO 3**Miembros de la familia indígena Norteamericanos o Nativos de Alaska (AI/AN)**

¿Es usted o alguien de su familia un indígena Norteamericanos o Nativo de Alaska?

- Sí **Si dijo que sí**, continúe. Si tiene que incluir más personas, haga una copia de esta página y anéxela.
 No **Si dijo que no**, vaya al Paso 4.

▶ AI/AN Persona 1

Primer nombre Segundo nombre Apellido Sufijo

¿Es miembro de una tribu reconocida federalmente? Sí No

Si dijo que sí, escriba el nombre de la tribu y la afiliación del estado

▶ AI/AN Persona 2

Primer nombre Segundo nombre Apellido Sufijo

¿Es miembro de una tribu reconocida federalmente? Sí No

Si dijo que sí, escriba el nombre de la tribu y la afiliación del estado

PASO 4**Díganos de los impuestos en su hogar**

¿Usted planea presentar su declaración de impuestos federales el año próximo?

- No **Si dijo que no**, vaya al Paso 5.
 Sí **Si dijo que sí**, escriba los nombres de todos los miembros de la familia que serán incluidos en su declaración de impuestos, así como la relación fiscal que tienen con usted. Si tiene que incluir a más personas, haga una copia de esta página y anéxela. Escoja entre los siguientes términos la relación fiscal que le aplique:
- (Declarante de impuestos) Cabeza de familia o persona viuda elegible
 - (Declarante de impuestos) Casado, declarando conjuntamente
 - (Declarante de impuestos) Casado, declarando por separado
 - Dependiente en el formulario de impuestos

▶ Los impuestos en su hogar Persona 1

Primer nombre Segundo nombre Apellido Sufijo

Relación con el declarante:

▶ Los impuestos en su hogar Persona 2

Primer nombre Segundo nombre Apellido Sufijo

Relación con el declarante:

¿Preguntas?

Visite MAhealthconnector.org o llame al **1-877 MA ENROLL** (1-877-623-6765) o TTY: 1-877-623-7773, de lunes a viernes, 8:00 a.m. a 6:00 p.m.

PASO 4**Díganos de los impuestos en su hogar** (continuación)**► Los impuestos en su hogar Persona 3**

Primer nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo
---------------	----------------	----------	--------

Relación con el declarante:

► Los impuestos en su hogar Persona 4

Primer nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo
---------------	----------------	----------	--------

Relación con el declarante:

PASO 5**Lea y firme esta solicitud.****Derechos y responsabilidades**

Esta solicitud será usada para determinar su elegibilidad para recibir cuidado de la salud no subsidiado y administrado a través del Commonwealth of Massachusetts.

1. Massachusetts Health Connector podría obtener cualquier registro o dato para probar cualquier información ofrecida en esta solicitud y cualquier complemento u otra información que usted suministre una vez que sea miembro y que respalde la continuación de su elegibilidad.
2. Massachusetts Health Connector podría obtener registros o datos de fuentes y programas federales y estatales como la Administración del Seguro Social, el Departamento de Seguridad Nacional y el Registro de motores y vehículos para probar cualquier información dada en esta solicitud u otra información una vez que un individuo se convierta en miembro y para respaldar la continuación de su elegibilidad. Nosotros mantendremos en privado todos los registros y datos que nos ofrezca y solo los utilizaremos y los divulgaremos conforme a las leyes aplicables.
3. Usted tiene el consentimiento y la autorización de todos los individuos que aparecen incluidos en la solicitud o, si es aplicable, sus padres, tutor, o el representante autorizado legalmente y, tal como lo permite cualquier documento legal que usted ha presentado con esta solicitud, para actuar en su nombre con el fin de completar esta solicitud y cualquier proceso en este momento o posteriormente para decidir si es elegible.
4. Usted entiende sus derechos y responsabilidad y los derechos y responsabilidades de todas las personas para quienes está presentando esta solicitud, tal como se ha explicado en esta página de la firma.
5. Usted les ha dicho o les dirá a estas personas sobre de los derechos y responsabilidades y los otros individuos por quienes usted está firmando también comprenden sus derechos y responsabilidades.
6. Usted comprende y está de acuerdo con que Health Connector tratará las firmas electrónicas y las firmas o copias de firmas enviadas por fax con la misma fuerza y efecto de una firma original.
7. La información que usted ha ofrecido es correcta y completa según su conocimiento sobre usted y otros miembros de su hogar.
8. Usted podría estar sujeto a multas de acuerdo a la ley federal si usted intencionalmente ofrece información falsa o no cierta.
9. Usted confirma que nadie que esté solicitando seguro de salud incluido en esta solicitud está encarcelado (detenido o en prisión). Si alguien en su hogar está en prisión, escriba el nombre y marque una de las siguientes opciones:

_____ está en prisión.

¿Esta persona está esperando un juicio? Sí No

¿Preguntas?

Visite **MAhealthconnector.org** o llame al **1-877 MA ENROLL** (1-877-623-6765) o TTY: 1-877-623-7773, de lunes a viernes, 8:00 a.m. a 6:00 p.m.

PASO 5**Lea y firme esta solicitud** *(continuación)***Firme esta solicitud.**

Al firmar abajo, usted certifica por este medio bajo las penas y sanciones de perjurio que toda la información que usted ha ofrecido en esta solicitud es cierta y completa según su mejor conocimiento y usted está de acuerdo en aceptar y cumplir con los Derechos y responsabilidades mencionados antes.

La persona que llenó el Paso 1 debe firmar esta solicitud. Si usted es un Representante autorizado usted podría firmar aquí siempre y cuando haya completado el Formulario de designación de representante autorizado (ARD).

Firma	Fecha (mes/día/año)
-------	---------------------

PASO 6**Envíe la solicitud completa.**

- Envíe por correo su solicitud firmada a:

Massachusetts Health Connector
133 Portland Street, 1st Floor
Boston, MA 02114-1707

FAX: 617-887-8745

Apéndice A**Obtenga ayuda para completar esta solicitud.****Usted puede seleccionar un Representante autorizado.**

Usted puede darle su permiso a una persona en quien confíe para que hable con nosotros sobre esta solicitud, vea su información y actúe en su nombre en cuestiones relacionadas con esta solicitud, incluyendo obtener información sobre su solicitud y firmarla en su nombre. Esta persona se llama "Representante autorizado". Si usted desea tener un Representante autorizado, descargue el Formulario de designación de representante autorizado (ARD) de nuestro sitio en internet **MAhealthconnector.org** o llame al Servicio al cliente al **1-877-MA ENROLL**.

Para asistentes de inscripción únicamente

Complete esta sección si usted es un asistente de inscripción y está llenando esta solicitud para alguien más. Los asistentes certificados para el sitio web (Navigator) deben llenar un formulario de designación para Asistentes certificados para el sitio web si aún no lo han hecho. Los Consejeros certificados de solicitud deben llenar un formulario de designación de Consejero certificado de solicitudes si aún no lo han hecho.

Fecha (mes/día/año)	Marque una opción: <input type="checkbox"/> Asistente certificado para el sitio web <input type="checkbox"/> Consejero certificado de solicitudes		
Primer nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo
Nombre de la organización		Número de identificación de la organización	

¿Preguntas?

Visite **MAhealthconnector.org** o llame al **1-877 MA ENROLL** (1-877-623-6765) o TTY: 1-877-623-7773, de lunes a viernes, 8:00 a.m. a 6:00 p.m.