

Solicitação de **Cobertura de seguro saúde e odontológico**

Quem pode usar esta solicitação?

Use essa solicitação para você e qualquer pessoa em sua casa que precise de cobertura de saúde ou odontológica. As pessoas que moram em sua casa podem incluir um cônjuge, um filho com menos de 26 anos ou acima de 25 anos se tiver uma deficiência.

Faça sua solicitação mais rapidamente online.

Faça sua solicitação mais rapidamente online acessando **MAhealthconnector.org/pt**.

Obtenha ajuda com esta solicitação:

- Acesse **MAhealthconnector.org/pt**.
- Ligue para o Serviço de Atendimento ao Cliente no número **1-877-MA-ENROLL** (1-877-623-6765). Pessoas com deficiência auditiva ou de fala devem ligar para: 711.
- **Pessoalmente:** os consultores em sua área podem ajudar. Acesse **MAhealthconnector.org/pt** para obter mais informações.
- **In English:** Call our Customer Service at **1-877-MA-ENROLL** (1-877-623-6765). The call is free.
- Se precisar de ajuda em um idioma diferente do inglês, ligue para **1-877-MA-ENROLL** (1-877-623-6765) e informe ao representante de atendimento ao cliente o idioma de que você precisa. Vamos ajudá-lo(a) gratuitamente.

Se alguém estiver ajudando você a preencher esta solicitação, talvez seja necessário preencher o Apêndice A.

Como enviar sua solicitação:

Envie sua solicitação devidamente preenchida e assinada para:
Health Connector Processing Center
P.O. Box 4404
Taunton, MA 02780
ou via fax para **617-887-8745**.

O preenchimento desta solicitação não significa que você tenha que adquirir cobertura de saúde.

Obtenha ajuda para pagar o seguro:

Você precisa preencher outra solicitação para obter ajuda com os custos. Você pode se qualificar para:

- Um crédito fiscal que pode ajudar a pagar seus prêmios de cobertura de saúde.
- Plano de saúde gratuito ou de baixo custo do MassHealth.
- Você pode se qualificar para um programa gratuito ou de baixo custo, mesmo que sua renda seja de até US\$ 128.600 por ano (para uma família de 4 pessoas).

Se não tiver certeza de que se qualifica, acesse **MAhealthconnector.org/pt** e faça sua solicitação online.

Dúvidas?

Acesse **MAhealthconnector.org/pt** ou ligue para **1-877-MA-ENROLL** (1-877-623-6765). Pessoas com deficiência auditiva ou de fala devem ligar para: 711 de segunda a sexta-feira, das 8h00 às 18h00. 1 de 13

ETAPA 1**Fale um pouco sobre você.**

Escolha um adulto da família para ser a pessoa de contato da sua solicitação.

PESSOA 1

Não se esqueça de responder a todas as perguntas e preencher todas as partes desta solicitação.

Nome	Nome do meio	Sobrenome	Sufixo
Endereço residencial (não pode ser caixa postal) Marque aqui ☐ se estiver desabrigado.		Número da unidade ou do apartamento	
Cidade	Estado	Código postal	Condado
Endereço para correspondência Marque aqui ☐ se for igual ao residencial.		Número da unidade ou do apartamento	
Cidade	Estado	Código postal	Condado
Você é residente de Massachusetts? ☐ Sim ☐ Não			
Em caso afirmativo , você pretende permanecer em Massachusetts, mesmo que não tenha um endereço fixo? ☐ Sim ☐ Não			
Caso contrário , você está morando temporariamente fora de Massachusetts? ☐ Sim ☐ Não			
Número de telefone ☐ Residencial ☐ Comercial ☐ Celular		Número de telefone alternativo ☐ Residencial ☐ Comercial ☐ Celular	
Endereço de e-mail:			
Deseja receber informações sobre esta solicitação por e-mail? ☐ Sim ☐ Não			
Idioma em que prefere se comunicar (se não for o inglês)		Idioma em que prefere escrever (se não for o inglês)	
Você precisa de cobertura de saúde? ☐ Sim ☐ Não			
Você precisa de cobertura odontológica? ☐ Sim ☐ Não			
Se precisar de cobertura de saúde ou odontológica , responda a todas as perguntas abaixo.			
Caso contrário , vá para a Etapa 2 na página 4.			
Número de Seguro Social (SSN): ____ / ____ / ____		Precisamos dos números do Seguro Social (SSNs) para todos aqueles que desejam obter cobertura. Usamos os SSNs para verificar a cidadania. Se alguém não tiver um SSN, acesse socialsecurity.gov ou ligue para 1-800-772-1213.	
Se não tiver um número de Seguro Social, escolha um dos motivos a seguir:			
☐ Isenção por doença ☐ Isenção de não cidadão ☐ Solicitou recentemente ☐ Isenção religiosa			
Data de nascimento (mês/dia/ano)			
Qual foi o seu sexo atribuído ao nascer? ☐ Masculino ☐ Feminino			
Geralmente é o sexo originalmente indicado na sua certidão de nascimento.			
OPCIONAL: O Health Connector está empenhado em fornecer atendimento equitativo a todos os membros, independentemente de raça, etnia, gênero, orientação sexual ou idioma falado. Compartilhar essas informações conosco nos ajuda a atender às suas necessidades linguísticas e culturais. Sua resposta é voluntária e não afetará sua elegibilidade ou será usada para fins discriminatórios.			
Quais das opções abaixo melhor descrevem sua identidade de gênero atual? Selecione até cinco. (Opcional)			
▪ <i>Identidade de gênero consiste em como uma pessoa define e compreende seu gênero como homem, mulher, não-binário, não-conformista, transgênero ou outra identidade de gênero.</i>			
☐ Homem ☐ Mulher ☐ Homem transgênero/homem trans ☐ Mulher transgênero/mulher trans			
☐ Gênero queer/não-conformista/não-binário/nem exclusivamente homem nem mulher			
☐ A identidade de gênero não está listada. Especifique _____ ☐ Não sei ☐ Prefiro não responder			

Dúvidas?Acesse MAhealthconnector.org/pt ou ligue para **1-877-MA-ENROLL** (1-877-623-6765). Pessoas com deficiência auditiva ou de fala devem ligar para: 711 de segunda a sexta-feira, das 8h00 às 18h00. 2 de 13

Qual destas opções descreve sua orientação sexual atual? Selecione até cinco. (Opcional)

▪ A orientação sexual descreve como uma pessoa define sua atração física e/ou emocional por outras pessoas.

- ☐ Heterossexual ☐ Gay ou lésbica ☐ Bissexual ☐ Queer, pansexual ou sem definição
☐ A orientação sexual não está listada. Especifique _____ ☐ Não sei ☐ Prefiro não responder

Você é de origem ou descendência hispânica ou latina? (Opcional)

▪ *Hispânico ou latino refere-se a alguém de origem cubana, mexicana, porto-riquenha, sul-americana, centro-americana ou outra cultura ou origem espanhola, independentemente da raça.*

- ☐ Sim, hispânica ou latina ☐ Não, não hispânica ou latina ☐ Não sei ☐ Prefiro não responder

Qual é a sua raça? Você pode informar mais de uma raça. (Opcional)

▪ *Raça refere-se à autoidentificação de uma pessoa com um ou mais grupos sociais.*

- ☐ Indígena Americano ou Nativo do Alasca (Complete a Etapa 3) ☐ Negro ou Afro-americano ☐ Branco ☐ Não sei
☐ Asiático ☐ Nativo do Havaí ou de outras ilhas do Pacífico ☐ A raça não está listada aqui (especifique) ☐ Prefiro não responder

Qual é a sua etnia? Selecione as opções que melhor descrevem você. Selecione todas as opções aplicáveis. (Opcional)

▪ *A etnia refere-se à sua origem, herança, cultura, ascendência ou ao país onde você ou sua família nasceram.*

- | | | | |
|--|--|--|---|
| ☐ Africana | ☐ Chinesa | ☐ Hondurana | ☐ Russa |
| ☐ Afro-americana | ☐ Colombiana | ☐ Japonesa | ☐ Salvadorenha |
| ☐ Americana | ☐ Cubana | ☐ Coreana | ☐ Sul-americana |
| ☐ Indiana asiática | ☐ Dominicana | ☐ Laosiana/Lao | ☐ Vietnamita |
| ☐ Brasileira | ☐ Leste Europeu | ☐ Mexicana | ☐ A etnia não está listada (especifique) _____ |
| ☐ Cambojano | ☐ Europeia | ☐ Oriente Médio ou Norte-africana | |
| ☐ Cape Verdeano | ☐ Filipina | ☐ Portuguesa | ☐ Não sei |
| ☐ Habitante das ilhas do Caribe | ☐ Guatemalteca | ☐ Portorriquenha | ☐ Prefiro não responder |
| ☐ Centro-Americana | ☐ Haitiana | | |

Você é cidadão americano ou tem nacionalidade americana? ☐ Sim ☐ Não

Em caso afirmativo, você é um cidadão naturalizado, por descendência ou por aquisição? ☐ Sim ☐ Não
Número de naturalização ou cidadania _____

Se você não for cidadão americano ou não tiver nacionalidade americana, você tem um status imigratório elegível?

▪ *Para obter mais informações sobre os documentos de imigração aceitáveis, acesse MAhealthconnector.org/pt.*

☐ Sim. **Em caso afirmativo**, preencha as informações sobre seu status e documentos abaixo:

Status imigratório _____
Tipo de documento de imigração _____
Número do documento, passaporte ou cartão _____
Data de validade do passaporte ou documento _____
Número de registro estrangeiro _____
Data de concessão do status _____

Você mora nos EUA desde 22 de agosto de 1996? ☐ Sim ☐ Não

Você, seu cônjuge ou seus pais são veteranos ou membros ativos do exército dos EUA? ☐ Sim ☐ Não

ETAPA 2

Conte-nos sobre qualquer outra pessoa que precise de cobertura de saúde ou odontológica. Se precisar incluir mais de quatro pessoas, faça uma cópia desta página.

PESSOA 2

Nome	Nome do meio	Sobrenome	Sufixo	Parentesco com a Pessoa 1
------	--------------	-----------	--------	---------------------------

Número do Seguro Social (SSN)

Data de nascimento (mês/dia/ano)

A Pessoa 2 possui o mesmo endereço residencial e de correspondência que a Pessoa 1? ☐ Sim ☐ Não

Caso não possua, informe o endereço:

Endereço residencial (não pode ser caixa postal)	Marque aqui ☐ se a Pessoa 2 estiver desabrigada.	Número da unidade ou do apartamento
---	---	-------------------------------------

Cidade	Estado	Código postal	Condado
--------	--------	---------------	---------

Endereço para correspondência	Marque aqui ☐ se for igual ao residencial.	Número da unidade ou do apartamento
--------------------------------------	---	-------------------------------------

Cidade	Estado	Código postal	Condado
--------	--------	---------------	---------

A Pessoa 2 é residente de Massachusetts? ☐ Sim ☐ Não

Em caso afirmativo, ela pretende permanecer em Massachusetts, mesmo que não tenha um endereço fixo? ☐ Sim ☐ Não

Caso contrário, ela está morando temporariamente fora de Massachusetts? ☐ Sim ☐ Não

A Pessoa 2 precisa de cobertura de saúde? ☐ Sim ☐ Não

A Pessoa 2 precisa de cobertura odontológica? ☐ Sim ☐ Não

Se a Pessoa 2 precisar de cobertura de saúde ou odontológica, responda a todas as perguntas abaixo.

Caso contrário, vá para a Pessoa 3 ou Etapa 3.

Qual foi o sexo da Pessoa 2 atribuído ao nascer? ☐ Masculino ☐ Feminino

Geralmente é o sexo originalmente indicado na certidão de nascimento dela.

OPCIONAL: O Health Connector está empenhado em fornecer atendimento equitativo a todos os membros, independentemente de raça, etnia, gênero, orientação sexual ou idioma falado. Responda a essas perguntas para nos ajudar a atender às suas necessidades linguísticas e culturais. Sua resposta é voluntária e não afetará sua elegibilidade ou será usada para fins discriminatórios.

Quais das opções abaixo melhor descrevem a identidade de gênero atual da Pessoa 2? Selecione até cinco opções.

▪ *Identidade de gênero consiste em como uma pessoa define e compreende seu gênero como homem, mulher, não-binário, não-conformista, transgênero ou outra identidade de gênero.*

☐ Homem ☐ Mulher ☐ Homem transgênero/homem trans ☐ Mulher transgênero/mulher trans

☐ Gênero queer/não-conformista/não-binário/nem exclusivamente homem nem mulher

☐ A identidade de gênero não está listada. Especifique _____ ☐ Não sei ☐ Prefiro não responder

Dúvidas?

Acesse MAhealthconnector.org/pt ou ligue para **1-877-MA-ENROLL** (1-877-623-6765). Pessoas com deficiência auditiva ou de fala devem ligar para: 711 de segunda a sexta-feira, das 8h00 às 18h00. 4 de 13

Quais destas opções descreve a orientação sexual atual da Pessoa 2? Selecione até cinco opções.

▪ A orientação sexual descreve como uma pessoa define sua atração física e/ou emocional por outras pessoas.

- ☐ Heterossexual ☐ Gay ou lésbica ☐ Bissexual ☐ Queer, pansexual ou sem definição
☐ A orientação sexual não está listada. Especifique _____ ☐ Não sei ☐ Prefiro não responder

A Pessoa 2 é de origem ou descendência hispânica ou latina?

▪ *Hispânico ou latino refere-se a alguém de origem cubana, mexicana, porto-riquenha, sul-americana, centro-americana ou outra cultura ou origem espanhola, independentemente da raça.*

- ☐ Sim, hispânica ou latina ☐ Não, não hispânica ou latina ☐ Não sei ☐ Prefiro não responder

Qual é a raça da Pessoa 2 (opcional)? Você pode informar mais de uma raça.

▪ *Raça refere-se à autoidentificação de uma pessoa com um ou mais grupos sociais.*

- ☐ Indígena Americano ou Nativo do Alasca (Complete a Etapa 3) ☐ Negro ou Afro-americano ☐ Branco ☐ Não sei
☐ Asiático ☐ Nativo do Havaí ou de outras ilhas do Pacífico ☐ A raça não está listada aqui (especifique) ☐ Prefiro não responder

Qual é a etnia da Pessoa 2 (opcional)? Selecione as opções que melhor descrevem essa pessoa. Selecione todas as opções aplicáveis.

▪ *A etnia refere-se à sua origem, herança, cultura, ascendência ou ao país onde você ou sua família nasceram.*

- ☐ Africana ☐ Chinesa ☐ Hondurana ☐ Russa
☐ Afro-americana ☐ Colombiana ☐ Japonesa ☐ Salvadorenha
☐ Americana ☐ Cubana ☐ Coreana ☐ Sul-americana
☐ Indiana asiática ☐ Dominicana ☐ Laosiana/Lao ☐ Vietnamita
☐ Brasileira ☐ Leste Europeu ☐ Mexicana ☐ A etnia não está listada (especifique) _____
☐ Cambojano ☐ Europeia ☐ Oriente Médio ou Norte-africana ☐ Não sei
☐ Cape Verdeano ☐ Filipina ☐ Portuguesa ☐ Prefiro não responder
☐ Habitante das ilhas do Caribe ☐ Guatemalteca ☐ Portorriquenha
☐ Centro-Americana ☐ Haitiana

A Pessoa 2 é um cidadão americano ou tem nacionalidade americana? ☐ Sim ☐ Não

Em caso afirmativo, a Pessoa 2 é um cidadão naturalizado, por descendência ou por aquisição? ☐ Sim ☐ Não
Número de naturalização ou cidadania _____

Se a Pessoa 2 não for cidadão americano ou não tiver nacionalidade americana, ela tem um status migratório elegível?

▪ *Para obter mais informações sobre os documentos de imigração aceitáveis, acesse MAhealthconnector.org/pt.*

- ☐ Sim. **Em caso afirmativo**, preencha as informações sobre o status dela e documentos abaixo:

Status migratório _____

Tipo de documento de imigração _____

Número do documento, passaporte ou cartão _____

Data de validade do passaporte ou documento _____

Número de registro estrangeiro _____

Data de concessão do status _____

A Pessoa 2 mora nos EUA desde 22 de agosto de 1996? ☐ Sim ☐ Não

A Pessoa 2, o cônjuge ou os pais dela, são veteranos ou membros ativos do exército dos EUA? ☐ Sim ☐ Não

Dúvidas?

Acesse MAhealthconnector.org/pt ou ligue para **1-877-MA-ENROLL** (1-877-623-6765). Pessoas com deficiência auditiva ou de fala devem ligar para: 711 de segunda a sexta-feira, das 8h00 às 18h00. 5 de 13

ETAPA 2

Conte-nos sobre qualquer outra pessoa que precise de cobertura de saúde ou odontológica. (continuação)

PESSOA 3

Nome	Nome do meio	Sobrenome	Sufixo	Parentesco com a Pessoa 1
------	--------------	-----------	--------	---------------------------

Número do Seguro Social (SSN)

Data de nascimento (mês/dia/ano)

A Pessoa 3 possui o mesmo endereço residencial e de correspondência que a Pessoa 1? ☐ Sim ☐ Não**Caso não possua**, informe o endereço:

Endereço residencial (não pode ser caixa postal)	Marque aqui ☐ se a Pessoa 3 estiver desabrigada.	Número da unidade ou do apartamento
---	---	-------------------------------------

Cidade	Estado	Código postal	Condado
--------	--------	---------------	---------

Endereço para correspondência	Marque aqui ☐ se for igual ao residencial.	Número da unidade ou do apartamento
--------------------------------------	---	-------------------------------------

Cidade	Estado	Código postal	Condado
--------	--------	---------------	---------

A Pessoa 3 é residente de Massachusetts? ☐ Sim ☐ Não**Em caso afirmativo**, ela pretende permanecer em Massachusetts, mesmo que não tenha um endereço fixo? ☐ Sim ☐ Não**Caso contrário**, ela está morando temporariamente fora de Massachusetts? ☐ Sim ☐ NãoA Pessoa 3 precisa de cobertura de saúde? ☐ Sim ☐ NãoA Pessoa 3 precisa de cobertura odontológica? ☐ Sim ☐ Não**Se a Pessoa 3 precisar de cobertura de saúde ou odontológica**, responda a todas as perguntas abaixo.**Caso contrário**, vá para a Pessoa 4 ou Etapa 3.Qual foi o sexo da Pessoa 3 atribuído ao nascer? ☐ Masculino ☐ Feminino

Geralmente é o sexo originalmente indicado na certidão de nascimento dela.

OPCIONAL: O Health Connector está empenhado em fornecer atendimento equitativo a todos os membros, independentemente de raça, etnia, gênero, orientação sexual ou idioma falado. Responda a essas perguntas para nos ajudar a atender às suas necessidades linguísticas e culturais. Sua resposta é voluntária e não afetará sua elegibilidade ou será usada para fins discriminatórios.

Quais das opções abaixo melhor descrevem a identidade de gênero atual da Pessoa 3? Selecione até cinco opções.

▪ Identidade de gênero consiste em como uma pessoa define e compreende seu gênero como homem, mulher, não-binário, não-conformista, transgênero ou outra identidade de gênero.

☐ Homem ☐ Mulher ☐ Homem transgênero/homem trans ☐ Mulher transgênero/mulher trans☐ Gênero queer/não-conformista/não-binário/nem exclusivamente homem nem mulher☐ A identidade de gênero não está listada. Especifique _____ ☐ Não sei ☐ Prefiro não responder

Dúvidas?

Acesse MAhealthconnector.org/pt ou ligue para **1-877-MA-ENROLL** (1-877-623-6765). Pessoas com deficiência auditiva ou de fala devem ligar para: 711 de segunda a sexta-feira, das 8h00 às 18h00. 6 de 13

Quais destas opções descreve a orientação sexual atual da Pessoa 3? Selecione até cinco opções.

▪ A orientação sexual descreve como uma pessoa define sua atração física e/ou emocional por outras pessoas.

- ☐ Heterossexual ☐ Gay ou lésbica ☐ Bissexual ☐ Queer, pansexual ou sem definição
☐ A orientação sexual não está listada. Especifique _____ ☐ Não sei ☐ Prefiro não responder

A Pessoa 3 é de origem ou descendência hispânica ou latina?

▪ *Hispânico ou latino refere-se a alguém de origem cubana, mexicana, porto-riquenha, sul-americana, centro-americana ou outra cultura ou origem espanhola, independentemente da raça.*

- ☐ Sim, hispânica ou latina ☐ Não, não hispânica ou latina ☐ Não sei ☐ Prefiro não responder

Qual é a raça da Pessoa 3 (opcional)? Você pode informar mais de uma raça.

▪ *Raça refere-se à autoidentificação de uma pessoa com um ou mais grupos sociais.*

- ☐ Indígena Americano ou Nativo do Alasca (Complete a Etapa 3) ☐ Negro ou Afro-americano ☐ Branco ☐ Não sei
☐ Asiático ☐ Nativo do Havaí ou de outras ilhas do Pacífico ☐ A raça não está listada aqui (especifique) ☐ Prefiro não responder

Qual é a etnia da Pessoa 3 (opcional)? Selecione as opções que melhor descrevem essa pessoa. Selecione todas as opções aplicáveis.

▪ *A etnia refere-se à sua origem, herança, cultura, ascendência ou ao país onde você ou sua família nasceram.*

- ☐ Africana ☐ Chinesa ☐ Hondurana ☐ Russa
☐ Afro-americana ☐ Colombiana ☐ Japonesa ☐ Salvadorenha
☐ Americana ☐ Cubana ☐ Coreana ☐ Sul-americana
☐ Indiana asiática ☐ Dominicana ☐ Laosiana/Lao ☐ Vietnamita
☐ Brasileira ☐ Leste Europeu ☐ Mexicana ☐ A etnia não está listada (especifique) _____
☐ Cambojano ☐ Europeia ☐ Oriente Médio ou Norte-africana ☐ Não sei
☐ Cape Verdeano ☐ Filipina ☐ Portuguesa ☐ Prefiro não responder
☐ Habitante das ilhas do Caribe ☐ Guatemalteca ☐ Portorriquenha
☐ Centro-Americana ☐ Haitiana

A Pessoa 3 é um cidadão americano ou tem nacionalidade americana? ☐ Sim ☐ Não

Em caso afirmativo, a Pessoa 3 é um cidadão naturalizado, por descendência ou por aquisição? ☐ Sim ☐ Não
Número de naturalização ou cidadania _____

Se a Pessoa 3 não for cidadão americano ou não tiver nacionalidade americana, ela tem um status imigratório elegível?

▪ *Para obter mais informações sobre os documentos de imigração aceitáveis, acesse MAhealthconnector.org/pt.*

- ☐ Sim. **Em caso afirmativo**, preencha as informações sobre o status dela e documentos abaixo:

Status imigratório _____

Tipo de documento de imigração _____

Número do documento, passaporte ou cartão _____

Data de validade do passaporte ou documento _____

Número de registro estrangeiro _____

Data de concessão do status _____

A Pessoa 3 mora nos EUA desde 22 de agosto de 1996? ☐ Sim ☐ Não

A Pessoa 3, o cônjuge ou os pais dela, são veteranos ou membros ativos do exército dos EUA? ☐ Sim ☐ Não

Dúvidas?

Acesse MAhealthconnector.org/pt ou ligue para **1-877-MA-ENROLL** (1-877-623-6765). Pessoas com deficiência auditiva ou de fala devem ligar para: 711 de segunda a sexta-feira, das 8h00 às 18h00. 7 de 13

ETAPA 2

Conte-nos sobre qualquer outra pessoa que precise de cobertura de saúde ou odontológica. (continuação)

PESSOA 4

Nome	Nome do meio	Sobrenome	Sufixo	Parentesco com a Pessoa 1
------	--------------	-----------	--------	---------------------------

Número do Seguro Social (SSN)

Data de nascimento (mês/dia/ano)

A Pessoa 4 possui o mesmo endereço residencial e de correspondência que a Pessoa 1? ☐ Sim ☐ Não

Caso não possua, informe o endereço:

Endereço residencial (não pode ser caixa postal)	Marque aqui ☐ se a Pessoa 4 estiver desabrigada.	Número da unidade ou do apartamento
---	---	-------------------------------------

Cidade	Estado	Código postal	Condado
--------	--------	---------------	---------

Endereço para correspondência	Marque aqui ☐ se for igual ao residencial.	Número da unidade ou do apartamento
--------------------------------------	---	-------------------------------------

Cidade	Estado	Código postal	Condado
--------	--------	---------------	---------

A Pessoa 4 é residente de Massachusetts? ☐ Sim ☐ Não

Em caso afirmativo, ela pretende permanecer em Massachusetts, mesmo que não tenha um endereço fixo? ☐ Sim ☐ Não

Caso contrário, ela está morando temporariamente fora de Massachusetts? ☐ Sim ☐ Não

A Pessoa 4 precisa de cobertura de saúde? ☐ Sim ☐ Não

A Pessoa 4 precisa de cobertura odontológica? ☐ Sim ☐ Não

Se a Pessoa 4 precisar de cobertura de saúde ou odontológica, responda a todas as perguntas abaixo.

Caso contrário, vá para a Etapa 3.

Qual foi o sexo da Pessoa 4 atribuído ao nascer? ☐ Masculino ☐ Feminino

Geralmente é o sexo originalmente indicado na certidão de nascimento dela.

OPCIONAL: O Health Connector está empenhado em fornecer atendimento equitativo a todos os membros, independentemente de raça, etnia, gênero, orientação sexual ou idioma falado. Responda a essas perguntas para nos ajudar a atender às suas necessidades linguísticas e culturais. Sua resposta é voluntária e não afetará sua elegibilidade ou será usada para fins discriminatórios.

Quais das opções abaixo melhor descrevem a identidade de gênero atual da Pessoa 4? Selecione até cinco opções.

▪ *Identidade de gênero consiste em como uma pessoa define e compreende seu gênero como homem, mulher, não-binário, não-conformista, transgênero ou outra identidade de gênero.*

☐ Homem ☐ Mulher ☐ Homem transgênero/homem trans ☐ Mulher transgênero/mulher trans

☐ Gênero queer/não-conformista/não-binário/nem exclusivamente homem nem mulher

☐ A identidade de gênero não está listada. Especifique _____ ☐ Não sei ☐ Prefiro não responder

Dúvidas?

Acesse MAhealthconnector.org/pt ou ligue para **1-877-MA-ENROLL** (1-877-623-6765). Pessoas com deficiência auditiva ou de fala devem ligar para: 711 de segunda a sexta-feira, das 8h00 às 18h00. 8 de 13

Quais destas opções descreve a orientação sexual atual da Pessoa 4? Selecione até cinco opções.

▪ A orientação sexual descreve como uma pessoa define sua atração física e/ou emocional por outras pessoas.

- ☐ Heterossexual ☐ Gay ou lésbica ☐ Bissexual ☐ Queer, pansexual ou sem definição
☐ A orientação sexual não está listada. Especifique _____ ☐ Não sei ☐ Prefiro não responder

A Pessoa 4 é de origem ou descendência hispânica ou latina?

▪ *Hispânico ou latino refere-se a alguém de origem cubana, mexicana, porto-riquenha, sul-americana, centro-americana ou outra cultura ou origem espanhola, independentemente da raça.*

- ☐ Sim, hispânica ou latina ☐ Não, não hispânica ou latina ☐ Não sei ☐ Prefiro não responder

Qual é a raça da Pessoa 4 (opcional)? Você pode informar mais de uma raça.

▪ *Raça refere-se à autoidentificação de uma pessoa com um ou mais grupos sociais.*

- ☐ Indígena Americano ou Nativo do Alasca (Complete a Etapa 3) ☐ Negro ou Afro-americano ☐ Branco ☐ Não sei
☐ Asiático ☐ Nativo do Havaí ou de outras ilhas do Pacífico ☐ A raça não está listada aqui (especifique) ☐ Prefiro não responder

Qual é a etnia da Pessoa 4 (opcional)? Selecione as opções que melhor descrevem essa pessoa. Selecione todas as opções aplicáveis.

▪ *A etnia refere-se à sua origem, herança, cultura, ascendência ou ao país onde você ou sua família nasceram.*

- ☐ Africana ☐ Chinesa ☐ Hondurana ☐ Russa
☐ Afro-americana ☐ Colombiana ☐ Japonesa ☐ Salvadorenha
☐ Americana ☐ Cubana ☐ Coreana ☐ Sul-americana
☐ Indiana asiática ☐ Dominicana ☐ Laosiana/Lao ☐ Vietnamita
☐ Brasileira ☐ Leste Europeu ☐ Mexicana ☐ A etnia não está listada (especifique) _____
☐ Cambojano ☐ Europeia ☐ Oriente Médio ou Norte-africana ☐ Não sei
☐ Cape Verdeano ☐ Filipina ☐ Portuguesa ☐ Prefiro não responder
☐ Habitante das ilhas do Caribe ☐ Guatemalteca ☐ Portorriquenha
☐ Centro-Americana ☐ Haitiana

A Pessoa 4 é um cidadão americano ou tem nacionalidade americana? ☐ Sim ☐ Não

Em caso afirmativo, a Pessoa 4 é um cidadão naturalizado, por descendência ou por aquisição? ☐ Sim ☐ Não
Número de naturalização ou cidadania _____

Se a Pessoa 4 não for cidadão americano ou não tiver nacionalidade americana, ela tem um status imigratório elegível?

▪ *Para obter mais informações sobre os documentos de imigração aceitáveis, acesse MAhealthconnector.org/pt.*

- ☐ Sim. **Em caso afirmativo**, preencha as informações sobre o status dela e documentos abaixo:

Status imigratório _____

Tipo de documento de imigração _____

Número do documento, passaporte ou cartão _____

Data de validade do passaporte ou documento _____

Número de registro estrangeiro _____

Data de concessão do status _____

A Pessoa 4 mora nos EUA desde 22 de agosto de 1996? ☐ Sim ☐ Não

A Pessoa 4, o cônjuge ou os pais dela, são veteranos ou membros ativos do exército dos EUA? ☐ Sim ☐ Não

Dúvidas?

Acesse MAhealthconnector.org/pt ou ligue para **1-877-MA-ENROLL** (1-877-623-6765). Pessoas com deficiência auditiva ou de fala devem ligar para: 711 de segunda a sexta-feira, das 8h00 às 18h00. 9 de 13

ETAPA 3**Membros da família que são Indígenas Americanos ou Nativos do Alasca (AI/AN)**

Você ou alguém de sua família é Nativo americano ou Nativo do Alasca?

- ☐ Sim **Em caso afirmativo**, continue. Se precisar incluir mais pessoas, faça uma cópia desta página e anexe.
- ☐ Não **Caso contrário**, vá para a Etapa 4.

► Pessoa AI/AN 1

Nome Nome do meio Sobrenome Sufixo

É membro de uma tribo reconhecida pelo governo federal? ☐ Sim ☐ Não

Em caso afirmativo, informe o nome da tribo e afiliação estadual

► Pessoa AI/AN 2

Nome Nome do meio Sobrenome Sufixo

É membro de uma tribo reconhecida pelo governo federal? ☐ Sim ☐ Não

Em caso afirmativo, informe o nome da tribo e afiliação estadual

ETAPA 4**Acomodação razoável**

Alguém na sua família necessita de adaptações razoáveis devido a uma deficiência ou lesão? (Opcional)

- ☐ Sim ☐ Não **Em caso afirmativo**, preencha a seção “Acomodações” na página 13.

ETAPA 5**Conte-nos sobre seu domicílio fiscal**

Você planeja apresentar uma declaração de imposto de renda federal no próximo ano?

- ☐ Não **Caso tenha respondido não**, vá para a Etapa 6.
- ☐ Sim **Em caso afirmativo**, liste todos os membros da família que serão incluídos em sua declaração de imposto de renda, bem como a relação fiscal deles com você. Se precisar incluir mais pessoas, faça uma cópia desta página e anexe. Escolha entre os seguintes termos de relação fiscal:
- (Declarante) Chefe da família ou viúvo(a) qualificado(a)
 - (Declarante) Casado, declarando em conjunto com o cônjuge
 - (Declarante) Casado, declarando separadamente
 - Dependente

Você confirma que ninguém que esteja solicitando seguro saúde nesta solicitação está encarcerado (detido ou preso). Se alguém neste domicílio estiver preso, escreva o nome dessa pessoa e marque uma das seguintes opções:

_____ está na cadeia.

Essa pessoa está aguardando julgamento? ☐ Sim ☐ Não

► Domicílio fiscal da Pessoa 1 (a pessoa que está preenchendo este formulário)

Nome Nome do meio Sobrenome Sufixo

Relação fiscal:

► Domicílio fiscal da Pessoa 2

Nome Nome do meio Sobrenome Sufixo

Relação fiscal:

Dúvidas?

Acesse MAhealthconnector.org/pt ou ligue para **1-877-MA-ENROLL** (1-877-623-6765). Pessoas com deficiência auditiva ou de fala devem ligar para: 711 de segunda a sexta-feira, das 8h00 às 18h00. 10 de 13

ETAPA 5**Conte-nos sobre seu domicílio fiscal** *(continuação)***► Domicílio fiscal da Pessoa 3**

Nome	Nome do meio	Sobrenome	Sufixo
------	--------------	-----------	--------

Relação fiscal:

► Domicílio fiscal da Pessoa 4

Nome	Nome do meio	Sobrenome	Sufixo
------	--------------	-----------	--------

Relação fiscal:

ETAPA 6**Leia e assine esta solicitação.****Direitos e responsabilidades**

Esta solicitação será usada para determinar a elegibilidade para cuidados de saúde não subsidiados administrados através do Commonwealth de Massachusetts.

1. O Massachusetts Health Connector obterá quaisquer registros ou dados para comprovar qualquer informação fornecida nesta solicitação ou suplementos, ou ainda qualquer informação que você fornecer ao se tornar membro e para apoiar a elegibilidade contínua.
2. O Massachusetts Health Connector pode obter registros ou dados de fontes e programas de dados federais e estaduais, como Social Security Administration (Previdência Social), o Department of Homeland Security (Departamento de Segurança Nacional), e o Registry of Motor Vehicles (Registro de veículos motorizados), para comprovar qualquer informação fornecida nesta solicitação ou outras informações quando um indivíduo se torna membro e para apoiar a elegibilidade contínua. Manteremos todos os registros e dados fornecidos em sigilo, e só os utilizaremos e divulgaremos de acordo com a lei vigente.
3. Você declara ter o consentimento e a autorização de todos os indivíduos listados na solicitação ou, se aplicável, de seus pais, tutores ou representantes legalmente autorizados e conforme permitido por quaisquer documentos legais que você tenha enviado com esta solicitação, para agir em nome deles para finalizar esta solicitação e qualquer processo e atividade de elegibilidade em andamento ou subsequente.
4. Você está ciente dos seus direitos e responsabilidades e dos direitos e responsabilidades de todas as pessoas incluídas nesta solicitação, conforme explicado nesta página de assinatura.
5. Você declara que informou ou que informará essas pessoas sobre tais direitos e responsabilidades, e as pessoas em nome das quais você está assinando também estão cientes de seus direitos e responsabilidades.
6. Você entende e concorda que o Health Connector considerará assinaturas eletrônicas, via fax ou cópias das mesmas como legítimas, com a mesma força e efeito da assinatura original.
7. Você declara que as informações fornecidas sobre você e outros membros de seu domicílio listados nesta solicitação estão corretas e completas.
8. Você estará sujeito a penalidades nos âmbitos das leis federais caso, intencionalmente, tenha fornecido informações falsas ou não verdadeiras.

Dúvidas?

Acesse MAhealthconnector.org/pt ou ligue para **1-877-MA-ENROLL** (1-877-623-6765). Pessoas com deficiência auditiva ou de fala devem ligar para: 711 de segunda a sexta-feira, das 8h00 às 18h00. 11 de 13

ETAPA 6**Leia e assine esta solicitação** *(continuação)***Assine esta solicitação.**

Ao assinar abaixo, você certifica, sob pena de perjúrio, que as declarações feitas nesta solicitação são verdadeiras e completas de acordo com o seu conhecimento, e que concorda em aceitar e cumprir os Direitos e Responsabilidades acima.

A pessoa que preencheu a Etapa 1 deve assinar esta solicitação. Se você for um Representante autorizado, poderá assinar aqui, desde que tenha preenchido o formulário de Designação de representante autorizado (ARD).

Assinatura

Data (mês/dia/ano)

ETAPA 7**Envie a solicitação preenchida pelo correio.**

- Envie sua solicitação assinada para:

Health Connector Processing Center
P. O. Box 4404
Taunton, MA 02780

Por FAX: 617-887-8745

Apêndice A**Obtenha ajuda para preencher esta solicitação.****Você pode escolher um Representante autorizado.**

Você pode dar permissão a uma pessoa de confiança para falar sobre essa solicitação conosco, ver suas informações e agir em seu nome nos assuntos relacionados a essa solicitação, inclusive obter informações sobre sua solicitação e assiná-la em seu nome. Essa pessoa é chamada de "Representante autorizado". Se quiser ter um representante autorizado, faça o download do formulário de Designação de representante autorizado (ARD) em nosso site **MAhealthconnector.org/pt** ou ligue para o Atendimento ao Cliente no número **1-877-MA-ENROLL**.

Somente para assistentes de inscrição

Preencha esta seção se você for um Assistente de inscrição e estiver preenchendo esta solicitação para outra pessoa. Os Navigators devem preencher um formulário de Designação do Navigator, caso ainda não o tenham feito. Os Consultores de solicitações certificados devem preencher o formulário de Designação do consultor de solicitação certificado caso ainda não o tenham feito.

Data (mês/dia/ano)

Marque uma opção:

☐ Navigator☐ Consultor de Solicitações Certificado

Nome

Nome do meio

Sobrenome

Sufixo

Nome da organização

Número de identificação da organização

Dúvidas?

Acesse **MAhealthconnector.org/pt** ou ligue para **1-877-MA-ENROLL** (1-877-623-6765). Pessoas com deficiência auditiva ou de fala devem ligar para: 711 de segunda a sexta-feira, das 8h00 às 18h00. 12 de 13

Se você respondeu **Sim na Etapa 4**, sobre você ou qualquer membro da sua família que precise de acomodações razoáveis devido a uma deficiência ou lesão, marque todas as opções aplicáveis e liste os nomes abaixo.

Transtorno

- ☐ Cegueira — Nomes: _____
- ☐ Surdez — Nomes: _____
- ☐ Deficiência de desenvolvimento — Nomes: _____
- ☐ Deficiência auditiva — Nomes: _____
- ☐ Deficiência intelectual — Nomes: _____
- ☐ Pouca visão — Nomes: _____
- ☐ Deficiência física — Nomes: _____
- ☐ Outra resposta (Explique _____) — Nomes: _____

Acomodação

- ☐ Intérprete da língua de sinais americana (LSA) — Nomes: _____
- ☐ Dispositivo de escuta assistiva — Nomes: _____
- ☐ Traduções em tempo real para acesso à comunicação (CART) — Nomes: _____
- ☐ Publicação impressa em letras grandes — Nomes: _____
- ☐ Publicações em Braille — Nomes: _____
- ☐ Publicações em formato eletrônico — Nomes: _____
- ☐ Telefone por texto (TDD/TTY) — Nomes: _____
- ☐ Serviço de retransmissão de vídeo (VRS) — Nomes: _____
- ☐ Outra resposta (Explique _____) — Nomes: _____