

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 a un esposo o esposa, un niño menor de 26 años o un niño mayor de 25 años si tienen alguna discapacidad.

Solicite más rápido por Internet.

Solicite más rápido por Internet en **MAhealthconnector.org/es**.

Obtenga ayuda con esta solicitud:

- Visite **MAhealthconnector.org/es**.
- Llame a nuestro equipo de Servicios al Cliente al **1-877-MA-ENROLL** (1-877-623-6765) o al número de TTY: 711.
- **En persona:** es posible que haya consejeros en su área que puedan ayudar. Visite **MAhealthconnector.org/es** para obtener más información.
- **In English:** Call our 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 Servicios al Cliente qué idioma necesita. Le conseguiremos ayuda gratis.

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

Cómo enviar la solicitud:

Envíe su solicitud completada y firmada a:
Health Connector Processing Center
P. O. Box 4404
Taunton, MA 02780
o envíela por fax al **617-887-8745**.

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

Obtenga ayuda para pagar el seguro:

Necesita usar otra solicitud para obtener ayuda con los costos. Usted podría ser elegible para:

- Un crédito fiscal que puede ayudar a pagar sus cuotas de cobertura de seguro de salud.
- Un plan de seguro de salud gratuito o de bajo costo de MassHealth.
- Usted podría ser elegible para un programa gratuito o de bajo costo, incluso si tiene ingresos de hasta \$128,600 al año (para una familia de 4 personas).

Si no está seguro para qué es elegible, vaya a **MAhealthconnector.org/es** y solicite por Internet.

PASO 1**Cuéntenos sobre usted.**

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

PERSONA 1

Asegúrese de responder todas las preguntas y llenar todas las partes de esta solicitud.

Primer nombre Segundo nombre Apellido Sufijo

Dirección del **hogar** (No P.O. 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 que la dirección del hogar. Número de la unidad o del apartamento

Ciudad Estado Código postal Condado

¿Es usted un residente de Massachusetts? ☐ Sí ☐ No

Si respondió que sí, ¿tiene pensado permanecer en Massachusetts, aunque no tenga una dirección fija?

☐ Sí ☐ No

Si respondió que no, ¿vive usted temporalmente fuera de Massachusetts? ☐ Sí ☐ No

Número de teléfono preferido Otro número de teléfono
☐ Hogar ☐ Trabajo ☐ Celular ☐ Hogar ☐ Trabajo ☐ Celular

Dirección de correo electrónico:

¿Desea recibir información sobre esta solicitud por correo electrónico? ☐ Sí ☐ No

Idioma en que prefiere hablar (si no es inglés) Idioma en que prefiere escribir (si no es inglés)

¿Necesita cobertura de salud? ☐ Sí ☐ No ¿Necesita cobertura dental? ☐ Sí ☐ No

Si usted necesita cobertura de salud o dental, responda todas las preguntas a continuación.

Si no necesita, vaya al Paso 2 en la página 4.

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

Si usted no tiene un número de Seguro Social, elija uno de los siguientes motivos:

☐ Excepción por enfermedad ☐ Excepción por no ser ciudadano
☐ Acabo de solicitar ☐ Excepción religiosa

Necesitamos los números de Seguro Social (SSN) de todas las personas que quieran cobertura. Usamos los SSN para verificar la ciudadanía. Si alguna persona no tiene un SSN, visite [socalsecurity.gov](https://www.socalsecurity.gov) o llame al 1-800-772-1213.

Fecha de nacimiento (mes/día/año)

¿Qué sexo se le asignó al nacer? ☐ Masculino ☐ Femenino

Este suele ser el sexo que figura originalmente en su certificado de nacimiento.

OPCIONAL: Health Connector se compromete a proporcionar cuidados equitativos a todos los miembros, sin distinción de raza, grupo étnico, género, orientación sexual o idioma hablado. Proporcionarnos esta información nos ayuda a satisfacer sus necesidades lingüísticas y culturales. Su respuesta es voluntaria y no afectará su elegibilidad ni se usará con fines discriminatorios.

¿Qué opción describe mejor su identidad de género actual? Seleccione hasta cinco opciones. (Opcional)

▪ La identidad de género es cómo una persona define y entiende su género como hombre, mujer, no binario, género no conforme, transgénero o cualquier otra cosa.

☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Hombre transgénero/hombre trans ☐ Mujer transgénero/mujer trans
☐ Genderqueer/género no conforme/no binario/ni exclusivamente masculino ni exclusivamente femenino
☐ La identidad de género no está listada. Especifique _____ ☐ No sé ☐ Elijo no responder

¿Preguntas?

Visite **MAhealthconnector.org/es** o llame al **1-877-MA-ENROLL** (1-877-623-6765)
o al número de TTY: 711, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m.

2 de 13

¿Cuál de estas opciones describe su orientación sexual actual? Seleccione hasta cinco opciones. (Opcional)

▪ La orientación sexual describe cómo una persona define su atracción física y/o emocional hacia los demás.

- ☐ Heterosexual ☐ Lesbiana o gay ☐ Bisexual ☐ Queer, pansexual o cuestionándose
☐ La orientación sexual no está listada. Especifique _____ ☐ No sé ☐ Elijo no responder

¿Es usted de origen o descendencia hispana o latina? (Opcional)

▪ Hispano o latino se refiere a una persona de cultura u origen cubano, mexicano, puertorriqueño, sudamericano o centroamericano, o de otra cultura u origen español, independientemente de la raza.

- ☐ Sí, hispano o latino ☐ No, ni hispano ni latino ☐ No sabe ☐ Elijo no responder

¿Cuál es su raza? Puede marcar varias razas. (Opcional)

▪ La raza se refiere a la autoidentificación de una persona con uno o más grupos sociales.

- ☐ Indígena americano o nativo de Alaska (Complete el Paso 3) ☐ Negro o afroamericano ☐ Blanco ☐ No sé
☐ Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico ☐ La raza no está listada aquí (especifique) ☐ Elijo no responder
☐ Asiático _____

¿Cuál es su grupo étnico? Elija las opciones que lo describan mejor. Seleccione todas las que correspondan. (Opcional)

▪ El grupo étnico se refiere a su origen, herencia, cultura, ascendencia o al país donde nacieron usted o su familia.

- | | | | |
|--|---|---|--|
| ☐ Africano | ☐ Chino | ☐ Hondureño | ☐ Ruso |
| ☐ Afroamericano | ☐ Colombiano | ☐ Japonés | ☐ Salvadoreño |
| ☐ Americano | ☐ Cubano | ☐ Coreano | ☐ Sudamericano |
| ☐ Indio asiático | ☐ Dominicano | ☐ Laosiano/Lao | ☐ Vietnamita |
| ☐ Brasileño | ☐ Europeo del Este | ☐ Mexicano | ☐ El grupo étnico no está listado (especifique) _____ |
| ☐ Camboyano | ☐ Europeo | ☐ De Medio Oriente o norte de África | |
| ☐ Caboverdiano | ☐ Filipino | ☐ Portugués | ☐ No sé |
| ☐ Isleño del Caribe | ☐ Guatemalteco | ☐ Puertorriqueño | ☐ Elijo no responder |
| ☐ Centroamericano | ☐ Haitiano | | |

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

Si respondió que sí, ¿es usted ciudadano por naturalización, derivación o adquisición? ☐ Sí ☐ No

Número de naturalización o de ciudadanía _____

Si usted no es ciudadano de EE. UU. ni nacional de EE. UU., ¿tiene un estatus migratorio elegible?

▪ Para obtener más información sobre los documentos de inmigración aceptables, vaya a MAhealthconnector.org/es.

☐ Sí. **Si respondió que sí,** llene con la información sobre su estatus migratorio y documentos a continuación:

Estatus migratorio _____ Tipo de documento de inmigración _____

Número de documento, pasaporte o tarjeta _____

Fecha de vencimiento del pasaporte o documento _____

Número de extranjero _____ Fecha de adjudicación de estatus _____

¿Ha vivido usted en EE. UU. desde el 22 de agosto de 1996? ☐ Sí ☐ No

¿Es usted o su cónyuge o padre/madre veterano militar o miembro en servicio activo de las fuerzas armadas de EE. UU.? ☐ Sí ☐ No

PASO 2

Cuéntenos sobre cualquier otra persona que necesite cobertura de seguro de salud o dental. Si va a 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 de Seguro Social (SSN)	Fecha de nacimiento (mes/día/año)
-------------------------------	-----------------------------------

¿Tiene la Persona 2 la misma dirección del hogar y postal que la Persona 1? ☐ Sí ☐ No

Si respondió que no, escriba la dirección:

Dirección del hogar (No P.O. box)	Marque aquí ☐ si la Persona 2 no tiene hogar.	Número de la unidad o del apartamento
--	--	---------------------------------------

Ciudad	Estado	Código postal	Condado
--------	--------	---------------	---------

Dirección postal	Marque aquí ☐ si es la misma que la dirección del hogar.	Número de la unidad o del apartamento
-------------------------	---	---------------------------------------

Ciudad	Estado	Código postal	Condado
--------	--------	---------------	---------

¿Es la Persona 2 un residente de Massachusetts? ☐ Sí ☐ No

Si respondió que sí, ¿tiene esta persona pensado permanecer en Massachusetts, aunque no tenga una dirección fija? ☐ Sí ☐ No

Si respondió que no, ¿vive esta persona temporalmente fuera de Massachusetts? ☐ Sí ☐ No

¿Necesita la Persona 2 cobertura de salud? ☐ Sí ☐ No

¿Necesita la Persona 2 cobertura de dental? ☐ Sí ☐ No

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

Si no necesita, vaya a la Persona 3 o al Paso 3.

¿Qué sexo se le asignó a la Persona 2 al nacer? ☐ Masculino ☐ Femenino

Este suele ser el sexo que figura originalmente en el certificado de nacimiento de la persona.

OPCIONAL: Health Connector se compromete a proporcionar cuidados equitativos a todos los miembros, sin distinción de raza, grupo étnico, género, orientación sexual o idioma hablado. Complete estas preguntas para ayudarnos a satisfacer sus necesidades lingüísticas y culturales. Su respuesta es voluntaria y no afectará su elegibilidad ni se usará con fines discriminatorios.

¿Qué opción describe mejor la identidad de género actual de la Persona 2? Seleccione hasta cinco opciones.

▪ La identidad de género es cómo una persona define y entiende su género como hombre, mujer, no binario, género no conforme, transgénero o cualquier otra cosa.

☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Hombre transgénero/hombre trans ☐ Mujer transgénero/mujer trans

☐ Genderqueer/género no conforme/no binario/ni exclusivamente masculino ni exclusivamente femenino

☐ La identidad de género no está listada. Especifique _____ ☐ No sé ☐ Elijo no responder

¿Preguntas?

Visite **MAhealthconnector.org/es** o llame al **1-877-MA-ENROLL** (1-877-623-6765) o al número de TTY: 711, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m.

4 de 13

¿Cuál de estas opciones describe la orientación sexual actual de la Persona 2? Seleccione hasta cinco opciones.

▪ La orientación sexual describe cómo una persona define su atracción física y/o emocional hacia los demás.

- ☐ Heterosexual ☐ Lesbiana o gay ☐ Bisexual ☐ Queer, pansexual o cuestionándose
☐ La orientación sexual no está listada. Especifique _____ ☐ No sé ☐ Elijo no responder

¿Es la Persona 2 de origen o descendencia hispana o latina?

▪ Hispano o latino se refiere a una persona de cultura u origen cubano, mexicano, puertorriqueño, sudamericano o centroamericano, o de otra cultura u origen español, independientemente de la raza.

- ☐ Sí, hispano o latino ☐ No, ni hispano ni latino ☐ No sabe ☐ Elijo no responder

¿Cuál es la raza de la Persona 2? (Opcional) Puede marcar varias razas.

▪ La raza se refiere a la autoidentificación de una persona con uno o más grupos sociales.

- ☐ Indígena americano o nativo de Alaska (Complete el Paso 3) ☐ Negro o afroamericano ☐ Blanco ☐ No sé
☐ Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico ☐ La raza no está listada aquí (especifique) ☐ Elijo no responder
☐ Asiático _____

¿Cuál es el grupo étnico de la Persona 2? (Opcional) Elija las opciones que mejor describan a esta persona. Seleccione todas las que correspondan.

▪ El grupo étnico se refiere a su origen, herencia, cultura, ascendencia o al país donde nacieron usted o su familia.

- | | | | |
|--|---|---|--|
| ☐ Africano | ☐ Chino | ☐ Hondureño | ☐ Ruso |
| ☐ Afroamericano | ☐ Colombiano | ☐ Japonés | ☐ Salvadoreño |
| ☐ Americano | ☐ Cubano | ☐ Coreano | ☐ Sudamericano |
| ☐ Indio asiático | ☐ Dominicano | ☐ Laosiano/Lao | ☐ Vietnamita |
| ☐ Brasileño | ☐ Europeo del Este | ☐ Mexicano | ☐ El grupo étnico no está listado (especifique) _____ |
| ☐ Camboyano | ☐ Europeo | ☐ De Medio Oriente o norte de África | |
| ☐ Caboverdiano | ☐ Filipino | ☐ Portugués | ☐ No sé |
| ☐ Isleño del Caribe | ☐ Guatemalteco | ☐ Puertorriqueño | ☐ Elijo no responder |
| ☐ Centroamericano | ☐ Haitiano | | |

¿Es la Persona 2 ciudadana de EE. UU. o nacional de EE. UU.? ☐ Sí ☐ No

Si respondió que sí, ¿es la Persona 2 ciudadana por naturalización, derivación o adquisición? ☐ Sí ☐ No
Número de naturalización o de ciudadanía _____

Si la Persona 2 no es ciudadana de EE. UU. ni nacional de EE. UU., ¿tiene un estatus migratorio elegible?

▪ Para obtener más información sobre los documentos de inmigración aceptables, vaya a MAhealthconnector.org/es.

☐ Sí. **Si respondió que sí,** llene con la información sobre el estatus migratorio y los documentos de esta persona a continuación:

Estatus migratorio _____ Tipo de documento de inmigración _____

Número de documento, pasaporte o tarjeta _____

Fecha de vencimiento del pasaporte o documento _____

Número de extranjero _____ Fecha de adjudicación de estatus _____

¿Ha vivido usted en EE. UU. desde el 22 de agosto de 1996? ☐ Sí ☐ No

¿Es usted o su cónyuge o padre/madre veterano militar o miembro en servicio activo de las fuerzas armadas de EE. UU.? ☐ Sí ☐ No

PASO 2**Cuéntenos sobre cualquier otra persona que necesite cobertura de seguro de salud o dental.** *(continuación)***PERSONA 3**

Primer nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo	Relación con la Persona 1
---------------	----------------	----------	--------	---------------------------

Número de Seguro Social (SSN)

Fecha de nacimiento (*mes/día/año*)¿Tiene la Persona 3 la misma dirección del hogar y postal que la Persona 1? ☐ Sí ☐ No**Si respondió que no**, escriba la dirección:

Dirección del hogar (No P.O. box)	Marque aquí ☐ si la Persona 3 no tiene hogar.	Número de la unidad o del apartamento	
--	--	---------------------------------------	--

Ciudad

Estado

Código postal

Condado

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

Número de la unidad o del apartamento

Ciudad

Estado

Código postal

Condado

¿Es la Persona 3 un residente de Massachusetts? ☐ Sí ☐ No**Si respondió que sí**, ¿tiene esta persona pensado permanecer en Massachusetts, aunque no tenga una dirección fija? ☐ Sí ☐ No**Si respondió que no**, ¿vive esta persona temporalmente fuera de Massachusetts? ☐ Sí ☐ No¿Necesita la Persona 3 cobertura de salud? ☐ Sí ☐ No¿Necesita la Persona 3 cobertura de dental? ☐ Sí ☐ No**Si la Persona 3 necesita cobertura de salud o dental**, responda todas las preguntas a continuación.**Si no necesita**, vaya a la Persona 4 o al Paso 3.¿Qué sexo se le asignó a la Persona 3 al nacer? ☐ Masculino ☐ Femenino

Este suele ser el sexo que figura originalmente en el certificado de nacimiento de la persona.

OPCIONAL: Health Connector se compromete a proporcionar cuidados equitativos a todos los miembros, sin distinción de raza, grupo étnico, género, orientación sexual o idioma hablado. Complete estas preguntas para ayudarnos a satisfacer sus necesidades lingüísticas y culturales. Su respuesta es voluntaria y no afectará su elegibilidad ni se usará con fines discriminatorios.

¿Qué opción describe mejor la identidad de género actual de la Persona 3? Seleccione hasta cinco opciones.

- La identidad de género es cómo una persona define y entiende su género como hombre, mujer, no binario, género no conforme, transgénero o cualquier otra cosa.

☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Hombre transgénero/hombre trans ☐ Mujer transgénero/mujer trans☐ Genderqueer/género no conforme/no binario/ni exclusivamente masculino ni exclusivamente femenino☐ La identidad de género no está listada. Especifique _____ ☐ No sé ☐ Elijo no responder**¿Preguntas?**Visite **MAhealthconnector.org/es** o llame al **1-877-MA-ENROLL** (1-877-623-6765)
o al número de TTY: 711, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m.

6 de 13

¿Cuál de estas opciones describe la orientación sexual actual de la Persona 3? Seleccione hasta cinco opciones.

▪ La orientación sexual describe cómo una persona define su atracción física y/o emocional hacia los demás.

- ☐ Heterosexual ☐ Lesbiana o gay ☐ Bisexual ☐ Queer, pansexual o cuestionándose
☐ La orientación sexual no está listada. Especifique _____ ☐ No sé ☐ Elijo no responder

¿Es la Persona 3 de origen o descendencia hispana o latina?

▪ Hispano o latino se refiere a una persona de cultura u origen cubano, mexicano, puertorriqueño, sudamericano o centroamericano, o de otra cultura u origen español, independientemente de la raza.

- ☐ Sí, hispano o latino ☐ No, ni hispano ni latino ☐ No sabe ☐ Elijo no responder

¿Cuál es la raza de la Persona 3? (Opcional) Puede marcar varias razas.

▪ La raza se refiere a la autoidentificación de una persona con uno o más grupos sociales.

- ☐ Indígena americano o nativo de Alaska (Complete el Paso 3) ☐ Negro o afroamericano ☐ Blanco ☐ No sé
☐ Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico ☐ La raza no está listada aquí (especifique) ☐ Elijo no responder
☐ Asiático _____

¿Cuál es el grupo étnico de la Persona 3? (Opcional) Elija las opciones que mejor describan a esta persona. Seleccione todas las que correspondan.

▪ El grupo étnico se refiere a su origen, herencia, cultura, ascendencia o al país donde nacieron usted o su familia.

- | | | | |
|--|---|---|--|
| ☐ Africano | ☐ Chino | ☐ Hondureño | ☐ Ruso |
| ☐ Afroamericano | ☐ Colombiano | ☐ Japonés | ☐ Salvadoreño |
| ☐ Americano | ☐ Cubano | ☐ Coreano | ☐ Sudamericano |
| ☐ Indio asiático | ☐ Dominicano | ☐ Laosiano/Lao | ☐ Vietnamita |
| ☐ Brasileño | ☐ Europeo del Este | ☐ Mexicano | ☐ El grupo étnico no está listado (especifique) _____ |
| ☐ Camboyano | ☐ Europeo | ☐ De Medio Oriente o norte de África | |
| ☐ Caboverdiano | ☐ Filipino | ☐ Portugués | ☐ No sé |
| ☐ Isleño del Caribe | ☐ Guatemalteco | ☐ Puertorriqueño | ☐ Elijo no responder |
| ☐ Centroamericano | ☐ Haitiano | | |

¿Es la Persona 3 ciudadana de EE. UU. o nacional de EE. UU.? ☐ Sí ☐ No

Si respondió que sí, ¿es la Persona 3 ciudadana por naturalización, derivación o adquisición? ☐ Sí ☐ No
Número de naturalización o de ciudadanía _____

Si la Persona 3 no es ciudadana de EE. UU. ni nacional de EE. UU., ¿tiene un estatus migratorio elegible?

▪ Para obtener más información sobre los documentos de inmigración aceptables, vaya a MAhealthconnector.org/es.

☐ Sí. **Si respondió que sí,** llene con la información sobre el estatus migratorio y los documentos de esta persona a continuación:

Estatus migratorio _____ Tipo de documento de inmigración _____

Número de documento, pasaporte o tarjeta _____

Fecha de vencimiento del pasaporte o documento _____

Número de extranjero _____ Fecha de adjudicación de estatus _____

¿Ha vivido usted en EE. UU. desde el 22 de agosto de 1996? ☐ Sí ☐ No

¿Es usted o su cónyuge o padre/madre veterano militar o miembro en servicio activo de las fuerzas armadas de EE. UU.? ☐ Sí ☐ No

PASO 2**Cuéntenos sobre cualquier otra persona que necesite cobertura de seguro de salud o dental.** *(continuación)***PERSONA 4**

Primer nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo	Relación con la Persona 1
---------------	----------------	----------	--------	---------------------------

Número de Seguro Social (SSN)

Fecha de nacimiento *(mes/día/año)*¿Tiene la Persona 4 la misma dirección del hogar y postal que la Persona 1? ☐ Sí ☐ No**Si respondió que no**, escriba la dirección:

Dirección del hogar (No P.O. box)	Marque aquí ☐ si la Persona 4 no tiene hogar.	Número de la unidad o del apartamento	
--	--	---------------------------------------	--

Ciudad

Estado

Código postal

Condado

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

Número de la unidad o del apartamento

Ciudad

Estado

Código postal

Condado

¿Es la Persona 4 un residente de Massachusetts? ☐ Sí ☐ No**Si respondió que sí**, ¿tiene esta persona pensado permanecer en Massachusetts, aunque no tenga una dirección fija? ☐ Sí ☐ No**Si respondió que no**, ¿vive esta persona temporalmente fuera de Massachusetts? ☐ Sí ☐ No¿Necesita la Persona 4 cobertura de salud? ☐ Sí ☐ No¿Necesita la Persona 4 cobertura de dental? ☐ Sí ☐ No**Si la Persona 4 necesita cobertura de salud o dental**, responda todas las preguntas a continuación.**Si no necesita**, vaya al Paso 3.¿Qué sexo se le asignó a la Persona 4 al nacer? ☐ Masculino ☐ Femenino

Este suele ser el sexo que figura originalmente en el certificado de nacimiento de la persona.

OPCIONAL: Health Connector se compromete a proporcionar cuidados equitativos a todos los miembros, sin distinción de raza, grupo étnico, género, orientación sexual o idioma hablado. Complete estas preguntas para ayudarnos a satisfacer sus necesidades lingüísticas y culturales. Su respuesta es voluntaria y no afectará su elegibilidad ni se usará con fines discriminatorios.

¿Qué opción describe mejor la identidad de género actual de la Persona 4? Seleccione hasta cinco opciones.

▪ La identidad de género es cómo una persona define y entiende su género como hombre, mujer, no binario, género no conforme, transgénero o cualquier otra cosa.

☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Hombre transgénero/hombre trans ☐ Mujer transgénero/mujer trans☐ Genderqueer/género no conforme/no binario/ni exclusivamente masculino ni exclusivamente femenino☐ La identidad de género no está listada. Especifique _____ ☐ No sé ☐ Elijo no responder**¿Preguntas?**

Visite **MAhealthconnector.org/es** o llame al **1-877-MA-ENROLL** (1-877-623-6765)
o al número de TTY: 711, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m.

8 de 13

¿Cuál de estas opciones describe la orientación sexual actual de la Persona 4? Seleccione hasta cinco opciones.

▪ La orientación sexual describe cómo una persona define su atracción física y/o emocional hacia los demás.

- ☐ Heterosexual ☐ Lesbiana o gay ☐ Bisexual ☐ Queer, pansexual o cuestionándose
☐ La orientación sexual no está listada. Especifique _____ ☐ No sé ☐ Elijo no responder

¿Es la Persona 4 de origen o descendencia hispana o latina?

▪ Hispano o latino se refiere a una persona de cultura u origen cubano, mexicano, puertorriqueño, sudamericano o centroamericano, o de otra cultura u origen español, independientemente de la raza.

- ☐ Sí, hispano o latino ☐ No, ni hispano ni latino ☐ No sabe ☐ Elijo no responder

¿Cuál es la raza de la Persona 4? (Opcional) Puede marcar varias razas.

▪ La raza se refiere a la autoidentificación de una persona con uno o más grupos sociales.

- ☐ Indígena americano o nativo de Alaska (Complete el Paso 3) ☐ Negro o afroamericano ☐ Blanco ☐ No sé
☐ Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico ☐ La raza no está listada aquí (especifique) ☐ Elijo no responder
☐ Asiático _____

¿Cuál es el grupo étnico de la Persona 4? (Opcional) Elija las opciones que mejor describan a esta persona. Seleccione todas las que correspondan.

▪ El grupo étnico se refiere a su origen, herencia, cultura, ascendencia o al país donde nacieron usted o su familia.

- | | | | |
|--|---|---|--|
| ☐ Africano | ☐ Chino | ☐ Hondureño | ☐ Ruso |
| ☐ Afroamericano | ☐ Colombiano | ☐ Japonés | ☐ Salvadoreño |
| ☐ Americano | ☐ Cubano | ☐ Coreano | ☐ Sudamericano |
| ☐ Indio asiático | ☐ Dominicano | ☐ Laosiano/Lao | ☐ Vietnamita |
| ☐ Brasileño | ☐ Europeo del Este | ☐ Mexicano | ☐ El grupo étnico no está listado (especifique) _____ |
| ☐ Camboyano | ☐ Europeo | ☐ De Medio Oriente o norte de África | |
| ☐ Caboverdiano | ☐ Filipino | ☐ Portugués | ☐ No sé |
| ☐ Isleño del Caribe | ☐ Guatemalteco | ☐ Puertorriqueño | ☐ Elijo no responder |
| ☐ Centroamericano | ☐ Haitiano | | |

¿Es la Persona 4 ciudadana de EE. UU. o nacional de EE. UU.? ☐ Sí ☐ No

Si respondió que sí, ¿es la Persona 4 ciudadana por naturalización, derivación o adquisición? ☐ Sí ☐ No
Número de naturalización o de ciudadanía _____

Si la Persona 4 no es ciudadana de EE. UU. ni nacional de EE. UU., ¿tiene un estatus migratorio elegible?

▪ Para obtener más información sobre los documentos de inmigración aceptables, vaya a MAhealthconnector.org/es.

☐ Sí. **Si respondió que sí,** llene con la información sobre el estatus migratorio y los documentos de esta persona a continuación:

Estatus migratorio _____ Tipo de documento de inmigración _____

Número de documento, pasaporte o tarjeta _____

Fecha de vencimiento del pasaporte o documento _____

Número de extranjero _____ Fecha de adjudicación de estatus _____

¿Ha vivido usted en EE. UU. desde el 22 de agosto de 1996? ☐ Sí ☐ No

¿Es usted o su cónyuge o padre/madre veterano militar o miembro en servicio activo de las fuerzas armadas de EE. UU.? ☐ Sí ☐ No

PASO 3**Miembros de la familia indígenas americanos o nativos de Alaska (AI/AN)**

¿Es usted o alguna persona de su familia indígena americano o nativo de Alaska?

- ☐ Sí **Si respondió que sí**, continúe. Si va a incluir a más personas, haga una copia de esta página y adjúntela.
☐ No **Si respondió que no**, vaya al Paso 4.

► Persona 1 AI/AN

Primer nombre Segundo nombre Apellido Sufijo

¿Es miembro de una tribu reconocida por el gobierno federal? ☐ Sí ☐ No **Si respondió que sí**, escriba el nombre de la tribu y afiliación estatal

► Persona 2 AI/AN

Primer nombre Segundo nombre Apellido Sufijo

¿Es miembro de una tribu reconocida por el gobierno federal? ☐ Sí ☐ No **Si respondió que sí**, escriba el nombre de la tribu y afiliación estatal

PASO 4**Adaptaciones razonables**

¿Necesita alguna persona del hogar adaptaciones razonables debido a una discapacidad o lesión? (Opcional)

- ☐ Sí ☐ No **Si respondió que sí**, complete la sección “Adaptaciones” en la página 13.

PASO 5**Cuéntenos sobre su hogar fiscal**

¿Planea presentar una declaración de impuestos federales el año que viene?

- ☐ No **Si respondió que no**, vaya al Paso 6.
☐ Sí **Si respondió que sí**, escriba los nombres de todos los miembros de la familia que incluirá en su declaración de impuestos, así como la relación fiscal que tienen con usted. Si va a incluir a más personas, haga una copia de esta página y adjúntela.

Elija entre los siguientes términos de relaciones fiscales a continuación:

- (Declarante fiscal) Jefe de familia o cónyuge sobreviviente calificado
- (Declarante fiscal) Casado(a) que presenta una declaración conjunta
- (Declarante fiscal) Casado(a) que presenta una declaración por separado
- Dependiente fiscal

Usted confirma que ninguna de las personas que solicitan seguro de salud en esta solicitud está recluida (detenida o en la cárcel). Si alguna persona de este hogar está en la cárcel, escriba su nombre y marque una de las siguientes opciones:

_____ está en la cárcel.

¿Está esta persona a la espera de juicio? ☐ Sí ☐ No

► Persona 1 del hogar fiscal (La persona que llena esta solicitud)

Primer nombre Segundo nombre Apellido Sufijo

Relación fiscal:

► Persona 2 del hogar fiscal

Primer nombre Segundo nombre Apellido Sufijo

Relación fiscal:

¿Preguntas?

Visite MAhealthconnector.org/es o llame al **1-877-MA-ENROLL** (1-877-623-6765)
o al número de TTY: 711, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m.

10 de 13

PASO 5**Cuéntenos sobre su hogar fiscal** *(continuación)***► Persona 3 del hogar fiscal**

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

Relación fiscal:

► Persona 4 del hogar fiscal

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

Relación fiscal:

PASO 6**Lea esta solicitud y fírmela.****Derechos y responsabilidades**

Esta solicitud se usará para determinar su elegibilidad para los cuidados de salud sin subsidio administrados a través de Commonwealth of Massachusetts.

1. Massachusetts Health Connector podría obtener cualquier registro o información para comprobar la información proporcionada en esta solicitud y en cualquier suplemento, u otra información que proporcione una vez que sea miembro, y para respaldar la elegibilidad continua.
2. Massachusetts Health Connector podría obtener registros o información de programas y fuentes de datos federales y estatales, tales como la Administración del Seguro Social, el Departamento de Seguridad Nacional y el Registro de Vehículos Motorizados, para verificar cualquier información que se dio en esta solicitud u otra información una vez que una persona se haga miembro, y para respaldar la elegibilidad continua. Mantendremos privados todos los registros y datos que se nos proporcionaron y solo los usaremos y divulgaremos de acuerdo con la ley aplicable.
3. Usted tiene el consentimiento y la autorización de todas las personas que se incluyen en la solicitud o, si corresponde, sus padres, tutor o representante autorizado legalmente y, tal como lo permite cualquier documento legal que haya presentado con esta solicitud, para actuar en su nombre para completar esta solicitud y para cualquier otro proceso y actividad de elegibilidad en curso o posterior.
4. Usted entiende sus derechos y responsabilidades, así como los derechos y responsabilidades de todas las personas para las que presenta esta solicitud, tal como se explica en esta página de firmas.
5. Usted ha informado o informará a todas esas personas por las que usted firma sobre esos derechos y responsabilidades, y dichas personas también entienden esos derechos y responsabilidades.
6. Usted entiende y acepta que Health Connector tratará las firmas electrónicas y las firmas enviadas por fax o las copias de firmas con la misma importancia y validez que las firmas originales.
7. La información que usted ha proporcionado es correcta y está completa de acuerdo al conocimiento que usted tiene sobre usted y otros miembros de su hogar.
8. Usted podría estar sujeto a sanciones según las leyes federales si proporciona información falsa intencionalmente.

PASO 6**Lea esta solicitud y fírmela** *(continuación)***Firme esta solicitud.**

Al firmar a continuación, usted certifica bajo pena de sanciones y perjurio que la información que ingresó en esta solicitud es cierta y está completa de acuerdo a su conocimiento, y que usted se compromete a aceptar y a cumplir con los derechos y responsabilidades arriba mencionados.

La persona que llenó el Paso 1 debe firmar esta solicitud. Si usted es un representante autorizado, puede firmar aquí, siempre y cuando haya completado un formulario de designación de representante autorizado (ARD) por separado.

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

PASO 7**Envíe por correo postal la solicitud completada.**

- Envíe por correo postal la solicitud firmada a la dirección siguiente:

Health Connector Processing Center
P. O. Box 4404
Taunton, MA 02780
FAX: 617-887-8745

Apéndice A**Obtenga ayuda para completar esta solicitud.****Usted puede elegir un representante autorizado.**

Puede autorizar a una persona de confianza para que hable con nosotros sobre esta solicitud, para que vea su información y actúe en su nombre en cuestiones relacionadas con esta solicitud. Esta autorización incluye obtener datos sobre su solicitud y firmarla en su nombre. Esta persona recibe el nombre de “representante autorizado”. Si quiere tener un representante autorizado, descargue el Formulario de designación de representante autorizado (ARD) de nuestro sitio web en **MAhealthconnector.org/es** o llame a Servicios al Cliente al **1-877-MA-ENROLL**.

Solo para asistentes de inscripción

Complete esta sección si usted es un asistente de inscripción y está llenando esta solicitud en nombre de otra persona. Los navegadores deben llenar un Formulario de designación de navegador, si es que ya no se hizo. Los Consejeros de solicitud certificados deben llenar un Formulario de designación de Consejero de solicitud certificado, si es que ya no se hizo.

Fecha (mes/día/año)	Marque una opción: ☐ Navegador ☐ Consejero de solicitud certificado		
Primer nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo
Nombre de la organización			
Número de identificación de la organización			

¿Preguntas?

Visite **MAhealthconnector.org/es** o llame al **1-877-MA-ENROLL** (1-877-623-6765)
o al número de TTY: 711, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m.

12 de 13

Si respondió que **sí en el Paso 4** sobre usted o cualquier miembro del hogar que necesita adaptaciones razonables debido a una discapacidad o lesión, marque todas las opciones que correspondan y escriba los nombres a continuación.

Discapacidad

- ☐ Ceguera — Nombres: _____
- ☐ Sordera — Nombres: _____
- ☐ Discapacidad del desarrollo — Nombres: _____
- ☐ Dificultad auditiva — Nombres: _____
- ☐ Discapacidad intelectual — Nombres: _____
- ☐ Visión reducida — Nombres: _____
- ☐ Discapacidad física — Nombres: _____
- ☐ Otra (Explique _____) — Nombres: _____

Adaptaciones

- ☐ Intérprete de lenguaje de señas estadounidense (ASL) — Nombres: _____
- ☐ Dispositivo de ayuda auditiva — Nombres: _____
- ☐ Traducciones del servicio de acceso a la comunicación en tiempo real (CART) — Nombres: _____
- ☐ Publicaciones en letras grandes — Nombres: _____
- ☐ Publicaciones en braille — Nombres: _____
- ☐ Publicaciones en formato electrónico — Nombres: _____
- ☐ Teléfono de texto (TDD/TTY) — Nombres: _____
- ☐ Servicios de retransmisión por video (VRS) — Nombres: _____
- ☐ Otra (Explique _____) — Nombres: _____