

Solicitud para una reducción o exención de la cuota



Use este formulario si usted:

- Es elegible o está inscrito(a) en un plan de ConnectorCare;
- Ha tenido dificultades financieras extremas como las que se indican en la **Parte 3**; y
- Quiere saber si es elegible para una reducción o exención de su cuota del seguro mensual.

Si usted es elegible, es posible que pueda obtener una reducción (pagar un costo más bajo) o exención (pagar \$0 mensuales) de su cuota por hasta 12 meses. Esto podría aplicarse al dinero que ya debe a Health Connector o al dinero que podría deber de cuotas futuras.

PARTE 1

Cuéntenos sobre usted

Nombre (*nombre, segundo nombre, apellido*): _____

Fecha de nacimiento

Últimos 4 dígitos del SSN: ____ _

Número de teléfono

Dirección postal

Ciudad

Estado

Código postal/ZIP

ID de miembro (ID de 12 dígitos que está en sus cartas de elegibilidad e inscripción): _____

PARTE 2

Cuéntenos sobre su pedido

Yo pido (**marque todo lo aplicable**):

Reducción del costo de las cuotas futuras

Reducción del costo de las cuotas atrasadas

Exención de las cuotas futuras

Exención de las cuotas atrasadas

El monto de la cuota que puedo pagar por mes es: \$ _____

PARTE 3

Cuéntenos sobre su dificultad

Solicito una reducción o exención porque una o más de las situaciones que se describen a continuación me corresponden a mí y a mi familia y puedo proporcionar las pruebas necesarias (**marque todo lo aplicable**):

Soy una persona sin hogar o mis gastos esenciales han aumentado en los últimos **6 meses** por violencia doméstica. **Comprobantes (evidencia): No se necesitan**

Al menos una de las siguientes afirmaciones es verdadera:

- Recibí un aviso de cancelación de una empresa de servicios públicos (gas, electricidad, aceite, agua o teléfono) en los últimos **60 días**; **o**
- Uno de mis servicios públicos ha sido cancelado en los últimos **60 días**; **o**
- Una o más empresas de servicios públicos se niega a darme servicios porque no puedo pagar; **y/o**
- Tengo más de **30 días** de retraso en los pagos del alquiler o la hipoteca; **o**
- Recibí un aviso de desalojo o de ejecución hipotecaria en los últimos **60 días**.

Comprobantes (evidencia): Proporcione cualquier factura, recibo o cartas de su arrendador, hipoteca y/o empresa de servicios públicos.

¿Preguntas?

Si tiene preguntas sobre su elegibilidad para la exención de la cuota por dificultades o quiere reportar cambios en sus ingresos, llame a Servicio al Cliente al **1-877-MA-ENROLL** (1-877-623-6765).

PARTE 3**Cuéntenos sobre su dificultad** (continuación)

- Mis gastos esenciales aumentaron considerablemente en los últimos seis meses porque:
- Yo o un familiar tuvimos una enfermedad grave; **o**
 - Falleció mi cónyuge, un familiar o una pareja que era el/la principal responsable del cuidado de los niños; **o**
 - Un padre o madre que trabaja necesita dejar el empleo o contratar un cuidador a tiempo completo para proporcionar cuidados a un familiar que tiene una enfermedad crónica grave.

Comprobantes (evidencia): Proporcione las facturas o los recibos.

- Mis gastos esenciales aumentaron considerablemente en los últimos seis meses debido a un incendio, inundación, desastre natural u otro evento inesperado de origen natural o causado por una persona que:
- Hizo que no pueda pagar mis gastos personales necesarios; **o**
 - Resultó en grandes daños para mí o mi hogar, propiedad o posesiones personales.

Comprobantes (evidencia): Proporcione cualquier factura, recibo o cartas de su arrendador, hipoteca y/o empresa de servicios públicos.

- Declaré bancarota en los últimos 12 meses y mis deudas no se han pagado (exonerado).

Comprobantes (evidencia): Proporcione cualquier evidencia de la declaración de bancarota.

Comentarios: (Si necesita más espacio, adjunte otra hoja.)

PARTE 4**Lea y firme**

Certifico que:

- He leído o me han leído la información de esta Solicitud para una reducción o exención de la cuota; y
- Entiendo mis derechos y responsabilidades; y
- Bajo pena de perjurio, certifico que la información de esta Solicitud y todos sus adjuntos está completa y es correcta a lo mejor de mi conocimiento.

Autorizo la divulgación de mi información de salud personal y otros datos confidenciales a Health Connector y a las entidades contratadas por Health Connector para que tomen una decisión sobre mi Solicitud para una reducción o exención de la cuota.

Nombre y apellido (escribir en letra de imprenta)	Firma (firmar)	Fecha

- Marque aquí si usted es un representante que firma en nombre de la persona mencionada. Usted debe tener el Formulario de designación de representante autorizado (ARD, en inglés) que lo identifique como la persona autorizada para proporcionar y recibir información en nombre de la persona mencionada. Si no tiene una ARD, envíe un Formulario de ARD completo a Massachusetts Health Connector con los comprobantes correspondientes. Guarde una copia para sus registros. Usted puede encontrar el Formulario de ARD en www.mass.gov/doc/authorized-representative-designation-form-1.

PARTE 5**Cómo enviar los comprobantes (evidencia)**

Envíe copias de sus comprobantes. No devolveremos los documentos originales. Guarde una copia para sus registros.

Por correo:

Health Connector Processing Center
PO Box 4404
Taunton, MA 02780

Por fax:

617-887-8745

Por Internet:

Inicie sesión en su cuenta en MAhealthconnector.org/es. Cargue el formulario completado y los comprobantes en la sección "Mis documentos".