



# Thông báo Về Thai sản

Vui lòng hoàn thành mẫu đơn này, bao gồm số trẻ em dự sinh, ngày sinh dự kiến và chữ ký của thành viên.

## BƯỚC 1

Giới thiệu về bản thân. Vui lòng viết hoa.

Tên	Tên đệm	Họ
Ngày sinh	Ref ID (không bắt buộc)	
Số an sinh xã hội	ID MassHealth (không bắt buộc)	
Địa chỉ nhận thư		

## BƯỚC 2

Đọc và ký vào mẫu đơn này.

Quý vị hiện đang dự kiến sinh bao nhiêu con?

Ngày dự sinh của quý vị là khi nào?

Quý vị có hóa đơn y tế nào trong ba tháng qua không? Có  Không

Nếu vậy, MassHealth có thể giúp quý vị chi trả một số hóa đơn đó.

Khi ký tên dưới đây, tôi xác nhận dưới hình phạt cho tội khai man rằng mọi chi tiết trên đơn này là đúng sự thật và đầy đủ theo hiểu biết của tôi. **Tôi hiểu rằng chủ hộ gia đình của tôi (nếu đó không phải là tôi) và bất kỳ đại diện được ủy quyền nào, sẽ có quyền truy cập vào thông tin được cung cấp trên đơn này.**

Tôi biết rằng nếu tôi cung cấp thông tin không chính xác trên đơn này, bảo hiểm y tế của tôi có thể kết thúc.

Chữ ký của người nộp đơn, thành viên hoặc người đại diện được ủy quyền	Tháng/ngày/năm
--	----------------

## BƯỚC 3

Gửi lại đơn đã ký này theo một trong ba cách sau.

- Fax:** (857) 323-8300
- Thư:** Health Insurance Processing Center, PO Box 4405, Taunton, MA 02780
- Trực tiếp:**

### MassHealth Enrollment Centers:

45 Spruce Street Chelsea, MA 02150	21 Spring Street, Suite 4 Taunton, MA 02780
100 Hancock Street, 6 <sup>th</sup> Floor Quincy, MA 02171	367 East Street, Tewksbury, MA 01876
The Schrafft Center 529 Main Street, Floor M Charlestown, MA 02129	88 Industry Avenue, Suite D Springfield, MA 01104
	50 SW Cutoff, Suite 1A Worcester, MA 01604

### Health Connector Walk-in Centers (không cần lấy hẹn trước):

133 Portland Street, Boston, MA 02114
63 Main Street, Brockton, MA 02301
146 Main Street, Worcester, MA 01608

## Quý vị có thắc mắc?

Gọi Health Connector theo số (877) MA ENROLL, (877) 623-6765, TTY: (877) 623-7773.  
Hoặc gọi MassHealth theo số (800) 841-2900, TDD/TTY: 711.