

Application for Waiver or Reduction of MassHealth Premium



Return this form to:

MassHealth Customer Service, Attn: Premium Billing, PO Box 219, Quincy, MA 02171-0219

To get a MassHealth Premium Hardship Waiver, you must meet one of the hardships described below. You must give MassHealth proof of your financial hardship. Hardship waivers are good for 12 months. You will not get billed for premiums during the approved hardship period.

The start date cannot be more than three months before the date that MassHealth gets your waiver application. If you have any questions about this form or a premium billing payment plan or if you need a new hardship waiver application, please call MassHealth Customer Service at (800) 841-2900 (TDD/TTY: 711 for people who are deaf, hard of hearing, or speech disabled).

APPLICANT INFORMATION

Last name		First name		Middle initial
MassHealth ID			Daytime phone	
Street address				
City			State	Zip

DETAILS OF HARDSHIP

Please check all of the boxes below that relate to your or your family's extreme financial hardship.

- I am more than 30 days late paying my rent or mortgage, have an eviction notice, or am homeless. (Please send in a copy of any notices from your landlord, bank or mortgage company, or court as proof.)
- I have a shut-off notice from a utility company (gas, electric, oil, water, or telephone), one or more of my utilities has been shut off, or one or more of my utility companies will not deliver services because I cannot pay. (If you have a large or long-overdue utility bill, but you cannot be shut off because you are disabled or it is winter, check this section. Please send in a copy of your shut-off notice or overdue bill as proof.)
- I have paid or unpaid high medical and/or dental bills in the twelve months before I sent this waiver application. These bills are more than 7.5% of my gross annual income. The bills may be for me or for someone else in my immediate family (such as a child or a spouse). They cannot be paid for by Health Safety Net or any other health insurance, including MassHealth. (Please send in copies of these medical bills as proof.)
- In the past six months, I have had a large, unexpected increase in basic expenses. (Please tell us about the expenses in the Comments section and send proof of the amount.)
- I am a Commonwealth member with a total monthly premium that will cause extreme financial hardship to my family (Please tell us about this in the comments section and send proof of the hardship.)
- I have suffered an economic hardship in the six months before the date I sent this waiver application, or expect to in the six months following, because of a state or federally declared disaster or public health emergency

If your hardship waiver is approved and your account has a past-due balance, MassHealth will start a payment plan for you for the past-due amount. You will get a separate premium billing statement. If you do not make payments according to the payment plan, you will lose your hardship waiver.

At the end of the 12 months of the hardship waiver, you can ask for another hardship waiver if you think you are still eligible.

COMMENTS *(If you need more space, please attach a separate sheet.)*

I certify that I have read or had read to me the information on this application. I understand my rights and responsibilities. I certify under the penalty of perjury that the information on this application and any papers added to it is correct and complete to the best of my knowledge.

If you are acting for someone in filling out this form, you must be designated on our computer system as an Authorized Representative. If you are not, you must fill out an Authorized Representative Designation (ARD) form and send it back with this application.

Your signature or the signature of your authorized representative on this application certifies that the information on this form is correct and complete to the best of your knowledge.

Signature of member

Date

Signature of authorized representative

Date

Solicitud de Exención o reducción de la prima de MassHealth



Envíe este formulario a:

MassHealth Customer Service, Attn: Premium Billing, PO Box 219, Quincy, MA 02171-0219

Para obtener una *Exención de la prima de MassHealth por dificultades económicas*, usted debe cumplir con uno de los requisitos de dificultades económicas descritos a continuación. Usted debe dar pruebas a MassHealth de sus dificultades económicas. Las exenciones por dificultades económicas son válidas por 12 meses. No se le cobrarán facturas de primas durante el período aprobado por dificultades económicas.

La fecha de inicio no podrá ser anterior a tres meses de la fecha en que MassHealth reciba su solicitud de exención. Si usted tiene preguntas sobre este formulario o sobre un plan de pago de primas, o si necesita una nueva solicitud de exención por dificultades económicas, por favor llame al Servicio al cliente de MassHealth al (800) 841-2900 o por TDD/TTY al 711 para personas sordas, con dificultad auditiva o discapacidad del habla.

INFORMACIÓN SOBRE EL SOLICITANTE

Apellido(s)	Nombre	Inicial del 2.º nombre
ID de MassHealth	Teléfono de día	
Calle		
Ciudad	Estado	Código postal

INFORMACIÓN SOBRE LAS DIFICULTADES ECONÓMICAS

Por favor, a continuación marque todas las casillas que estén relacionadas con su dificultad económica extrema o la de su familia.

- Estoy atrasado/a más de 30 días en el pago de mi alquiler o hipoteca, tengo un aviso de desalojo o estoy desamparado/a sin hogar. (Por favor, envíe una copia de todos los avisos del propietario de la vivienda, del banco o de la compañía de créditos hipotecarios, o del tribunal como prueba.)
- Tengo un aviso de corte de servicios de una compañía de servicios públicos (gas, electricidad, combustible para calefacción, agua o teléfono), uno o más de mis servicios han sido cortados, o una o más de mis compañías de servicios públicos no me proveerán servicios porque no puedo pagarlos. (Marque esta sección si, a pesar de que usted tiene una factura elevada de servicios públicos o muy atrasada y vencida, no le pueden cortar los servicios, porque es discapacitado o es invierno. Por favor envíe una copia de su aviso de corte de servicios o la factura vencida sin pagar como prueba.)
- Tengo facturas por servicios médicos y/o dentales elevados o sin pagar, de los doce meses anteriores a la presentación de mi solicitud de exención. Estas facturas suman más del 7.5% del ingreso bruto anual de mi hogar. Estas facturas pueden ser más o de algún otro familiar cercano (como un hijo/a o un cónyuge). No pueden ser pagadas por Health Safety Net ni por ningún otro seguro, incluido MassHealth. (Por favor envíe copias de estas facturas médicas como prueba.)
- En los seis meses pasados, he tenido un aumento considerable e inesperado en mis gastos básicos. (Por favor infórmenos sobre sus gastos en la sección Comentarios y envíenos pruebas de las cantidades.)
- Soy afiliado de CommonHealth con una prima mensual total que le causará dificultades económicas extremas a mi familia. (Por favor infórmenos sobre esto en la sección *Comentarios* y envíenos pruebas de las dificultades económicas.)
- He tenido una situación de dificultad económica en los seis meses anteriores a la fecha de haber enviado mi solicitud de exención, o es posible que tenga dificultades económicas durante los seis meses siguientes, debido a una emergencia de salud pública declarada por el gobierno estatal o federal.

Si se aprobara su exención por dificultades económicas y su cuenta tuviera un saldo vencido sin pagar, MassHealth iniciará un plan de pago para usted por la cantidad vencida. Usted recibirá por separado un estado de cuenta de cobro de primas. Si no paga de acuerdo al plan de pago, usted perderá su exención por dificultades económicas.

Al final de los 12 meses de la exención por dificultades económicas, usted puede solicitar otra exención por dificultades económicas si cree que sigue siendo elegible.

COMENTARIOS (Si necesita más espacio, por favor adjunte una hoja aparte.)

Yo certifico que he leído o que me han leído la información de esta solicitud. Entiendo mis derechos y responsabilidades. Certifico bajo pena de perjurio que la información en esta solicitud y en todas las hojas adjuntas es correcta y está completa a mi leal saber y entender.

Si usted actúa en nombre de otra persona para completar este formulario, usted debe aparecer en nuestro sistema informático como Representante autorizado designado. Si no está designado, usted debe completar un *Formulario de designación del representante autorizado (ARD)* y enviarlo junto con este formulario.

Su firma o la firma de su representante autorizado en esta solicitud certifica que la información en este formulario es correcta y está completa a su leal saber y entender.

Firma del afiliado

Fecha

Firma del representante autorizado

Fecha