



Formulario de padre o madre sin custodia

Commonwealth of Massachusetts | Executive Office of Health and Human Services

Instrucciones

Le enviamos este formulario porque recientemente solicitó un plan de seguro de salud estatal como MassHealth. En esa solicitud, usted nombró uno o más niños en su hogar con solamente un padre o una madre con custodia. Esto indica que los niños podrían tener un padre o una madre sin custodia. Un padre o una madre sin custodia es quien no vive con su hijo/a.

Este formulario debe ser llenado y firmado por el padre o la madre con custodia o por el tutor/a legal de los niños indicados en la solicitud de cobertura de atención de salud. Usted debe brindar la información requerida para cada niño/a que tenga un padre/madre sin custodia.

Para recibir la cobertura de MassHealth, usted acepta cooperar con MassHealth y la División de Cumplimiento de Manutención de Menores (CSE) del Departamento de Hacienda (DOR) de Massachusetts para poder obtener la manutención médica para sus hijos del padre o la madre sin custodia a menos que usted tenga un motivo justificado para no cooperar. Usted puede consultar la lista de motivos justificados en la sección “Niños nombrados en la solicitud” de este formulario. Cooperar quiere decir, entre otras cosas:

- Informar al DOR de cualquier cambio en la información que nos haya dado sobre usted o el otro padre o madre.
- Comparecer como testigo ante el tribunal o en otros procesos judiciales.
- Presentarse a las citas de pruebas de paternidad y demás citas de ser necesario.
- Dar al DOR las copias de los documentos que sean necesarios para su caso, de ser solicitados, tales como los certificados de nacimiento y de matrimonio, órdenes judiciales y actas de divorcio.
- Tomar cualquier otra medida razonable para identificar al padre, para obtener la manutención médica y los pagos correspondientes, y para ayudarnos a procesar a terceros responsables.

Su elegibilidad podría quedar afectada si usted no completa este formulario en su totalidad y si no cumple con las excepciones descritas a continuación.

Por favor, envíe este formulario por fax o por correo postal a:

Health Insurance Processing Center
PO Box 4405
Taunton, MA 02780
Por fax: (857) 323-8300

Importante

MassHealth no denegará ni cancelará los beneficios de MassHealth de su niño/a si usted no coopera, pero podría afectar su propia elegibilidad. Aunque no se le exija que identifique al padre (establecer la paternidad), saber quién es el padre podría derivar en beneficios económicos a este niño. Estos beneficios podrían incluir los de los dependientes del Seguro Social, de pensión, para veteranos y posibles derechos a herencias.

Aunque usted no sea elegible para recibir MassHealth, aún puede obtener servicios de cumplimiento de la manutención infantil. Estos servicios pueden ayudar a que el padre/madre sin custodia provea la manutención médica o la manutención infantil para el niño/a. Para solicitarlos, llame al Departamento de Hacienda (DOR) al (800) 332-2733, o visite www.mass.gov/dor y haga clic en Child Support Services (Servicios de manutención infantil) para completar la solicitud en línea. Los beneficios de MassHealth del niño/a no cambiarán, aunque usted solicite esos servicios o no. Si solicita dichos servicios, deberá cooperar con el DOR.

Información del padre o la madre sin custodia

Por favor incluya la siguiente información para cada niño/a nombrado/a en la solicitud y que tenga un padre/madre sin custodia, incluidos los niños no nacidos y los niños por nacer. Hemos provisto espacio para tres niños y para tres padres/madres sin custodia. Si necesita más espacio, por favor haga una copia de este formulario o use otro papel aparte.

Niños no nacidos o por nacer

¿Está usted embarazada actualmente? Si está solicitando beneficios para un bebé no nacido, en este momento no es necesario que nos dé la información sobre el padre sin custodia de dicho bebé no nacido.

Estoy embarazada Y no estoy casada con el padre de este bebé.

¿Cuántos bebés está esperando? _____ ¿Cuál es la fecha prevista del parto? _____

Nota: Usted no tiene que dar la información del padre sin custodia para dicho bebé mientras esté embarazada. Si el padre sin custodia no forma parte de su hogar al final de su embarazo, usted deberá informar a MassHealth sobre el padre sin custodia en ese momento.

Nombre del Niño/a #1

Nombre _____ Segundo nombre _____ Apellido(s) _____

¿Se aplica alguno de los siguientes motivos justificados a este niño/a?

- La adopción de este niño/a está en trámite.
- El niño/a fue concebido debido a un abuso sexual agravado o una agresión sexual.
- Cooperación*, según la definición de la página 1, no sería lo más beneficioso para este niño/a. (Por ejemplo, la cooperación podría derivar en daños físicos o emocionales graves para mí o para mi niño/a, o para ambos.)
- Adopté a este niño/a como padre/madre soltero/a.
- El padre/madre sin custodia de este niño/a ha fallecido.
- Desconozco quién es el padre/madre sin custodia de este niño/a.

Si marcó alguna de las casillas anteriores, usted no tiene que dar la información sobre el padre/madre sin custodia de este niño/a. Por favor, brinde la información sobre el padre/madre sin custodia de los demás niños/as y firme al final del formulario.

Nombre del padre/madre sin custodia del niño/a #1 No sé

Nombre _____ Segundo nombre _____ Apellido(s) _____

Relación del padre/madre sin custodia con el niño/a Madre Padre Género M F Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) No sé

Número de Seguro Social (SSN) No sé Número de licencia de conducir No sé Dirección No sé

Número de teléfono No sé Nombre y dirección del empleador No sé

¿Tiene el padre/madre sin custodia un seguro que cubra a los dependientes? Sí No No sé

Si contestó “**Sí**”, por favor brinde la siguiente información.

Nombre del titular de la póliza _____ Compañía de seguros _____ Número de póliza _____ Número del grupo _____

¿Existe una orden judicial para que el padre/madre sin custodia pague el seguro de salud del niño/a? Sí No No sé

Si contestó “**Sí**”, ¿dónde y cuándo se emitió dicha orden judicial? _____ No sé

¿Existe una orden judicial emitida por un tribunal para que el padre/madre sin custodia le brinde seguro de salud a usted, el padre/madre con custodia? Sí No No sé

Si contestó “**Sí**”, ¿dónde y cuándo se emitió dicha orden judicial? _____ No sé

Nombre del Niño/a #2

Nombre	Segundo nombre	Apellido(s)
--------	----------------	-------------

¿Se aplica alguno de los siguientes motivos justificados a este niño/a?

- La adopción de este niño/a está en trámite.
- El niño/a fue concebido debido a un abuso sexual agravado o una agresión sexual.
- Cooperación*, según la definición de la página 1, no sería lo más beneficioso para este niño/a. (Por ejemplo, la cooperación podría derivar en daños físicos o emocionales graves para mí o para mi niño/a, o para ambos.)
- Adopté a este niño/a como padre/madre soltero/a.
- El padre/madre sin custodia de este niño/a ha fallecido.
- Desconozco quién es el padre/madre sin custodia de este niño/a.

Si marcó alguna de las casillas anteriores, usted no tiene que dar la información sobre el padre/madre sin custodia de este niño/a. Por favor, brinde la información sobre el padre/madre sin custodia de los demás niños/as y firme al final del formulario.

Nombre del padre/madre sin custodia del niño/a #2 No sé

Nombre	Segundo nombre	Apellido(s)
--------	----------------	-------------

¿Es el mismo padre/madre sin custodia indicado anteriormente para el Niño/a #1? Sí No Si contestó "Sí", pase a la próxima sección. Asegúrese de firmar este formulario.

Relación del padre/madre sin custodia con el niño/a <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre	Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) <input type="checkbox"/> No sé
Número de Seguro Social (SSN) <input type="checkbox"/> No sé	Número de licencia de conducir <input type="checkbox"/> No sé	Dirección <input type="checkbox"/> No sé
Número de teléfono <input type="checkbox"/> No sé	Nombre y dirección del empleador <input type="checkbox"/> No sé	

¿Tiene el padre/madre sin custodia un seguro que cubra a los dependientes? Sí No No sé

Si contestó "**Sí**", por favor brinde la siguiente información.

Nombre del titular de la póliza	Compañía de seguros	Número de póliza	Número del grupo
---------------------------------	---------------------	------------------	------------------

¿Existe una orden judicial para que el padre/madre sin custodia pague el seguro de salud del niño/a? Sí No No sé

Si contestó "**Sí**", ¿dónde y cuándo se emitió dicha orden judicial? No sé

¿Existe una orden judicial emitida por un tribunal para que el padre/madre sin custodia le brinde seguro de salud a usted, el padre/madre con custodia?

Sí No No sé

Si contestó "**Sí**", ¿dónde y cuándo se emitió dicha orden judicial? No sé

Nombre del Niño/a #3

Nombre	Segundo nombre	Apellido(s)
--------	----------------	-------------

¿Se aplica alguno de los siguientes motivos justificados a este niño/a?

- La adopción de este niño/a está en trámite.
- El niño/a fue concebido debido a un abuso sexual agravado o una agresión sexual.
- Cooperación*, según la definición de la página 1, no sería lo más beneficioso para este niño/a. (Por ejemplo, la cooperación podría derivar en daños físicos o emocionales graves para mí o para mi niño/a, o para ambos.)
- Adopté a este niño/a como padre/madre soltero/a.
- El padre/madre sin custodia de este niño/a ha fallecido.
- Desconozco quién es el padre/madre sin custodia de este niño/a.

Si marcó alguna de las casillas anteriores, usted no tiene que dar la información sobre el padre/madre sin custodia de este niño/a. Por favor, brinde la información sobre el padre/madre sin custodia de los demás niños/as y firme al final del formulario.

Nombre del padre/madre sin custodia del niño/a #3 No sé

Nombre	Segundo nombre	Apellido(s)
--------	----------------	-------------

¿Es el mismo padre/madre sin custodia indicado anteriormente para el Niño/a #1 Niño/a #2 o ambos ? De ser así, marque la casilla de los niños correspondientes y pase a la próxima sección. Si el padre/madre sin custodia del Niño/a #3 no es el mismo padre/madre del Niño/a #1 o del Niño/a #2, complete el resto de esta sección. Asegúrese de firmar este formulario.

Relación del padre/madre sin custodia con el niño/a <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre	Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) <input type="checkbox"/> No sé
--	---	---

Número de Seguro Social (SSN) <input type="checkbox"/> No sé	Número de licencia de conducir <input type="checkbox"/> No sé	Dirección <input type="checkbox"/> No sé
--	---	--

Número de teléfono <input type="checkbox"/> No sé	Nombre y dirección del empleador <input type="checkbox"/> No sé
---	---

¿Tiene el padre/madre sin custodia un seguro que cubra a los dependientes? Sí No No sé

Si contestó “**Sí**”, por favor brinde la siguiente información.

Nombre del titular de la póliza	Compañía de seguros	Número de póliza	Número del grupo
---------------------------------	---------------------	------------------	------------------

¿Existe una orden judicial para que el padre/madre sin custodia pague el seguro de salud del niño/a? Sí No No sé

Si contestó “**Sí**”, ¿dónde y cuándo se emitió dicha orden judicial? _____ No sé

¿Existe una orden judicial emitida por un tribunal para que el padre/madre sin custodia le brinde seguro de salud a usted, el padre/madre con custodia?

Sí No No sé

Si contestó “**Sí**”, ¿dónde y cuándo se emitió dicha orden judicial? _____ No sé

Firma

Certifico bajo pena de perjurio que soy el padre/madre con custodia o el tutor/a legal de los menores nombrados en este formulario, que he provisto toda la información que poseo o que puedo obtener en la medida de lo posible, y que la información en este formulario es verdadera y completa a mi leal saber y entender.

Firma del padre o madre con custodia o del tutor/a legal	Nombre en letra de imprenta	Fecha
--	-----------------------------	-------