

**Usted debe completar y presentar una solicitud de seguro de salud junto con este formulario. No presente este formulario solamente.**

- Complete este formulario si alguien que está presentando una solicitud impresa necesita seguro de salud después de haber terminado el período de inscripción abierta.
- Ciertos eventos en su vida le permitirán recibir cobertura durante un período de inscripción especial de Health Connector, aunque el período de inscripción abierta haya terminado.
- Usted se puede inscribir en cualquier momento, si no ha tenido ninguno de los eventos de vida incluidos abajo, si:
  - ▶ Usted es elegible para recibir MassHealth.
  - ▶ Usted es elegible ahora para un plan de ConnectorCare a través de Health Connector después de no haber sido elegible en el pasado o después de solicitar por primera vez.
  - ▶ Usted es miembro de una tribu reconocida por el gobierno federal o es nativo de Alaska.
- Si usted no ha tenido ninguno de los eventos de vida que aparecen abajo, no tiene que llenar este formulario.

**Eventos de vida:** Infórmenos sobre cualquiera de los siguientes cambios en su hogar.

**1. Alguien perdió la cobertura de salud en los últimos 60 días o espera perderla en los próximos 60 días.**

Nombres	Fecha en que terminó o terminará la cobertura (mes/día/año): _____/_____/_____
---------	--

- ▶ ¿La cobertura terminó por no haber pagado las primas?  Sí  No
- ▶ ¿La cobertura terminó porque usted eligió cancelarla?  Sí  No

**2. Alguien agregó un miembro al hogar a causa de un matrimonio en los últimos 60 días.**

Nombres	Fecha del matrimonio (mes/día/año): _____/_____/_____
---------	---

**3. Alguien nació, fue adoptado, enviado a un hogar de crianza temporal o a cuidado por orden judicial en los últimos 60 días.**

Nombres	Fecha del nacimiento, la adopción, el hogar de crianza temporal o el cuidado por orden judicial (mes/día/año): _____/_____/_____
---------	--

**4. Alguien obtuvo un estado migratorio elegible en los últimos 60 días.**

Nombres	Fecha en que le fue otorgado el estado migratorio (mes/día/año): _____/_____/_____
---------	--

Por favor de vuelta la página ► ► ►

Vaya a [MAhealthconnector.org/get-started/special-enrollment-period](http://MAhealthconnector.org/get-started/special-enrollment-period) para encontrar una lista de eventos de vida aprobados. Si su evento de vida está aprobado en el sitio web pero no está en el formulario, llame a Health Connector al **1-877 MA ENROLL** (1-877-623-6765) o TTY: 1-877-623-7773.

**Eventos de vida:** Infórmenos sobre cualquiera de los siguientes cambios en su hogar. *(continuación)*

**5. Alguien en el hogar tuvo un divorcio, una anulación o una separación legal en los últimos 60 días.**

Nombres	Fecha del divorcio, la anulación o la separación (mes/día/año): ____/____/____
---------	--

**6. En el hogar hubo una muerte en los últimos 60 días.**

Nombres	Fecha de la muerte (mes/día/año): ____/____/____
---------	--

**7. Alguien se mudó a Massachusetts en los últimos 60 días o espera mudarse a Massachusetts en los próximos 60 días.**

Nombres	Fecha que se mudó (mes/día/año): ____/____/____
---------	---

Vaya a [MAhealthconnector.org/get-started/special-enrollment-period](https://MAhealthconnector.org/get-started/special-enrollment-period) para encontrar una lista de eventos de vida aprobados. Si su evento de vida está aprobado en el sitio web pero no está en el formulario, llame a Health Connector al **1-877 MA ENROLL** (1-877-623-6765) o TTY: 1-877-623-7773.