

Cómo mantener sus beneficios de MassHealth después del encarcelamiento

>>> Resumen

Es posible que reciba un aviso por correo para indicarle que no se puede determinar su elegibilidad para MassHealth sin proporcionar más información sobre su estado de encarcelamiento. Adjuntamos información útil sobre por qué puede suceder esto y qué hacer si le sucede a usted.

>>> Cómo solicitar MassHealth después del encarcelamiento

Para solicitar la cobertura de MassHealth, las personas completan la [Solicitud de cobertura médica y dental de Massachusetts y asistencia para pagar los costos.](#)

MassHealth no brindará cobertura a personas encarceladas. En la solicitud, se determinará si usted está encarcelado después de responder la pregunta 20 de la sección 1: “¿Alguna persona en esta solicitud está en prisión o en la cárcel?” Vea abajo.

-
20. ¿Alguna persona en esta solicitud está en prisión o en la cárcel? Sí No
Seleccione “No” si esta persona será liberada en los próximos 60 días.
Si su respuesta es “Sí”, ¿quién? Escriba el nombre aquí: _____
Si su respuesta es “Sí”, ¿esta persona está esperando un juicio? Sí No
-

SU RESPUESTA NOS IMPORTA.

Si marca la casilla “SÍ” en la pregunta 20 de la sección 1, **se le negarán los beneficios de MassHealth debido a su estado de encarcelamiento.**

- **Nota:** Si ya no está encarcelado o será liberado en los próximos 60 días, actualice su solicitud y marque la casilla correcta “NO”.

Si marca la casilla “NO” en la pregunta 20, **MassHealth intentará verificar el estado de encarcelamiento a partir de fuentes de datos federales o estatales.**

PROBLEMA: Si marca “NO” en la pregunta 20, pero según los registros todavía está encarcelado, recibirá un aviso con el título “Solicitud de información”.

Para obtener ayuda adicional, comuníquese con el Instituto de Reforma Legal de Massachusetts en iwanner@mlri.org

Cómo mantener sus beneficios de MassHealth después del encarcelamiento

Contenido de una carta de solicitud de información

- En una ROI, se le informará que se recibió su solicitud, pero no se puede tomar una **decisión final sobre la elegibilidad hasta que se proporcione más información.**
- En el aviso, se le pedirá que presente pruebas de que no está encarcelado.
- Una vez que reciba este aviso, tiene **90 días para presentar pruebas de que no está encarcelado.**
- Durante los 90 días, tendrá **elegibilidad temporal para MassHealth.** Estará inscrito en MassHealth y podrá recibir los beneficios de MassHealth si no es elegible para el programa.

Cómo responder a una carta de solicitud de información

SOLUCIÓN: La forma más sencilla de verificar que no está encarcelado es presentar la Declaración jurada para verificar el estado de encarcelamiento.

Para obtener más información y asistencia:

- Página web de MassHealth:
<https://www.mass.gov/info-details/contact-masshealth-information-for-members>
- Servicio de atención al cliente de MassHealth:
(800)-841-2900

Si no responde a la solicitud de información dentro del período de 90 días, recibirá un aviso de denegación con la fecha en que finalizarán sus beneficios.

Si tiene algún problema en este proceso y necesita asistencia adicional, puede comunicarse directamente con Massachusetts Law Reform Institute:



iwanner@mlri.org

MassHealth **HEALTH CONNECTOR** **Affidavit to Verify Incarceration Status**

When you send us this form, please include a copy of the letter that we sent you asking for proof of your incarceration status. The letter is called a "Request for Information."

STEP 1 Tell us about yourself. Please print.

First name Middle initial Last name

Date of birth (MM/DD/YYYY) / / Ref ID (optional)

Social Security number MassHealth ID (optional)

STEP 2 Read and sign this form.

Please circle the correct option below, sign, and date. Then return this form to us.

- I am not incarcerated.
- I was recently released from prison. Date released / /
- I am incarcerated.

Are you awaiting trial? Yes No

By signing below, I swear under the pains and penalties of perjury that everything on this form is true and complete to the best of my knowledge. I know that if I lie on this form, my health coverage might end and I might have to repay Massachusetts for any tax credits or health benefits I got.

Signature of applicant, member, or authorized representative signature Date

STEP 3 Return this signed form in one of these 3 ways.

1. FAX: (857) 323-8300
2. Mail: Health Insurance Processing Center, P.O. Box 4405, Taunton, MA 02780
3. In person:

MassHealth Enrollment Centers	Health Connector Walk-in Centers	
45 Spruce Street Chelsea, MA 02150	21 Spring Street, Suite 4 Taunton, MA 02780	133 Portland Street Boston, MA 02114
100 Hancock Street, 6th Floor Quincy, MA 02269	307 East Street Tewksbury, MA 01876	63 Main Street Brockton, MA 02301
88 Industry Avenue, Suite D Springfield, MA 01104	The Schreffl Center 529 Main Street, Floor M Charlestown, MA 02129	146 Main Street Worcester, MA 01608

Questions? Call the Health Connector at (877) MA ENROLL, (877) 623-6765 or TTY: (877) 623-7773. Or call MassHealth at (800) 841-2900 or TTY: (800) 497-4648.

MF 05 (11/19)

Declaración jurada para verificar el estado de encarcelamiento



Inglés



Español