



Commonwealth of Massachusetts
EOHHS
www.mass.gov/masshealth

Insurance Partnership

DECLARACIÓN JURAMENTADA SUPLEMENTARIA DE INSURANCE PARTNERSHIP

Empleado de Insurance Partnership

Nombre

Número de Seguro Social

Por favor marque la casilla apropiada y firmela.

- Esta es la primera vez que mi empleador actual me ha ofrecido seguro médico en los últimos seis meses.
- Mi empleador actual ofreció seguro médico en los últimos seis meses, pero yo no acepté la cobertura.

Certifico bajo pena de perjurio que la declaración anterior es correcta y completa a mi mejor entender.

Firma del empleado de Insurance Partnership

Fecha

Cónyuge del Empleado de Insurance Partnership

Nombre

Número de Seguro Social

Por favor marque la casilla apropiada y firmela.

- No estoy trabajando.
- Mi empleador actual no ofreció seguro médico que cubriera a mi familia en los últimos seis meses.
- Mi empleador actual ofreció seguro médico que cubriera a mi familia en los últimos seis meses, pero yo no acepté la cobertura.

Certifico bajo pena de perjurio que la declaración anterior es correcta y completa a mi mejor entender.

Firma del cónyuge del empleado de Insurance Partnership

Fecha

For Office Use Only

EHI

Meets CO (Y or N)