



The Commonwealth of Massachusetts
Executive Office of Health and Human Services
www.mass.gov/masshealth

Health Insurance Processing Center
P.O. Box 4405
Taunton, MA 02780
1-888-665-9993
TTY: 1-888-665-9997
FAX: 1-857-323-8300

Solicitud de información financiera

Nombre: _____ Número de Seguro Social: _____

Dirección: _____ Ciudad/Pueblo/Código Postal: _____

Nombre de la institución financiera: _____

Dirección: _____ Ciudad/Pueblo/Código Postal: _____

Usted o su cónyuge ha solicitado MassHealth. Debe enviarnos una copia de sus cuentas bancarias para que podamos completar el proceso de solicitud. Si no tiene los expedientes de sus cuentas, puede obtenerlos de su banco.

A veces los bancos cobran una tarifa para obtener estas copias. Puede obtenerlas **sin costo** con este formulario.

Debe completar un formulario para cada banco en el que tiene cuentas.

- Complete la parte superior de este formulario. **POR FAVOR ESCRIBA EN IMPRENTA** su nombre, dirección y número de seguro social y el nombre y la dirección de la institución financiera.
- En la **Sección 1**, enumere el número de cuenta y el periodo en el cual necesita los registros del banco.
- En la **Sección 2**, dígame al banco adonde quiere que se envíe la información (a usted o al Centro de inscripción de MassHealth indicado en la parte superior).
- Firme y coloque la fecha en el formulario antes de entregarlo al banco.
- Lleve o envíe por correo el formulario al banco.

De acuerdo con M.G.L. c. 118E, § 23A, sírvase proporcionar, sin cargo, los registros de depósitos y retiros para las cuentas y periodos enumerados a continuación para el solicitante, afiliado o cónyuge de un solicitante o afiliado de MassHealth (Medicaid) anteriormente mencionado.

Sección 1

Número de cuenta: _____ Periodo: _____

Número de cuenta: _____ Periodo: _____

Número de cuenta: _____ Periodo: _____

Sección 2

Dentro de las dos semanas del recibo de esta solicitud, envíe esa información al:

- solicitante o afiliado de MassHealth mencionado en la parte superior; o
- Centro de inscripción de MassHealth indicado en la parte superior.

Firma del solicitante/afiliado o cónyuge

Fecha

Firma de MassHealth _____