



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 \_\_\_\_\_