



## Formulário de Inscrição no Programa de Assistência Domiciliária (HCP) para os Membros de MassHealth

Requerente	Data de nascimento	
Cônjuge	Data de nascimento	
Endereço	Cidade/Vila	
Cartão de MassHealth N.º ____ - ____ - ____	Sequência N.º	
RID de MassHealth N.º ____ - ____ - ____	Desistência conjugal? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Redução de despesas (Spenddown)? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>

### Assinaturas:

Requerente: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Cônjuge: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Testemunha/Representante: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

CM/RN: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Data da Resolução: \_\_\_\_\_ Data da Notificação: \_\_\_\_\_

### PARA USO DO ASAP (FOR ASAP)

		<u>Applicant</u>	<u>Spouse</u>
1. Eligibility	AGE:	<input type="checkbox"/> Eligible	<input type="checkbox"/> Eligible
		<input type="checkbox"/> Ineligible	<input type="checkbox"/> Ineligible
	FIL:	<input type="checkbox"/> Eligible	<input type="checkbox"/> Eligible
		<input type="checkbox"/> Ineligible	<input type="checkbox"/> Ineligible
	NEED:	<input type="checkbox"/> Eligible	<input type="checkbox"/> Eligible
		<input type="checkbox"/> Ineligible	<input type="checkbox"/> Ineligible

### 2. Annual Redeterminations

Dates:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Signatures:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_