

Para solicitantes o afiliados nacidos en Massachusetts que desean asistencia para conseguir prueba de su ciudadanía de los E.E.U.U., por favor complete, firme y ponga la fecha en este formulario y envíelo a una de las siguientes direcciones.

Si está solicitando beneficios de atención médica a largo plazo en una institución médica de largo plazo, envíe su formulario completado al Centro de inscripción de MassHealth (MEC, por sus siglas en inglés) más cercano a su domicilio.

MassHealth Enrollment Center
45-47 Spruce Street
Chelsea, MA 02150

MassHealth Enrollment Center
333 Bridge Street
Springfield, MA 01103

MassHealth Enrollment Center
21 Spring Street, Suite 4
Taunton, MA 02780

MassHealth Enrollment Center
367 East Street
Tewksbury, MA 01876

De otra manera, si está solicitando beneficios de salud o ya los está recibiendo, envíe su formulario completado a:

MassHealth Enrollment Center
P.O. Box 1231
Taunton, MA 02780

Para solicitantes o afiliados **nacidos fuera de Massachusetts** que desean asistencia para conseguir prueba de su ciudadanía de los E.E.U.U., MassHealth podría asistirlo. Por favor llame al Servicio al cliente de MassHealth al 1-800-841-2900 (TTY: 1-800-497-4648, para personas con sordera parcial o total).

Complete una sección a continuación por CADA solicitante o afiliado que esté solicitando o recibiendo beneficios, que fue nacido en Massachusetts, y que desea asistencia para conseguir prueba de su ciudadanía estadounidense por medio del Registro de estadísticas vitales de Massachusetts.

Nota: Cuando se encuentre llenando las secciones a continuación, asegúrese de escribir con letra de imprenta el nombre de cada solicitante o afiliado tal como figura en el certificado de nacimiento de dicha persona.

Apellido actual del solicitante/afiliado	Nombre	Inicial	Sufijo (ej., "Jr.")
Apellido de nacimiento del solicitante/afiliado (si es diferente)	Nombre	Inicial	Sufijo (ej., "Jr.")
Fecha de nacimiento	Género a la fecha de nacimiento (si es diferente)		
Nombre del hospital en Massachusetts	Ciudad de nacimiento en Massachusetts		
Apellido de la madre/Co-padre (a la fecha de nacimiento del solicitante/afiliado)	Nombre	Inicial	Nombre de soltera de la madre
Apellido del padre/Co-padre (a la fecha de nacimiento del solicitante/afiliado)	Nombre	Inicial	Sufijo (ej., "Jr.")

Apellido actual del solicitante/afiliado	Nombre	Inicial	Sufijo (ej., "Jr.")
Apellido de nacimiento del solicitante/afiliado (si es diferente)	Nombre	Inicial	Sufijo (ej., "Jr.")
Fecha de nacimiento	Género a la fecha de nacimiento (si es diferente)		
Nombre del hospital en Massachusetts	Ciudad de nacimiento en Massachusetts		
Apellido de la madre/Co-padre (a la fecha de nacimiento del solicitante/afiliado)	Nombre	Inicial	Nombre de soltera de la madre
Apellido del padre/Co-padre (a la fecha de nacimiento del solicitante/afiliado)	Nombre	Inicial	Sufijo (ej., "Jr.")

X _____
Firma de la persona llenando el formulario

Fecha

X _____
Nombre en imprenta de la persona llenando el formulario

Número de Seguro Social

Dirección, ciudad/pueblo, estado, código postal

Apellido actual del solicitante/afiliado	Nombre	Inicial	Sufijo (ej., "Jr.")
Apellido de nacimiento del solicitante/afiliado <i>(si es diferente)</i>	Nombre	Inicial	Sufijo (ej., "Jr.")
Fecha de nacimiento	Género a la fecha de nacimiento <i>(si es diferente)</i>		
Nombre del hospital en Massachusetts	Ciudad de nacimiento en Massachusetts		
Apellido de la madre/Co-padre <i>(a la fecha de nacimiento del solicitante/afiliado)</i>	Nombre	Inicial	Nombre de soltera de la madre
Apellido del padre/Co-padre <i>(a la fecha de nacimiento del solicitante/afiliado)</i>	Nombre	Inicial	Sufijo (ej., "Jr.")

Apellido actual del solicitante/afiliado	Nombre	Inicial	Sufijo (ej., "Jr.")
Apellido de nacimiento del solicitante/afiliado <i>(si es diferente)</i>	Nombre	Inicial	Sufijo (ej., "Jr.")
Fecha de nacimiento	Género a la fecha de nacimiento <i>(si es diferente)</i>		
Nombre del hospital en Massachusetts	Ciudad de nacimiento en Massachusetts		
Apellido de la madre/Co-padre <i>(a la fecha de nacimiento del solicitante/afiliado)</i>	Nombre	Inicial	Nombre de soltera de la madre
Apellido del padre/Co-padre <i>(a la fecha de nacimiento del solicitante/afiliado)</i>	Nombre	Inicial	Sufijo (ej., "Jr.")

Apellido actual del solicitante/afiliado	Nombre	Inicial	Sufijo (ej., "Jr.")
Apellido de nacimiento del solicitante/afiliado <i>(si es diferente)</i>	Nombre	Inicial	Sufijo (ej., "Jr.")
Fecha de nacimiento	Género a la fecha de nacimiento <i>(si es diferente)</i>		
Nombre del hospital en Massachusetts	Ciudad de nacimiento en Massachusetts		
Apellido de la madre/Co-padre <i>(a la fecha de nacimiento del solicitante/afiliado)</i>	Nombre	Inicial	Nombre de soltera de la madre
Apellido del padre/Co-padre <i>(a la fecha de nacimiento del solicitante/afiliado)</i>	Nombre	Inicial	Sufijo (ej., "Jr.")

X _____
Firma de la persona llenando el formulario

Fecha

X _____
Nombre en imprenta de la persona llenando el formulario

Número de Seguro Social

Dirección, ciudad/pueblo, estado, código postal