

# MASS HEALTH

## FORM

***Do you or your children qualify for free or low cost health insurance? Let us help you find out!***

Dear Parent:  
Your child may be eligible for FREE OR LOW COST HEALTH COVERAGE through MassHealth or the Children's Medical Security Plan (CMSP).  
Adults in your family may also qualify for MassHealth or the state's new affordable health insurance plan, called Commonwealth Care.  
If you would like assistance with health coverage or have questions, please complete this form and return it to your school. Fill out only one form for all family members. Thank you.

Check all the boxes that apply:

- I would like assistance in obtaining MassHealth or the Children's Medical Security Plan for my child.
- I have questions about my child's MassHealth or Children's Medical Security Plan coverage (such as how to find a doctor, what medical services are covered, and how to keep the coverage).
- I would like more information about the Vineyard Smiles Dental Program for children with MassHealth or Children's Medical Security Plan, or who have no coverage. Please call me.
- I would like more information about Commonwealth Care or other affordable health insurance plans.

Please complete the following information and return to the school nurse or the school's office:

I agree that the school nurse may give this information to the Vineyard Health Care Access Program to contact me to provide more information and/or assistance with a MassHealth/Commonwealth Care/Children's Medical Security Plan application.

Signature of parent/guardian \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Print name of parent/guardian \_\_\_\_\_

Mailing Address \_\_\_\_\_ Town & ZIP \_\_\_\_\_

Home phone \_\_\_\_\_ Work phone \_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_

Name of child \_\_\_\_\_ Child's date of birth \_\_\_\_\_ Child's school \_\_\_\_\_

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

***If you have questions, please call the Vineyard Health Care Access Program: 508-696-0020***

**Você ou a sua criança qualificam para seguro de saúde gratuito ou de baixo custo? Nós podemos lhe ajudar a descobrir!**

Caros pais,

Seu filho pode se qualificar para receber **SEGURO DE SAÚDE GRATUITO OU DE BAIXO CUSTO** através do *MassHealth* ou do *Children's Medical Security Plan (CMSP)*.

Os adultos da sua família também podem qualificar para *MassHealth* ou para o novo seguro do estado, que é um plano de saúde mais acessível, chamado **Commonwealth Care**.

Se você quiser receber assistência para ter seguro de saúde ou tiver perguntas, por favor preencha este formulário e envie o mesmo de volta para a escola.

Por favor, preencha somente um formulário para todos os membros da família.

Obrigado

*Marque as opções que se aplicam a você:*

- Eu gostaria de receber assistência em como obter o *MassHealth* ou o *Children's Medical Security Plan* para a minha criança.
- Eu tenho perguntas sobre a cobertura do *MassHealth* ou *CMSP* do meu filho (por exemplo: como conseguir um médico, quais os serviços médicos que são cobertos e como continuar com a cobertura deste seguro).
- Eu gostaria de ter mais informações sobre o Programa Dentário do Vineyard Smiles para crianças que tem o *MassHealth* ou o *Children's Medical Security Plan*, ou para aquelas que não tem nenhuma cobertura médica. Por favor, me telefone.
- Eu gostaria de obter mais informações sobre o **Commonwealth Care**, ou outro seguro de saúde de baixo custo.

*Preencha as informações abaixo e devolva o formulário para a enfermeira ou na secretaria da escola:*

Eu concordo que os funcionários da escola forneçam meu nome, endereço e número de telefone para o Vineyard Health Care Access Program, para que possam entrar em contato comigo e me dar mais informações e/ou assistência com o formulário de inscrição para o *MassHealth/Commonwealth Care/Children's Medical Security Plan*.

Assinatura dos pais ou responsável \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nome por extenso dos pais ou responsável \_\_\_\_\_

Caixa Postal \_\_\_\_\_ Cidade/CEP \_\_\_\_\_

Telefone (Casa) \_\_\_\_\_ Telefone (trabalho): \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Nome da criança \_\_\_\_\_ Data de nascimento \_\_\_\_\_ Escola \_\_\_\_\_

1) \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_

3) \_\_\_\_\_

*Se você tiver perguntas, entre em contato com Vineyard Health Care Access Program (Programa de Saúde), no telefone 508-696-0020.*

**MASS HEALTH**

**FORM**