

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.