



Access Health CT
PO Box 670
Manchester, CT 06045-0670

Declaración de falta de ingresos

N.º de identificación de la solicitud: _____

Yo, [Nombre, Apellido(s)], doy fe de que no tendré ningún ingreso del grupo familiar para el año de beneficios, en el cual recibiré asistencia financiera para mi plan de salud.

Reconozco que Access Health CT solo usará la información proporcionada en este formulario para la determinación de elegibilidad del cuidado de salud a la asistencia financiera.

Entiendo que debo informar de los cambios en mis ingresos a Access Health CT dentro de los 30 días del cambio, porque éste puede afectar al monto de los créditos fiscales anticipados para la prima (créditos fiscales) que recibiré, o al nivel de la reducción de costos compartidos para el que pudiera calificar.

Si no comunico oportunamente los cambios en mis ingresos a Access Health CT, y recibo demasiada asistencia con la prima (créditos fiscales), entiendo que tendré que devolver parte o toda la asistencia con la prima (créditos fiscales) que haya recibido a los Servicios de Rentas Internas (IRS) cuando haga mi declaración de impuestos federales para el año de beneficios.

Declaro bajo pena de perjurio con arreglo a la ley del Estado de Connecticut que lo anterior es verdadero y correcto.

Firma del solicitante: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

Si no puede subir sus documentos de verificación, nos los puede enviar por correo a:
Access Health CT | P.O. Box 670 | Manchester, CT 06045-0670

Asegúrese de incluir la portada con el código de barras único que le enviamos. Esta portada acompaña la carta que solicita la documentación.