



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

Declaración de cero ingresos

Numero de solicitud:

Yo, [Nombre, Apellido], _____ certifico que mi grupo familiar no tendrá ingresos para el año de beneficios en el que recibiré ayuda financiera para mi plan de salud.

Reconozco que Access Health CT solo utilizará la información proporcionada en este formulario para determinar la elegibilidad para recibir ayuda financiera para mi plan de salud.

Entiendo que debo informar los cambios en mis ingresos a Access Health CT en un plazo de 30 días posteriores al cambio porque podría afectar la cantidad de créditos fiscales anticipados para la prima (APTC en inglés) que recibiré o el nivel de reducción de costos compartidos para el cual puedo calificar.

Si no informo los cambios en mis ingresos a Access Health CT a tiempo y recibo una mayor cantidad de ayuda financiera para la prima (APTC), entiendo que tendré que pagar una parte o la totalidad de la ayuda financiera para la prima (APTC) que recibí al Servicio de Impuestos Internos (IRS) cuando presenté mi declaración de impuestos federales sobre la renta para el año de beneficios.

Declaro bajo pena de perjurio conforme a la ley del estado de Connecticut que lo anterior es verdadero y correcto.

Firma del solicitante: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

Si no puede cargar sus documentos de verificación, puede enviarlos por correo a:

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

Asegúrese de incluir la portada con el código de barras único que le enviamos. Esta hoja de portada acompañó a la carta solicitando documentación.

