



Massachusetts HIV Drug Assistance Program (HDAP)

Acuerdo sobre conciliación de créditos fiscales para primas – Año Fiscal 2024

Por favor firme, feche y devuelva esta forma inmediatamente.

PROPORCIONAR CARGA EN EL PORTAL: Por favor use la categoría "other document" y escriba "APTCs" en la caja de comentarios.

Portal de Administrador(a) de casos: <https://mahdaprovider.providecm.net/Account/LogOn>

Portal de Cliente: <https://mahdap.providecm.net/>

CORREO ELECTRONICO DE FORMA SEGURA: BRIDGEteam@crihealth.org usando nuestra [Portal Seguro](#)

Encuentre instrucciones y un enlace para acceder al portal aquí: <https://crihealth.org/contact/#Secure>.

Enviando forma por FAX (617) 502-1703, **CORREO:** Community Resource Initiative ATTN: BRIDGE Team, Schrafft's City Center, 529 Main Street, Suite 301, Boston, MA 02129

NECESARIO

Yo, (**NOMBRE**) _____, acepto realizar pagos a Community Resource Initiative por cualquier crédito fiscal federal reembolsable que reciba del Servicio de Impuestos Internos (IRS) por Créditos Fiscales de Primas Netas (PTC), que resulten de los pagos de primas de seguro médico realizados en mi nombre por el programa HDAP/CHII de Massachusetts durante el año fiscal 2024.

Entiendo que este crédito debido a los PTC netos, que puedo recibir como un crédito adicional en mi reembolso de impuestos o como una reducción en la cantidad que debo pagar en impuestos, es propiedad exclusiva del programa HDAP/CHII, que espera recibir el pago dentro de los 10 días posteriores a haber recibido un reembolso del IRS o pagarle al IRS una cantidad reducida en impuestos.

También autorizo a HDAP/CHII a hacer un pago al IRS en mi nombre si debo dinero al IRS debido a PTC de adelanto excesivo, debido al pago excesivo de PTC anticipados debido a que mis ingresos de 2024 son mayores que mis ingresos estimados para 2024 que informé al Conector de Salud de Massachusetts en mi solicitud. Entiendo que HDAP/CHII no puede pagar al IRS en mi nombre hasta que les haya proporcionado la documentación requerida.

Al firmar a continuación, acepto estos términos y condiciones.

Firma: _____ Fecha: _____

Por favor, póngase en contacto con el equipo de BRIDGE si tiene preguntas: BRIDGEteam@crihealth.org, o (617) 502-1700, prensa "1", entonces prensa "5".