

Название обслуживающего
агентства Адрес



*

Дата и время
Номер дела:

Имя заявителя
Адрес

Уведомление касательно медицинского обслуживания

ВАЖНО: ТРЕБУЕТСЯ ПРИНЯТИЕ МЕР, ЗАТРАГИВАЮЩИХ ПРАВО НА ПОЛУЧЕНИЕ ПОМОЩИ. ВНИМАТЕЛЬНО ОЗНАКОМЬТЕСЬ СО ВСЕЙ ИНФОРМАЦИЕЙ.

Результаты медицинского обслуживания

Имя заявителя - номер MNsure ID:

Дата вступления в силу	Действие	Тип покрытия
Дата	Утверждено	MinnesotaCare
Дата	Не отвечает требованиям	Medical Assistance

Более подробная информация представлена на следующих страницах.

Дата и время
Номердела:

- Вы имеете право на получение MinnesotaCare, начиная с ДАТЫ, потому что ваш ежемесячный или годовой доход семьи находится в пределах, установленных для вашего размера семьи. (*Статуты штата Миннесота, разделы 256L.04 и 256L.07*).
- **Вы не имеете права на получение Medical Assistance, потому что ваш доход семьи превышает предел, установленный для вашего размера семьи.** (Кодекс федеральных правил, раздел 42, статья 435.603; Статуты штата Миннесота, разделы 256B.056, подразделы 1а и 4, и 256B.06, подраздел 5)

Вам необходимо предоставить нам больше информации

Нам нужна дополнительная информация от:

Имя - Номер MNsure ID:

Номер дела:

Дата истечения срока	Необходимая информация	Приемлемые документы
Дата	Прогнозируемый годовой доход (PAI)	<p>Если вы подали федеральную налоговую декларацию в течение последних трех лет, предоставьте полную копию самой последней декларации (должны быть включены все соответствующие формы и графики). Если в декларации не отражен ваш PAI из-за изменения, представьте доказательства изменения, включая любые нижеперечисленные документы. Если вы не подавали федеральную налоговую декларацию в течение последних трех лет, предоставьте доказательства, отражающие ваш PAI, включая любые из нижеперечисленных документов.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Платежные квитанции или отчет о заработках • Письменное заявление от вашего работодателя • Копия чека (оплата труда или услуги) • Финансовые отчеты бизнеса • Выписка из банка, где указан платеж • Выписка о выплате процентов или дивидендов • Наградное письмо • Доказательство алиментов • Квитанция или выписка о получаемой арендной плате • Доказательство продажи активов (прирост капитала или убыток) • Доказательство или отчетность о другом налогооблагаемом доходе • Доказательство одноразового дохода

- **Отправьте копии всех перечисленных доказательств по вышеуказанному адресу. Если вышеуказанная информация не будет предоставлена к указанному сроку, то ваше медицинское страхование может быть прекращено.**

Как мне использовать свою медицинскую страховку?

Если вы имеете право на получение Medical Assistance:

- Вы получите ID-карту участника программы Minnesota Health Care Programs (МНСР), в которой будет указан ваш номер участника. Предоставляйте своему поставщику медицинских услуг свою ID-карту участника МНСР каждый раз, когда вы получаете услуги.
- Если у вас есть медицинские счета за услуги, полученные с даты, когда вы получили право на страхование, свяжитесь с поставщиком медицинских услуг и попросите его выставить счет штату Миннесота. Поставщик сможет вернуть вам деньги за те счета, которые вы уже оплатили.

Если вы имеете право на получение MinnesotaCare:

- **Если у вас есть премия MinnesotaCare:** Для начала действия страховки вам необходимо произвести полную оплату. Ваше страхование начнется с первого дня месяца после того, как вы сделаете первый платеж. Если вы еще не получили свой первый счет, он придет к вам по почте. Отправьте нам оплату при первой возможности.
- **Если вы не обязаны платить премию MinnesotaCare:** Ваша страховка начнет действовать с первого дня месяца после того, как она будет утверждена.
- Как только начнется ваше страхование, вы получите ID-карту участника Minnesota Health Care Programs (МНСР), в которой будет указан ваш ID-номер участника. Предоставляйте своему поставщику медицинских услуг свою ID-карту участника МНСР каждый раз, когда вы получаете услуги.

Для участников программ Medical Assistance и MinnesotaCare:

- **Если ваша медицинская страховка будет предоставлена через план регулируемого медицинского обслуживания:** Вы получите информацию о выборе плана медицинского страхования по почте. Вы можете быть зачислены в назначенный план медицинского обслуживания, пока мы не получим вашу регистрационную форму. Как только мы получим вашу регистрационную форму и вы будете зарегистрированы, медицинский план отправит вам ID-карту плана медицинского обслуживания и информацию, в которой будет указано, как получить услуги. Предоставляйте своему поставщику медицинских услуг свою ID-карту плана медицинского страхования и ID-карту участника МНСР каждый раз, когда вы получаете услуги.
- **Если ваша медицинская страховка будет предоставляться на платной основе:** Minnesota Health Care Programs (МНСР) платит взнос поставщикам медицинских услуг, зарегистрированным в МНСР, за любую покрываемую услугу, которую они предоставляют вам. Предоставляйте своему поставщику медицинских услуг свою ID-карту участника МНСР каждый раз, когда вы получаете услуги. Для поиска поставщиков услуг на платной основе просмотрите Каталог поставщиков Minnesota Health Care Programs онлайн на сайте <https://mhcproviderdirectory.dhs.state.mn.us/> или просканируйте QR-код.



Что делать, если у меня имеются вопросы касательно этого уведомления?

Звоните нам, если у вас есть вопросы.

- Если у вас имеются вопросы касательно Medical Assistance, позвоните в ваше агентство округа или общины.
- Для вопросов о MinnesotaCare или общих вопросов о Medical Assistance, звоните DHS Health Care Consumer Support по номеру 651-297-3862 или 800-657-3672.

Вы можете получить бесплатную помощь, воспользовавшись услугами навигатора. Чтобы найти навигатора в вашем районе, который говорит на вашем языке, посетите сайт <https://www.mnsure.org> и нажмите "Assister Directory" под секцией Find Free Help.

Если у вас имеются нарушения слуха или речи, свяжитесь с нами, используя предпочитаемую вами телекоммуникационную службу.

О каких изменениях мне необходимо сообщить и когда?

Сообщайте о всех изменениях, включая изменения о следующем:

- месте вашего проживания
- о том, кто проживает с вами
- доходе
- о лицах, которых вы планируете указать в качестве иждивенцев в вашей налоговой декларации
- начале или прекращении действия другой медицинской страховки
- получении страхования по месту работы
- беременности или рождении нового ребенка
- статусе лишения свободы
- гражданстве или иммиграционном статусе

В случае если вы не сообщите нам, что переехали, и у возвращенной почты не будет адреса пересылки, страхование может прерваться.

Когда мне следует сообщить об изменении?

- Если кто-либо в вашей семье является участником плана Medical Assistance, сообщите об изменении в течение 10 дней после наступления изменения.
- Если никто в вашей семье не является участником плана Medical Assistance, сообщите об изменении в течение 30 дней после наступления изменения.

Как мне сообщить об изменениях?

- Если кто-либо в вашей семье является участником плана Medical Assistance, сообщите об изменении, позвонив в ваше агентство округа или общины.
- Если никто в вашей семье не является участником плана Medical Assistance, сообщите об изменении, позвонив в службу поддержки клиентов в области медицинского обслуживания DHS по номеру 651-297-3862 или 800-657-3672.

Дата и время

Номер дела:

Должен(-на) ли я возмещать расходы на медицинское обслуживание, если я получаю государственную помощь?

При определенных обстоятельствах федеральное и государственное законодательство требует, чтобы Minnesota Department of Human Services и местные агентства возмещали расходы, которые программа МА заплатила за своих участников. Процесс возмещения осуществляется через программу восстановления имущества и залога штата Миннесота в рамках МА. Если вы зарегистрированы в МА, ознакомьтесь со следующей информацией.

Если вы зарегистрированы в МА, то после вашей смерти штат Миннесота должен попытаться вернуть расходы на любые долгосрочные услуги и поддержку (LTSS), которые вы получили с 55 лет или старше. LTSS включает в себя:

- услуги домов престарелых
- услуги, предоставляемые на дому и на местном уровне
- расходы, связанные с больничными и рецептурными лекарствами
- премии планов управляемого медицинского обеспечения (капитации) за покрытие таких услуг

Даже в случае вашей смерти штат Миннесота не сможет вернуть эти расходы в случае, если ваш супруг переживет вас, вы имеете ребенка в возрасте до 21 года или вы имеете ребенка, который слеп или имеет постоянную инвалидность. В случае смерти вашего супруга штат Миннесота должен попытаться вернуть ваши МА LTSS расходы из имущества вашего супруга. Однако возврат расходов будет задержан в случае, если у вас есть ребенок в возрасте до 21, ребенок, который слеп или имеет постоянную инвалидность. Ваши дети не обязаны использовать свои активы для возмещения штату каких-либо услуг МА, которые вы получили.

Также, штат Миннесота должен попытаться вернуть расходы на все услуги, полученные участником программы МА в любом возрасте, при условии постоянного проживания в медицинском учреждении. Однако участники МА, которые имеют право на получение услуг в соответствии с измененными критериями по скорректированному валовому доходу (MAGI), не подлежат возмещению за услуги, полученные до достижения возраста 55 лет.

Штат может подать залог МА против вашей недвижимости для возмещения затрат МА до вашей смерти, но только если вы постоянно проживаете в медицинском учреждении. Штат также может подать уведомление о потенциальном иске, который является формой залога, против недвижимости для возмещения затрат МА после смерти. Залог для возмещения расходов МА может быть подан против:

- процента по общей недвижимости или совместной аренде в недвижимости
- вашей недвижимости, которой вы исключительно владеете
- недвижимости, которой вы владеете совместно с другим лицом

Вы имеете право поговорить с группой юридической помощи или частным адвокатом, если у вас есть конкретные вопросы о том, как восстановление имущества и залог МА могут повлиять на ваши жизненные обстоятельства и планирование, связанное с имуществом. The Minnesota Department of Human Services не сможет предоставить вам юридические консультации. Для получения дополнительной информации посетите сайт [http:// mn.gov/dhs/ma-estate-recovery/](http://mn.gov/dhs/ma-estate-recovery/).

Дата и время
Номер дела:

ВАЖНЫЕ ПРАВА НА АПЕЛЛЯЦИЮ! ОЗНАКОМЬТЕСЬ КАК МОЖНО СКОРЕЕ!

Что делать, если я не согласен(-на) с действиями, предпринятыми в отношении моего медицинского страхования?

Если вы считаете, что решение в вашем уведомлении о медицинском обслуживании является неправильным, у вас есть право на апелляцию. Апелляция — это юридический процесс, в ходе которого судья от социальной поддержки проводит слушания и рассматривает (1) решение, вынесенное Minnesota Department of Human Services (DHS) о страховании MinnesotaCare; или (2) решение окружного или общинного агентства о страховании Medical Assistance. Для получения более подробной информации об этом процессе посетите сайт www.dhs.state.mn.us/appeals/faqs.

Как мне подать апелляцию?

Вы можете подать апелляцию, представив свое собственное письменное заявление, заполнив форму для подачи апелляции DHS или получив помощь по телефону или лично. Отдел апелляций DHS или ваше окружное или общинное агентство могут предоставить вам помощь в подаче апелляции.

Для того чтобы начать процесс подачи апелляции, выполните одно из следующих действий:

- Войдите в свой аккаунт на MNsured.org, чтобы получить доступ к форме запроса на обжалование.
- Заполните форму DHS-0033 на сайте <https://edocs.dhs.state.mn.us/lfserver/Public/DHS-0033-ENG> и отправьте ее в электронном виде.
- Для получения информации о подаче апелляции позвоните в ваше окружное или общинное агентство или в DHS Appeals Division по номеру 651-431-3600.
- Отправьте ваш запрос в Minnesota Department of Human Services Appeals Division, PO Box 64941, St. Paul, MN 55164-0941, или факсом по номеру 651-431-7523.
- Чтобы получить помощь лично, вам необходимо обратиться в справочное бюро отдела социальных услуг Minnesota Department, 444 Lafayette Road N, St. Paul, MN 55155.

Что я могу обжаловать?

Вы можете обжаловать любое из нижеперечисленного:

- Окружное или общинное агентство, или DHS не предприняли никаких действий относительно вашего запроса о медицинском страховании.
- Окружное или общинное агентство, или DHS обрабатывали ваш запрос слишком медленно.
- Окружное или общинное агентство, или DHS предприняли действия, с которыми вы не согласны (примеры действий: отказ в страховании в рамках программы Medical Assistance, утверждение страхования в рамках программы, на получение которого, как вы считаете, вы не имеете права, изменение в получении льгот в рамках программы MinnesotaCare).

Дата и время

Номер дела:

Когда мне следует подать апелляцию?

Если ваша апелляция касается программ Medical Assistance или MinnesotaCare, вы должны подать апелляцию в течение **30 дней** после получения уведомления о медицинском обслуживании. Если вы предъявили веские причины не обжаловать действия программ Medical Assistance или MinnesotaCare в течение **30 дней**, вы можете подать апелляцию до **90 дней** после даты получения уведомления о медицинском обслуживании. Ниже приводится более важная информация о сроках подачи апелляций касательно программ Medical Assistance и MinnesotaCare

Важно: Решение о подаче апелляции одного члена семьи может повлиять на право других членов семьи на участие в программе. Возможно, потребуется пересмотреть право на участие в программе остальных членов семьи.

Буду ли я продолжать получать пособия в течение процесса апелляции?

Вы будете продолжать получать те же пособия, которые получали на момент получения уведомления о медицинском страховании. Однако вам может потребоваться подать апелляцию в течение определенного срока:

Для участников программы Medical Assistance и MinnesotaCare, мы, как правило, должны отправить вам предварительное уведомление за 10 дней или более до даты вступления в силу действия, или мы можем отправить уведомление за пять дней до начала действия, в зависимости от ситуации. Ваши пособия будут автоматически сохранены, если вы подадите апелляцию к дате вступления в силу решения, указанного в предварительном уведомлении о медицинском обслуживании. В некоторых случаях мы можем направить вам уведомление менее чем за пять дней до решения или даты вступления в силу решения. Ваши пособия будут сохранены, если вы подали апелляцию в течение 15 дней с даты этого уведомления о медицинском обслуживании. Вы должны платить ежемесячную премию MinnesotaCare, чтобы обеспечить непрерывное покрытие во время вашего апелляционного процесса. Вам необходимо уведомить DHS в письменном виде, если вы не хотите продолжать получать пособия.

Важно: Если ваша жалоба не будет удовлетворена, вам может потребоваться вернуть пособия, полученные в период рассмотрения апелляции.

Важно: У вас есть право подать повторную заявку на регистрацию в Medical Assistance или MinnesotaCare, если ваши пособия будут прекращены.

Что если мне необходимо проведение слушания в экстренном порядке?

У вас есть право просить проведение ускоренной (в экстренном порядке) апелляции. Если вам нужно незамедлительно провести слушание, сообщите DHS причину, когда будете подавать апелляцию. Чтобы запросить проведение ускоренной апелляции для программ Medical Assistance или MinnesotaCare, свяжитесь с DHS Appeals Office по номеру 651-431-3600 (metro) или 800-657-3510 (за пределами штата).

Дата и время

Номер дела:

Что мне делать после подачи апелляции?

Соберите информацию, связанную с действием, которое вы собираетесь обжаловать, которая, по вашему мнению, докажет или объяснит причину, по которой вы считаете, что действие было неправильным.

Вы получите письмо, в котором будут указаны дата и время слушания по апелляции. Многие слушания проводятся по телефону.

Продолжайте сообщать об изменениях (таких как начало или прекращение работы или изменения в том, кто проживет с вами) в течение следующих периодов времени:

- **30 дней**, если вы являетесь участником MinnesotaCare
- **10 дней**, если вы являетесь участником Medical Assistance

Если вы зарегистрированы в Medical Assistance, сообщите об изменениях, позвонив в свое окружное или общинное агентство. Если вы зарегистрированы в MinnesotaCare, сообщите об изменениях, позвонив в службу поддержки клиента по вопросам медицинского обслуживания DHS по номеру 651-297-3862 или 800-657-3672.

Могу ли я получить помощь по вопросам моей апелляции?

В ходе слушания вы можете говорить сами за себя. Вы также можете попросить кого-то другого говорить за вас. Вы можете сообщить нам, что хотите, чтобы кто-то другой выступал за вас на слушании, когда вы подаете апелляцию. Если ваш доход ниже определенного предела, вы можете получить юридическую консультацию или помощь по вопросам вашей апелляции от вашего местного бюро правовой помощи.

Ваши гражданские права

Дискриминация является противозаконной. The Minnesota Department of Human Services (DHS) не допускает дискриминации по признаку расы, цвета кожи, национального происхождения, вероисповедания, религии, статуса государственной помощи, семейного положения, возраста, инвалидности, пола (включая сексуальную ориентацию и гендерную идентичность) или политических убеждений.

Бесплатные услуги

Дополнительная помощь: Если у вас есть инвалидность и вам нужна помощь и услуги, чтобы иметь равные возможности для участия в наших программах медицинского обслуживания, DHS предоставит их своевременно и бесплатно. Эта помощь и услуги включают квалифицированных переводчиков и информацию в доступных форматах.

Языковая помощь: Если вы не понимаете английский язык и нуждаетесь в языковой помощи для получения информации и услуг, DHS предоставит услуги по языковой помощи своевременно и бесплатно. Эти услуги включают перевод документов и перевод устной речи.

Для получения этих бесплатных услуг от DHS, позвоните в DHS Health Care Consumer Support по номеру 651-297-3862 или 800-657-3672. Или используйте свой предпочтительный ретрансляционный сервис.

Жалобы по гражданским правам

Вы имеете право подать жалобу на дискриминацию, если считаете, что с вами обращались дискриминационным образом в агентстве социальной службы.

Вы можете непосредственно обратиться в любое из следующих трех агентств для подачи жалобы на дискриминацию.

U.S. Department of Health and Human Services' Office for Civil Rights (OCR)

Вы имеете право подать жалобу в OCR, федеральное агентство, если вы считаете, что подверглись дискриминации по признакам: расы, цвета кожи, национального происхождения, возраста, инвалидности, пола (включая сексуальную ориентацию и гендерную идентичность) или политических убеждений.

Напрямую свяжитесь с **OCR** для подачи жалобы:

Centralized Case Management Operations
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201
800-368-1019 (голос), 800-537-7697 (TDD)
02-619-3818 (факс)

Дата и время
Номер дела: <https://ocrportal.hhs.gov>

Minnesota Department of Human Rights (MDHR)

В штате Миннесота у вас есть право подать жалобу в MDHR, если вы считаете, что подвергались дискриминации по признаку расы, цвета кожи, национального происхождения, религии, вероисповедания, пола, сексуальной ориентации, семейного положения, статуса государственной помощи или инвалидности.

Свяжитесь с **MDHR** напрямую, чтобы подать жалобу:

Minnesota Department of Human Rights
540 Fairview Avenue North, Suite 201
St. Paul, MN 55104
651-539-1100 (голос) или 800-657-3704 (бесплатный номер)
711 или 800-627-3529 (MN Relay), 651-296-9042 (факс)
Info.MDHR@state.mn.us (электронная почта)
<https://mn.gov/mdhr/intake/consultationinquiryform/>

DHS

Вы имеете право подать жалобу в DHS, если вы считаете, что подверглись дискриминации в наших программах медицинского обслуживания по любой из следующих причин: расы, цвета кожи, национального происхождения, вероисповедания, религии, статуса государственной помощи, семейного положения, возраста, инвалидности, пола (включая сексуальную ориентацию и гендерную идентичность) или политических убеждений.

Жалобы должны быть представлены в письменной форме и поданы в течение 180 дней с даты, когда вы обнаружили предполагаемую дискриминацию. Жалоба должна содержать ваше имя и адрес, а также описывать дискриминацию, в связи с которой вы подаете жалобу. После получения вашей жалобы мы проанализируем ее и направим вам письменное уведомление о том, имеем ли мы право провести расследование. Если это так, то мы расследуем жалобу.

DHS уведомит вас в письменном виде о результатах расследования. Вы имеете право обжаловать решение, если вы будете с ним не согласны. Для обжалования вы должны направить письменную просьбу в DHS о том, чтобы пересмотреть результаты расследования. Будьте краткими и сообщите, почему вы не согласны с решением. Включите дополнительную информацию, которая, по вашему мнению, важна.

Если вы подадите жалобу таким образом, лица, которые работают на агентство, указанное в жалобе, не смогут принять ответные меры против вас. Это означает, что они не смогут наказать вас каким-либо образом за подачу жалобы. Подача жалобы таким образом не мешает вам искать другие правовые или административные средства защиты.

Обратитесь непосредственно в **DHS** для подачи

жалобы на дискриминацию: Координатор

по гражданским правам
Minnesota Department of Human
Services Equal Opportunity and Access
Division PO Box 64997
St Paul, MN 55164-0997
651-431-3040 (голос) или используйте свой предпочтительный ретрансляционный сервис