

Nombre de la agencia de  
servicios Dirección



\*

Fecha y hora

Nombre del solicitante

Número de caso:

Dirección

### Aviso de atención médica

IMPORTANTE: SE NECESITA TOMAR UNA ACCIÓN QUE AFECTA LA ELEGIBILIDAD. LEA TODO EL AVISO.

#### Resultados de atención médica

Nombre del solicitante - Número de identificación de MNsure:

Fecha de entrada en vigor	Acción	Tipo de cobertura
Fecha	Aprobado	MinnesotaCare
Fecha	No califica	Medical Assistance

Existen más información en las siguientes páginas.

Fecha y hora

Número de caso:

- Usted califica para MinnesotaCare a partir de la FECHA porque su ingreso familiar mensual o anual está dentro de los límites para el tamaño de su hogar. *(Secciones 256L.04 y 256L.07 de los Estatutos de Minnesota).*
- **Usted no califica para recibir Medical Assistance porque el ingreso de su hogar es mayor que el límite para el tamaño de su hogar.** *(Sección 435.603 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales; secciones 256B.056, subdivisión 1a y 4, y 256B.06, subdivisión 5 de los Estatutos de Minnesota)*

### Debe brindarnos más información

Necesitamos más información de:

**Nombre - Número de identificación de MNsure:**

Número de caso:

Fecha de vencimiento	Información necesaria	Documentos aceptables
Fecha	Ingreso anual proyectado (PAI)	<p>Si presentó una declaración de impuestos federales en los últimos 3 años, proporcione una copia completa de la declaración más reciente (debe incluir todos los formularios y anexos relacionados). Si la declaración no refleja su ingreso anual proyectado (PAI, por sus siglas en inglés) debido a un cambio, proporcione prueba del cambio, incluido cualquiera de los documentos que se enumeran a continuación. Si no presentó una declaración de impuestos federales en los últimos 3 años, proporcione prueba que refleje su PAI, incluido cualquiera de los documentos que figuran a continuación.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comprobante de pago o declaración de ingresos</li> <li>• Declaración escrita de su empleador</li> <li>• Copia de un cheque (pago por trabajo o servicio)</li> <li>• Registros financieros comerciales</li> <li>• Extracto bancario que muestre el pago</li> <li>• Declaración de intereses o dividendos</li> <li>• Carta de adjudicación</li> <li>• Comprobante de pensión alimenticia</li> <li>• Recibo o estado de cuenta del alquiler que recibió</li> <li>• Comprobante de venta de activos (ganancia o pérdida de capital)</li> <li>• Comprobante o registro de otros ingresos sujetos a impuestos</li> <li>• Comprobante de ingresos únicos</li> </ul>

- **Envíe copias de los comprobantes que figuran anteriormente a la dirección de la agencia antes mencionada. Si no nos proporciona la información antes de la fecha de vencimiento indicada, su cobertura de atención médica puede finalizar.**

## ¿Cómo utilizo mi cobertura de atención médica?

### Si califica para recibir Medical Assistance:

- Recibirá una tarjeta de identificación de miembro de Minnesota Health Care Programs (MHCP) que muestra su número de miembro. Entregue a su proveedor de atención médica su tarjeta de identificación de miembro de MHCP cada vez que reciba servicios.
- Si tiene facturas médicas por servicios recibidos desde la fecha en que calificó para la cobertura, comuníquese con el proveedor de atención médica y pídale que facture al estado de Minnesota. Es posible que el proveedor pueda reembolsarle las facturas que ya haya pagado.

### Si califica para MinnesotaCare:

- **Si tiene una prima de MinnesotaCare:** Debe realizar un pago completo para que comience la cobertura. Su cobertura comienza el primer día del mes posterior a su primer pago. Si aún no la ha recibido, recibirá su primera factura por correo. Realice el pago lo antes posible.
- **Si no está obligado a pagar una prima de MinnesotaCare:** Su cobertura comenzará el primer día del mes posterior a la aprobación.
- Una vez que comience su cobertura, recibirá una tarjeta de identificación de miembro de Minnesota Health Care Programs (MHCP) que muestra su número de identificación de miembro. Entregue a su proveedor de atención médica su tarjeta de identificación de miembro de MHCP cada vez que reciba servicios.

### Para Medical Assistance y MinnesotaCare:

- **Si su cobertura de atención médica se brindará a través de un plan de salud de atención administrada:** Recibirá información por correo sobre cómo elegir un plan de salud. Es posible que esté inscrito en un plan de salud asignado hasta que recibamos su formulario de inscripción. Una vez que recibamos su formulario de inscripción y esté inscrito, el plan de salud le enviará una tarjeta de identificación del plan de salud e información que le indicará cómo obtener los servicios. Entregue a su proveedor de atención médica su tarjeta de identificación del plan de salud y la tarjeta de identificación de miembro de MHCP cada vez que reciba servicios.
- **Si su cobertura de atención médica se brindará a través de pago por servicio:** Minnesota Health Care Programs (MHCP) paga una tarifa a los proveedores de atención médica inscritos en MHCP por cualquier servicio cubierto que le brinden. Entregue a su proveedor de atención médica su tarjeta de identificación de miembro de MHCP cada vez que reciba servicios. Para encontrar proveedores que pagan por sus servicios, visite el Directorio de proveedores de Minnesota Health Care Programs en línea en <https://mhcpproviderdirectory.dhs.state.mn.us/> o escanee el código QR.



## ¿Qué sucede si tengo preguntas relacionadas con este aviso?

Llámenos si tiene preguntas.

- Si tiene preguntas sobre Medical Assistance, llame a la agencia de su condado o tribu.
- Si tiene preguntas sobre MinnesotaCare o si tiene preguntas generales sobre Medical Assistance, llame a la Asistencia al Consumidor de Atención Médica del Department of Human Services (DHS) al 651-297-3862 o al 800-657-3672.

Puede recibir ayuda gratuita de un Asesor. Para encontrar un Asesor en su área que hable su idioma preferido, visite <https://www.mnsure.org> y haga clic en "Assister Directory" (Directorio de Asistentes) en Buscar ayuda gratuita (Find Free Help).

Si tiene discapacidades auditivas o del habla, comuníquese con nosotros usando su servicio de retransmisión de telecomunicaciones preferido.

## ¿Qué cambios debo informar y cuándo?

Informe todos los cambios, incluidos los cambios en lo siguiente:

- dónde vive
- quién vive con usted
- ingresos
- personas que planea incluir como dependientes en su declaración de impuestos sobre la renta
- inicio o cancelación de otro seguro médico
- acceso al seguro a través de un trabajo
- si está embarazada o tiene un nuevo bebé
- estado de encarcelamiento
- situación migratoria o de ciudadanía

Si no nos informa que se mudó y el correo devuelto no tiene una dirección de reenvío, la cobertura puede finalizar.

## ¿Cuándo debo informar un cambio?

- Si alguien en su hogar recibe Medical Assistance, informe el cambio dentro de los 10 días posteriores al cambio.
- Si nadie en su hogar recibe Medical Assistance, informe el cambio dentro de los 30 días posteriores al cambio.

## ¿Cómo informo mi cambio?

- Si alguien en su hogar recibe Medical Assistance, informe el cambio llamando a su condado o agencia tribal.
- Si ningún miembro de su hogar recibe Medical Assistance, informe un cambio llamando al Servicio de Atención al Consumidor de Atención Médica del DHS al 651-297-3862 o al 800-657-3672.

Fecha y hora

Número de caso:

## ¿Tengo que reembolsar los costos de mi atención médica si recibo asistencia del gobierno?

En determinadas circunstancias, la ley federal y estatal exige que el Minnesota Department of Human Services y las agencias locales recuperen los costos que el programa Medical Assistance (MA) pagó por sus miembros. Este proceso de recuperación se realiza a través del programa de recuperación de patrimonio y gravámenes de MA de Minnesota. Lea lo siguiente si está inscrito en MA.

Si está inscrito en MA, entonces, después de su muerte, Minnesota debe intentar recuperar los costos de los servicios y apoyos a largo plazo (LTSS, por sus siglas en inglés) que recibió a los 55 años o más. Los LTSS incluyen:

- servicios de hogares de ancianos
- servicios en el hogar y en la comunidad
- costos relacionados con la hospitalización y los medicamentos recetados
- primas de atención administrada (capitaciones) para la cobertura de estos servicios

Incluso después de su muerte, Minnesota no puede recuperar estos costos si su cónyuge sigue con vida, si tiene un hijo menor de 21 años o si tiene un hijo que es ciego o tiene una discapacidad permanente. Una vez que su cónyuge muere, Minnesota debe intentar recuperar sus costos de LTSS de MA del patrimonio de su cónyuge. Sin embargo, la recuperación se demora aún más si todavía tiene un hijo menor de 21 años, ciego o con una discapacidad permanente. Sus hijos no tienen que usar sus activos para reembolsar al estado por los servicios de MA que recibió.

Además, Minnesota debe intentar recuperar los costos de todos los servicios de MA que un miembro de MA recibió a cualquier edad mientras vivía permanentemente en una institución médica. Sin embargo, los miembros de MA que califican para recibir servicios según los criterios de elegibilidad del ingreso bruto ajustado modificado (MAGI, por sus siglas en inglés) no están sujetos a la recuperación por los servicios recibidos antes de los 55 años.

El estado puede presentar un gravamen de MA contra su propiedad inmobiliaria para recuperar los costos de MA antes de su muerte, pero solo si vive permanentemente en una institución médica. El estado también puede presentar un aviso de reclamo potencial, que es una forma de gravamen, contra una propiedad inmobiliaria para recuperar los costos de MA después de la muerte. Los gravámenes para recuperar los costos de MA se pueden presentar contra lo siguiente:

- su usufructo vitalicio o interés de tenencia conjunta en bienes inmuebles
- sus bienes inmuebles que usted posee exclusivamente
- sus bienes inmuebles que posee con otra persona más

Tiene derecho a hablar con un grupo de asistencia legal o un abogado privado si tiene preguntas específicas sobre cómo la recuperación de patrimonio de MA y los gravámenes pueden afectar su situación y la planificación de su patrimonio. El Minnesota Department of Human Services no puede brindarle asesoramiento legal. Para obtener más información, visite [http:// mn.gov/dhs/ma-estate-recovery/](http://mn.gov/dhs/ma-estate-recovery/).

Fecha y hora  
Número de caso:

## **¡DERECHOS DE APELACIÓN IMPORTANTES! ¡LEA ESTO AHORA!**

### **¿Qué sucede si no estoy de acuerdo con la medida tomada sobre mi cobertura de atención médica?**

Si cree que la decisión en su notificación de atención médica es incorrecta, tiene derecho a apelar. Una apelación es un proceso legal en el que un juez de servicios humanos lleva a cabo una audiencia y revisa (1) una decisión del Minnesota Department of Human Services (DHS) sobre la cobertura de MinnesotaCare; o (2) una decisión de un condado o agencia tribal sobre la cobertura de Medical Assistance. Puede obtener más información sobre cómo funciona esto en [www.dhs.state.mn.us/appeals/faqs](http://www.dhs.state.mn.us/appeals/faqs).

### **¿Cómo puedo apelar?**

Puede apelar enviando su propia solicitud por escrito, completando un formulario de apelación del DHS o recibiendo ayuda por teléfono o en persona. La Appeals Division del DHS o la agencia de su condado o tribu pueden ayudarlo a presentar su apelación.

Realice cualquiera de las siguientes acciones para iniciar una apelación:

- Inicie sesión en su cuenta en [MNSure.org](http://MNSure.org) para acceder al Formulario de solicitud de apelación.
- Complete el formulario DHS-0033 en <https://edocs.dhs.state.mn.us/lfserver/Public/DHS-0033-ENG> y envíelo electrónicamente.
- Para obtener información sobre cómo presentar una apelación, llame a su condado o agencia tribal o a la Appeals Division del DHS al 651-431-3600.
- Envíe su solicitud por correo a Minnesota Department of Human Services Appeals Division, PO Box 64941, St. Paul, MN 55164-0941, o envíela por fax al 651-431-7523.
- Para obtener ayuda en persona, acérquese al mostrador de información del Minnesota Department of Human Services, 444 Lafayette Road N, St. Paul, MN 55155.

### **¿Qué puedo apelar?**

Puede apelar cualquiera de los siguientes puntos:

- El condado o la agencia tribal, o el DHS, no actuaron en relación con su solicitud sobre la cobertura de atención médica.
- El condado o la agencia tribal, o el DHS, tramitaron su solicitud con demasiada lentitud.
- El condado o la agencia tribal, o el DHS, tomaron una medida con la que usted no está de acuerdo (ejemplos de medidas: denegación de la cobertura de Medical Assistance, aprobación de la cobertura para un programa para el que usted no cree que sea elegible, un cambio en sus beneficios de MinnesotaCare).

Fecha y hora  
Número de caso:

## ¿Cuándo debo apelar?

Si su apelación involucra Medical Assistance o MinnesotaCare, debe presentar su apelación dentro de un plazo de **30 días** después de haber recibido su notificación de atención médica. Si demuestra una buena causa para no apelar una acción de Medical Assistance o MinnesotaCare dentro de un plazo de **30 días**, puede apelar hasta **90 días** después de la fecha de su notificación de atención médica. Consulte a continuación información más importante sobre los plazos para las apelaciones de Medical Assistance y MinnesotaCare.

**Importante:** la decisión de apelación de un miembro del hogar puede afectar la elegibilidad de otros miembros del hogar. Es posible que sea necesario volver a determinar la elegibilidad del hogar.

## ¿Continuarán mis beneficios durante mi apelación?

Es posible que pueda seguir recibiendo los mismos beneficios que recibía en el momento en que recibió la notificación de atención médica. Pero es posible que deba presentar su apelación dentro de un plazo determinado:

en el caso de los afiliados a Medical Assistance y MinnesotaCare, generalmente debemos enviarle un aviso con 10 días o más de antelación a la fecha de entrada en vigor de una acción, o podemos enviarle un aviso cinco días antes de una acción, según la situación. Sus beneficios continuarán automáticamente si presenta su apelación antes de la fecha de entrada en vigor de la acción que figura en el aviso de atención médica anticipado. En algunas situaciones, podemos enviarle un aviso con menos de cinco días de antelación a una acción, o en la fecha de entrada en vigor de una acción. Sus beneficios continuarán si presenta una apelación dentro de los 15 días a partir de la fecha de ese aviso de atención médica. Debe pagar su prima mensual de MinnesotaCare para obtener cobertura continua durante su apelación. Informe al DHS por escrito si no desea que sus beneficios continúen.

**Importante:** si pierde su apelación, es posible que deba devolver los beneficios que recibió mientras su apelación estaba pendiente.

**Importante:** tiene derecho a solicitar Medical Assistance o MinnesotaCare nuevamente si sus beneficios interrumpen.

## ¿Qué sucede si necesito una audiencia de inmediato?

Tiene derecho a solicitar una apelación acelerada. Si necesita una audiencia de inmediato, informe al DHS el motivo cuando presente su apelación. Para solicitar una apelación acelerada para Medical Assistance o MinnesotaCare, comuníquese con la Appeals Office del DHS al 651-431-3600 (área metropolitana) o al 800-657-3510 (fuera del estado).

Fecha y hora  
Número de caso:

## ¿Qué hago después de presentar mi apelación?

Reúna información relacionada con la acción que está apelando que crea que probará o explicará el motivo por el que cree que la acción fue incorrecta.

Recibirá una carta que le informará la fecha y la hora de la audiencia de apelación. Muchas audiencias se realizan por teléfono.

Continúe informando los cambios (como el inicio o la finalización de un trabajo o cambios en las personas que viven con usted) dentro de estos plazos:

- **30 días** si tiene MinnesotaCare
- **10 días** si tiene Medical Assistance

Si tiene Medical Assistance, informe los cambios llamando a su agencia del condado o tribal. Si tiene MinnesotaCare, informe los cambios llamando al Servicio de Atención al Consumidor de Atención Médica del DHS al 651-297-3862 o al 800-657-3672.

## ¿Puedo obtener ayuda con mi apelación?

Puede hablar por sí mismo en la audiencia. También puede pedirle a otra persona que hable por usted. Puede informarnos que desea que otra persona hable por usted en la audiencia cuando presente su apelación. Si sus ingresos están por debajo de un cierto límite, es posible que pueda obtener asesoramiento legal o ayuda con su apelación en la oficina de asistencia legal local.



## Sus derechos civiles

La discriminación está prohibida por la ley. El Minnesota Department of Human Services (DHS) no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad de origen, credo, religión, condición de beneficiario de asistencia pública, estado civil, edad, discapacidad, sexo (incluida la orientación sexual y la identidad de género) o ideología política.

### Servicios gratuitos

**Asistencia auxiliar:** si tiene una discapacidad y necesita asistencia y servicios para tener las mismas oportunidades de participar en nuestros programas de atención médica, el DHS se los proporcionará de manera oportuna y gratuita. Estas asistencias y servicios incluyen intérpretes calificados e información en formatos accesibles.

**Traducción e interpretación:** si tiene dificultades para comprender inglés y necesita ayuda con el idioma para acceder a la información y los servicios, el DHS le proporcionará servicios de traducción de manera oportuna y gratuita. Estos servicios incluyen la traducción de documentos y la interpretación de lenguaje hablado.

**Para solicitar estos servicios gratuitos del DHS,** llame al Servicio de Atención al Consumidor de Atención Médica del DHS al 651-297-3862 o al 800-657-3672. O utilice su servicio de retransmisión preferido.

### Quejas sobre los derechos civiles

Tiene derecho a presentar una queja por discriminación si cree que una agencia de servicios humanos lo trató de manera discriminatoria.

Puede comunicarse directamente con cualquiera de las siguientes tres agencias para presentar una queja por discriminación.

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

Tiene derecho a presentar una queja ante la OCR, una agencia federal, si cree que ha sido discriminado por cualquiera de los siguientes motivos: raza, color, nacionalidad de origen, edad, discapacidad, sexo (incluida la orientación sexual y la identidad de género) o ideología política.

Comuníquese directamente con la **OCR** para

presentar una queja:

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 (voz), 800-537-7697 (TDD)  
202-619-3818 (fax)  
<https://ocrportal.hhs.gov>

## Minnesota Department of Human Rights (MDHR)

En Minnesota, tiene derecho a presentar una queja ante el Minnesota Department of Human Rights (MDHR) si cree que ha sido discriminado por cualquiera de los siguientes motivos: raza, color, nacionalidad de origen, religión, credo, sexo, orientación sexual, estado civil, condición de beneficiario de asistencia pública o discapacidad.

Comuníquese directamente con el **MDHR** para presentar una queja:

Minnesota Department of Human Rights  
540 Fairview Avenue North, Suite 201  
St. Paul, MN 55104  
651-539-1100 (voz) o 800-657-3704 (línea gratuita)  
711 o 800-627-3529 (Servicio de retransmisión de MN), 651-296-9042 (fax)  
Info.MDHR@state.mn.us (correo electrónico)  
<https://mn.gov/mdhr/intake/consultationinquiryform/>

## DHS

Tiene derecho a presentar una queja ante el DHS si cree que ha sido objeto de discriminación en nuestros programas de atención médica debido a cualquiera de los siguientes motivos: raza, color, nacionalidad de origen, credo, religión, condición de beneficiario de asistencia pública, estado civil, edad, discapacidad, sexo (incluida la orientación sexual y la identidad de género) o ideología política.

Las quejas deben presentarse por escrito dentro de un plazo de 180 días a partir de la fecha en que descubrió la presunta discriminación. La queja debe contener su nombre y dirección y describir la discriminación por la que se queja. Después de recibir su queja, la revisaremos y le notificaremos por escrito si tenemos autoridad para investigar. Si la tenemos, investigaremos la queja.

El DHS le notificará por escrito el resultado de la investigación. Tiene derecho a apelar el resultado si no está de acuerdo con la decisión. Para apelar, debe enviar una solicitud por escrito para que el DHS revise el resultado de la investigación. Sea breve y explique por qué no está de acuerdo con la decisión. Incluya información adicional que considere importante.

Si presenta una queja de esta manera, las personas que trabajan para la agencia nombrada en la queja no pueden tomar represalias en su contra. Esto significa que no pueden sancionarlo de ninguna manera por presentar una queja. Presentar una queja de esta manera no le impide buscar otros recursos legales o administrativos.

Comuníquese directamente con el **DHS** para presentar una queja por discriminación:

Civil Rights Coordinator  
Minnesota Department of Human  
Services Equal Opportunity and Access  
Division PO Box 64997  
St Paul, MN 55164-0997  
651-431-3040 (voz) o utilice su servicio de retransmisión preferido