



DEPARTMENT OF
HUMAN SERVICES

Renovación de los programas de atención médica de Minnesota para personas que reciben asistencia médica y tienen 65 años o más y personas ciegas o discapacitadas (MA-ABD)

¿Por qué he recibido este formulario de renovación?

Debe llenar este formulario para renovar su elegibilidad al Programa de Medical Assistance (MA) o al Programa de Ahorro de Medicare para personas ciegas, con discapacidad o mayores de 65 años.

¿Qué necesito hacer con este formulario?

1. Lea cada pregunta y responda a todas las que le correspondan. Si necesita más espacio, escriba el número de la pregunta y la respuesta en un papel. Inclúyalo con el formulario.
2. Posiblemente deba enviarnos comprobantes de cierta información. Envíe copias de los comprobantes. No envíe los documentos originales. Los comprobantes que nos envíe deben ser los más recientes que hay disponibles. Escriba su nombre y número de caso en todas las páginas de los comprobantes.
3. Firme y feche el formulario de renovación de la página 12.
4. Lea el Aviso de Prácticas de Privacidad y el Aviso de Derechos y Responsabilidades del Anexo A. Arranque estas páginas y guárdelas.
5. Envíe por correo, fax o lleve los formularios y las pruebas a la agencia de su condado o tribu. Envíe inmediatamente el formulario de renovación, aunque no tenga todas las pruebas. Si necesitamos más información, nos pondremos en contacto con usted.
6. Visite <https://mn.gov/dhs/renewmycoverage> para informarse sobre otras formas de presentar su renovación, incluida la de completar su renovación por teléfono.

¿Cómo puedo obtener ayuda con este formulario?

Vea un breve vídeo sobre cómo completar este formulario <https://mn.gov/dhs/health-care/renewal>.

¿Tiene preguntas?

- Si tiene preguntas, llame a la agencia de servicios de su condado o tribu.
- Si necesita ayuda para entender sus opciones como persona discapacitada, puede contactar a Disability Hub MN™ al 866-333-2466. Si tiene 65 años o más y/o está acogido a Medicare, contacte a Senior LinkAge Line al 800-333-2433

¿Qué ocurrirá si no envío este formulario?

Si no regresa este formulario para la fecha límite su cobertura se interrumpirá.



Para obtener esta información en formatos accesibles o asistencia con mayor acceso igualitario a servicios humanos, escriba a DHS.info@state.mn.us, llame al 651-431-2670 o al 800-657-3739 o use su servicio preferido de retransmisión. ADA1 (3-24)

Renovación de los Programas de Cuidado de Salud de Minnesota (Minnesota Health Care Programs Renewal)

Office Use Only		
DATE RECEIVED	CASE NUMBER	WORKER NUMBER

- **Responda a las preguntas lo mejor que pueda.**
- **Envíe el formulario y los comprobantes de inmediato.**
- **Llame al trabajador de su caso si tiene preguntas.**

1. Nombre y dirección				
NOMBRE	INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO		
FECHA DE NACIMIENTO		NÚMERO DE TELÉFONO		
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	CONDADO
DIRECCIÓN POSTAL (si es distinta)	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	CONDADO
INFORMACIÓN OPCIONAL ↓				
¿Cuál es su situación de vivienda? (Elija una) ☐ Tengo mi propia vivienda (alquilo, pago una hipoteca o comparto los gastos de vivienda con otra persona). ☐ Vivo con mi familia o amigos debido a dificultades económicas. ☐ Vivo en un refugio de emergencia. ☐ Vivo en la vivienda de un proveedor de servicios (hogar sustituto, hogar grupal o vivienda asistida).. ☐ Vivo en un hospital, un hogar de ancianos, un centro de tratamiento o en un centro de desintoxicación. ☐ Vivo en una cárcel, prisión o centro de detención juvenil. Número de identificación del infractor (OID): _____ ☐ Vivo en un hotel o en un motel. ☐ Vivo en un lugar no destinado a vivienda (cualquier lugar exterior, un vehículo, un edificio abandonado, un autobús, una estación de tren o un aeropuerto). ¿En qué condado vive? _____ ☐ No sé. ☐ Me niego contestar.				

2. Si usted o algún miembro de su familia es indio americano o indígena de Alaska, es posible que algunos ingresos y bienes no se tengan en cuenta para cumplir los requisitos y que usted no tenga la obligación de pagar primas. ¿Desea solicitar estas excepciones? ☐ Sí – complete el Apéndice A ☐ No

3. Otras personas que viven con usted

(Indique su cónyuge, padres o tutores de menores de 21 años, padrastros, hijos e hijastros que vivan en su casa. Incluya a las personas que vivan fuera de casa durante un breve periodo de tiempo).

Nombre	Inicial	Apellido	Fecha de nacimiento	Parentesco con usted

4. ¿Está solicitando cobertura para alguien que actualmente no tiene cobertura del programa Minnesota Health Care o está añadiendo un nuevo miembro al hogar?

☐ Sí – complete la información ☐ No

Nombre	Inicial	Apellido	Fecha de nacimiento	Parentesco con usted	Número de seguro social*

* Vea el Anexo A para obtener información sobre los números de seguro social.

5. ¿Alguien estuvo en un hogar sustituto en algún estado?

☐ Sí – complete la información ☐ No

Nombre	Which state	¿Terminó el tiempo de hogar sustituto cuando esta persona tenía 18 años o más?	¿Estaba esta persona recibiendo Asistencia Médica u otro programa de Medicaid en el momento en que se encontraba en un hogar sustituto?
		☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
		☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No

6. ¿Alguna persona trabaja por cuenta propia o espera trabajar por cuenta propia el próximo mes?

☐ Sí, complete abajo ☐ No

Nombre	Tipo de trabajo	Ingresos mensuales	Gastos mensuales	Fecha de inicio (MM/DD/AAAA)
		\$	\$	
		\$	\$	

Debe proporcionar comprobantes de sus ingresos. El comprobante puede ser la declaración de impuestos sobre los ingresos más reciente y todas las planillas o los registros comerciales si no presentó una declaración de impuestos.

7. ¿Alguna persona trabaja o espera trabajar el próximo mes?

☐ Sí – complete la información ☐ No

NOMBRE

NOMBRE DEL EMPLEADOR

FECHA DE INICIO (MM/DD/AAAA)

¿Es un trabajo por temporada?

☐ Sí ☐ No

¿Finalizó este trabajo?

☐ Sí ☐ No

SI LA RESPUESTA ES "SÍ", ESCRIBA LA FECHA FINAL (MM/DD/AAAA)

Salarios y propinas antes de impuestos (Elija uno y complete la cantidad en dólares y el número de horas por semana.)

☐ Por hora	\$ _____ por hora	Horas por semana: _____
☐ Por semana	\$ _____	Horas por semana: _____
☐ Cada dos semanas	\$ _____	Horas por semana: _____
☐ Dos veces por mes	\$ _____	Horas por semana: _____
☐ Mensual	\$ _____	Horas por semana: _____
☐ Anual	\$ _____	Horas por semana: _____

NOMBRE

NOMBRE DEL EMPLEADOR

FECHA DE INICIO (MM/DD/AAAA)

¿Es un trabajo por temporada?

☐ Sí ☐ No

¿Finalizó este trabajo?

☐ Sí ☐ No

SI LA RESPUESTA ES "SÍ", ESCRIBA LA FECHA FINAL (MM/DD/AAAA)

Salarios y propinas antes de impuestos (Elija uno y complete la cantidad en dólares y el número de horas por semana.)

☐ Por hora	\$ _____ por hora	Horas por semana: _____
☐ Por semana	\$ _____	Horas por semana: _____
☐ Cada dos semanas	\$ _____	Horas por semana: _____
☐ Dos veces por mes	\$ _____	Horas por semana: _____
☐ Mensual	\$ _____	Horas por semana: _____
☐ Anual	\$ _____	Horas por semana: _____

Debe presentar una prueba de estos ingresos. Las pruebas pueden ser recibos de nómina o una declaración escrita de ingresos de su empleador si no tiene recibos de nómina. La prueba presentada debe ser la más reciente disponible.

8. ¿Recibió alguna persona este mes o espera recibir alguna persona el mes próximo dinero de fuentes aparte del trabajo?

- Incluya:
- Seguro Social
 - Ingreso de seguro suplementario (SSI)
 - Jubilación o pensión
 - Pagos de un contrato por escritura
 - Manutención infantil o conyugal
 - Compensación a los trabajadores
 - Pagos de asistencia pública
 - Rentas vitalicias
 - Desempleo
 - Beneficios para veteranos
 - Ingresos de alquiler
 - Cualquier otro pago
 - Intereses
 - Dividendos
 - Fideicomisos

☐ Sí, complete abajo ☐ No

NOMBRE

Tipo de ingresos	Cantidad	¿Con qué frecuencia los recibe?	¿Han terminado estos ingresos?
	\$		☐ Sí – FECHA FINAL: _____ ☐ No
	\$		☐ Sí – FECHA FINAL: _____ ☐ No

NOMBRE

Tipo de ingresos	Cantidad	¿Con qué frecuencia los recibe?	¿Han terminado estos ingresos?
	\$		☐ Sí – FECHA FINAL: _____ ☐ No
	\$		☐ Sí – FECHA FINAL: _____ ☐ No

Debe presentar una prueba de estos ingresos. Las pruebas pueden ser cartas de concesión, copias de cheques, formularios fiscales, órdenes judiciales u otros documentos. La prueba presentada debe ser la prueba más reciente disponible.

9. ¿Hay alguna persona ciega o con una discapacidad en el hogar?

☐ Sí, complete abajo ☐ No

Nombre	¿Tiene esta persona gastos de trabajo?	Si la respuesta es "Sí", escriba el tipo de gastos	Cantidad mensual
	☐ Sí ☐ No ☐ No corresponde		\$
	☐ Sí ☐ No ☐ No corresponde		\$

Debe proporcionar comprobantes de estos gastos de trabajo.

La información sobre bienes (preguntas 10-20) solamente se refiere a los miembros del grupo familiar mayores de 21 años.

10. ¿Cuánto efectivo usted o su cónyuge tiene en mano, en una caja de seguridad, en el hogar y en el centro donde usted vive?	\$
--	----

11. ¿Usted o su cónyuge tiene alguna de las siguientes cuentas? • Ahorros • Cheques • Cuenta del mercado monetario • Certificados de depósito (CD) • Acciones • Bonos • Jubilación • Pensión ☐ Sí – complete la información ☐ No				
Nombre del o los propietarios	Tipo de cuenta	Nombre y dirección del banco	Número de cuenta	Importe en la cuenta
				\$
				\$
				\$
				\$
				\$

Proporcione los comprobantes. Los comprobantes pueden ser resúmenes de cuenta recientes, una declaración escrita de su banco, cooperativa de crédito u otra institución financiera que indique el saldo o valor actual de las cuentas. Copias de bonos, titularidad de acciones, cuentas de jubilación o documentos que indiquen el saldo actual del préstamo adeudado contra el activo. **Los comprobantes presentados deben ser los más recientes disponibles.**

12. Algunos tipos de pagos están excluidos de los bienes. ¿Tiene dinero de alguno de los pagos indicados en el Anexo B en alguna cuenta? Elija un código de motivo de la lista del Anexo B. ☐ Sí – complete la información ☐ No		
Nombre(s) del propietario	Tipo de pago	Importe del pago en la cuenta
		\$
		\$
		\$

Deberá presentar pruebas. Las pruebas pueden ser estados de cuenta recientes o una declaración escrita de su banco, unión de crédito u otra institución financiera que muestre el saldo o valor actual de las cuentas. Las pruebas presentadas deben ser las más recientes disponibles.

13. ¿Es usted o su cónyuge propietario o copropietario de?:

- Casas
- Casas móviles
- Otros bienes inmuebles
- Intereses residuales en propiedad inmobiliaria
- Condominios
- Cabañas
- Intereses vitalicios
- Otros contratos inmobiliarios
- Casas de veraneo
- Propiedades a tiempo compartido
- Pagarés
- Contratos de escritura traslativa de dominio
- Viviendas de invierno
- Alquileres

☐ Sí – Escriba la información ☐ No

Nombre(s) del dueño	Tipo de propiedad	Dirección de la propiedad	¿Usted o su cónyuge vive aquí todo el año?
			☐ Sí ☐ No
			☐ Sí ☐ No

Proporcione los comprobantes. Los comprobantes pueden ser declaraciones de impuestos sobre bienes inmuebles, escrituras de garantía, escrituras de no reclamación, contratos de usufructo u otros contratos sobre bienes inmuebles, documentos que indiquen los importes adeudados por la propiedad, copias del contrato de escritura, hipoteca, contrato de préstamo o pagaré. Los comprobantes presentados deben ser los más recientes disponibles.

14. ¿Es usted o su cónyuge propietario de algún vehículo?

- Automóviles
- Motocicletas
- Embarcaciones
- Otros vehículos registrados o no
- Camiones
- Vehículos todo terreno
- Motonieves
- Camionetas
- Casas remolque
- Casas motorizadas

☐ Sí – Escriba la información ☐ No

Nombre(s) del dueño	Tipo de vehículo	Año, marca, modelo

Entregue comprobantes de cualquier vehículo que haya comprado en el último año. Podemos solicitar comprobantes adicionales.

15. ¿Tiene usted o su cónyuge algún derecho en un fideicomiso o en una renta vitalicia?

☐ Sí – complete la información ☐ No

Nombre del o los propietarios	Tipo

Deberá presentar pruebas. Las pruebas pueden ser copias del contrato de la anualidad, otros documentos que muestren el valor de la anualidad o copias de todo el documento del fideicomiso. La prueba presentada debe ser la prueba más reciente disponible

16. ¿Tiene usted o su cónyuge un seguro de vida que no cubre un acuerdo de gastos funerarios?

☐ Sí – complete la información ☐ No

Nombre del o los propietarios	Número de póliza	Nombre y dirección de la compañía de seguros

Deberá presentar pruebas. La prueba presentada debe ser la prueba más reciente disponible.

17. ¿Tiene usted o su cónyuge activos utilizados actualmente para el trabajo por cuenta propia o para un negocio en el que usted o su cónyuge tiene un interés?

☐ Sí – complete la información ☐ No

Nombre del o los propietarios	Tipo de bien

Deberá presentar pruebas. Las pruebas pueden ser documentos fiscales actuales, libros de contabilidad o estados de cuenta. Las pruebas presentadas deben ser las más recientes disponibles.

18. ¿Es propietario o co-propietario usted o su cónyuge de algún otro activo que no haya incluido?

☐ Sí – complete la información ☐ No

Nombre del o los propietarios	Tipo de bien

Deberá presentar pruebas. La prueba presentada debe ser la prueba más reciente disponible.

19. ¿Vive usted o su cónyuge en una comunidad con asistencia continua para jubilados?

☐ Sí ☐ No

Deberá presentar pruebas.

20. ¿Ha comprado, modificado o cancelado alguna persona una cuenta prepagada de gastos funerarios o un seguro de gastos funerarios el último año?

Esto incluye cuentas revocables e irrevocables, seguros de gastos funerarios, gastos funerarios cubiertos por rentas vitalicias, acuerdos con empresas de cremación, parcelas en un cementerio, elementos de una parcela en un cementerio y otros fondos destinados para el entierro.

☐ Sí – complete la información ☐ No

DUEÑO DEL ACTIVO	TIPO DE ACTIVO FUNERARIO
¿CUÁL FUE EL CAMBIO?	FECHA DEL CAMBIO (MM/DD/AAAA)

Deberá presentar pruebas. La presentación de pruebas de estos bienes es opcional. Las pruebas pueden ser copias de la póliza de seguro de vida, contratos de sepelio u otros documentos que muestren el valor actual de los bienes. La prueba presentada debe ser la prueba más reciente disponible.

21. Indíquenos los cambios del seguro médico durante el último año.

Cobertura patrocinada por un empleador

¿A alguna de las personas se le ofreció cobertura médica a través de un empleo? Marque sí aunque la cobertura sea a través del empleo de otra persona o de su cónyuge?

☐ Sí – complete la información ☐ No

NOMBRE	NOMBRE DEL EMPLEADOR
--------	----------------------

¿Tuvo alguna persona que tiene cobertura a través de un empleador un cambio en esa cobertura durante el último año, incluidos los cambios del plan médico o los costos?

☐ Sí – complete la información ☐ No

NOMBRE	¿QUÉ CAMBIÓ?	FECHA DEL CAMBIO (MM/DD/AAAA)
--------	--------------	-------------------------------

Cobertura de Medicare

¿Tuvo alguna persona un cambio en la cobertura de Medicare el año pasado, como obtener o perder la cobertura de Medicare?

☐ Sí – complete la información ☐ No

¿QUIÉN TUVO ESTE CAMBIO?	¿QUÉ CAMBIÓ?	FECHA DEL CAMBIO (MM/DD/AAAA)
--------------------------	--------------	-------------------------------

Otra cobertura médica o seguro de cuidado a largo plazo

¿Ha tenido un cambio alguna persona en otro tipo de seguro médico como obtener o perder cobertura?

☐ Sí – complete la información ☐ No

¿QUIÉN TUVO ESTE CAMBIO?	¿QUÉ CAMBIÓ?	FECHA DEL CAMBIO (MM/DD/AAAA)
--------------------------	--------------	-------------------------------

Podemos solicitar comprobantes más adelante.

22. Indíquenos los cambios producidos durante el último año. (Marque todas las opciones que correspondan).

☐ Embarazo	SI LA CASILLA ESTÁ MARCADA, ¿QUIÉN TUVO ESTE CAMBIO?		¿CUÁNTOS BEBÉS SE ESPERAN?
	FECHA DE PARTO (MM/DD/AAAA)		
	SI ESTA PERSONA ESTUVO EMBARAZADA RECIENTEMENTE, INGRESE LA FECHA EN QUE FINALIZÓ EL EMBARAZO		
☐ Estado civil	SI LA CASILLA ESTÁ MARCADA, ¿QUIÉN TUVO ESTE CAMBIO?		
	¿QUÉ CAMBIÓ?	FECHA DEL CAMBIO (MM/DD/AAAA)	
☐ Condición de estudiante	SI LA CASILLA ESTÁ MARCADA, ¿QUIÉN TUVO ESTE CAMBIO?		
	¿QUÉ CAMBIÓ?	FECHA DEL CAMBIO (MM/DD/AAAA)	
☐ Estado de discapacidad	SI LA CASILLA ESTÁ MARCADA, ¿QUIÉN TUVO ESTE CAMBIO?		
	¿QUÉ CAMBIÓ?	FECHA DEL CAMBIO (MM/DD/AAAA)	
☐ Cobertura de Medicare	SI LA CASILLA ESTÁ MARCADA, ¿QUIÉN TUVO ESTE CAMBIO?		
	¿QUÉ CAMBIÓ?	FECHA DEL CAMBIO (MM/DD/AAAA)	
☐ Una persona se mudó del hogar	SI LA CASILLA ESTÁ MARCADA, ¿QUIÉN SE MUDÓ?		FECHA DE MUDANZA (MM/DD/AAAA)
	¿Piensa esa persona regresar al hogar? ☐ Sí, complete abajo ☐ No		
	FECHA EN QUE PIENSA REGRESAR (MM/DD/AAAA)	¿POR QUÉ ESA PERSONA NO VIVE EN EL HOGAR?	
☐ Otros cambios	SI LA CASILLA ESTÁ MARCADA ¿QUÉ CAMBIÓ?		FECHA DEL CAMBIO (MM/DD/AAAA)

Podemos solicitar comprobantes más adelante.

Responda a las preguntas 23 y 24 sólo si está:

- Embarazada, o
- Padre/madre o familiar a cargo de un niño menor de 21 años que vive con usted, o
- Niño menor de 21 años (excepto los inscritos en MA según la opción TEFRA)

23. ¿Paga alguna persona servicios de guardería para cuidar a un menor o a un adulto mientras trabaja?

☐ Sí – complete la información ☐ No

NOMBRE	CANTIDAD PAGADA POR MES
NOMBRE	CANTIDAD PAGADA POR MES

Debe proporcionar los comprobantes de estos gastos.

24. Alguien en el hogar tiene pagos de manutención infantil o médica ordenados por el tribunal que se tomen de los ingresos de la persona?

☐ Sí – complete la información ☐ No

NOMBRE DE LA PERSONA QUE HACE EL PAGO	CANTIDAD PAGADA POR MES
NOMBRE DE LA PERSONA QUE HACE EL PAGO	CANTIDAD PAGADA POR MES

Debe proporcionar los comprobantes de estos gastos.

25. Contactarle por correo electrónico o mensaje de texto

¿Podemos enviarle actualizaciones y recordatorios sobre su caso en el futuro? Al marcar aquí, da su consentimiento para recibir notificaciones electrónicas. El DHS no se hace responsable de ningún cargo por notificaciones electrónicas. Es su responsabilidad comprobarlo con su operador individual, ya que pueden aplicarse tarifas estándar de mensajes y datos.

¿Está bien que nos pongamos en contacto con usted por correo electrónico?

☐ No ☐ Sí – dirección de correo electrónico:

¿Está bien que nos pongamos en contacto con usted por mensaje de texto?

☐ No ☐ Sí – número de teléfono:

Página de firma

Lea la siguiente información y firme.

Complete esta página y lea la Notificación de prácticas de privacidad (Notice of Privacy Practices) y la Notificación de derechos y responsabilidades (Anexo A) antes de firmar este documento

Al firmar a continuación:

He recibido y examinado la Notificación de prácticas de privacidad y la Notificación de derechos y responsabilidades (Anexo A). Sé que debo informar los cambios en la información que aparece en este formulario de renovación.

Declaro bajo pena de falso testimonio que he examinado este formulario de renovación, y conforme a mi mejor saber y entender, es una declaración correcta y verdadera de cada punto esencial. Entiendo que una persona condenada por falso testimonio puede ser sentenciada a un período de prisión de no más de cinco años o al pago de una multa de no más de \$10,000, o ambas cosas. Entiendo que puede haber otras sanciones por no decir la verdad.

Acuerdos adicionales para asistencia médica

Doy mi consentimiento para la divulgación de mis registros médicos del Programa de Cuidado de Salud de Minnesota a las partes incluidas en la sección del consentimiento para compartir información médica de la Notificación de derechos y responsabilidades.

- Cedo a la agencia de asistencia médica nuestros derechos de buscar y conseguir dinero de otros seguros médicos, acuerdos legales o terceros.
- He leído y entiendo que el estado puede reclamar de mis bienes o de los de mi cónyuge un reembolso del costo del cuidado médico o el costo de las primas pagadas por la atención.
- Entiendo que mi información y la información sobre mi persona compartida de terceros se compartirá en investigaciones para prevenir el fraude como se establece en la Notificación de prácticas de privacidad.
- Si soy un padre o madre que cumple los requisitos para la asistencia médica, entiendo que me pueden pedir que coopere con la agencia a cargo de cobrar la manutención médica de un padre o madre ausente. Si entiendo que cooperar para el cobro de la manutención médica dañará a mis hijos o a mí, puedo informarlo a la agencia y es posible que no tenga que cooperar. Doy a la agencia de asistencia médica los derechos de manutención médica pagada para mis hijos.
- Debido a la información que proporciono en este formulario, entiendo que el estado puede hacer cambios en mi cobertura sin el aviso con 10 días de anticipación. Sin embargo, el estado enviará un aviso por escrito, a más tardar, a partir de la fecha de vigencia del cambio.

SU FIRMA	FECHA
FIRMA DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO, SI ES APLICABLE	FECHA

Envíe su formulario de renovación completado y firmado

Envíe su solicitud completada y firmada y los comprobantes en una de estas tres maneras:

- Envíe la solicitud por fax para un procesamiento más rápido.
- Envíe la solicitud por correo postal.
- Entregue la solicitud en persona.

Envíe el formulario de renovación y los comprobantes por correo postal, por fax o en persona en la agencia tribal o del condado. Envíe copias de los comprobantes. No envíe documentos originales. Nota: Consulte a su trabajador si necesita ayuda para conseguir los comprobantes. Algunos de los comprobantes solicitados, como la certificación de discapacidad, de ciudadanía y de identidad, serán solicitados de manera electrónica primero a otras agencias del gobierno.

Si quiere registrarse para votar en Minnesota, puede completar un formulario de registro de votantes en sos.state.mn.us.

Notificación de Prácticas de Privacidad y Notificación de Derechos y Responsabilidades

(Fecha de vigencia: Noviembre de 2022)

Notificación de prácticas de privacidad

Esta parte de la notificación describe cómo puede utilizarse y divulgarse la información privada o confidencial sobre usted. Revísela cuidadosamente.

¿Por qué pedimos esta información?

- Para diferenciarlo de otras personas que tienen el mismo nombre o un nombre similar.
- Para decidir para qué servicios califica.
- Para ayudarlo a obtener servicios médicos y de salud mental y decidir si puede pagar algunos de los servicios.
- Para decidir si usted o su familia necesitan servicios de protección.
- Para decidir si usted o sus hijos necesitan cuidado fuera del hogar o en el hogar.
- Para preparar informes, realizar investigaciones, efectuar auditorías y evaluar nuestros programas.
- Para investigar las denuncias de personas que pueden mentir sobre la ayuda que necesitan o para obtener asistencia a la cual no tienen derecho.
- Para cobrar dinero de otras agencias, tales como compañías de seguros, si estas deben pagar por su cuidado.
- Para cobrar dinero del gobierno estatal o federal por la ayuda que le proporcionamos.

¿Por qué le pedimos su número de seguro social?

Necesitamos su número de seguro social (SSN, por sus siglas en inglés) para proporcionarle asistencia médica, algunos tipos de asistencia financiera o servicios de cumplimiento de manutención infantil (42 USC 666; Minn. Stat. 256 L.04, subd. 1a; 42 CFR 435.910).

También necesitamos su número de seguro social para verificar su identidad y prevenir la duplicación de beneficios estatales y federales. Además, su número de seguro social se usa para comparar datos por computadora con agencias colaborativas, no lucrativas y privadas a fin de verificar los ingresos, recursos y otra información que puedan afectar el cumplimiento de los requisitos o sus beneficios.

No tiene que informarnos el número de seguro social de las personas de su hogar que no están solicitando la cobertura. Tampoco tiene que darnos su número de seguro social:

- Si tiene objeciones religiosas
- Si no es ciudadano de los Estados Unidos y solo está solicitando asistencia médica de emergencia.

- Si es de otro país, está en los Estados Unidos temporalmente y no tiene permiso de los Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los EE. UU. (U.S. Citizenship and Immigration Services, USCIS) para vivir permanentemente en los EE. UU.
- Si vive en los EE. UU. sin el conocimiento o la aprobación de USCIS.

¿Por qué le pedimos información financiera?

Utilizamos esta información únicamente para los fines autorizados por la ley, tales como verificar si cumple los requisitos o determinar el importe de una prima. No compartiremos esta información con ninguna otra persona o entidad.

¿Tiene que responder las preguntas que hacemos?

Usted no tiene que darnos información personal. Sin la información, es posible que no podamos ayudarlo. Si nos da información incorrecta a propósito, podrá ser investigado y acusado de fraude.

¿Con quiénes podemos compartir la información?

Solo compartiremos su información según se necesite y se nos permita o se requiera por ley. Podemos compartir su información con las siguientes agencias o personas que necesitan la información para llevar a cabo su trabajo:

- Empleados o voluntarios de otras agencias estatales, del condado, locales, federales y las agencias participantes no lucrativas y privadas.
- Los investigadores, auditores y otros que realizan evaluaciones y estudios sobre la calidad del cuidado de la salud o que inician procesos o acciones legales relacionadas con la administración de los programas de servicios humanos.
- Funcionarios judiciales, fiscales del condado, fiscales generales, otros funcionarios del orden público, funcionarios encargados de la manutención infantil, investigadores de protección de menores y de fraude e investigadores de prevención de fraude.
- Oficinas de servicios humanos, incluso las oficinas para cumplimiento de manutención infantil.

- Agencias gubernamentales de otros estados que administran programas de beneficios públicos.
- Proveedores de cuidado de salud, incluso las agencias de salud mental y centros de tratamiento para drogas y alcohol.
- Compañías de seguros médicos, agencias de cuidado de salud, organizaciones de cuidado administrado de la salud y otros que pagan por su cuidado.
- Los tutores, vigilantes o personas con poderes notariales que son representantes autorizados.
- Forenses e investigadores médicos, si usted fallece y ellos investigan su fallecimiento.
- Oficinas de crédito, acreedores o agencias para cobranza si usted no paga los honorarios que nos adeuda por los servicios, en situaciones limitadas.
- Asesores de solicitudes certificados, asistentes en persona y navegadores, y cualquier otra persona para quien la ley establece que debemos o podemos proporcionar la información.

¿Cuáles son nuestras responsabilidades?

- Debemos proteger la privacidad de su información personal, de cuidado de salud y otra información privada de acuerdo con las condiciones de esta notificación.
- No podemos usar su información por motivos que no sean los que se indican en este formulario, ni compartir su información con personas y agencias que no sean las que se indican en este formulario, a menos que usted nos diga por escrito que podemos hacerlo.
- No venderemos ninguna información recopilada, creada o conservada a partir de esta solicitud.
- Debemos seguir las condiciones de esta notificación y le daremos una copia de ella, pero podemos cambiar nuestra política de privacidad. Los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. La notificación nueva estará disponible cuando usted la solicite, y publicaremos los cambios en nuestro sitio web en: <https://edocs.dhs.state.mn.us/lfservlet/Public/DHS-4839E-ENG>.
- La ley nos exige mantener de manera confidencial y segura su información privada.
- Si sucede algo que haga que su información privada pierda su carácter de confidencial y segura, se lo haremos saber enseguida.

En esta parte de la notificación, se describe cómo puede usarse y divulgarse su información médica y cómo puede usted acceder a ella. Léala cuidadosamente.

Podemos usar y compartir su información médica para:

- **Ayudar a administrar el tratamiento médico que recibe**
 - Podemos usar su información médica y compartirla con los profesionales que lo tratan. *Ejemplo: un médico nos envía información sobre su diagnóstico y su plan de tratamiento para que podamos organizar servicios adicionales.*

- También podemos compartir su información con los tutores, vigilantes o personas con poder notarial que son representantes autorizados.

• **Hacer funcionar nuestra organización**

- Podemos usar y compartir su información para hacer funcionar nuestra organización y comunicarnos con usted cuando sea necesario. Eso incluye compartir su información con empleados o voluntarios de otras agencias estatales, del condado, locales, federales y de nuestras agencias participantes no lucrativas y privadas, incluidas las oficinas de manutención infantil.
- Podemos compartir su información con estas personas y grupos:
 - Los auditores, investigadores y otras personas que realizan evaluaciones y estudios sobre la calidad del cuidado de la salud.
 - Oficinas de crédito, acreedores o agencias de cobranzas si usted no paga los honorarios que nos adeuda por los servicios, en situaciones limitadas.
 - Asesores de solicitudes certificados, asistentes en persona y navegadores, y cualquier otro para quien la ley establece que debemos o podemos proporcionar la información.
- No estamos autorizados a utilizar la información genética para decidir si le damos cobertura y el costo de esa cobertura. Esto no se aplica a los planes de cuidados a largo plazo. *Ejemplo: podemos utilizar su información médica para desarrollar mejores servicios para usted.*

• **Pagar los servicios médicos**

- Podemos usar y compartir su información médica cuando pagamos sus servicios médicos. *Ejemplo: podemos compartir su información con su plan dental para coordinar el pago de los servicios dentales que se le prestan.*

• **Ayudar con temas de salud y seguridad públicas**

- Podemos compartir su información médica con los siguientes fines:
 - Prevenir enfermedades.
 - Ayudar con el retiro de productos.
 - Notificar las reacciones adversas de los medicamentos
 - Informar sospechas de abuso, abandono o violencia doméstica.
 - Prevenir o reducir una amenaza grave a la salud o a la seguridad de las personas.

• **Hacer investigaciones**

- Podemos usar o compartir su información para investigaciones relacionadas con la salud.

• **Cumplir con las leyes**

- Compartiremos su información si lo exigen las leyes estatales o federales. Esto incluye compartir información con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si este desea comprobar que estamos cumpliendo la ley federal de privacidad.

• **Responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos, y trabajar con los examinadores médicos o los directores de funerarias**

- Podemos compartir su información médica con organizaciones dedicadas a obtener órganos.
- Cuando fallece una persona, podemos compartir información médica con un médico forense, examinador médico o el director de una funeraria
- **Responder a casos de indemnización por accidente de trabajo, asuntos del orden público y otras peticiones gubernamentales**
 - Para los reclamos de indemnización por accidentes de trabajo
 - Para propósitos del orden público o con un funcionario del orden público
 - Con agencias que supervisan los servicios de salud para actividades autorizadas por la ley
 - Con agencias gubernamentales en otros estados que administran programas de beneficios públicos
 - Para funciones especiales del gobierno, tales como los servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial
- **Responder a las demandas y acciones legales**
 - Podemos compartir su información médica en respuesta a una orden judicial. Podemos compartir la información con funcionarios judiciales, fiscales del condado, procuradores generales, otros funcionarios del orden público, funcionarios de manutención infantil, funcionarios de protección de menores e investigadores de prevención de fraude.

¿Cuáles son sus derechos respecto a la información que tenemos sobre usted?

Obtener una copia de los registros médicos y de los reclamos

- Usted y las personas que han dado permiso pueden ver y copiar la información privada que tenemos sobre usted, como los registros médicos y de los expedientes de reclamos. Es posible que tenga que pagar las copias.
- Puede optar por que otra persona actúe en su nombre mediante un poder notarial o como su tutor legal. Esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones acerca de su información.

Pedirnos que corrijamos historias clínicas o registros de reclamos

- Puede cuestionar si la información que tenemos sobre usted es correcta. Deberá enviar sus consultas por escrito. Puede decirnos por qué la información es incorrecta o no está completa. Envíe su propia explicación de la información con la que no está de acuerdo. Adjuntaremos su explicación todas las veces que se comparta la información.

Solicitar comunicaciones confidenciales

- Tiene derecho a pedirnos por escrito que compartamos con usted la información médica de determinada manera o en determinado lugar.

- Consideraremos todas las solicitudes razonables. Debemos satisfacer su solicitud si usted nos dice que estaría en peligro en caso de que no lo hagamos. Por ejemplo, puede pedirnos que enviemos la información médica a su trabajo en lugar de a su casa. Si comprobamos que su pedido es razonable, lo concederemos.

Pedirnos que limitemos la información que usamos o compartimos

- Puede pedirnos que no usemos o no compartamos cierta información médica con fines de tratamiento, de pago o de nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su pedido y podemos negarnos a hacerlo si esto afectaría su cuidado.

Obtener una lista de aquellas personas con quienes hemos compartido información

- Esta lista no incluirá las divulgaciones para tratamiento, pagos y propósitos de cuidado de salud. Tampoco se incluyen ciertas divulgaciones, tales como las que usted nos haya pedido hacer.
- Le proporcionaremos una lista por año gratuita, pero cobraremos un cargo razonable basado en los costos si solicita otra lista dentro de los 12 meses.

Obtener una copia de esta notificación de privacidad

Usted puede solicitar una copia impresa de esta notificación en cualquier momento, incluso aunque haya acordado recibir el aviso en formato electrónico. Le entregaremos una copia impresa sin demora.

Si no entiende la información, pida a su trabajador que se la explique. Puede pedir otra copia de esta notificación al Departamento de Servicios Humanos de Minnesota.

¿Cuáles son sus opciones?

Para cierta información médica, puede darnos las opciones de lo que desea que compartamos.

Usted tiene tanto el derecho como la opción de decirnos:

- que compartamos información médica con su familia, amigos cercanos u otras personas que se ocupan del pago de su atención médica;
- que compartamos información en una situación de ayuda para catástrofes.

Díganos en qué podemos ayudarlo, y seguiremos sus instrucciones. Si no puede decirnos su preferencia (por ejemplo, si está inconsciente), podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es lo mejor para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente a su salud o a su seguridad.

¿Qué derechos de privacidad tienen los menores?

Si usted es menor de 18 años, cuando no se exige el consentimiento de los padres para el tratamiento médico, la información solo se mostrará a los padres cuando el proveedor de cuidado de salud crea que no compartir la información pondría en riesgo su salud. Los padres pueden ver otra información suya y permitir que otros vean esta información, a menos que usted haya pedido que esta información no se comparta con sus padres. Debe pedir esto por escrito y decir qué información no desea compartir y por qué. Si la agencia está de acuerdo en que compartir la información no es para su beneficio, esta no se compartirá con sus padres. Si la agencia no está de acuerdo, la información puede compartirse con sus padres si ellos la solicitan.

¿Qué puede hacer si cree que se han infringido sus derechos de privacidad?

Si cree que se han infringido sus derechos de privacidad, puede presentar una queja. No se le puede negar el servicio ni lo pueden tratar mal por haber presentado una queja. Si cree que su privacidad médica ha sido infringida por su médico o la clínica, una compañía de seguros médicos, un plan médico o una farmacia, puede enviar una queja escrita a la agencia del condado, a la organización o a la oficina federal de derechos civiles a:

U.S. Department of Health and Human Services
Office for Civil Rights, Region V
233 N. Michigan Avenue, Suite 240
Chicago, IL 60601
312-886-2359 (voz)
800-368-1019 (número gratis)
800-537-7697 (TTY)
312-886-1807 (fax)

Si cree que el Departamento de Servicios Humanos de Minnesota ha violado sus derechos de privacidad, también puede ponerse en contacto con:

Minnesota Department of Human Services
Attn: Data Complaint
PO Box 64998
St. Paul, MN 55164-0998

¿A quién debe contactar si necesita más información sobre las prácticas de privacidad?

Si necesita más información acerca de las prácticas de privacidad, llame al departamento de asistencia a miembros de los Programas de Cuidado Médico de Minnesota (Minnesota Health Care Programs, MHCP) al 800-657-3739 o al 651-431-2670

Notificación de derechos y responsabilidades

Cambios

Si recibe asistencia médica, debe informar el cambio dentro de los diez días posteriores al cambio. Llame a su agencia tribal o a su condado para informar el cambio. Si recibe asistencia médica, debe informar el cambio dentro de los diez días posteriores al cambio. Llame a su agencia tribal o a su condado para informar el cambio.

Si no lo informa, es posible que deba restituir al gobierno estatal o federal el dinero que haya recibido por beneficios cuando no cumplía los requisitos para recibirlos. Si no está seguro de si debe informar un cambio, llame y explique lo que le ocurre. Algunos ejemplos de los cambios que deben informarse son los siguientes:

Cambios en los ingresos

- Comenzar un trabajo nuevo, cambiar de trabajo o dejar un trabajo.
- Empezar a recibir o recibir cambios en las cantidades de otros ingresos, como el seguro social, otros ingresos de jubilación y de desempleo.

Cambios de residencia

- Mudarse a una nueva dirección.

Cambios de la vida en su hogar cuando alguien:

- comienza o deja de tener otro seguro médico o Medicare;
- queda embarazada o tiene un bebé;
- se muda a su casa o de su casa;
- cambia su estado en la declaración de impuestos;
- pierde la residencia en Minnesota;
- cambia su condición de ciudadanía o presencia legal;
- cambia su estado de reclusión;
- muere, se casa o se divorcia;
- queda discapacitado.

Revisiones

Los auditores del programa de cuidado de salud de la agencia estatal o federal pueden evaluar su caso. Revisarán la información que usted nos dio y se asegurarán de que procesamos su caso correctamente. Le informarán si necesitan hacerle preguntas.

Consentimiento para divulgación de información médica

En su solicitud de cobertura del Programa de Cuidado de Salud de Minnesota, usted ha dado su consentimiento escrito y firmado para que las siguientes agencias y personas compartan entre ellas su información médica solamente para los fines limitados que se detallan a continuación:

- Proveedores de cuidado de salud, que incluyen los planes médicos, las compañías de seguros, los programas de salud de Minnesota, los defensores de los condados, los distritos escolares, los trabajadores de casos del condado o del estado y sus contratistas y subcontratistas para los siguientes fines:
 - determinar quién debe pagar por su cuidado de salud;
 - proporcionar, administrar y coordinar los servicios de cuidado de salud.
- Todas las demás agencias o personas que aparecen en esta Notificación de prácticas de privacidad y en la Notificación de derechos y responsabilidades para este propósito:
 - administrar los Programas de Cuidado de Salud de Minnesota, pagar por los servicios y llevar a cabo estudios e investigaciones.

Este consentimiento se aplica a la información médica de sus hijos menores incluidos en esta solicitud.

Puede suspender este consentimiento en cualquier momento si lo solicita por escrito. La notificación por escrito para suspender este consentimiento no afectará la información que la agencia ya ha proporcionado a otros. Este consentimiento es válido mientras usted esté inscrito en los Programas de Cuidado de Salud de Minnesota hasta por un año o durante más tiempo si la ley lo permite.

No obstante, no termina al cabo de un año para los expedientes que se proporcionen a los proveedores consultores o para el pago de sus facturas, las investigaciones de fraude o las evaluaciones y los estudios de la calidad del cuidado de la salud.

La agencia o la persona que obtenga su información por medio de este consentimiento puede darle la información a otros.

Si da por terminado este consentimiento, no puede inscribirse o seguir inscrito en los Programas de Cuidado de Salud de Minnesota.

Otro tipo de cuidado de salud

Usted y los miembros de su hogar inscritos en asistencia médica deben informarnos sobre todo otro seguro médico que tengan o que esté disponible para ustedes, incluso la cobertura patrocinada por empleadores, seguros médicos privados, seguros para cuidado médico a largo plazo y toda cobertura limitada de salud como la cobertura dental o de accidentes. Debe informarnos si su empleador le ofrece un seguro y si usted lo aceptó.

Es posible que usted y los miembros de su familia inscritos en asistencia médica deban aceptar y mantener una póliza de seguro médico cuando se determine que pueden pagar la póliza. Si tiene una buena razón para no hacerlo, puede pedir al estado que la apruebe. Si no nos proporciona información sobre su póliza de salud, podría no obtener cobertura.

También debe informarnos cuando cumple los requisitos para Medicare. La asistencia médica paga las primas de Medicare de algunas personas de bajos ingresos. Una vez que usted reúna los requisitos para Medicare Parte B y Parte D, la asistencia médica dejará de pagar los servicios que podrían ser cubiertos por un programa de Medicare.

Manutención médica de la asistencia médica

Si está solicitando beneficios para usted y sus hijos y si usted no vive con el otro progenitor, la ley ordena que usted debe dar información al personal de manutención infantil si tanto usted como sus hijos reúnen los requisitos para recibir la asistencia médica. Esto incluye ayudar al estado a probar quién es el padre de sus hijos y hacer que el otro padre ayude a pagar los gastos médicos de sus hijos. Si no colabora con el personal de manutención infantil, sus hijos podrán continuar recibiendo cobertura, pero cesará su cobertura, a menos que esté embarazada.

Si teme que el otro progenitor pueda causarle daño a usted o a su hijo, podrá presentar ante la agencia tribal o del condado las pruebas que respalden sus temores. La agencia examinará sus pruebas y le informará si de todas maneras debe entregar la información al personal de manutención infantil.

Cesión de los pagos médicos

Al aceptar la asistencia médica, usted cede al estado de Minnesota sus derechos a todos los pagos médicos hechos en su nombre y en nombre de todas las personas por quienes haya solicitado pagos. Estos pagos incluyen los pagos médicos de todas las demás personas o compañías, incluidos los pagos de manutención médica de un padre ausente. Esta cesión comienza tan pronto como empieza la cobertura de cuidado de salud. En el caso de la asistencia médica para el cuidado médico a largo plazo, esto incluye su derecho de recibir manutención de su cónyuge según las leyes de Minnesota, artículo 256B.14, inciso 3.

Usted también acuerda ayudar al estado a que se reembolsen los gastos médicos que deberían haber pagado otros. Es posible que no tenga que ayudar al estado si tiene un buen motivo para no hacerlo, y si el estado aprueba ese motivo.

Embargos y reclamos patrimoniales de la asistencia médica

En determinadas circunstancias, las leyes federales y estatales requieren que el Departamento de Servicios Humanos de Minnesota y las agencias locales recuperen los costos de lo que el programa de asistencia médica haya pagado por los servicios médicos prestados a sus miembros. Este proceso de recuperación se realiza a través del programa de embargos y recuperación patrimonial de Minnesota.

Si usted está inscrito en asistencia médica y tiene 55 años o más, después de su fallecimiento, Minnesota debe intentar recuperar ciertos pagos del programa de asistencia médica realizados para el cuidado de su salud, entre otros:

- servicios de residencias de ancianos;
- servicios domiciliarios y comunitarios;
- costos de medicamentos recetados y gastos relacionados con hospitalizaciones.
- primas (pago de cada individuo) por cuidado administrado para la cobertura de estos servicios

Si usted vive permanentemente en una institución médica, Minnesota también deben intentar recuperar los costos de todos los servicios de asistencia médica que usted reciba a cualquier edad mientras viva en una institución médica. Si usted vive permanentemente en una institución médica y usted no tiene cónyuge o hijos discapacitados que viven en su propiedad inmobiliaria, el estado puede presentar un embargo contra su propiedad para recuperar los costos de asistencia médica antes de su fallecimiento. No obstante, los miembros de la asistencia médica que reúnen los requisitos para los servicios según los criterios de ingresos brutos ajustados modificados (MAGI, por sus siglas en inglés) no están sujetos a la recuperación de los servicios recibidos antes de los 55 años.

Después de su fallecimiento, el estado también puede presentar una notificación de posible reclamo, que es un tipo de embargo contra los bienes inmuebles para recuperar los costos de la asistencia médica. Los embargos para recuperar los costos de la asistencia médica pueden presentarse contra lo siguiente:

- sus derechos vitalicios o de copropiedad en bienes inmuebles;
- sus bienes inmuebles de titularidad exclusiva;
- los bienes inmuebles de los cuales es propietario junto con otra persona.

El estado de Minnesota no puede iniciar la recuperación de estos costos mientras viva su cónyuge o si tiene un hijo menor de 21 años o un hijo con una discapacidad permanente. Después del fallecimiento de su cónyuge, el estado de Minnesota debe intentar recuperar los costos de su asistencia médica del patrimonio de su cónyuge. No obstante, la recuperación se retrasa aún más si usted todavía tiene un hijo menor de 21 o con una discapacidad permanente.

Sus hijos no están obligados a recurrir a sus activos propios para reembolsar al estado los servicios de asistencia médica que usted haya recibido.

Usted tiene el derecho de hablar con un grupo de ayuda legal o con un abogado privado si tiene preguntas específicas acerca de cómo el programa de recuperación de asistencia médica puede afectar su situación y planificación patrimonial. El Departamento de Servicios Humanos de Minnesota no puede proporcionarle asesoramiento legal. Para obtener más información, visite <http://mn.gov/dhs/ma-estate-recovery/>.

Usted tiene el derecho de solicitar una audiencia

Si cree que su cumplimiento de los requisitos para recibir cuidado de salud o los beneficios son incorrectos o que su solicitud no ha sido procesada de manera correcta, puede solicitar una audiencia de apelación. Al solicitar una audiencia de apelación, usted solicita una revisión imparcial de su caso. Puede representarse a sí mismo o utilizar los servicios de un abogado, defensor, representante autorizado, pariente, amigo u otra persona. Encontrará instrucciones específicas sobre las apelaciones de las notificaciones de cumplimiento de los requisitos que usted recibe. Obtenga más información sobre el proceso de apelación y cómo solicitar una audiencia en www.dhs.state.mn.us/appeals/faqs.

Puede completar y presentar una solicitud de apelación en línea en <https://edocs.dhs.state.mn.us/lfserver/Public/DHS-0033-ENG>.

También puede imprimir el formulario que está disponible en la dirección mencionada y enviar el formulario completado por fax al 651-431-7523 o por correo a esta dirección:

Minnesota Department of Human Services
Appeals Division
PO Box 64941
St. Paul, MN 55164-0941

Inmigración

Toda la información de inmigración que usted nos proporciona es confidencial. La usamos para ver si puede recibir la cobertura. Compartimos su información solo cuando la ley lo permite o lo requiere, como cuando se debe verificar la identidad. En la mayoría de los casos, su condición de inmigración no se verá afectada por solicitar cobertura, a menos que solicite el pago de servicios de cuidado médico a largo plazo.

Usted no tiene que darnos su información de inmigración si es una mujer embarazada que vive en los Estados Unidos sin el conocimiento ni la aprobación de los Estados Unidos de los Servicios de Ciudadanía e Inmigración (USCIS, por sus siglas en inglés). Tampoco tiene que darnos su información de inmigración si usted:

- está solicitando cuidado médico de emergencia solamente;
- está ayudando a otra persona con su solicitud;
- no solicita la cobertura para sí mismo.

Información genética

El Departamento de Servicios Humanos (DHS, por sus siglas en inglés) no recopila, conserva ni usa la información genética para fines del cumplimiento de los requisitos.

Conservación de registros

La información proporcionada en una solicitud de cobertura a través de DHS está sujeta a la Ley de Reclamos Falsos y puede conservarse hasta 10 años. DHS sigue los programas de conservación de registros para las agencias del estado y para el Departamento de Servicios Humanos y mantiene los datos de acuerdo con las leyes estatales y federales. Después del período de tiempo pertinente, DHS destruye los datos de una forma que impide la identificación del contenido; esto incluye la destrucción de documentos en papel y la eliminación permanente de los datos electrónicos para impedir totalmente su recuperación.

Sus derechos civiles

La discriminación va en contra de la ley. El Departamento de Servicios Humanos (DHS) de Minnesota no discrimina por ninguno de los siguientes motivos: raza, color, origen nacional, credo, religión, estado de asistencia pública, estado civil, edad, discapacidad, sexo (incluyendo la orientación sexual y la identidad de género) u opiniones políticas.

Servicios gratuitos

Asistencia para personas con discapacidad

Si tiene una discapacidad y necesita asistencia y servicios a fin de tener la misma oportunidad de participar en nuestros programas de salud, el Departamento de Servicios Humanos (DHS) los proporcionarán de manera oportuna y sin costo. La asistencia y los servicios incluyen intérpretes calificados e información en formatos accesibles.

Asistencia de idiomas

Si se le dificulta comprender el inglés y necesita apoyo con el idioma para acceder a información y servicios, el Departamento de Servicios Humanos (DHS) le proporcionará servicios de asistencia de idiomas de forma oportuna y sin costo. 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 la Salud al 651-297-3862 o 800-657-3672. También puede utilizar su servicio de retransmisión preferido.

Quejas a los Derechos Civiles

Usted tiene el derecho de presentar una queja por discriminación si considera que fue tratado de manera discriminatoria por una agencia de servicios humanos.

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

Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (OCR)

Usted tiene el derecho de presentar una queja con la OCR, una agencia federal, si considera que ha sido discriminado por alguno de los siguientes motivos: raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo (incluyendo orientación sexual e identidad de género).

Comuníquese con la **OCR** directamente 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 (teléfono de texto)
202-619-3818 (fax)
OCRComplaint@hhs.gov (correo electrónico)
<https://ocrportal.hhs.gov/>

Departamento de Derechos Humanos de Minnesota (MDHR)

En Minnesota, usted tiene el derecho de presentar una queja con el Departamento Recursos Humanos (MDHR) del estado si cree que ha sido discriminado por alguno de los siguientes motivos: raza, color, origen nacional, credo, sexo, orientación sexual, estado civil, estado de asistencia pública o discapacidad.

Comuníquese con el **MDHR** directamente 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 (número gratuito)
711 o 800-627-3529 (MN Relay)
651-296-9042 (fax)
Info.MDHR@state.mn.us (correo electrónico)
<https://mn.gov/mdhr/intake/consultationinquiryform/>

DHS

Usted tiene el derecho de presentar una queja con el Departamento de Servicios Humanos (DHS) si considera que ha sido discriminado en nuestros programas de salud por alguno de los siguientes motivos: raza, color, origen nacional, credo, religión, estado de asistencia pública, estado civil, edad, discapacidad, sexo (incluyendo orientación sexual e identidad de género) u opiniones políticas.

Las quejas deben presentarse por escrito y presentarse dentro de los siguientes 180 días a partir de la fecha en que descubrió la presunta discriminación. La queja debe incluir su nombre y dirección y una descripción de la discriminación por la cual presenta la queja. Después de recibir su queja, la evaluaremos y le notificaremos por escrito si contamos con la autoridad para investigarla. De ser así, investigaremos dicha queja.

El DHS le notificará por escrito el resultado de la investigación. Usted tiene derecho a apelar el resultado si no está de acuerdo con la decisión. Para apelar, deberá enviar una solicitud por escrito para que el DHS revise el resultado de la investigación. Sea breve e indique 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 mencionada en dicha queja no podrán tomar represalias en su contra. Esto significa que no podrán castigarle de ninguna manera por presentar la queja. La presentación de una queja de esta manera no le impedirá evaluar otras acciones legales o administrativas.

Comuníquese con el **DHS** directamente 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 use el servicio de retransmisión de su preferencia.

Anexo B

Clasificación de los tipos especiales de pagos

Tipos especiales de pagos

Los siguientes bienes pueden excluirse tanto si son identificables como si no. Elija un pago de esta lista y coloque la letra de su elección en la pregunta 12.

- A. Pagos de ayuda a la adopción
- B. Intereses acumulados sobre bienes
- C. Pagos de la Ley de Resolución de Reclamaciones de los Nativos de Alaska (ANCSA)
- D. Pagos de apelación
- E. Pagos por participación en ensayos clínicos excluidos por el SSI
- F. Acuerdo Cobell para indios americanos
- G. Pagos para víctimas de delitos
- H. Asistencia en caso de catástrofe, pagos federales
- I. Asistencia en caso de catástrofe, pagos estatales
- J. Pagos de compensación de equidad para veteranos filipinos (FVEC)
- K. Pagos por acogida en hogares sustitutos
- L. Regalos a niños con condiciones que amenazan su vida por parte de una corporación exenta de impuestos 501(c)(3)
- M. Pagos por el derrumbe del puente I-35W:
 - Pagos del Fondo de Ayuda de Emergencia por Dificultades de la I-35W
 - Pagos del Fondo de Compensación para Supervivientes Catastróficos
- N. Ley James Zadroga de Salud y Compensación por el 9/11 de 2010
- O. Pagos de asistencia por parentesco
- P. Ingresos procedentes de la venta de una vivienda familiar
- Q. Reembolsos por sustitución de bienes excluidos perdidos, dañados o robados
- R. Pagos por uso indebido del beneficiario representante
- S. Anualidades estatales para ciertos veteranos
- T. Pagos por reubicación, estatales y locales
- U. Créditos fiscales, rebajas y reembolsos
- V. Seguro de vida temporal
- W. Pagos relacionados con la pandemia de COVID-19
- X. Pagos por desempleo en la pandemia de COVID-19 recibidos entre marzo de 2020 y septiembre de 2021

Direcciones de las agencias

(Día de entrada en vigencia: Junio de 2025)

Aitkin County

204 First Street NW
Aitkin, MN 56431-1291
218-927-7200 / 800-328-3744
Fax: 218-927-7210

Anoka County

Economic Assistance Department
1201 89th Ave NE, Suite 4200
Blaine, MN 55434
763-422-7200
Fax: 763-324-3620

Becker County

712 Minnesota Avenue
Detroit Lakes, MN 56501
218-847-5628
Fax: 218-847-6738

Beltrami County

616 America Ave NW
Bemidji, MN 56601
218-333-8300
Fax: 218-333-4150

Benton County

531 Dewey Street
Foley, MN 56329-0740
320-968-5087 / 800-530-6254
Fax: 320-968-5330

Big Stone County

340 2nd Street NW, PO Box 338
Ortonville, MN 56278-0338
320-839-2555
Fax: 320-839-3966

Blue Earth County

410 S 5th Street
Mankato, MN 56002-3526
507-304-4335
Fax: 507-304-4336

Brown County

1117 Center Street, PO Box 788
New Ulm, MN 56073-0788
507-359-6500 / 800-450-8246
Fax: 507-359-4146

Carlton County

14 N. 11th Street, Suite 100
Cloquet, MN 55720-0660
218-879-4583 / 800-642-9082
Fax: 218-878-2500

Carver County

602 East Fourth Street
Chaska, MN 55318-2102
952-361-1600
Fax: 952-361-1660

Cass County

PO Box 519
400 Michigan Avenue W
Walker, MN 56484-0519
218-547-1340
Fax: 218-547-1448

Chippewa County

719 N Seventh Street, Suite 200
Montevideo, MN 56265-1397
320-269-6401 / 877-450-6401
Fax: 320-269-6405

Chisago County

313 North Main Street, Rm 230
Center City, MN 55012-9665
651-213-5600
Fax: 651-213-5685

Clay County

715 North 11th Street, Suite 102
Moorhead, MN 56560-2095
218-299-5200 / 800-757-3880
Fax: 218-299-7106

Clearwater County

216 Park Avenue NW
Bagley, MN 56621-9500
218-694-6164 / 800-245-6064
Fax: 218-344-8136

Cook County

411 West Second Street
Grand Marais, MN 55604-2307
218-387-3620
Fax: 218-387-3020

Cottonwood County

DVHHS
11 Fourth Street, PO Box 9
Windom, MN 56101-0009
507-831-1891
Fax: 507-831-0126

Crow Wing County

204 Laurel Street, PO Box 686
Brainerd, MN 56401-0686
218-824-1250 / 888-772-8212
Fax: 218-824-1141

Dakota County

1 Mendota Road West, #100
West St. Paul, MN 55118-4765
651-554-5611
Fax: 651-554-5748

Dept of Human Services

Health Care Consumer Support
540 Cedar Street, PO Box 64252
St. Paul, MN 55164-0252
651-297-3862 / 800-657-3672
Fax: 651-431-7500

Dodge County

MnPrairie
22 Sixth Street East, Dept. 401
Mantorville, MN 55955
507-923-2900 / 888-850-9419
Fax: 507-635-6186

Douglas County

809 Elm Street, Suite 1186
Alexandria, MN 56308
320-762-2302
Fax: 320-762-3833

Faribault County

FMCHS
412 Nicollet Street North
Blue Earth, MN 56013
507-526-3265
Fax: 507-526-2039

Fillmore County

902 Houston Street NW, #1
Preston, MN 55965-1080
507-765-2175
Fax: 507-765-3895

Freeborn County

203 W Clark Street
Albert Lea, MN 56007-1246
507-377-5400
Fax: 507-377-5498

Goodhue County

426 West Avenue
Red Wing, MN 55066
651-385-3200
Fax: 651-267-4879

Grant County

Western Prairie Human Services
15 Central Avenue N, PO Box 1006
Elbow Lake, MN 56531-1006
218-685-8200 / 800-291-2827
Fax: 218-685-4978

Hennepin County

PO Box 107
Minneapolis, MN 55440-0107
612-596-1300 Línea de
información EZ para asistencia en
efectivo, de alimentos o médica
612-596-1900 para Asistencia de
Emergencia
612-596-8500 para que los socios
comerciales se pongan en
contacto con Apoyo Económico
Fax: 612-288-2981

Houston County

304 S. Marshall Street, Rm 104
Caledonia, MN 55921-0310
507-725-5811
Fax: 507-725-3990

Hubbard County

205 Court Avenue
Park Rapids, MN 56470
218-732-1451 / 877-450-1451
Fax: 218-732-3231

Isanti County

1700 E Rum River Dr S, Suite A
Cambridge, MN 55008-2547
763-689-1711
Fax: 763-689-9877

Itasca County

1209 SE Second Avenue
Grand Rapids, MN 55744-3983
218-327-2941 / 800-422-0312
Fax: 218-327-5548

Jackson County

DVHHS
407 5th Street, PO Box 67
Jackson, MN 56143-0067
507-847-4000
Fax: 507-847-5616

Kanabec County

905 Forest Avenue East, #150
Mora, MN 55051-1316
320-679-6350
Fax: 320-679-6351

Kandiyohi County

2200 23rd Street NE, Suite 1020
Willmar, MN 56201-9423
320-231-7800 / 877-464-7800
Fax: 320-231-6285

Kittson County

410 South Fifth Street, Suite 100
Hallock, MN 56728
218-843-2689 / 800-672-8026
Fax: 218-843-2607

Koochiching County

1000 Fifth Street
Int'l Falls, MN 56649-2485
218-283-7000 / 800-950-4630
Fax: 218-283-7013

Lac Qui Parle County

930 First Avenue
Madison, MN 56256-0007
320-598-7594
Fax: 320-598-7597

Lake County

616 Third Avenue
Two Harbors, MN 55616-1560
218-834-8400 / 800-450-8832
Fax: 218-834-8412

Lake of the Woods County

206 8th Avenue SE, Suite 200
Baudette, MN 56623
218-634-2642
Fax: 218-634-4520

Le Sueur County

88 South Park Avenue
Le Center, MN 56057-1646
507-357-8288
Fax: 507-357-6122

Lincoln County

SWHHS
319 North Rebecca St., PO Box 44
Ivanhoe, MN 56142
507-694-1452 / 800-657-3781
Fax: 507-694-1859

Lyon County

SWHHS
607 West Main Street, Suite 100
Marshall, MN 56258
507-537-6747 / 800-657-3760
Fax: 507-537-6088

McLeod County

520 Chandler Avenue North
Glencoe, MN 55336
320-864-3144 / 800-247-1756
Fax: 320-864-5265

Mahnomen County

103 N Main St.
Mahnomen, MN 56557-0460
218-935-2568
Fax: 218-935-5459

Marshall County

208 East Colvin Avenue, Suite 14
Warren, MN 56762-1695
218-745-5124 / 800-642-5444
Fax: 218-745-5260

Martin County

FMCHS
115 West First Street
Fairmont, MN 56031
507-238-4757
Fax: 507-238-1574

Meeker County

114 North Holcombe Ave, #180
Litchfield, MN 55355-2273
320-693-5300 / 877-915-5300
Fax: 320-693-5344

Mille Lacs County

525 Second Street SE
Milaca, MN 56353
320-983-8208 / 888-270-8208
Fax: 320-983-8306

Morrison County

213 SE First Avenue
Little Falls, MN 56345-3196
320-632-7800 / 800-269-1464
Fax: 320-632-0225

Mower County

201 1st Street NE, Suite 18
Austin, MN 55912-3405
507-437-9700
Fax: 507-437-9721

Murray County

SWHHS
3001 Maple Road, Suite 100
Slayton, MN 56172
507-836-6144 / 800-657-3811
Fax: 507-836-8841

Nicollet County

622 South Front Street
St. Peter, MN 56082-2106
507-934-8559
Fax: 507-934-8552

Nobles County

318 9th Street, PO Box 189
Worthington, MN 56187-0189
507-295-5213
Fax: 507-372-5094

Norman County

15 Second Avenue East, Room 108
Ada, MN 56510-1389
218-784-5400
Fax: 218-784-7142

Olmsted County

2117 Campus Drive SE, Suite 100
Rochester, MN 55904
507-328-6500
Fax: 507-328-7956

Otter Tail County

535 Fir Avenue W
Fergus Falls, MN 56537
218-998-8150
Fax: 218-998-8270

Pennington County

101 Main Avenue N
Thief River Falls, MN 56701-0340
218-681-2880
Fax: 218-683-7013

Pine County

635 Northridge Dr NW, Suite 220
Pine City, MN 55063
320-591-1570
Fax: 320-591-1601

O

1602 Highway 23 N
Sandstone, MN 55072-5009
320-216-4100
Fax: 320-216-4101

Pipestone County

SWHHS
1091 North Hiawatha Avenue
Pipestone, MN 56164
507-825-6720 / 888-632-4325
Fax: 507-825-6727

Polk County

612 N Broadway, Room 302
Crookston, MN 56716
218-281-3127 / 877-281-3127
Fax: 218-281-3926

O

1424 Central Avenue NE
East Grand Forks, MN 56721
218-773-2431 / 877-281-3127
Fax: 218-773-3602

O

250 SW Cleveland Avenue
PO Box 100
McIntosh, MN 56556
218-435-1585 / 877-281-3127
Fax: 218-435-1552

Pope County

Western Prairie Human Services
211 East MN Avenue
Glenwood, MN 56334-1629
320-634-7755 / 800-291-2827
Fax: 320-634-0164

Ramsey County

160 East Kellogg Boulevard
St. Paul, MN 55101-1494
651-266-4444
Fax: 651-266-3942

Red Lake County

125 Edward Avenue SW
Red Lake Falls, MN 56750-0356
218-253-4131 / 877-294-0846
Fax: 218-253-2926

Red Lake Nation**Oshkiimaajitahdah**

15525 Mendota Ave, PO Box 416
Redby, MN 56670
218-679-3350 / 888-404-0686
Fax: 218-679-4317

Redwood County

SWHHS
266 E Bridge Street
Redwood Falls, MN 56283
507-637-4050 / 888-234-1292
Fax: 507-637-4055

Renville County

105 S 5th Street, Suite 203H
Olivia, MN 56277
320-523-2202
Fax: 320-523-3565

Rice County

320 NW Third Street, #2
Faribault, MN 55021-0718
507-332-6115
Fax: 507-332-6247

Rock County

SWHHS
2 Roundwind Road, PO Box 715
Luverne, MN 56156-0715
507-283-5070
Fax: 507-283-5074

Roseau County

208 6th Street SW
Roseau, MN 56751-1451
218-463-2411 / 866-255-2932
Fax: 218-463-3872

St. Louis County

320 West 2nd Street
Duluth, MN 55802-1495
218-726-2101 / 800-450-9777
Fax: 218-733-2976

O

201 S 3rd Avenue W, PO Box 1148
Virginia, MN 55792-1148
218-471-7137
Fax: 218-471-7123

O

320 Miners Drive E
Ely, MN 55731-1402
218-365-8220
Fax: 218-365-8217

O

1814 14th Avenue East
Hibbing, MN 55746-1314
218-312-8300
Fax: 218-312-8349

Scott County

Scott County Health and Human Services
200 4th Avenue West
Shakopee, MN 55379
952-445-7751
Fax: 952-496-8685

Sherburne County

13880 Business Center Drive
Elk River, MN 55330-4600
763-765-4000 / 800-433-5239
Fax: 763-765-4096

Sibley County

111 8th Street, PO Box 237
Gaylord, MN 55334-0237
507-237-4000
Fax: 507-237-4031

Stearns County

PO Box 1107
705 Courthouse Square
St. Cloud, MN 56302-1107
320-650-5839 / 800-450-3663
Fax: 320-656-6447

Steele County

MnPrairie
PO Box 890
630 Florence Ave
Owatonna, MN 55060
507-431-5600
Fax: 507-451-5947

Stevens County

400 Colorado Avenue, Suite 104
Morris, MN 56267-1235
320-208-6600 / 800-950-4429
Fax: 320-589-3972

Swift County

410 21st Street South, PO Box 208
Benson, MN 56215-0208
320-843-3160
Fax: 320-843-4582

Todd County

212 Second Avenue South
Long Prairie, MN 56347-1640
320-732-4500 / 888-838-4066
Fax: 320-732-4540

Traverse County

202 8th Street North, PO Box 46
Wheaton, MN 56296
320-422-7777 / 855-735-8916
Fax: 320-563-4230

Wabasha County

411 Hiawatha Drive E
Wabasha, MN 55981-1573
651-565-3351 / 888-315-8815
Fax: 651-565-3084

Wadena County

124 First Street SE
Wadena, MN 56482-1553
218-631-7605 / 888-662-2737
Fax: 218-631-7616

Waseca County**MnPrairie**

1000 West Elm Ave
Waseca, MN 56093-2498
507-837-6600
Fax: 507-835-0566

Washington County

14949 62nd Street North
PO Box 30
Stillwater, MN 55082-0030
651-430-6455
Fax: 651-430-6605

Watsonwan County

715 Second Avenue S, PO Box 31
St. James, MN 56081-0031
507-375-3294 / 888-299-5941
Fax: 507-375-7359

White Earth Financial Services

PO Box 100
Naytahwaush, MN 56566
218-935-2359 / 844-282-6580
Fax: 833-859-0386

Wilkin County

227 6th Street North
PO Box 369
Breckenridge, MN 56520-0369
218-643-7161
Fax: 218-643-7175

Winona County

202 West Third Street
Winona, MN 55987-3146
507-457-6500 / 844-317-8960
Fax: 507-454-9381

Wright County

3650 Braddock Ave NE, Suite 2100
Buffalo, MN 55313-3675
763-682-7400 / 800-362-3667
Fax: 763-682-8920

Yellow Medicine County

415 9th Avenue, Suite 202
Granite Falls, MN 56241
320-564-2211
Fax: 320-564-4165

APÉNDICE A – Familiar de indio americano o nativo de Alaska (AI o AN)

Los indios americanos y los indígenas de Alaska (AI y AN) tienen ciertos beneficios y protecciones de cobertura de salud. Si usted o los miembros de su familia reúnen los requisitos, es posible que algunos ingresos y bienes no cuenten para su elegibilidad y que no se le exija pagar primas mensuales para algunos programas. Si desea solicitar dichos beneficios, llene este anexo y envíelo junto con el formulario de renovación.

Deberá presentar una prueba de su declaración de AI o AN. La prueba puede ser un documento expedido por una tribu AI o AN, como una tarjeta de inscripción o afiliación; un documento del Servicio de Salud Indio (IHS) que demuestre que la persona puede recibir los servicios del IHS como indio americano; o un documento de la Oficina de Asuntos Indios (BIA) que diga que la persona es un indio americano.

Nota: Si tiene que incluir a más personas, haga copias de esta página y adjúntelas.

	PERSONA AI o AN 1		PERSONA AI o AN 2	
1. Nombre (Nombre, Segundo nombre, Apellido, Sufijo)	PRIMERO	MEDIO	PRIMERO	MEDIO
	ÚLTIMO	SUFIJO	ÚLTIMO	SUFIJO
2. ¿Esta persona está recibiendo o ha recibido alguna vez un servicio del Servicio de Salud Indígena, de un programa de salud tribal o de un programa de salud indígena urbano o a través de una derivación de uno de estos programas?	☐ Sí ☐ No		☐ Sí ☐ No	
3. Cierta cantidad de dinero recibida puede no contabilizarse para la Asistencia Médica (MA). También es posible que algunos bienes no se contabilicen para MA o se excluyan como bienes hasta un año después de recibirlos. Indique todos los ingresos y bienes (importe y frecuencia de recepción) declarados en su solicitud que incluyan dinero procedente de estas fuentes: • Para los ingresos: • Pagos per cápita de una tribu que procedan de recursos naturales, derechos de uso, alquileres, arrendamientos o regalías. • Pagos del Acuerdo Cobell para los indios americanos o pagos de la Ley de Resolución de Reclamaciones de Alaska • Pagos procedentes de recursos naturales, agricultura, ganadería, pesca, arrendamientos o regalías de tierras designadas como tierras en fideicomiso indio por el Departamento del Interior (Incluidas las reservas y antiguas reservas) • Dinero procedente de la venta de objetos con importancia cultural • Para bienes: • Dinero que aún tenga de cualquiera de las fuentes de ingresos indicadas anteriormente	Ingresos \$ _____ Tipo _____ Con qué frecuencia _____ Bienes \$ _____ Tipo _____		Ingresos \$ _____ Tipo _____ Con qué frecuencia _____ Bienes \$ _____ Tipo _____	

	PERSONA AI o AN 1	PERSONA AI o AN 2
• Bienes inmuebles situados en tierras indias o tierras en fideicomiso • Intereses de propiedad en rentas, arrendamientos, regalías o derechos de uso relacionados con recursos naturales o bienes que tengan un significado cultural		
4. ¿Esta persona vive en una reserva?	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No