



DEPARTMENT OF
HUMAN SERVICES

Formulario de solicitud y renovación del Programa de planificación familiar de Minnesota (MFPP)

(Parte de los Programas de atención médica de Minnesota)

■ ¿Para qué sirve este formulario?

Use este formulario para solicitar o renovar el MFPP.

- Para solicitar cobertura del MFPP a corto plazo, complete las páginas 1 y 2 y firme en la 7.
- Para solicitar un MFPP ininterrumpido (con o sin cobertura a corto plazo), o para renovar el MFPP, llene todo el formulario.

■ ¿Puedo obtener cobertura de inmediato?

- Algunas clínicas usan este formulario para ver si usted puede obtener cobertura a corto plazo del MFPP. La cobertura a corto plazo del MFPP empieza de inmediato y dura hasta un máximo de dos meses.
- Llame al MFPP al 651-431-3480 o al 888-702-9968 (fuera del área metropolitana de las Ciudades Gemelas (Twin Cities)) para encontrar una clínica que pueda dar cobertura a corto plazo del MFPP.

■ ¿Qué tengo que hacer con este formulario?

- Lea el Aviso de prácticas de privacidad y el Aviso de derechos y responsabilidades que se encuentran el Anexo A. Desprenda estas páginas y consérvelas.
- Responda todas las preguntas de las páginas 1 a la 6. Si está llenando el formulario a mano, use tinta azul o negra. Escriba claramente en letra de molde.
- Firme y escriba la fecha en la página 7 del formulario.
- Envíe el formulario completado por correo o fax a la dirección siguiente:

Minnesota Department of Human Services
PO Box 64960
St. Paul, MN 55164-0960
Fax: 651-431-7532

■ ¿Cómo puedo solicitar cobertura médica además de la planificación familiar?

Puede solicitar la cobertura médica y ayuda con el pago de los costos de las maneras siguientes:

- Presente una solicitud en línea en: www.mnsure.org
- Llene la [Solicitud de cobertura médica y ayuda con el pago de los costos](#) (Application for Health Coverage and Help Paying Costs) (DHS-6696) (PDF). Encuentre esta solicitud en: www.mnsure.org. También puede pedir que se la manden por correo llamando al 651-539-2099 (855-366-7873 fuera del área metropolitana de las Ciudades Gemelas).
- En persona: Es posible que en su área haya un orientador o agente que puede ayudarlo. Para más información, visite www.mnsure.org o llame al 651-539-2099 (855-366-7873 fuera del área metropolitana de las Ciudades Gemelas).

■ ¿Tiene alguna pregunta?

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para llenar este formulario, llame al 651-431-3480 o al 888-702-9968 (fuera del área metropolitana de las Ciudades Gemelas).



Para obtener esta información en formatos accesibles o asistencia con mayor acceso igualitario a servicios humanos, envíenos un correo electrónico a DHS.info@state.mn.us, llame al 888-702-9968 o use su servicio preferido de retransmisión. ADA1 (3-24)

PROGRAMAS DE ATENCIÓN MÉDICA DE MINNESOTA (MHCP)

Solicitud del Programa de Planificación Familiar de Minnesota

Provider Use Only (If PE is approved, complete the information here and submit pages 1-2 and 7 to DHS following directions in Provider Training Guide.)			
☐ PE ONLY ☐ FULL APPLICATION ☐ RENEWAL			
PROVIDER NAME			
STREET ADDRESS		CITY	STATE ZIP CODE
NPI	PROVIDER PHONE NUMBER	DATE PE APPROVED	

1. Denos información sobre usted.

NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO	
FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA):	SEXO ☐ Masculino ☐ Femenino	¿Está embarazada? ☐ Sí ☐ No	
NÚMERO DE TELÉFONO al que podemos llamarlo ☐ Celular ☐ Casa ☐ Trabajo		OTRO NÚMERO DE TELÉFONO al que podemos llamarlo ☐ Celular ☐ Casa ☐ Trabajo	
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (SSN) No necesita darnos su SSN si está solicitando únicamente cobertura de corto plazo.*		☐ Marque aquí si usted es una persona sin hogar. Si ha marcado esta casilla, ¿en qué condado vive?	
DIRECCIÓN DEL DOMICILIO (dirección del lugar donde vive)**			NÚMERO DE APARTAMENTO O SUITE
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	CONDADO
DIRECCIÓN POSTAL (si es diferente a la del domicilio)			NÚMERO DE APARTAMENTO O SUITE
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	CONDADO
Responda Sí o No a las preguntas siguientes: a. ¿Piensa quedarse a vivir en Minnesota? ☐ Sí ☐ No b. ¿Ingresó a Minnesota con una oferta firme de trabajo o para buscar empleo? ☐ Sí ☐ No			
EL IDIOMA HABLADO DE SU PREFERENCIA	EL IDIOMA ESCRITO DE SU PREFERENCIA	¿Necesita un intérprete? ☐ Sí ☐ No	

* SSN. Vea el Aviso de prácticas de privacidad y el Aviso de derechos y responsabilidades en el Anexo A para información sobre los números de seguro social.

** Programa Seguro en el Hogar (Safe At Home) Si su grupo familiar está en el programa Seguro en el Hogar, no tiene que darnos la dirección completa de su domicilio. En los espacios para la dirección del domicilio, solo tiene que escribir el nombre del condado en el que vive y el código postal de su hogar. Escriba la dirección de su programa Seguro en el Hogar en los espacios para la dirección postal.

SELECCIONE SU MÉTODO PREFERIDO DE CONTACTO CON RELACIÓN A ESTE FORMULARIO CORREO ELECTRÓNICO ☐ Sí ☐ No SERVICIO POSTAL DE ESTADOS UNIDOS ☐ Sí ☐ No	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO
GRUPO ÉTNICO Y RAZA No tiene que responder estas preguntas para recibir atención médica. Usamos esta información para identificar a grupos de personas que tienen problemas de salud y tratan de encontrar maneras de mejorar su atención.	
a. ¿Es hispano, latino o de origen español? ☐ No, no soy hispano, latino o de origen español ☐ Sí. Marque todo lo que corresponda ☐ Sí, cubano ☐ Sí, mexicano, mexicano americano o chicano ☐ Si, otro: _____ ☐ Si, puertorriqueño ☐ Prefiero no responder	
b. Raza (marque todas las que correspondan): ☐ Indoamericano o nativo de Alaska ☐ Filipino ☐ Otra asiática ☐ Blanco ☐ Guameño o chamorro ☐ Otra natural de las Islas del Pacifico ☐ Otro: _____ ☐ Indoasiático ☐ Japonés ☐ Coreano ☐ Samoano ☐ Prefiero no responder ☐ Negro o afroamericano ☐ Chino ☐ Nativo hawaiano ☐ Vietnamita	

2. Denos información sobre su grupo familiar y sus ingresos

Responda estas preguntas si está solicitando cobertura del MFPP a corto plazo.

a. ¿Cuántos miembros de la familia viven en su hogar? _____
 Inclúyase usted, su cónyuge, sus hijos menores de 19 años y los hijos de su cónyuge menores de 19 años. Si usted tiene menos de 19 años, incluya a sus padres y hermanos menores de 19 años. Puede incluir a miembros de su familia que viven con usted, pero que están temporalmente lejos de la casa.

b. ¿Cuál es el ingreso total de su grupo familiar? Coloque acá su mejor estimación. Si tiene menos de 21 años, cuente solo sus propios ingresos. (Elija uno y coloque el monto).
☐ Cantidad anual \$ _____
 ☐ Cantidad mensual \$ _____
 ☐ Cantidad semanal \$ _____

**DETÉNGASE AQUÍ SI ESTÁ SOLICITANDO
 SOLO COBERTURA A CORTO PLAZO:
 PASE A LA PÁGINA 7 PARA FIRMAR LA SOLICITUD**



Llene el resto del formulario si está solicitando cobertura ininterrumpida o si está renovando su cobertura.

3. Cuéntenos sobre su grupo familiar

- a. ¿Cuál es su estado civil? ☐ Separado legalmente ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Viudo ☐ Nunca se ha casado
- b. Si está casado, ¿vive con su cónyuge? ☐ No. Pase a la pregunta c ☐ Sí. Escriba el (los) nombre(s)
Incluya los niños que estén viviendo lejos de casa por un periodo breve.
Nombre del cónyuge: _____
- c. ¿Vive con sus hijos o hijastros (menores de 19 años)? ☐ No. Pase a la pregunta d ☐ Sí - complete los nombres
Incluya los niños que estén viviendo lejos de casa por un periodo breve.
Nombres de los niños: _____
- d. ¿Vive con sus hermanos (menores de 19 años)? ☐ No. Pase a la pregunta e ☐ Sí - complete los nombres
Nombres de los hermanos: _____
- ¿Está embarazada alguna persona que mencionó? ☐ No. Pase a la pregunta 4 ☐ Sí. Provea información
Si la respuesta es sí, ¿quién? _____ ¿Cuántos bebés está esperando? _____

4. Cuéntenos cuál es su situación de declaración de impuestos sobre la renta federal

(Todavía puede presentar una solicitud para el MFPP incluso si no hace una declaración de impuestos sobre la renta federal).

- ¿Piensa presentar su declaración de impuestos sobre la renta federal el próximo año?
☐ Sí. Responda las preguntas a, b, c ☐ No. Pase a la pregunta c
- a. ¿La presentará conjuntamente con su cónyuge? ☐ Sí ☐ No
Si la respuesta es sí, escriba el nombre de su cónyuge: _____
- b. ¿Va a reclamar dependientes en su declaración de impuestos? ☐ Sí ☐ No
En caso afirmativo, indique los nombres de sus dependientes: _____
¿Cuál es su relación con las personas dependientes? _____
- c. ¿Va a ser reclamado usted como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona? ☐ Sí ☐ No
Si la respuesta es sí, escriba el nombre de la persona que presenta la declaración: _____
¿Cuál es su relación con la persona que presenta la declaración? _____

5. ¿Tiene usted, o alguien que ha mencionado en la pregunta 3, empleo?

☐ No. Pase a la pregunta 6 ☐ Sí. Provea la información

Nota: Si usted tiene menos de 21 años, escriba solo sus propios ingresos.

Nombre	Nombre del empleador	¿Es este un empleo estacional o temporal?	¿Con qué frecuencia le pagan? (semanalmente, cada dos semanas, mensualmente, otra)	Ingreso bruto por periodo de pago	Fecha del cheque de pago más reciente
		☐ Sí ☐ No		\$	
		☐ Sí ☐ No		\$	
		☐ Sí ☐ No		\$	
		☐ Sí ☐ No		\$	

Debe presentar pruebas de estos ingresos. Las pruebas pueden ser comprobantes de pago recientes, una declaración de su empleador o su declaración de impuestos federal más reciente, si sus ingresos no han cambiado.

6. ¿Trabaja usted, o alguien que ha mencionado en la pregunta 3, por cuenta propia?

☐ No. Pase a la pregunta 7 ☐ Sí. Provea la información

Nota: Si usted tiene menos de 21 años, escriba solo sus propios ingresos.

Incluya sus ingresos o pérdidas derivadas de la agricultura, pesca u otro negocio.

Nombre de la persona	Nombre del negocio	Monto anual de ingresos o pérdidas
		\$
		\$

Debe presentar pruebas de estos ingresos. Las pruebas pueden ser su declaración de impuestos sobre la renta federal más reciente (incluidos todos los anexos y formularios correspondientes) o sus registros comerciales si no presenta una declaración de impuestos.

7. ¿Recibe usted, o alguien que haya mencionado en la pregunta 3, dinero de fuentes que no sean laborales o de trabajo por cuenta propia?

☐ No. Pase a la pregunta 8 ☐ Sí. Provea la información

Nota: Si usted tiene menos de 21 años, escriba solo sus propios ingresos.

No incluya la manutención infantil, compensación de trabajadores, beneficios de ingreso suplementario del seguro social (SSI) o beneficios de veteranos. Incluya cualquier ingreso de suma global única, beneficios de desempleo, pensión u otros ingresos de jubilación, beneficios de discapacidad o jubilación del Seguro Social, pensión alimenticia recibida, ingresos netos por alquiler o regalías, así como intereses y dividendos.

Nombre	Tipo de ingreso	Fecha inicial	Cantidad	Frecuencia con la que se recibe	Fecha del último pago recibido
			\$		
			\$		
			\$		
			\$		

Debe presentar pruebas de estos ingresos. Las pruebas pueden ser un estado del lugar que envía los ingresos o un estado de depósitos directos de su banco.

8. ¿Tiene usted, o alguien que ha mencionado en la pregunta 3, ajustes de ingresos?

☐ No. Pase a la pregunta 9 ☐ Sí. Provea la información

Nota: Si tiene menos de 21 años, incluya solo sus propios ingresos.

Si paga por cosas que se pueden descontar de los ingresos brutos en la declaración de impuestos sobre la renta federal y nos informa esto, puede ayudarle a calificar para el MFPP. (Vea la lista de ajustes de ingresos permitidos en el Anexo B).

Tipo de ajuste	Monto	¿Con qué frecuencia?
	\$	
	\$	
	\$	

Debe presentar pruebas de estos ingresos. Las pruebas pueden ser su declaración de impuestos sobre la renta federal más reciente que muestra estos ajustes u otros estados o recibos de estos gastos.

9. ¿Corresponde alguna parte del ingreso que reportó en las preguntas 5, 6 y 7 a fondos educativos o ingresos de indios americanos o nativos de Alaska?

Los fondos educativos son becas, premios o subsidios que se usan para propósitos educacionales.

Los ingresos de indios americanos o nativos de Alaska son:

- pagos per cápita u otros pagos de una tribu que provienen de recursos naturales, derechos de uso, arrendamientos o regalías;
- pagos derivados de recursos naturales, agricultura, ganadería, pesca, arrendamientos o regalías de tierras designadas como tierras indígenas en fideicomiso por el Departamento del Interior (DOI) (lo que incluye reservas y antiguas reservas);
- asistencia financiera estudiantil entregada a través de los programas de educación de la Oficina de Asuntos Indígenas.

☐ No, ninguna parte de los ingresos que indiqué se deriva de estas fuentes. ☐ Sí. Provea la información

Monto de los fondos educativos utilizados para propósitos educacionales	\$
Cantidad de las fuentes de ingresos de los indios americanos o nativos de Alaska	\$

Debe presentar pruebas de estos ingresos. Las pruebas pueden ser su declaración de impuestos sobre la renta federal más reciente que muestra estos ajustes u otros estados o recibos de estos gastos.

10. ¿Tiene seguro médico?

- ☐ No, no tengo seguro médico.
- ☐ Sí, tengo o quizás tenga seguro médico. Pero no quiero que contacten a mi compañía de seguros. Tengo buenas razones para no darles información de mi seguro, Si la diera, estaría en riesgo de daño físico o emocional. El riesgo surgiría de pedirle al titular de la póliza información sobre el seguro o de que la compañía de seguros le diga al titular de la póliza los servicios que yo recibo.
- ☐ Sí, tengo seguro médico. Puede contactar a mi compañía de seguros. Entiendo que la compañía de seguros puede decirle al tenedor de la póliza acerca de mi cobertura médica. Complete la información siguiente o envíenos una copia del anverso y el reverso de su tarjeta de seguro.

TIPO DE COBERTURA			
☐ Individual ☐ Grupal ☐ Medicamentos con receta médica ☐ Medicare ☐ Otro			
NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA			FECHA DE NACIMIENTO DEL TITULAR DE LA PÓLIZA
NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS			
FECHA DE INICIO	FECHA DE EXPIRACIÓN	NÚMERO DEL GRUPO	NÚMERO DE PÓLIZA

11. Si no dio un número de Seguro Social (SSN) en la página 1, responda las preguntas siguientes. Pase a la pregunta 12, si ya dio su SSN.

¿Tiene un SSN?

☐ Sí – ¿Cuál es su SSN? _____

☐ No – ¿Ha solicitado un SSN? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es no, explique la razón.

- ☐ No califico para un SSN. ☐ Puede ser emitido solamente por razones no laborales. ☐ Objeciones religiosas
- ☐ Otra razón

*Vea el Aviso de prácticas de privacidad y el Aviso de derechos y responsabilidades del Anexo A, para información sobre los números de seguro social.

12. ¿Es usted ciudadano estadounidense o ciudadano nacionalizado de los Estados Unidos?

- ☐ Sí. Vaya a la pregunta 14 ☐ No. Vaya a la pregunta 13

No necesita responder esta pregunta si está renovando su cobertura.

(Un ciudadano nacionalizado de los Estados Unidos es una persona nacida en Samoa Americana o en la Isla Swains; una persona nacida en el extranjero, si uno o ambos padres es ciudadano nacionalizado de Estados Unidos, o una persona de las Islas Mariana del Norte que optó por ser ciudadano nacionalizado de los Estados Unidos).

13. ¿Cuál es su situación migratoria actual?

Elija un código de situación migratoria de la lista en el Anexo B o escriba su situación si no aparece en la lista.

Código o situación: _____

- a. Tipo de documento de inmigración: _____
- b. Número de identificación de extranjero: _____
- c. Número de la tarjeta de identificación: _____
- d. ¿Ingresó a los Estados Unidos antes del 22 de agosto de 1996? ☐ Sí ☐ No
- e. ¿Ha vivido en los Estados Unidos durante cinco años o más en una situación migratoria válida? (Vea el Anexo B para determinar si tiene una situación válida).
☐ Sí ☐ No
- f. ¿Tiene patrocinador? ☐ Sí ☐ No
- g. ¿Es usted o su cónyuge o uno de sus padres veterano o miembro en servicio activo de las fuerzas armadas? ☐ Sí ☐ No
- h. ¿Tuvo alguna vez una situación migratoria distinta a la actual (por ejemplo: refugiado o asilado)?
☐ No ☐ Sí. ¿Cuál era su situación migratoria anterior?

(Elija un código de situación migratoria del Anexo B o escriba su situación previa a continuación si no está en la lista).

Código o situación: _____ Fecha original de entrada: _____ (MM/DD/AAAA)

14. ¿Desea ayuda del MFPP para pagar las facturas médicas de planificación familiar de los últimos tres meses?

No necesita responder esta pregunta si está renovando su cobertura. (La fecha de inicio del MFPP puede ser de hasta tres meses antes de la fecha de su solicitud inicial si tiene facturas médicas de planificación familiar de esa fecha y cumple los requisitos del MFPP).

- ☐ No. Vaya a la pregunta 15 ☐ Si. Responda las preguntas a y b.

- a. ¿Cuántos meses? ☐ Uno ☐ Dos ☐ Tres
- b. ¿Es todo lo que nos ha dicho en la solicitud lo mismo de los últimos meses? ☐ Sí ☐ No

15. ¿Desea que alguien actúe en su nombre como representante autorizado?

Puede darle permiso a una persona en la que confía para que hable con nosotros acerca de esta solicitud, para que vea su información y actúe en su nombre en asuntos relacionados con esta solicitud, lo que incluye obtener información sobre su solicitud y firmarla en su nombre.

- ☐ Si. Llene el Anexo C ☐ No

Página de firma

(Fecha de entrada en vigencia: Septiembre 2024)

Lea la información siguiente y firme.

Lea esta página, así como el Aviso de prácticas de privacidad y el Aviso de derechos y responsabilidades en el Anexo A, antes de firmar y colocar la fecha en esta página.

Al firmar acá, manifiesto que:

- He recibido y revisado el Aviso de prácticas de privacidad y el Aviso de derechos y responsabilidades (Anexo A). Sé que debo informar cualquier cambio en la información que aparece en esta solicitud.
- Entiendo que mi información será divulgada a las partes que se mencionan en el Aviso de prácticas de privacidad (Anexo A) y en el Aviso de derechos y responsabilidades (Anexo A) para verificar la elegibilidad para el MFPP.
- Doy mi consentimiento para la divulgación de mis registros del MFPP a las partes mencionadas en la sección "Consentimiento para compartir información médica" del Aviso de derechos y responsabilidades.
- Entiendo que si estoy dando información a nombre de otras personas de mi grupo familiar, debo contar con el consentimiento de todas las personas que he incluido en la solicitud para poder dar y ver su información y me comprometo a proteger su información.
- Acepto ceder mis beneficios médicos, tal como se establece en la sección "Cesión de pagos médicos" del Aviso de derechos y responsabilidades, según proceda.
- Entiendo que tengo la obligación de informarle cambios a mi trabajador del caso dentro de un plazo de 10 días de haber ocurrido, tal como se estipula en la sección "Cambios" del Aviso de derechos y responsabilidades.
- Entiendo que el estado puede hacer ciertos cambios sin un aviso previo de 10 días. Sin embargo, el estado me enviará un aviso por escrito no después de la fecha efectiva del cambio.

Declaro bajo pena de perjurio que he examinado esta solicitud, y conforme a mi leal saber y entender, es una declaración correcta y verdadera de cada punto esencial. Entiendo que una persona condenada por perjurio 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 a ambos. Entiendo que puede haber otras sanciones por no decir la verdad.

Renovación de la cobertura

Las personas inscritas en el MFPP deben renovar su elegibilidad cada 12 meses.

Nota para aquellos que usen esta solicitud del Programa de Planificación Familiar de Minnesota y el formulario de renovación (DHS-4740) para renovar la cobertura: Envíe por correo o fax esta renovación completada y las pruebas a la dirección o número de fax que aparecen en esta página. Este formulario debe entregarse antes de la fecha de renovación.

SU FIRMA	FECHA
----------	-------

Envíe su solicitud o formulario de renovación completado y firmado a:

Minnesota Department of Human Services
PO Box 64960
St. Paul, MN 55164-0960
Fax: 651-431-7532

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para llenar este formulario, llame al 651-431-3480 o al 888-702-9968 (fuera del área metropolitana de las Ciudades Gemelas).

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

Aviso de prácticas de privacidad y Aviso de derechos y responsabilidades

(Fecha de vigencia: diciembre de 2022)

Aviso de prácticas de la privacidad

Este aviso le informa sobre las prácticas de privacidad del Departamento de Servicios Humanos de Minnesota, y sus derechos y responsabilidades cuando presenta una solicitud y se inscribe para cobertura de seguro médico a través de esta agencia.

El Departamento de Servicios Humanos de Minnesota gestiona la elegibilidad y la inscripción en el Programa de Planificación Familiar de Minnesota (MFPP).

Esta parte del aviso describe cómo puede utilizarse y divulgarse la información privada o confidencial sobre usted y su familia.

¿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 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 a usted

¿Por qué le pedimos su número de Seguro Social?

Necesitamos el número de Seguro Social (SSN) de todas las personas que solicitan cobertura de cuidado de la salud, si tienen uno. (Ver título 42 del Código de Regulaciones Federales, sección 435.910.)

No tiene que darnos el número de Seguro Social de las personas de su hogar que no solicitan cobertura, pero hacerlo puede ayudar a acelerar el procesamiento de su solicitud.

Utilizamos los números de Seguro Social para verificar su identidad y prevenir la duplicación de beneficios estatales y federales. Además, los números de Seguro Social se usan para comparar datos por computadora con agencias federales y locales a fin de verificar los ingresos, recursos y otra información que podría afectar su elegibilidad o sus beneficios. Mantendremos toda la información que nos proporcione privada y segura, conforme a la ley. Utilizaremos sus datos personales únicamente para comprobar si es elegible para recibir cobertura de salud.

Si una persona que está presentando una solicitud no tiene un SSN, es posible que se le pida que solicite uno para obtener Asistencia Médica (Medical Assistance). Hay excepciones para las personas que:

- no son elegibles para obtener un número del Seguro Social,
- solo pueden obtener un número de Seguro Social por una razón válida no laboral, o
- se niegan a obtener un número de Seguro Social debido a una objeción religiosa bien establecida.

Si desea ayuda para obtener un SSN, visite [socialsecurity.gov](https://www.socialsecurity.gov), o llame al 800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 800-325-0778.

¿Por qué le pedimos información sobre sus ingresos?

Le pedimos información sobre sus ingresos y revisamos las fuentes estatales y federales para confirmar sus ingresos y el tamaño de su familia. Utilizaremos esta información solo para los fines autorizados por la ley, como verificar la elegibilidad o determinar la elegibilidad para el crédito tributario anticipado para primas y las reducciones de costes compartidos, y el importe del crédito o reducción. 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 errónea a propósito, usted puede 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. Para todos los programas, 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 asociadas sin fines de lucro y privadas.
- Científicos, auditores, investigadores y otros que realizan evaluaciones y estudios sobre la calidad del cuidado de la salud o que inician procesos o acciones legales relacionados con la administración de los programas de servicios humanos.
- Funcionarios judiciales, fiscales del condado, fiscales generales, otros funcionarios del orden público, investigadores de fraude e investigadores de prevención de fraude.
- Compañías de seguros médicos, agencias de cuidado de la salud, organizaciones de cuidado administrado de la salud y otros que pagan por su cuidado.
- Guardianes, tutores o personas con poderes legales que son representantes autorizados.
- Asesores de solicitudes, asistentes en persona y navegadores certificados, 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 la salud y otra información privada de acuerdo a los términos de este aviso.
- 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 indique por escrito que podemos hacerlo.
- No venderemos ninguna información recopilada, creada o conservada como parte de esta solicitud.

- Debemos cumplir los términos de este aviso y le daremos una copia de éste, pero podemos cambiar nuestra política de privacidad. Esos cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible a petición, y publicaremos los cambios a éste en nuestro sitio web en <https://edocs.dhs.state.mn.us/lfserver/Public/DHS-4839K-ENG> y en www.mnsure.org.
- La ley nos exige mantener su información privada en forma confidencial y segura.
- Tal como lo requiere la ley, si sucede algo que haga que su información privada deje de ser confidencial y de estar segura, se lo haremos saber.

Esta parte del aviso describe cómo puede usarse y divulgarse su información médica o de otro tipo y cómo usted puede acceder a ella. Sírvase revisarla con detenimiento.

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

- Usted y las personas que usted ha autorizado pueden ver y copiar la información privada que tenemos sobre usted, como registros médicos y reclamos. Es posible que tenga que pagar las copias.
- Puede elegir que otra persona actúe en su nombre mediante un poder legal médico o como su tutor legal. Esa persona puede hacer ejercer sus derechos y tomar decisiones acerca de su información.

Solicítenos que corrijamos su expediente de salud u otros registros

Puede cuestionar si la información que tenemos sobre usted es correcta. Envíenos sus inquietudes por escrito. Indique por qué la información es incorrecta o está incompleta. 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 acceder a su solicitud si usted nos dice que estaría en peligro si no lo hiciéramos. Por ejemplo, puede pedirnos que enviemos la información médica a la dirección de su trabajo en vez de a su casa. Si determinamos que su pedido es razonable, lo concederemos.

Solicitar que limitemos la información que usamos o compartimos

Puede pedirnos que no usemos o compartamos cierta información médica para tratamiento, pago o nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su pedido y podemos negarnos a hacerlo si esto afectara su cuidado médico.

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 la salud. Tampoco se incluirán ciertas divulgaciones, tales como las que usted nos haya pedido no hacer.
- Le proporcionaremos una lista gratuita por año, pero cobraremos un cargo razonable basado en los costos si solicita otra lista dentro de los 12 meses siguientes.

Obtener una copia de este aviso de privacidad

- Usted puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si ha 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 este aviso al Departamento de Servicios Humanos de Minnesota o MNsure.

Podemos usar y compartir su información médica para lo siguiente:

- **Ayudar a administrar el tratamiento médico que recibe**
 - Podemos usar su información médica y compartirla con los profesionales que lo tratan.
Por 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 tutores, curadores o personas con poder legal que son representantes autorizados.
- **Administrar nuestra organización**
 - Podemos usar y compartir su información para administrar 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 agencias asociadas sin fines de lucro y privadas, incluidas las oficinas de manutención de menores.

- 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 para cobros si usted no paga los cargos que nos adeuda por los servicios, en situaciones limitadas.
 - Asesores de solicitudes, asistentes en persona y navegadores certificados, y cualquier otra persona para quien la ley establece que debemos o podemos proporcionar la información.
- No estamos autorizados a utilizar información genética para decidir si le damos cobertura y el costo de esa cobertura. Esto no se aplica a los planes de cuidado médico a largo plazo.
Por ejemplo: podemos utilizar su información médica para desarrollar mejores servicios para usted.
- **Pagar por sus servicios médicos**
 - Podemos usar y compartir su información médica cuando pagamos sus servicios médicos.
Por ejemplo: compartimos su información con su plan dental para coordinar el pago de los servicios odontológicos prestados.
- **Ayudar con temas de salud y seguridad pública**
 - Podemos compartir su información médica para propósitos como los siguientes:
 - Prevenir enfermedades
 - Ayudar con el retiro de productos
 - Notificar reacciones adversas a medicamentos
 - Informar sobre sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica
 - Prevenir o reducir una amenaza grave a la salud o seguridad de alguien
- **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 con la ley federal de privacidad.
- **Responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos y trabajar con médicos forenses o directores de funerarias**
 - Podemos compartir su información médica con organizaciones dedicadas a obtener órganos.

- Cuando fallece una persona, podemos compartir información médica con un forense, médico forense o el director de una funeraria.

- **Responder a compensación de trabajadores, fuerzas del orden público y otras peticiones gubernamentales**

- Para reclamos de compensación de trabajadores
- Para propósitos de orden público o con un agente del orden público.
- Con agencias que supervisan servicios de salud para actividades autorizadas por la ley.
- Con agencias gubernamentales que administran programas de beneficios públicos en otros estados.
- Para funciones especiales del gobierno, tales como servicios militares, de seguridad nacional y protección presidencial.

- **Responder a demandas y acciones legales**

- Podemos compartir su información médica en respuesta a una orden de un tribunal. Podemos compartir la información con funcionarios judiciales, fiscales del condado, procuradores generales, otros agentes del orden público, funcionarios de manutención de menores, funcionarios de protección de menores e investigadores de fraude e investigadores de prevención de fraude.

¿Cuáles son sus opciones?

Para cierta información médica, puede darnos sus 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 por catástrofes.

Díganos qué desea que hagamos, y seguiremos sus instrucciones. Si no puede decirnos su preferencia (por ejemplo, si está inconsciente), es posible que procedamos y compartamos 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 la salud o 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 la salud crea que no compartir la información pondría en riesgo su salud. Los padres pueden ver otra información suya y permitir que otros la vean, 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 de salud 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 gratuito)
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 comunicarse con:

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

¿Con quién comunicarse si necesita más información sobre las prácticas de privacidad?

Si necesita más información acerca de las prácticas de privacidad, llame a la oficina de Atención al consumidor de cuidados de salud del DHS al 651-297-3862 o al 800-357-3672.

Aviso de derechos y responsabilidades

Cambios

Si recibe MFPP, debe informar un cambio dentro de los diez días posteriores a dicho cambio. Llame a su agencia tribal o a la agencia de su condado para informar el cambio. Algunos ejemplos de los cambios que deben informarse son los siguientes:

Cambios en los ingresos, cuando usted:

- Comienza un trabajo nuevo, cambia de trabajo o deja un trabajo.
- Empieza a recibir nuevos ingresos o deja de recibirlos, como Seguro Social o beneficios de desempleo
- Tiene cambios en la cantidad de ingresos que obtiene de su negocio, de la agricultura o de otros tipos de trabajo por cuenta propia

Cambios de residencia, cuando usted:

- Se muda a una nueva dirección
- Se encuentra temporalmente fuera de Minnesota por más de 30 días

Cambios de vida en su hogar, cuando alguien:

- queda embarazada o tiene un bebé
- se muda a su casa o se va de su casa
- muere, se casa o se divorcia
- comienza o deja de tener otro seguro médico o Medicare
- queda discapacitado
- entra o sale de la cárcel.

Usted tiene derecho a solicitar una audiencia

Si cree que su elegibilidad para cuidados de la salud o los beneficios son incorrectos o que su solicitud no fue 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 en todos los avisos de elegibilidad que reciba. Obtenga más información sobre el proceso de apelación y cómo solicitar una audiencia en el sitio web de apelaciones de MNsure en www.mnsure.org/help/appeals o en el sitio web del DHS 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/Ifserver/Public/DHS-0033-ENG>.

También puede imprimir el formulario disponible en la dirección anteriormente 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 estatus migratorio no se verá afectado por solicitar la cobertura, a menos que solicite el pago de servicios de cuidado médico a largo plazo.

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 estatus migratorio no se verá afectado por solicitar la cobertura, a menos que solicite el pago de servicios de cuidado médico a largo plazo.

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

Consentimiento para compartir información médica

En su solicitud de cobertura del Programa de Cuidado de la 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 la salud, que incluyen planes médicos, compañías de seguros, MA o MinnesotaCare, defensores de los condados, distritos escolares, 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 la salud;
 - proporcionar, administrar y coordinar los servicios de cuidado de la salud.

- Todas las demás agencias o personas señaladas en este Aviso de prácticas de privacidad y en el Aviso de derechos y responsabilidades para este propósito:
 - administrar Programas de Cuidado de la Salud de Minnesota, pagar 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 le ha proporcionado a otros. Este consentimiento es válido mientras usted esté inscrito en los Programas de Cuidado de la 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 registros 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 reciba sus datos por medio de este consentimiento puede entregar dicha información a otros.

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

Otro tipo de cuidado de la salud

Usted y los miembros de su hogar inscritos en MFPP deben informarnos sobre cualquier 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 la 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 MFPP deban aceptar y mantener una póliza de seguro médico cuando se determine que la póliza es asequible. Si tiene una buena razón para no hacerlo, puede pedirle al estado que apruebe la razón. Si no nos proporciona información sobre su póliza de salud, podría no obtener cobertura.

Cesión de pagos médicos

Al aceptar MFPP, usted cede al estado de Minnesota sus derechos a todos los pagos médicos hechos en su nombre y en nombre de todas las personas para quienes solicite cobertura y de quienes legalmente puede ceder los derechos. 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 empiece la cobertura de cuidado de la salud.

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 el estado aprueba ese motivo.

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 proporcionará 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.

Instrucciones para completar esta solicitud

Ajustes de ingresos

Los ajustes de ingresos son costos que puede descontar de los ingresos brutos en la declaración de impuesto sobre la renta federal. Si desea más información, vea la sección de Ingreso bruto ajustado del Anexo 1 del formulario 1040 del Servicio de Impuestos Internos (IRS). Si paga por cualquiera de lo siguiente, méncionelo en la pregunta 10.

- Pensión alimenticia basada en un decreto de divorcio o acuerdo ejecutado antes del 2019
- Intereses por préstamo estudiantil
- Gastos de educador (hasta \$250)
- Ciertos gastos comerciales de reservistas, intérpretes de artes escénicas y funcionarios gubernamentales que trabajan en base a honorarios profesionales.
- Deducción de cuentas de ahorros de salud
- Parte deducible del impuesto sobre el trabajo por cuenta propia
- Plan simplificado de pensiones para empleados (SEP), Plan de contribuciones equivalentes con incentivo de ahorros para empleados (SIMPLE) y planes calificados para trabajadores por cuenta propia
- Deducción de seguro médico para trabajadores por cuenta propia
- Penalidad por retiro anticipado de ahorros
- Deducción de cuenta individual de jubilación (IRA)
- Gastos de mudanza para militares en servicio activo

Situación migratoria

Seleccione una situación migratoria de esta lista y coloque la letra correspondiente en la pregunta 13. Las situaciones migratorias que tienen un asterisco (*) son situaciones calificadas:

- A. Indio americano nacido en Canadá (Ley de Inmigración y Nacionalidad [INA], sección 289)*
- B. Amerasiático no ciudadano*
- C. Asilado*
- D. Inmigrante con ingreso condicional*
- E. Inmigrante cubano o haitiano*
- F. Aplazamiento de expulsión o deportación aplazada bajo la sección 243(h) o 241(b)(3) de la INA*
- G. Refugiado*
- H. Inmigrante especial iraquí o afgano*
- I. Víctima de tráfico grave (LPR o Visa T)*
- J. Inmigrante no ciudadano maltratado*
- K. Residente permanente legal (LPR)*
- L. Con libertad condicional durante al menos un año*
- M. No inmigrante temporal
- N. Acción diferida para llegadas en la infancia
- O. Ciudadano de las Islas Marshall, Micronesia o Palau*

Nombramiento del representante autorizado

Usted puede elegir un representante autorizado.

Usted puede dar a una persona de confianza permiso para hablar de esta solicitud con nosotros, ver su información y actuar en su nombre en asuntos relacionados con ella, incluso obtener información sobre su solicitud y firmarla en su nombre. A esta persona la llamamos "representante autorizado". Si en algún momento necesita cambiar a su representante autorizado, contacte a la oficina del Programa de Planificación Familiar al 651-431-3480 o al 888-702-9968.

El representante legalmente designado de alguien que aparece en esta solicitud, debe presentar pruebas junto con la solicitud.

NOMBRE DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO	RELACIÓN CON USTED, DE HABERLA	
DIRECCIÓN			NÚMERO DE APARTAMENTO O SUITE	
CIUDAD			ESTADO	CÓDIGO POSTAL
NÚMERO DE TELÉFONO	NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN, DE HABERLA		NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN (si procede)	

Al firmar, usted autoriza a que esta persona firme su solicitud, obtenga información oficial acerca de la misma y actúe en su nombre en cualquier asunto futuro ante esta agencia.

SU FIRMA	FECHA
----------	-------

Firma del representante autorizado

Al firmar, confirmo que soy representante autorizado de este grupo familiar. Entiendo mis responsabilidades, inclusive la de mantener la confidencialidad de la información de las personas que aparecen en esta solicitud.

☐ Me gustaría recibir información por correo electrónico en: _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO	FECHA
------------------------------------	-------

Direcciones de las agencias

(Día de entrada en vigencia: Julio de 2024)

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 239
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

PO Box 460
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