

Наименование обслуживающего агентства
Адрес



*

Дата и время
Номер дела:

Имя заявителя
Адрес

Требуется действие
У вас есть больше времени, чтобы предоставить нам запрашиваемую информацию

**ВАЖНО: ТРЕБУЕТСЯ ДЕЙСТВИЕ, ВЛИЯЮЩЕЕ НА ПРАВО УЧАСТИЯ В ПРОГРАММЕ.
ПРОЧИТАЙТЕ УВЕДОМЛЕНИЕ ПОЛНОСТЬЮ.**

Вы просили дать вам больше времени для предоставления информации, необходимой для проверки вашего права на участие в программе Medical Assistance или MinnesotaCare. Теперь у вас есть время до указанной ниже даты. Если вы не предоставите нам необходимую информацию к новому сроку, то

- ваше заявление на получение медицинского страхования и помощь в оплате расходов будут отклонены, либо
- ваше медицинское страхование прекратится.

Отправьте эту информацию или подтверждающие документы по адресу, указанному в левом верхнем углу данного уведомления.

В случае возникновения вопросов позвоните в агентство, указанное в левом верхнем углу данного уведомления. Если вы не знаете номера телефона, позвоните в службу поддержки потребителей медицинских услуг DHS по телефону 651-297-3862 или 800-657-3672 для получения помощи. Или ознакомьтесь со справочником агентств на сайте mn.gov/dhs/health-care/county-tribal-offices/.

Вы должны предоставить нам дополнительную информацию

Нам нужна дополнительная информация от:

Имя: **Идентификационный номер MNSure:**

Срок выполнения	Необходимая информация	Приемлемые документы
Дата	Предполагаемый годовой доход (PAI)	Если вы подавали федеральную налоговую декларацию за последние 3 года, предоставьте полную копию самой последней декларации (с приложением всех соответствующих форм и таблиц). Если в декларации не отражен ваш PAI из-за изменений, предоставьте документы, подтверждающие эти изменения, включая любой из перечисленных ниже документов. Если вы не подавали федеральную налоговую декларацию в течение последних 3 лет, предоставьте документы, отражающие ваш PAI, включая любой из перечисленных ниже документов. • Квитанции о начислении заработной платы или справки о доходах • Письменное подтверждение от вашего работодателя • Копия чека (оплата за работу или услугу) • Финансовые документы предприятия • Банковская выписка с указанием платежа • Справка о процентах или дивидендах • Письмо с указанием суммы пособия • Документ, подтверждающий выплату алиментов • Квитанция или выписка о полученной арендной плате • Документ, подтверждающий продажу активов (прирост или убыток капитала) • Документ, подтверждающий получение другого налогооблагаемого дохода • Документ, подтверждающий единовременный доход

Что делать, если у меня возникли вопросы по данному уведомлению?

Позвоните нам, если у вас есть вопросы.

- По вопросам о программе Medical Assistance звоните в агентство своего округа или племени.
- По вопросам о программе MinnesotaCare или общим вопросам о программе Medical Assistance звоните в службу поддержки потребителей медицинских услуг DHS по телефону 651-297-3862 или 800-657-3672.

Вы можете получить бесплатную помощь от координатора. Для поиска в своем районе координатора, говорящего на предпочитаемом вами языке, зайдите на сайт <https://www.mnsure.org> и нажмите на «Assister Directory» (Справочник помощников) в разделе «Find Free Help» (Поиск бесплатной помощи).

Если у вас имеются проблемы со слухом или речью, свяжитесь с нами с помощью предпочитаемой вами службы коммутируемых сообщений.



Для получения этой информации в доступных форматах или помощи в дополнительном равном доступе к социальному обеспечению, напишите по адресу: DHS.info@state.mn.us, позвоните по тел.: 651-297-3862 / 800-657-3672 или используйте предпочитаемую вами службу коммутируемых сообщений. ADA1 (2-18)