

Nombre de la agencia de servicios
Dirección



*

Fecha y hora
Número de caso:

Nombre del solicitante
Dirección

Acción necesaria Tiene más tiempo para darnos la información solicitada

IMPORTANTE: SE NECESITA TOMAR UNA ACCIÓN QUE AFECTA LA ELEGIBILIDAD. LEA
TODA LA NOTIFICACIÓN.

Solicitó más tiempo para proporcionarnos la información necesaria para verificar su derecho a recibir los beneficios de Medical Assistance o MinnesotaCare. Tiene hasta la fecha que se muestra a continuación. Si no nos proporciona la información necesaria antes de la nueva fecha límite, su

- solicitud de cobertura médica y ayuda para pagar los costos será denegada o
- su cobertura de atención médica terminará.

Envíe esta información o comprobante a la dirección en la parte superior izquierda de esta notificación.

Si tiene preguntas, llame a la agencia que aparece en la parte superior izquierda de esta notificación. Si no conoce el número de teléfono,

llame al Servicio de Atención al Consumidor de Atención Médica del DHS al 651-297-3862 o al 800-657-3672 para obtener ayuda. O consulte el directorio de agencias en mn.gov/dhs/health-care/county-tribal-offices/.

Debe brindarnos más información

Necesitamos más información de:

Nombre: **Número de identificación de MNSure:**

Fecha de vencimiento	Información necesaria	Documentos aceptables
Fecha	Ingreso anual proyectado (PAI)	Si presentó una declaración de impuestos federales en los últimos 3 años, proporcione una copia completa de la declaración más reciente (debe incluir todos los formularios y anexos relacionados). Si la declaración no refleja su ingreso anual proyectado (PAI, por sus siglas en inglés) debido a un cambio, proporcione prueba del cambio, incluido cualquiera de los documentos que se enumeran a continuación. Si no presentó una declaración de impuestos federales en los últimos 3 años, proporcione prueba que refleje su PAI, incluido cualquiera de los documentos que figuran a continuación. • Comprobante de pago o declaración de ingresos • Declaración escrita de su empleador • Copia de un cheque (pago por trabajo o servicio) • Registros financieros comerciales • Extracto bancario que muestre el pago • Declaración de intereses o dividendos • Carta de adjudicación • Comprobante de pensión alimenticia • Recibo o estado de cuenta del alquiler que recibió • Comprobante de venta de activos (ganancia o pérdida de capital) • Comprobante o registro de otros ingresos sujetos a impuestos • Comprobante de ingresos únicos

¿Qué sucede si tengo preguntas relacionadas con esta notificación?

Llámenos si tiene preguntas.

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

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

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



Para obtener esta información en formatos accesibles o asistencia con mayor acceso igualitario a servicios humanos, envíe un correo electrónico a DHS.info@state.nm.us, llame al 651-297-3862 / 800-657-3672 o use su servicio preferido de retransmisión.

ADA1 (2-18)