

Tên Cơ quan Dịch vụ
Địa chỉ



* Ngày & Giờ
Số hồ sơ:

Tên Người tham gia
Địa chỉ

Hành động cần thực hiện
Bạn có thêm thời gian để cung cấp thông tin chúng tôi yêu cầu

QUAN TRỌNG: CẦN THỰC HIỆN NGAY DO ẢNH HƯỞNG ĐẾN TÍNH ĐỦ ĐIỀU KIỆN. VUI LÒNG ĐỌC TOÀN BỘ THÔNG BÁO.

Bạn đã yêu cầu thêm thời gian để cung cấp thông tin cần thiết cho chúng tôi nhằm xác minh tính đủ điều kiện tham gia Medical Assistance hoặc MinnesotaCare. Bạn có thời gian đến ngày dưới đây để cung cấp thông tin này. Nếu bạn không cung cấp thông tin cần thiết trước ngày hết hạn mới, một trong hai điều sau sẽ xảy ra:

- Đơn xin bảo hiểm sức khỏe và hỗ trợ chi phí của bạn sẽ bị từ chối hoặc
- bảo hiểm sức khỏe của bạn sẽ bị chấm dứt.

Hãy gửi thông tin hoặc chứng từ này đến địa chỉ ở góc trên bên trái của thông báo này.

Nếu bạn có câu hỏi, hãy gọi cho cơ quan được ghi ở góc trên bên trái của thông báo này. Nếu bạn không biết số điện thoại, hãy gọi cho DHS Health Care Consumer Support qua số 651-297-3862 hoặc 800-657-3672 để được trợ giúp. Hoặc tham khảo danh sách các cơ quan hỗ trợ tại mn.gov/dhs/health-care/county-tribal-offices.

Bạn phải cung cấp thêm thông tin cho chúng tôi

Chúng tôi cần thêm thông tin từ:

Tên: **Mã Số MNSure:**

Ngày hết hạn	Thông tin cần cung cấp	Tài liệu được chấp nhận
Ngày	Thu nhập dự kiến hàng năm (PAI)	Nếu bạn đã nộp tờ khai thuế liên bang trong 3 năm qua, vui lòng cung cấp bản sao đầy đủ của tờ khai thuế gần nhất (phải bao gồm tất cả các mẫu đơn và phụ lục liên quan). Nếu tờ khai thuế không phản ánh PAI của bạn vì có sự thay đổi, vui lòng cung cấp bằng chứng về sự thay đổi, bao gồm bất kỳ tài liệu nào được liệt kê dưới đây. Nếu bạn không nộp tờ khai thuế liên bang trong 3 năm qua, vui lòng cung cấp bằng chứng phản ánh PAI của bạn, bao gồm bất kỳ tài liệu nào được liệt kê dưới đây. • Bảng lương hoặc bản sao kê thu nhập • Thư xác nhận từ nhà tuyển dụng • Bản sao tấm séc (thanh toán cho công việc hoặc dịch vụ) • Sổ sách tài chính của doanh nghiệp • Sao kê ngân hàng chứng minh thanh toán • Thư xác nhận tiền lời hoặc cổ tức • Thư thông báo giải thưởng • Bằng chứng trợ cấp nuôi dưỡng vợ/chồng • Biên nhận hoặc bản sao kê tiền thuê mà bạn đã nhận • Bảng chứng về việc bán tài sản (lãi hoặc lỗ vốn) • Bảng chứng hoặc bản ghi nhận thu nhập chịu thuế khác • Bảng chứng thu nhập một lần

Nếu tôi có câu hỏi về thông báo này thì sao?

Gọi cho chúng tôi nếu bạn có câu hỏi.

- Đối với câu hỏi về Medical Assistance, gọi cho cơ quan quận hoặc bộ lạc của bạn.
- Đối với câu hỏi về MinnesotaCare hoặc câu hỏi chung về Medical Assistance, gọi cho DHS Health Care Consumer Support qua số 651-297-3862 hoặc 800-657-3672.

Bạn có thể nhận sự trợ giúp miễn phí từ một Nhân viên hỗ trợ. Để tìm Nhân viên hỗ trợ tại khu vực của bạn và có thể nói ngôn ngữ bạn mong muốn, hãy truy cập <https://www.mnsure.org> và nhấn vào "Assister Directory" (danh mục người hỗ trợ) dưới phần Find Free Help (tìm sự giúp đỡ miễn phí)

Nếu bạn có khuyết tật về thính giác hoặc lời nói, hãy liên hệ với chúng tôi qua dịch vụ hỗ trợ truyền thông mà bạn ưa thích.



Để nhận thông tin này dưới các định dạng dễ tiếp cận hơn, hoặc được hỗ trợ thêm về quyền tiếp cận bình đẳng đối với các dịch vụ nhân sinh, vui lòng gửi email đến DHS.info@state.mn.us, gọi số 651-297-3862 / 800-657-3672, hoặc sử dụng dịch vụ tiếp âm mà quý vị ưa thích . ADA1 (2-18)