

Наименование обслуживающего агентства
Адрес

Имя заявителя
Адрес

Дата и время
Номер дела:

**Срок действия вашего права на получение медицинской помощи
заканчивается**

Мы попросили предоставить информацию или подтверждение для определения права на участие в программах медицинского обслуживания. Мы не получили такой информации или подтверждения. В связи с этим лица, указанные в данном уведомлении, больше не имеют права на участие в программах Medical Assistance или MinnesotaCare по истечении указанной ниже даты.

В случае если вы свяжетесь с нами или предоставите недостающую информацию до указанной ниже даты, мы рассмотрим ваше дело повторно. Если вы хотите позвонить нам и не знаете номера, позвоните в службу поддержки потребителей медицинских услуг DHS по телефону 651-297-3862 или 800-657-3672 для получения помощи.

Результаты медицинского обслуживания

Имя: Идентификационный номер MNsure:

Дата вступления в силу	Действие	Тип покрытия
Дата	Закрето	MinnesotaCare

Более подробная информация представлена на следующих страницах.

- **Вы не имеете права на обслуживание по программе MinnesotaCare, потому что не предоставили документы, подтверждающие ваш предполагаемый годовой доход (Свод федеральных нормативных актов, глава 45, разделы 155.315 и 155.320).**
- **Вы больше не имеете права на обслуживание по программе MinnesotaCare. Последний день, когда вы можете получить медицинскую помощь по программе MinnesotaCare, - [Дата].**
- **Вы получите еще одно уведомление о том, имеете ли вы право на участие в другой программе.**

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.

Нужно ли мне возмещать расходы на медицинское обслуживание, если я получал государственную помощь?

При определенных обстоятельствах федеральные законы и законы штата требуют от Minnesota Department of Human Services и местных агентств возмещения расходов, которые программа Medical Assistance (MA) оплатила для своих участников. Этот процесс возмещения осуществляется в рамках программы MA в штате Миннесота по возмещению за счет имущества и права взыскания. Если вы были зарегистрированы в программе MA, ознакомьтесь со следующей информацией.

Если вы были зарегистрированы в программе MA, то после вашей смерти Миннесота должна попытаться возместить расходы на все долгосрочные услуги и помощь (LTSS), которые вы получали в возрасте 55 лет и старше. LTSS охватывают:

- услуги дома престарелых
- услуги на дому и в общине
- сопутствующие расходы на лечение в больнице и рецептурные лекарства
- страховые взносы (платежи из расчета на одного человека) за покрытие этих услуг.

Даже после вашей смерти Миннесота не сможет возместить эти расходы, если вас переживет супруг(а), если у вас есть ребенок младше 21 года или если у вас есть слепой или постоянно нетрудоспособный ребенок. После смерти вашего супруга Миннесота должна попытаться взыскать ваши расходы на LTSS по программе MA с имущества супруга. Однако взыскание и дальше откладывается, если у вас остался ребенок в возрасте до 21 года, слепой или постоянно нетрудоспособный ребенок. Ваши дети не обязаны использовать свое имущество для возмещения расходов штата на услуги MA, которые вы получали.

Вы имеете право обратиться в группу предоставления бесплатной юридической помощи или к частному адвокату, если у вас есть конкретные вопросы о том, как возмещение за счет имущества и права взыскания в рамках программы MA могут повлиять на ваше финансовое положение и планирование наследства. Minnesota Department of Human Services не может предоставить вам юридическую консультацию. Для получения дополнительной информации посетите сайт <https://mn.gov/dhs/ma-estate-recovery/>.

Ваши права на обжалование

Что делать в случае моего несогласия с решением, принятым в отношении моего медицинского страхования?

Если вы считаете, что решение, изложенное в уведомлении о вашем медицинском обслуживании, неверно, вы имеете право подать апелляцию. Апелляция — это юридический процесс, в ходе которого судья по вопросам социального обеспечения проводит слушание и пересматривает решение Department of Human Services (DHS), агентства округа или племени о страховом покрытии по программе Medical Assistance (MA) или MinnesotaCare. Подробнее о принципах работы можно узнать на сайте www.dhs.state.mn.us/appeals/faqs.

Как подать апелляцию?

Вы можете подать апелляцию, отправив собственный письменный запрос, заполнив форму апелляции DHS или получив помощь по телефону или лично. Агентство вашего округа или племени может помочь вам подать апелляцию.

Выполните одно из следующих действий для подачи апелляции:

- Заполните форму «Апелляция в агентство штата» (DHS-0033) на сайте <https://edocs.dhs.state.mn.us/lfserver/Public/DHS-0033-ENG> и отправьте ее в электронном виде.
- Отправьте запрос по почте в Отдел апелляций Minnesota Department of Human Services, PO Box 64941, St. Paul, MN 55164-0941, или по факсу 651-431-7523.
- Чтобы получить информацию о подаче письменной апелляции или подать апелляцию по телефону, позвоните в Отдел апелляций DHS по телефону 651-431-3600 или 800-657-3510.
- Для получения личной помощи обратитесь в информационный отдел Minnesota Department of Human Services по адресу: 444 Lafayette Road N, St. Paul, MN 55155.

Что можно обжаловать?

Вы можете подать апелляцию по любому из этих пунктов:

- Агентство округа, племени или DHS не приняло мер по вашему запросу о медицинском страховании.
- Агентство округа, племени или DHS рассматривало ваш запрос слишком медленно.
- Агентство округа, племени или DHS предприняло действия, с которыми вы не согласны (примеры действий: отказ в предоставлении медицинской помощи или покрытия по программе MinnesotaCare, одобрение покрытия по программе, на которую, по вашему мнению, вы не имеете права, или изменение ваших выплат по программе Medical Assistance или MinnesotaCare).

Когда необходимо подавать апелляцию?

Предварительное уведомление об изменении страхового покрытия должно быть отправлено вам не позднее чем за 10 дней до даты вступления в силу соответствующего действия. В некоторых случаях мы можем отправить вам уведомление за пять дней до начала действия или в день его вступления в силу.

Дата и время
Номер дела:

[# - из - #]

Вы должны подать апелляцию в течение **30 дней** после получения уведомления о медицинском обслуживании. Если вы укажете уважительную причину, по которой вы не подали апелляцию в течение 30 дней, вы можете подать апелляцию в течение 90 дней после даты получения уведомления о медицинском обслуживании. Более важную информацию о сроках подачи апелляций по программам Medical Assistance и MinnesotaCare вы найдете в следующем разделе.

Важно: Решение по апелляции одного из членов семьи может повлиять на право на получение страхования другими членами семьи. Возможен пересмотр права на участие отдельных членов семьи.

Сохранятся ли мои выплаты во время рассмотрения апелляции?

Возможно, вы сможете и дальше получать те же выплаты, что и во время получения уведомления о медицинском обслуживании. Но вы должны подать апелляцию в определенный срок. Ваши выплаты могут быть продолжены, если вы подадите апелляцию до даты вступления в силу действий, указанных в уведомлении о медицинском обслуживании, или в течение 15 дней после даты получения уведомления. Вы должны оплачивать ежемесячные взносы по программе MinnesotaCare, чтобы продолжить страховое покрытие во время подачи апелляции. Если вы не хотите, чтобы ваши выплаты продолжались, сообщите об этом в DHS в письменном виде.

Важно: Если ваша апелляция будет отклонена, вам, возможно, придется вернуть выплаты, полученные во время рассмотрения апелляции.

Важно: Вы имеете право повторно подать заявление на участие в программе Medical Assistance или MinnesotaCare, если выплата пособий прекратилась.

Что делать, если мне срочно нужно слушание?

Вы имеете право попросить об ускоренном рассмотрении апелляции. Если вам срочно нужно слушание или у вас есть вопросы об ускоренной апелляции, свяжитесь с Отделом апелляций DHS по телефону 651-431-3600 (для жителей городов) или 800-657-3510 (за пределами штата). Предоставьте подробную информацию о вашей ситуации и о том, почему она требует ускоренного рассмотрения апелляции. Без этой информации мы не сможем определить, имеете ли вы право на ускоренное рассмотрение апелляции, и мы будем рассматривать вашу апелляцию в рамках стандартной процедуры.

Что делать после подачи апелляции?

Соберите информацию, связанную с оспариваемым действием, которая, по вашему мнению, докажет или объяснит причину, по которой вы считаете это действие ошибочным.

Вы получите письмо с информацией о дате и времени слушания апелляции. Большинство слушаний проводится по телефону.

Продолжайте сообщать об изменениях, происходящих в вашей семье, например, о начале или прекращении работы или о проживающих с вами лицах.

- Для программы МА продолжайте сообщать об изменениях в течение 10 дней с момента изменения. Сообщайте об изменениях, позвонив в агентство своего округа или племени.
- Если вы и все члены вашей семьи получаете выплаты по программе MinnesotaCare, продолжайте сообщать об изменениях в течение 30 дней. Чтобы сообщить об изменениях, позвоните в службу поддержки потребителей медицинских услуг DHS по телефону 651-297-3862 или 800-657-3672.

Могу ли я получить помощь при подаче апелляции?

Вы можете выступать на слушаниях самостоятельно. Вы также можете попросить кого-то другого выступить за вас. Вы можете сообщить нам во время подачи апелляции о своем желании поручить кому-либо выступить за вас на слушании. Если ваш доход ниже определенного предела, вы можете получить юридическую консультацию или помощь в рассмотрении апелляции в местном офисе юридической помощи. Чтобы найти ближайший к вам офис юридической помощи, посетите сайт <http://www.lawhelpmn.org>. Вы также можете позвонить в местный офис юридической помощи.

- Если вы живете в округе Хеннепин, позвоните по телефону 612-334-5970.
- Если вы живете в округе Рэмси, позвоните по телефону 651-222-4731.

Дата и время
Номер дела:

[# - из - #]

- Для всех остальных округов звоните по телефону 800-292-4150.

Ваши гражданские права

CB3 (HC-Medical) 5-23

Дискриминация является противозаконной. Minnesota Department of Human Services (DHS) не допускает дискриминации по следующим признакам: раса, цвет кожи, национальность, вероисповедание, религия, статус получателя государственной помощи, семейное положение, возраст, инвалидность, пол (включая сексуальную ориентацию и гендерную идентичность) или политические убеждения.

Бесплатные услуги

Вспомогательные услуги

Если у вас ограниченные возможности и вам нужны вспомогательные средства и услуги, чтобы иметь равные возможности для участия в наших программах медицинского обслуживания, DHS предоставит их в кратчайшие сроки и бесплатно. К таким вспомогательным средствам и услугам относятся квалифицированные переводчики и информация в доступных форматах.

Языковая помощь

Если у вас есть трудности с пониманием английского языка и вам нужна языковая помощь для получения доступа к информации и услугам, DHS предоставит вам услуги языковой помощи в кратчайшие сроки и бесплатно. Эти услуги включают перевод документов и устный перевод.

Для подачи запроса на эти бесплатные услуги в DHS позвоните в службу поддержки потребителей DHS Health Care по телефону 651-297-3862 или 800-657-3672. Или используйте предпочитаемую вами службу коммутируемых сообщений.

Жалобы в отношении гражданских прав

Если вы считаете, что сотрудники агентства социального обеспечения допустили в отношении вас дискриминацию, вы имеете право подать жалобу о дискриминации.

Для подачи жалобы по поводу дискриминации вы можете напрямую обратиться в любое из следующих трех ведомств.

U.S. Department of Health and Human Services' Office for Civil Rights (OCR)

Вы имеет право подать жалобу в OCR, федеральное агентство, если вы считаете, что вы подверглись дискриминации по любому из следующих признаков: раса, цвет кожи, национальность, возраст, инвалидность, пол (включая сексуальную ориентацию и гендерную идентичность) или политические убеждения.

Обратитесь непосредственно в **OCR**, чтобы подать жалобу:

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 (голосовая связь), 800-537-7697 (телекоммуникационный прибор для неслышащих)

Дата и время
Номер дела:

[# - из - #]

202-619-3818 (факс)

OCRComplaint@hhs.gov (эл.почта)

<https://ocrportal.hhs.gov/>

Minnesota Department of Human Rights (MDHR)

В штате Миннесота вы имеете право подать жалобу в MDHR, если считаете, что подверглись дискриминации по любому из следующих признаков: раса, цвет кожи, национальность, религия, вероисповедание, пол, сексуальная ориентация, семейное положение, статус получателя государственной помощи или инвалидность.

Для подачи жалобы обратитесь непосредственно в **MDHR**:

Minnesota Department of Human Rights
540 Fairview Avenue North, Suite 201
St. Paul, MN 55104
651-539-1100 (голосовая связь) или 800-657-3704 (бесплатная линия)
711 или 800-627-3529 (услуги программы Minnesota Relay для глухих и слабослышащих)
651-296-9042 (факс)
Info.MDHR@state.mn.us (эл.почта)
<https://mn.gov/mdhr/intake/consultationinquiryform/>

Minnesota Department of Human Services (DHS)

Вы имеете право подать жалобу в DHS, если считаете, что подверглись дискриминации в наших программах медицинского обслуживания по любому из следующих признаков: раса, цвет кожи, национальность, вероисповедание, религия, статус получателя государственной помощи, семейное положение, возраст, инвалидность, пол (включая сексуальную ориентацию и гендерную идентичность) или политические убеждения.

Жалоба должна быть составлена в письменной форме и подана в течение 180 дней с момента обнаружения предполагаемой дискриминации. Жалоба должна содержать ваше имя и адрес, а также описание дискриминации, на которую вы жалуетесь. После получения жалобы мы рассмотрим ее и письменно уведомим вас о том, имеем ли мы полномочия на проведение расследования. Если да, то мы проведем расследование.

DHS уведомит вас о результатах расследования в письменном виде. В случае несогласия с решением вы имеете право обжаловать его. Для подачи апелляции вы должны направить письменный запрос в DHS о пересмотре результатов расследования. Кратко изложите причины своего несогласия с решением. Включите дополнительную информацию, которая представляется вам важной.

Если вы подадите жалобу таким образом, лица, работающие в агентстве, указанном в жалобе, не смогут применять к вам ответные меры. Это означает, что они не смогут каким-либо образом наказать вас за подачу жалобы. Подача жалобы таким образом не лишает вас возможности добиваться других юридических или административных действий.

Для подачи жалобы по поводу дискриминации обратитесь непосредственно в **DHS**:

Civil Rights Coordinator (Координатор по гражданским правам)
Minnesota Department of Human Services
Equal Opportunity and Access Division
PO Box 64997
St. Paul, MN 55164-0997

[Дата_время системы]
Номер дела: [Номер дела]

[# - из - #]

651-431-3040 (голосовая связь) или используйте предпочитаемую вами службу коммутируемых сообщений