

Tên Cơ Quan Dịch Vụ
Địa chỉ

Tên Người nộp đơn
Địa chỉ

Ngày & Giờ
Số hồ sơ

Thông báo về việc Kết thúc Quyền lợi Chăm sóc Sức khỏe của bạn

Chúng tôi đã yêu cầu thông tin hoặc xác nhận để xác định điều kiện tiếp tục tham gia các chương trình chăm sóc sức khỏe. Chúng tôi vẫn chưa nhận được thông tin hoặc xác nhận này. Vì lý do đó, những người được liệt kê trong thông báo này sẽ không còn đủ điều kiện tham gia chương trình Medical Assistance hoặc MinnesotaCare kể từ ngày dưới đây.

Nếu bạn liên hệ với chúng tôi hoặc cung cấp thông tin thiếu sót trước ngày dưới đây, chúng tôi sẽ xem xét lại trường hợp của bạn. Nếu bạn muốn gọi cho chúng tôi mà không biết số điện thoại, hãy gọi đến DHS Health Care Consumer Support theo số 651-297-3862 hoặc 800-657-3672 để được trợ giúp.

Kết quả Chăm sóc Sức khỏe

Tên: Mã số MNSure:

Ngày có Hiệu lực	Trạng thái	Loại Bảo hiểm
Ngày	Đã kết thúc	MinnesotaCare

Thông tin chi tiết có ở các trang tiếp theo.

- **Bạn không đủ điều kiện tham gia MinnesotaCare vì không cung cấp chứng minh thu nhập dự kiến hàng năm của mình (Quy định Liên Bang, Điều 45, các mục 155.315 và 155.320).**
- **Bạn không còn đủ điều kiện tham gia MinnesotaCare. Ngày cuối cùng bạn có thể nhận được bảo hiểm từ MinnesotaCare là [Ngày].**
- **Bạn sẽ nhận được thông báo khác cho bạn biết bạn có đủ điều kiện tham gia chương trình khác hay không.**

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 cơ quan bộ lạc của bạn.
- Đối với câu hỏi về MinnesotaCare hoặc các 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 hướng dẫn. 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, vui lòng liên hệ với chúng tôi qua dịch vụ hỗ trợ truyền thông mà bạn ưa thích.

Tôi có phải trả lại chi phí chăm sóc sức khỏe nếu tôi nhận sự hỗ trợ từ chính phủ không?

Trong một số trường hợp, luật liên bang và tiểu bang yêu cầu Sở Dịch vụ và Nhân sinh Minnesota và các cơ quan địa phương thu hồi chi phí mà chương trình Medical Assistance (MA) đã chi trả cho các thành viên của mình. Quá trình thu hồi này được thực hiện thông qua chương trình thu hồi tài sản MA của Minnesota và chương trình quyền lợi thế chấp. Đọc phần sau nếu bạn đã tham gia chương trình MA.

Nếu bạn đã tham gia MA, thì sau khi bạn qua đời, Minnesota sẽ cố gắng thu hồi chi phí của bất kỳ dịch vụ dài hạn và hỗ trợ (LTSS) mà bạn đã nhận khi từ 55 tuổi trở lên. LTSS bao gồm:

- Dịch vụ tại nhà dưỡng lão
- Dịch vụ tại nhà và cộng đồng
- Chi phí bệnh viện và thuốc kê đơn liên quan
- Phí bảo hiểm chăm sóc quản lý (phí cố định) cho các dịch vụ này

Ngay cả sau khi bạn qua đời, Minnesota không thể thu hồi các chi phí này nếu vợ/chồng của bạn còn sống, bạn có con dưới 21 tuổi, hoặc bạn có con bị mù hoặc khuyết tật vĩnh viễn. Khi vợ/chồng của bạn qua đời, Minnesota sẽ cố gắng thu hồi chi phí LTSS MA của bạn từ tài sản của vợ/chồng bạn. Tuy nhiên, việc thu hồi sẽ bị trì hoãn nếu bạn vẫn còn con dưới 21 tuổi, bị mù, hoặc khuyết tật vĩnh viễn. Con cái của bạn không phải sử dụng tài sản của mình để hoàn trả cho nhà nước về các dịch vụ MA bạn đã nhận.

Bạn có quyền trò chuyện với nhóm trợ giúp pháp lý hoặc luật sư tư nhân nếu bạn có các câu hỏi cụ thể về cách thu hồi tài sản MA và quyền lợi có thể ảnh hưởng đến hoàn cảnh và kế hoạch tài sản của bạn. Minnesota Department of Human Services không thể cung cấp cho bạn lời khuyên pháp lý. Để biết thêm thông tin, hãy truy cập <https://mn.gov/dhs/ma-estate-recovery/>.

Quyền Khiếu nại của Bạn

Nếu tôi không đồng ý với quyết định về bảo hiểm sức khỏe của mình thì sao?

Nếu bạn nghĩ rằng quyết định trong thông báo về bảo hiểm sức khỏe của bạn là sai, bạn có quyền khiếu nại. Khiếu nại là một quá trình pháp lý, trong đó một thẩm phán dịch vụ nhân sinh tổ chức một phiên điều trần và xem xét lại quyết định của Department of Human Services (DHS) hoặc cơ quan quận/huyện hoặc bộ lạc về bảo hiểm Medical Assistance (MA) hoặc MinnesotaCare. Bạn có thể tìm hiểu thêm về cách thức này tại www.dhs.state.mn.us/appeals/faqs.

Làm thế nào để khiếu nại?

Bạn có thể khiếu nại bằng cách gửi yêu cầu bằng văn bản của riêng bạn, điền vào mẫu khiếu nại DHS, hoặc nhận sự trợ giúp qua điện thoại hoặc trực tiếp. Cơ quan quận hoặc bộ lạc của bạn có thể giúp bạn nộp đơn khiếu nại.

Làm một trong những việc sau để bắt đầu khiếu nại:

- Điền vào mẫu đơn Appeal to State Agency (DHS-0033) tại <https://edocs.dhs.state.mn.us/lfserver/Public/DHS-0033-ENG> và nộp trực tuyến.
- Gửi yêu cầu của bạn qua thư đến Minnesota Department of Human Services Appeals Division, PO Box 64941, St. Paul, MN 55164-0941, hoặc fax đến 651-431-7523.
- Để biết thông tin về việc nộp đơn khiếu nại bằng văn bản, hoặc khiếu nại qua điện thoại, gọi cho DHS Appeals Division qua số 651-431-3600 hoặc 800-657-3510.
- Để nhận sự trợ giúp trực tiếp, đến tại Minnesota Department of Human Services Information Desk, 444 Lafayette Road N, St. Paul, MN 55155.

Bạn có thể khiếu nại những gì?

Bạn có thể khiếu nại về những điều sau:

- Cơ quan quận hoặc bộ lạc, hoặc DHS không thực hiện yêu cầu của bạn về bảo hiểm sức khỏe.
- Cơ quan quận hoặc bộ lạc, hoặc DHS xử lý yêu cầu của bạn quá chậm.
- Cơ quan quận hoặc bộ lạc, hoặc DHS thực hiện một hành động mà bạn không đồng ý (ví dụ: từ chối bảo hiểm Medical Assistance hoặc MinnesotaCare, chấp nhận bảo hiểm cho một chương trình mà bạn không nghĩ mình đủ điều kiện, hoặc thay đổi các quyền lợi bảo hiểm Medical Assistance hoặc MinnesotaCare của bạn).

Khi nào tôi phải khiếu nại?

Thông báo trước về việc thay đổi bảo hiểm của bạn phải được gửi đến bạn ít nhất 10 ngày trước ngày có hiệu lực của quyết định. Trong một số trường hợp, chúng tôi có thể gửi thông báo cho bạn 5 ngày trước quyết định, hoặc vào ngày có hiệu lực của quyết định.

Bạn phải nộp đơn khiếu nại trong vòng **30 ngày** kể từ khi nhận được thông báo về bảo hiểm sức khỏe của bạn. Nếu bạn có lý do chính đáng để không khiếu nại trong vòng 30 ngày, bạn có thể khiếu nại trong vòng 90 ngày sau ngày nhận thông báo về bảo hiểm sức khỏe của bạn. Xem phần tiếp theo để biết thêm thông tin quan trọng về giới hạn thời gian đối với các khiếu nại về Medical Assistance và MinnesotaCare.

Quan trọng: Quyết định khiếu nại của một thành viên trong hộ gia đình có thể ảnh hưởng đến quyền lợi của các thành viên khác trong hộ. Quyền lợi hộ gia đình có thể cần phải được xác định lại.

Các quyền lợi của tôi có được tiếp tục trong suốt quá trình khiếu nại không?

Bạn có thể tiếp tục nhận các quyền lợi mà bạn đang nhận vào thời điểm nhận thông báo về bảo hiểm sức khỏe. Tuy nhiên, bạn phải nộp đơn khiếu nại trong một thời gian nhất định. Các quyền lợi của bạn có thể tiếp tục nếu bạn nộp đơn khiếu nại trước ngày có hiệu lực của quyết định trong thông báo bảo hiểm sức khỏe, hoặc trong vòng 15 ngày kể từ ngày nhận thông báo. Bạn phải trả phí bảo hiểm MinnesotaCare hàng tháng để được tiếp tục bảo hiểm trong suốt quá trình khiếu nại. Hãy thông báo cho DHS bằng văn bản nếu bạn không muốn tiếp tục nhận các quyền lợi.

Quan trọng: Nếu bạn thua trong vụ khiếu nại, bạn có thể phải trả lại các quyền lợi mà bạn đã nhận trong thời gian khiếu nại đang chờ xử lý.

Quan trọng: Bạn có quyền nộp đơn xin lại Medical Assistance hoặc MinnesotaCare nếu các quyền lợi của bạn bị dừng.

Nếu tôi cần một phiên điều trần ngay lập tức thì sao?

Bạn có quyền yêu cầu một phiên khiếu nại được xử lý nhanh (thúc đẩy). Nếu bạn cần một phiên điều trần ngay lập tức hoặc có câu hỏi về khiếu nại thúc đẩy, hãy liên hệ với DHS Appeals Division qua số 651-431-3600 (trung tâm) hoặc 800-657-3510 (ngoại thành). Vui lòng cung cấp thông tin chi tiết về tình huống của bạn và lý do tại sao bạn cần một phiên khiếu nại nhanh. Nếu không có thông tin này, chúng tôi sẽ không thể xác định liệu bạn có đủ điều kiện để yêu cầu một khiếu nại nhanh và sẽ xem xét khiếu nại của bạn theo quy trình khiếu nại thông thường.

Tôi phải làm gì sau khi nộp đơn khiếu nại?

Thu thập thông tin liên quan đến quyết định mà bạn đang khiếu nại, điều mà bạn nghĩ sẽ chứng minh hoặc giải thích lý do bạn cho rằng quyết định đó là sai.

Bạn sẽ nhận được thư thông báo về ngày và giờ của phiên điều trần khiếu nại. Hầu hết các phiên điều trần đều được tổ chức qua điện thoại.

Tiếp tục báo cáo những thay đổi xảy ra trong hộ gia đình của bạn, chẳng hạn như việc bắt đầu hoặc kết thúc công việc, hoặc thay đổi về những người sống cùng bạn.

- Đối với MA, tiếp tục báo cáo các thay đổi trong vòng 10 ngày kể từ khi có thay đổi. Báo cáo thay đổi bằng cách gọi cho cơ quan quận hoặc bộ lạc của bạn.
- Nếu bạn và tất cả các thành viên trong hộ gia đình nhận MinnesotaCare, tiếp tục báo cáo thay đổi trong vòng 30 ngày. Gọi cho DHS Health Care Consumer Support qua số 651-297-3862 hoặc 800-657-3672 để báo cáo thay đổi.

Tôi có thể nhận trợ giúp với việc khiếu nại không?

Bạn có thể tự mình phát biểu trong phiên điều trần. Bạn cũng có thể có người khác phát biểu thay bạn. Bạn có thể thông báo cho chúng tôi biết rằng bạn muốn người khác phát biểu thay bạn khi nộp đơn khiếu nại. Nếu thu nhập của bạn dưới mức nhất định, bạn có thể nhận lời khuyên pháp lý hoặc trợ giúp với việc khiếu nại từ văn phòng trợ giúp pháp lý địa phương. Để tìm văn phòng trợ giúp pháp lý gần bạn, hãy truy cập <http://www.lawhelpmn.org>. Bạn cũng có thể gọi cho văn phòng trợ giúp pháp lý địa phương của mình.

- Nếu bạn sống ở Quận Hennepin, gọi 612-334-5970.
- Nếu bạn sống ở Quận Ramsey, gọi 651-222-4731.
- Đối với tất cả các quận khác, gọi 800-292-4150.

Quyền Công dân của Bạn

CB3 (HC-Medical) 5-23

Phân biệt đối xử là vi phạm pháp luật. Minnesota Department of Human Services (DHS) không phân biệt đối xử dựa trên bất kỳ yếu tố nào sau đây: chủng tộc, màu da, quốc tịch, tín ngưỡng, tôn giáo, tình trạng nhận trợ cấp công, tình trạng hôn nhân, độ tuổi, khuyết tật, giới tính (bao gồm xu hướng tình dục và nhận dạng giới tính) hoặc quan điểm chính trị.

Các dịch vụ miễn phí

Hỗ trợ bổ sung

Nếu bạn có khuyết tật và cần thiết bị hoặc dịch vụ để có cơ hội tham gia bình đẳng vào các chương trình chăm sóc sức khỏe của chúng tôi, DHS sẽ cung cấp chúng kịp thời và miễn phí. Các thiết bị và dịch vụ này bao gồm thông dịch viên đủ trình độ và thông tin dưới các định dạng có thể tiếp cận.

Hỗ trợ ngôn ngữ

Nếu bạn gặp khó khăn trong việc hiểu tiếng Anh và cần sự hỗ trợ ngôn ngữ để tiếp cận thông tin và dịch vụ, DHS sẽ cung cấp dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ kịp thời và miễn phí. Các dịch vụ này bao gồm tài liệu dịch và thông dịch ngôn ngữ nói.

Để yêu cầu các dịch vụ miễn phí này từ DHS, gọi cho DHS Health Care Consumer Support qua số 651-297-3862 hoặc 800-657-3672. Hoặc sử dụng dịch vụ hỗ trợ truyền thông mà bạn ưa thích.

Khiếu nại Quyền công dân

Bạn có quyền nộp đơn khiếu nại về việc phân biệt đối xử nếu bạn cho rằng mình đã bị đối xử phân biệt bởi một cơ quan dịch vụ nhân sinh.

Bạn có thể liên hệ trực tiếp với một trong ba cơ quan sau để nộp đơn khiếu nại về phân biệt đối xử.

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

Bạn có quyền nộp đơn khiếu nại với OCR, một cơ quan liên bang, nếu bạn cho rằng bạn đã bị phân biệt đối xử vì bất kỳ lý do nào sau đây: chủng tộc, màu da, quốc tịch, tuổi tác, khuyết tật, giới tính (bao gồm xu hướng tình dục và nhận dạng giới tính), hoặc quan điểm chính trị.

Liên hệ trực tiếp với **OCR** để nộp đơn khiếu nại:

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 (điện thoại), 800-537-7697 (TDD)
202-619-3818 (fax)
OCRComplaint@hhs.gov (email)
<https://ocrportal.hhs.gov/>

Minnesota Department of Human Rights (MDHR)

Tại Minnesota, bạn có quyền nộp đơn khiếu nại với MDHR nếu bạn cho rằng mình bị phân biệt đối xử vì bất kỳ lý do nào sau đây: chủng tộc, màu da, quốc tịch, tôn giáo, tín ngưỡng, giới tính, xu hướng tình dục, tình trạng hôn nhân, tình trạng nhận trợ cấp công cộng, hoặc khuyết tật.

Liên hệ trực tiếp với **MDHR** để nộp đơn khiếu nại:

Minnesota Department of Human Rights
540 Fairview Avenue North, Suite 201
St. Paul, MN 55104
651-539-1100 (điện thoại) hoặc 800-657-3704 (miễn phí)
711 hoặc 800-627-3529 (MN Relay)
651-296-9042 (fax)
Info.MDHR@state.mn.us (email)
<https://mn.gov/mdhr/intake/consultationinquiryform/>

Minnesota Department of Human Services (DHS)

Bạn có quyền nộp đơn khiếu nại với DHS nếu bạn cho rằng mình bị phân biệt đối xử trong các chương trình chăm sóc sức khỏe của chúng tôi vì bất kỳ lý do nào sau đây: chủng tộc, màu da, quốc tịch, tín ngưỡng, tôn giáo, tình trạng nhận trợ cấp công cộng, tình trạng hôn nhân, độ tuổi, khuyết tật, giới tính (bao gồm xu hướng tình dục và nhận dạng giới tính), hoặc quan điểm chính trị.

Khiếu nại phải được viết và nộp trong vòng 180 ngày kể từ ngày bạn phát hiện ra hành vi phân biệt đối xử. Khiếu nại phải có tên và địa chỉ của bạn và mô tả rõ ràng hành vi phân biệt mà bạn khiếu nại. Sau khi nhận được khiếu nại, chúng tôi sẽ xem xét và thông báo cho bạn bằng văn bản về việc liệu chúng tôi có quyền điều tra hay không. Nếu có, chúng tôi sẽ tiến hành điều tra khiếu nại.

DHS sẽ thông báo cho bạn bằng văn bản về kết quả điều tra. Bạn có quyền khiếu nại nếu bạn không đồng ý với quyết định. Để khiếu nại, bạn phải gửi yêu cầu bằng văn bản yêu cầu DHS xem xét lại kết quả điều tra. Hãy ngắn gọn và nêu lý do bạn không đồng ý với quyết định. Đính kèm thông tin bổ sung mà bạn cho là quan trọng.

Nếu bạn nộp khiếu nại theo cách này, những người làm việc cho cơ quan được nêu trong khiếu nại không thể trả thù bạn. Điều này có nghĩa là họ không thể trừng phạt bạn vì đã nộp đơn khiếu nại. Việc nộp khiếu nại theo cách này không ngừng bạn theo đuổi các hành động pháp lý hoặc hành chính khác.

Liên hệ trực tiếp với **DHS** để nộp đơn khiếu nại về phân biệt đối xử:

Civil Rights Coordinator
Minnesota Department of Human Services
Equal Opportunity and Access Division
PO Box 64997
St. Paul, MN 55164-0997
651-431-3040 (điện thoại) hoặc sử dụng dịch vụ hỗ trợ truyền thông của bạn.