



DEPARTMENT OF
HUMAN SERVICES

Renovación de los Programas de Cuidado de Salud de Minnesota (Minnesota Health Care Programs Renewal)

■ ¿Qué necesito hacer con este formulario?

1. Lea la Notificación de prácticas de la privacidad (Notice of Privacy Practices) y la Notificación de derechos y responsabilidades del Anexo A. Desprenda estas páginas y consérvelas.
2. Responda a todas las preguntas que correspondan. Si necesita más espacio, escriba el número de la pregunta y contéstela en una hoja separada e inclúyala con el formulario.
3. Firme y feche en el formulario. No es necesario que espere hasta el último día del mes para firmar el formulario.
4. Adjunte los comprobantes. **Envíe copias de los comprobantes. No envíe documentos originales.**
5. Envíe el formulario y los comprobantes por correo postal o entréguelos personalmente a la agencia tribal o del condado después de completar el formulario.

■ Envíe el formulario de renovación de inmediato aunque todavía no tenga todos los comprobantes.

Si necesitamos más información, nos pondremos en contacto con usted.

■ ¿Qué ocurrirá si no envío este formulario?

Si no regresa este formulario para la fecha límite su cobertura se interrumpirá.

■ ¿Tiene preguntas?

Si tiene preguntas o necesita ayuda para llenar este formulario, llame al trabajador de su caso de inmediato.



Para obtener esta información en formatos accesibles o asistencia con mayor acceso igualitario a servicios humanos, escriba a DHS.info@state.mn.us, llame al 651-431-2670 o al 800-657-3739 o use su servicio preferido de retransmisión. ADA1 (2-18)

Renovación de los Programas de Cuidado de Salud de Minnesota (Minnesota Health Care Programs Renewal)

Office Use Only		
DATE RECEIVED	CASE NUMBER	WORKER NUMBER

- **Responda a todas las preguntas lo mejor posible.**
- **Envíe el formulario y los comprobantes de inmediato.**
- **Llame al trabajador de su caso si tiene preguntas.**

1. Nombre y dirección				
NOMBRE	INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO		
FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL*	NÚMERO DE TELÉFONO		
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	CONDADO
DIRECCIÓN POSTAL (si es distinta)	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	CONDADO
INFORMACIÓN OPCIONAL ↓				
<p><i>¿Cuál es su situación de vivienda? (Elija una)</i></p> <p><input type="radio"/> Tengo mi propia vivienda (alquilo, pago una hipoteca o comparto los gastos de vivienda con otra persona).</p> <p><input type="radio"/> Vivo con mi familia o amigos debido a dificultades económicas.</p> <p><input type="radio"/> Vivo en un refugio de emergencia.</p> <p><input type="radio"/> Vivo en la vivienda de un proveedor de servicios (hogar sustituto, hogar grupal o vivienda asistida)..</p> <p><input type="radio"/> Vivo en un hospital, un hogar de ancianos, un centro de tratamiento o en un centro de desintoxicación.</p> <p><input type="radio"/> Vivo en una cárcel, prisión o centro de detención juvenil.</p> <p><input type="radio"/> Vivo en un hotel o en un motel.</p> <p><input type="radio"/> Vivo en un lugar no destinado a vivienda (cualquier lugar exterior, un vehículo, un edificio abandonado, un autobús, una estación de tren o un aeropuerto). ¿En qué condado vive? _____</p> <p><input type="radio"/> No sé.</p> <p><input type="radio"/> Me niego contestar.</p>				

* Consulte el Anexo A para obtener información sobre los números del seguro social.

2. Otras personas que viven con usted

(Incluya a su cónyuge, padres o guardianes de menores de 21 años, padrastros, hijos e hijastros que viven en su hogar). Incluya a las personas que viven fuera del hogar por poco tiempo). Marque "sí" en **¿Solicitar ahora?** Si desea hacer una solicitud para alguien que vive con usted que no tiene cobertura ahora.

Nombre	Inicial	Apellido	Fecha de nacimiento	Número de seguro social	Parentesco con usted	¿Solicitar ahora?
						<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
						<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
						<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
						<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No

3. ¿Alguna persona trabaja por cuenta propia o espera trabajar por cuenta propia el próximo mes?

Sí, complete abajo No

Nombre	Tipo de trabajo	Ingresos mensuales	Gastos mensuales	Fecha de inicio (MM/DD/AAAA)
		\$ _____	\$ _____	
		\$ _____	\$ _____	

Debe proporcionar comprobantes de sus ingresos. El comprobante puede ser la declaración de impuestos sobre los ingresos más reciente y todas las planillas o los registros comerciales si no presentó una declaración de impuestos.

4. ¿Alguna persona trabaja o espera trabajar el próximo mes?

Sí, complete abajo No

NOMBRE		
NOMBRE DEL EMPLEADOR		FECHA DE INICIO (MM/DD/AAAA)
¿Es un trabajo por temporada? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	¿Finalizó este trabajo? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	SI LA RESPUESTA ES "SÍ", ESCRIBA LA FECHA FINAL (MM/DD/AAAA)
Salarios y propinas antes de impuestos (Elija uno y complete la cantidad en dólares y el número de horas por semana).		
<input type="radio"/> Por hora	\$ _____ por hora	Horas por semana _____
<input type="radio"/> Por semana	\$ _____	Horas por semana _____
<input type="radio"/> Cada dos semanas	\$ _____	Horas por semana _____
<input type="radio"/> Dos veces por mes	\$ _____	Horas por semana _____
<input type="radio"/> Mensual	\$ _____	Horas por semana _____
<input type="radio"/> Anual	\$ _____	Horas por semana _____
NOMBRE		
NOMBRE DEL EMPLEADOR		FECHA DE INICIO (MM/DD/AAAA)
¿Es un trabajo por temporada? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	¿Finalizó este trabajo? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	SI LA RESPUESTA ES "SÍ", ESCRIBA LA FECHA FINAL (MM/DD/AAAA)

Salarios y propinas antes de impuestos (Elija uno y complete la cantidad en dólares y el número de horas por semana).

<input type="radio"/> Por hora	\$ _____ por hora	Horas por semana _____
<input type="radio"/> Por semana	\$ _____	Horas por semana _____
<input type="radio"/> Cada dos semanas	\$ _____	Horas por semana _____
<input type="radio"/> Dos veces por mes	\$ _____	Horas por semana _____
<input type="radio"/> Mensual	\$ _____	Horas por semana _____
<input type="radio"/> Anual	\$ _____	Horas por semana _____

Debe proporcionar comprobantes de sus ingresos. El comprobante puede ser la declaración de impuestos sobre los ingresos más reciente y todas las planillas o los registros comerciales si no presentó una declaración de impuestos

5. ¿Recibió alguna persona este mes o espera recibir alguna persona el mes próximo dinero de fuentes aparte del trabajo?

- Incluya:
- Seguro Social
 - Ingreso de seguro suplementario (SSI)
 - Jubilación o pensión
 - Pagos de un contrato por escritura
 - Manutención infantil o conyugal
 - Compensación a los trabajadores
 - Pagos de asistencia pública
 - Rentas vitalicias
 - Desempleo
 - Beneficios para veteranos
 - Ingresos de alquiler
 - Cualquier otro pago
 - Intereses
 - Dividendos
 - Fideicomisos

Sí, complete abajo No

NOMBRE _____

Tipo de ingresos	Cantidad	¿Con qué frecuencia los recibe?	¿Han terminado estos ingresos?
	\$ _____		<input type="radio"/> Sí – FECHA FINAL: _____ <input type="radio"/> No
	\$ _____		<input type="radio"/> Sí – FECHA FINAL: _____ <input type="radio"/> No

NOMBRE _____

Tipo de ingresos	Cantidad	¿Con qué frecuencia los recibe?	¿Han terminado estos ingresos?
	\$ _____		<input type="radio"/> Sí – FECHA FINAL: _____ <input type="radio"/> No
	\$ _____		<input type="radio"/> Sí – FECHA FINAL: _____ <input type="radio"/> No

Debe proporcionar comprobantes de sus ingresos. Los comprobantes pueden ser cartas de concesión, copias de cheques, formularios de impuestos, órdenes de un tribunal u otros documentos.

6. ¿Hay alguna persona ciega o con una discapacidad en el hogar?

Sí, complete abajo No

Nombre	¿Tiene esta persona gastos de trabajo?	Si la respuesta es "Sí", escriba el tipo de gastos	Cantidad mensual
	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No corresponde		\$ _____
	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No corresponde		\$ _____

Debe proporcionar comprobantes de estos gastos de trabajo.

Las preguntas 7 a 18 son solo para aquellos miembros del hogar de 21 años o más.

7. ¿Cuánto efectivo usted o su cónyuge tiene en mano, en una caja de seguridad, en el hogar y en el centro donde usted vive?	\$
---	----

8. ¿Tiene usted o su cónyuge cuentas de cheques o de ahorros, cuentas del mercado monetario o certificados de depósito?			
<input type="radio"/> Sí, complete abajo <input type="radio"/> No			
Nombre del o los propietarios	Tipo de cuenta	Nombre y dirección del banco	Número de cuenta

Debe proporcionar los comprobantes de estos bienes. Los comprobantes pueden ser los últimos estados de cuenta o una declaración escrita de su banco, cooperativa de crédito u otra institución financiera donde aparezca el saldo actual o el valor de las cuentas.

9. ¿Tiene usted o su cónyuge acciones, bonos o cuentas de jubilación?			
<input type="radio"/> Sí, complete abajo <input type="radio"/> No			
Nombre del o los propietarios	Tipo de inversión	Nombre y dirección de la empresa o del banco	Número de cuenta

Debe proporcionar los comprobantes de estos activos. Los comprobantes pueden ser copias de bonos, acciones, cuentas de jubilación o documentos donde aparezca el saldo de los préstamos actuales contra los bienes.

10. ¿Es usted o su cónyuge propietario o co-propietario de casas, condominios, casas de verano o de invierno, cabañas, casas móviles, propiedades de tiempo compartido, propiedades de alquiler, cualquier otros bienes raíces o bienes en vida u otros intereses de propiedad inmueble?			
<input type="radio"/> Sí, complete abajo <input type="radio"/> No			
Nombre del o los propietarios	Tipo de propiedad	Dirección de la propiedad	¿Vive usted o su cónyuge aquí todo el año?
			<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
			<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No

Debe proporcionar comprobantes de estos bienes si todavía no los ha presentado o si el valor patrimonial de los activos ha cambiado. Los comprobantes pueden ser las declaraciones de impuestos de los inmuebles, garantías otorgadas sobre títulos de inmuebles, transferencia de títulos o derechos y renuncia a un inmueble, bienes en vida u otros acuerdos sobre propiedades o documentos que indiquen las cantidades adeudadas en relación con las propiedades.

11. ¿Es usted o su cónyuge propietario o co-propietario de pagarés, contratos para escrituras u otros acuerdos de propiedad?

Sí, complete abajo No

Nombre del o los propietarios	Tipo de bien

Debe proporcionar los comprobantes de estos bienes si todavía no los ha presentado o si se han modificado las condiciones de un contrato. Los comprobantes pueden ser copias del contrato para escritura, de hipotecas, de contratos de préstamo o de pagarés.

12. ¿Tiene usted o su cónyuge algún vehículo a su nombre?

Incluya automóviles, camiones, furgonetas, motocicletas, casas motorizadas, casas remolque, botes, motonieves, vehículos todo terreno, etc.

Sí, complete abajo No

Nombre del o los propietarios	Tipo de vehículo	Año, marca, modelo

Debe proporcionar los comprobantes de estos activos si tiene más de un vehículo y se aplica alguna de las siguientes condiciones:

- todavía no ha proporcionado comprobantes; o
- el valor patrimonial del vehículo ha cambiado.

Los comprobantes pueden ser copias del título de su vehículo o documentos que indiquen las cantidades adeudadas del vehículo.

13. ¿Tiene usted o su cónyuge algún derecho en un fideicomiso o en una renta vitalicia?

Sí, complete abajo No

Nombre del o los propietarios	Tipo

Podemos solicitar comprobantes más adelante.

14. ¿Tiene usted o su cónyuge un seguro de vida que no cubre un acuerdo de gastos funerarios?

Sí, complete abajo No

Nombre del o los propietarios	Número de póliza	Nombre y dirección de la compañía de seguros

Debe proporcionar los comprobantes del valor de rescate actual en efectivo de todas las pólizas. Debe proporcionar copia de la póliza de seguro de vida si no la ha presentado.

15. ¿Tiene usted o su cónyuge activos utilizados actualmente para el trabajo por cuenta propia o para un negocio en el que usted o su cónyuge tiene un interés?

Sí, complete abajo No

Nombre del o los propietarios	Tipo de bien

Debe proporcionar los comprobantes de estos activos si todavía no los ha presentado. Los comprobantes pueden ser documentos de impuestos, libros contables o estados de cuenta actuales.

16. ¿Es propietario o co-propietario usted o su cónyuge de algún otro activo que no haya incluido?

Sí, complete abajo No

Nombre del o los propietarios	Tipo de bien

Debe proporcionar comprobantes de estos activos.

17. ¿Vive usted o su cónyuge en una comunidad con asistencia continua para jubilados?

Sí No

Debe proporcionar los comprobantes del cargo del ingreso si todavía no lo ha presentado o si se han modificado las condiciones del cargo del ingreso.

18. ¿Ha comprado, modificado o cancelado alguna persona una cuenta prepagada de gastos funerarios o un seguro de gastos funerarios el último año?

Esto incluye cuentas revocables e irrevocables, seguros de gastos funerarios, gastos funerarios cubiertos por rentas vitalicias, acuerdos con empresas de cremación, parcelas en un cementerio, elementos de una parcela en un cementerio y otros fondos destinados para el entierro.

Sí, complete abajo No

DUEÑO DEL ACTIVO	TIPO DE ACTIVO FUNERARIO
¿CUÁL FUE EL CAMBIO?	FECHA DEL CAMBIO (MM/DD/AAAA)

Debe proporcionar los comprobantes de estos activos si todavía no los ha presentado. Los comprobantes pueden ser copias de la póliza de seguro de vida, contratos funerarios u otros documentos que muestren el valor actual de los activos.

19. Indíquenos los cambios del seguro médico durante el último año.

Cobertura patrocinada por un empleador

¿A alguna de las personas se le ofreció cobertura médica a través de un empleo? Marque sí aunque la cobertura sea a través del empleo de otra persona o de su cónyuge? Sí, complete abajo No

NOMBRE	NOMBRE DEL EMPLEADOR
--------	----------------------

¿Tuvo alguna persona que tiene cobertura a través de un empleador un cambio en esa cobertura durante el último año, incluidos los cambios del plan médico o los costos? Sí, complete abajo No

NOMBRE	¿QUÉ CAMBIÓ?	FECHA DEL CAMBIO (MM/DD/AAAA)
--------	--------------	-------------------------------

Cobertura de Medicare

¿Tuvo alguna persona un cambio en la cobertura de Medicare el año pasado, como obtener o perder la cobertura de Medicare?

Sí, complete abajo No

¿QUIÉN TUVO ESTE CAMBIO?	¿QUÉ CAMBIÓ?	FECHA DEL CAMBIO (MM/DD/AAAA)
--------------------------	--------------	-------------------------------

Otra cobertura médica o seguro de cuidado a largo plazo

¿Ha tenido un cambio alguna persona en otro tipo de seguro médico como obtener o perder cobertura?

Sí, complete abajo No

¿QUIÉN TUVO ESTE CAMBIO?	¿QUÉ CAMBIÓ?	FECHA DEL CAMBIO (MM/DD/AAAA)
--------------------------	--------------	-------------------------------

Podemos solicitar comprobantes más adelante.

20. Indíquenos los cambios producidos durante el último año. (Marque todas las opciones que correspondan).

<input type="checkbox"/> Embarazo	SI LA CASILLA ESTÁ MARCADA, ¿QUIÉN TUVO ESTE CAMBIO?	¿CUÁNTOS BEBÉS SE ESPERAN?
	FECHA DE PARTO (MM/DD/AAAA)	
	SI ESTA PERSONA ESTUVO EMBARAZADA RECIENTEMENTE, INGRESE LA FECHA EN QUE FINALIZÓ EL EMBARAZO	
<input type="checkbox"/> Estado civil	SI LA CASILLA ESTÁ MARCADA, ¿QUIÉN TUVO ESTE CAMBIO?	
	¿QUÉ CAMBIÓ?	FECHA DEL CAMBIO (MM/DD/AAAA)
<input type="checkbox"/> Condición de estudiante	SI LA CASILLA ESTÁ MARCADA, ¿QUIÉN TUVO ESTE CAMBIO?	
	¿QUÉ CAMBIÓ?	FECHA DEL CAMBIO (MM/DD/AAAA)
<input type="checkbox"/> Condición de inmigración	SI LA CASILLA ESTÁ MARCADA, ¿QUIÉN TUVO ESTE CAMBIO?	
	¿QUÉ CAMBIÓ?	FECHA DEL CAMBIO (MM/DD/AAAA)

<input type="checkbox"/> Estado de discapacidad	SI LA CASILLA ESTÁ MARCADA, ¿QUIÉN TUVO ESTE CAMBIO?	
	¿QUÉ CAMBIÓ?	FECHA DEL CAMBIO (MM/DD/AAAA)
<input type="checkbox"/> Cobertura de Medicare	SI LA CASILLA ESTÁ MARCADA, ¿QUIÉN TUVO ESTE CAMBIO?	
	¿QUÉ CAMBIÓ?	FECHA DEL CAMBIO (MM/DD/AAAA)
<input type="checkbox"/> Una persona se mudó del hogar	SI LA CASILLA ESTÁ MARCADA, ¿QUIÉN SE MUDÓ?	
	FECHA DE MUDANZA (MM/DD/AAAA)	
	¿Piensa esa persona regresar al hogar? <input type="radio"/> Sí, complete abajo <input type="radio"/> No	
	FECHA EN QUE PIENSA REGRESAR (MM/DD/AAAA)	¿POR QUÉ ESA PERSONA NO VIVE EN EL HOGAR?
<input type="checkbox"/> Otros cambios	SI LA CASILLA ESTÁ MARCADA ¿QUÉ CAMBIÓ?	FECHA DEL CAMBIO (MM/DD/AAAA)

Podemos solicitar comprobantes más adelante.

*Omita las preguntas 21 y 22, si estos **dos** estados se aplican a usted:*

- tiene 65 años o más, es ciego o tiene una discapacidad **y**
- no está embarazada, no es padre o madre de un niño menor de 19 años que vive con usted y no es menor de 21 años de edad.

De lo contrario, responda las preguntas 21 y 22.

21. ¿Paga alguna persona servicios de guardería para cuidar a un menor o a un adulto mientras trabaja?	
<input type="radio"/> Sí, complete abajo <input type="radio"/> No	
NOMBRE	CANTIDAD PAGADA POR MES
NOMBRE	CANTIDAD PAGADA POR MES

Debe proporcionar los comprobantes de estos gastos.

22. ¿Se le descuenta a alguna persona en el hogar pagos de manutención infantil o gastos médicos de sus ingresos conforme a una orden judicial?	
<input type="radio"/> Sí, complete abajo <input type="radio"/> No	
NOMBRE DE LA PERSONA QUE HACE EL PAGO	CANTIDAD PAGADA POR MES
NOMBRE DE LA PERSONA QUE HACE EL PAGO	CANTIDAD PAGADA POR MES

Debe proporcionar los comprobantes de estos gastos.

Página de firma

(Fecha de vigencia: mayo de 2018)

Lea la siguiente información y firme.

Complete esta página y lea la Notificación de prácticas de privacidad (Notice of Privacy Practices) y la Notificación de derechos y responsabilidades (Anexo A) antes de firmar este documento

Al firmar a continuación:

He recibido y examinado la Notificación de prácticas de privacidad y la Notificación de derechos y responsabilidades (Anexo A). Sé que debo informar los cambios en la información que aparece en este formulario de renovación. Declaro bajo pena de falso testimonio que he examinado este formulario de renovación, y conforme a mi mejor saber y entender, es una declaración correcta y verdadera de cada punto esencial. Entiendo que una persona condenada por falso testimonio puede ser sentenciada a un período de prisión de no más de cinco años o al pago de una multa de no más de \$10,000, o ambas cosas. Entiendo que puede haber otras sanciones por no decir la verdad.

Acuerdos adicionales para asistencia médica

Doy mi consentimiento para la divulgación de mis registros médicos del Programa de Cuidado de Salud de Minnesota a las partes incluidas en la sección del consentimiento para compartir información médica de la Notificación de derechos y responsabilidades.

- Cedo a la agencia de asistencia médica nuestros derechos de buscar y conseguir dinero de otros seguros médicos, acuerdos legales o terceros.
- He leído y entiendo que el estado puede reclamar de mis bienes o de los de mi cónyuge un reembolso del costo del cuidado médico o el costo de las primas pagadas por la atención.
- Entiendo que mi información y la información sobre mi persona compartida de terceros se compartirá en investigaciones para prevenir el fraude como se establece en la Notificación de prácticas de privacidad.
- Si soy un padre o madre que cumple los requisitos para la asistencia médica, entiendo que me pueden pedir que coopere con la agencia a cargo de cobrar la manutención médica de un padre o madre ausente. Si entiendo que cooperar para el cobro de la manutención médica dañará a mis hijos o a mí, puedo informarlo a la agencia y es posible que no tenga que cooperar. Doy a la agencia de asistencia médica los derechos de manutención médica pagada para mis hijos.

SU FIRMA	FECHA
----------	-------

Envíe su formulario de renovación completado y firmado

Envíe su solicitud completada y firmada y los comprobantes en una de estas tres maneras:

- Envíe la solicitud por fax para un procesamiento más rápido.
- Envíe la solicitud por correo postal.
- Entregue la solicitud en persona.

Envíe el formulario de renovación y los comprobantes por correo postal, por fax o en persona en la agencia tribal o del condado. Envíe copias de los comprobantes. No envíe documentos originales. Nota: Consulte a su trabajador si necesita ayuda para conseguir los comprobantes. Algunos de los comprobantes solicitados, como la certificación de discapacidad, de ciudadanía y de identidad, serán solicitados de manera electrónica primero a otras agencias del gobierno.

Si quiere registrarse para votar en Minnesota, puede completar un formulario de registro de votantes en sos.state.mn.us.

Notificación de prácticas de privacidad y Notificación de derechos y responsabilidades

(Fecha de vigencia: abril de 2017)

Notificación de prácticas de privacidad

Esta parte de la notificación describe cómo puede utilizarse y divulgarse la información privada o confidencial sobre usted. Revísela cuidadosamente.

¿Por qué pedimos esta información?

- Para diferenciarlo de otras personas que tienen el mismo nombre o un nombre similar.
- Para decidir para qué servicios califica.
- Para ayudarlo a obtener servicios médicos y de salud mental y decidir si puede pagar algunos de los servicios.
- Para decidir si usted o su familia necesitan servicios de protección.
- Para decidir si usted o sus hijos necesitan cuidado fuera del hogar o en el hogar.
- Para preparar informes, realizar investigaciones, efectuar auditorías y evaluar nuestros programas.
- Para investigar las denuncias de personas que pueden mentir sobre la ayuda que necesitan o para obtener asistencia a la cual no tienen derecho.
- Para cobrar dinero de otras agencias, tales como compañías de seguros, si estas deben pagar por su cuidado.
- Para cobrar dinero del gobierno estatal o federal por la ayuda que le proporcionamos.

¿Por qué le pedimos su número de seguro social?

Necesitamos su número de seguro social (SSN, por sus siglas en inglés) para proporcionarle asistencia médica, algunos tipos de asistencia financiera o servicios de cumplimiento de manutención infantil (42 USC 666; Minn. Stat. 256 L.04, subd. 1a; 42 CFR 435.910).

También necesitamos su número de seguro social para verificar su identidad y prevenir la duplicación de beneficios estatales y federales. Además, su número de seguro social se usa para comparar datos por computadora con agencias colaborativas, no lucrativas y privadas a fin de verificar los ingresos, recursos y otra información que puedan afectar el cumplimiento de los requisitos o sus beneficios.

No tiene que informarnos el número de seguro social de las personas de su hogar que no están solicitando la cobertura. Tampoco tiene que darnos su número de seguro social:

- Si tiene objeciones religiosas
- Si no es ciudadano de los Estados Unidos y solo está solicitando asistencia médica de emergencia.

- Si es de otro país, está en los Estados Unidos temporalmente y no tiene permiso de los Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los EE. UU. (U.S. Citizenship and Immigration Services, USCIS) para vivir permanentemente en los EE. UU.
- Si vive en los EE. UU. sin el conocimiento o la aprobación de USCIS.

¿Por qué le pedimos información financiera?

Utilizamos esta información únicamente para los fines autorizados por la ley, tales como verificar si cumple los requisitos o determinar el importe de una prima. No compartiremos esta información con ninguna otra persona o entidad.

¿Tiene que responder las preguntas que hacemos?

Usted no tiene que darnos información personal. Sin la información, es posible que no podamos ayudarlo. Si nos da información incorrecta a propósito, podrá ser investigado y acusado de fraude.

¿Con quiénes podemos compartir la información?

Solo compartiremos su información según se necesite y se nos permita o se requiera por ley. Podemos compartir su información con las siguientes agencias o personas que necesitan la información para llevar a cabo su trabajo:

- Empleados o voluntarios de otras agencias estatales, del condado, locales, federales y las agencias participantes no lucrativas y privadas.
- Los investigadores, auditores y otros que realizan evaluaciones y estudios sobre la calidad del cuidado de la salud o que inician procesos o acciones legales relacionadas con la administración de los programas de servicios humanos.
- Funcionarios judiciales, fiscales del condado, fiscales generales, otros funcionarios del orden público, funcionarios encargados de la manutención infantil, investigadores de protección de menores y de fraude e investigadores de prevención de fraude.
- Oficinas de servicios humanos, incluso las oficinas para cumplimiento de manutención infantil.

- Agencias gubernamentales de otros estados que administran programas de beneficios públicos.
- Proveedores de cuidado de salud, incluso las agencias de salud mental e centros de tratamiento para drogas y alcohol.
- Compañías de seguros médicos, agencias de cuidado de salud, organizaciones de cuidado administrado de la salud y otros que pagan por su cuidado.
- Los tutores, vigilantes o personas con poderes notariales que son representantes autorizados.
- Forenses e investigadores médicos, si usted fallece y ellos investigan su fallecimiento.
- Oficinas de crédito, acreedores o agencias para cobranza si usted no paga los honorarios que nos adeuda por los servicios, en situaciones limitadas.
- Asesores de solicitudes certificados, asistentes en persona y navegadores, y cualquier otra persona para quien la ley establece que debemos o podemos proporcionar la información.

¿Cuáles son nuestras responsabilidades?

- Debemos proteger la privacidad de su información personal, de cuidado de salud y otra información privada de acuerdo con las condiciones de esta notificación.
- No podemos usar su información por motivos que no sean los que se indican en este formulario, ni compartir su información con personas y agencias que no sean las que se indican en este formulario, a menos que usted nos diga por escrito que podemos hacerlo.
- No venderemos ninguna información recopilada, creada o conservada a partir de esta solicitud.
- Debemos seguir las condiciones de esta notificación y le daremos una copia de ella, pero podemos cambiar nuestra política de privacidad. Los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. La notificación nueva estará disponible cuando usted la solicite, y publicaremos los cambios en nuestro sitio web en: [https:// edocs.dhs.state.mn.us/lfservlet/Public/DHS-4839E-ENG](https://edocs.dhs.state.mn.us/lfservlet/Public/DHS-4839E-ENG).
- La ley nos exige mantener de manera confidencial y segura su información privada.
- Si sucede algo que haga que su información privada pierda su carácter de confidencial y segura, se lo haremos saber enseguida

En esta parte de la notificación, se describe cómo puede usarse y divulgarse su información médica y cómo puede usted acceder a ella. Léala cuidadosamente.

Podemos usar y compartir su información médica para:

- **Ayudar a administrar el tratamiento médico que recibe**
 - Podemos usar su información médica y compartirla con los profesionales que lo tratan. Ejemplo: un médico nos envía información sobre su diagnóstico y su plan de tratamiento para que podamos organizar servicios adicionales.

- También podemos compartir su información con los tutores, vigilantes o personas con poder notarial que son representantes autorizados.
- **Hacer funcionar nuestra organización**
 - Podemos usar y compartir su información para hacer funcionar nuestra organización y comunicarnos con usted cuando sea necesario. Eso incluye compartir su información con empleados o voluntarios de otras agencias estatales, del condado, locales, federales y de nuestras agencias participantes no lucrativas y privadas, incluidas las oficinas de manutención infantil.
 - Podemos compartir su información con estas personas y grupos:
 - Los auditores, investigadores y otras personas que realizan evaluaciones y estudios sobre la calidad del cuidado de la salud.
 - Oficinas de crédito, acreedores o agencias de cobranzas si usted no paga los honorarios que nos adeuda por los servicios, en situaciones limitadas.
 - Asesores de solicitudes certificados, asistentes en persona y navegadores, y cualquier otro para quien la ley establece que debemos o podemos proporcionar la información.
 - No estamos autorizados a utilizar la información genética para decidir si le damos cobertura y el costo de esa cobertura. Esto no se aplica a los planes de cuidados a largo plazo. *Ejemplo: podemos utilizar su información médica para desarrollar mejores servicios para usted.*
- **Pagar los servicios médicos**
 - Podemos usar y compartir su información médica cuando pagamos sus servicios médicos. *Ejemplo: podemos compartir su información con su plan dental para coordinar el pago de los servicios dentales que se le prestan.*
- **Ayudar con temas de salud y seguridad públicas**
 - Podemos compartir su información médica con los siguientes fines:
 - Prevenir enfermedades.
 - Ayudar con el retiro de productos.
 - Notificar las reacciones adversas de los medicamentos
 - Informar sospechas de abuso, abandono o violencia doméstica.
 - Prevenir o reducir una amenaza grave a la salud o a la seguridad de las personas.
- **Hacer investigaciones**
 - Podemos usar o compartir su información para investigaciones relacionadas con la salud.
- **Cumplir con las leyes**
 - Compartiremos su información si lo exigen las leyes estatales o federales. Esto incluye compartir información con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si este desea comprobar que estamos cumpliendo la ley federal de privacidad.
- **Responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos, y de trabajar con los examinadores médicos o los directores de funerarias**

- Podemos compartir su información médica con organizaciones dedicadas a obtener órganos.
- Cuando fallece una persona, podemos compartir información médica con un médico forense, examinador médico o el director de una funeraria
- **Responder a casos de indemnización por accidente de trabajo, asuntos del orden público y otras peticiones gubernamentales**
 - Para los reclamos de indemnización por accidentes de trabajo
 - Para propósitos del orden público o con un funcionario del orden público
 - Con agencias que supervisan los servicios de salud para actividades autorizadas por la ley
 - Con agencias gubernamentales en otros estados que administran programas de beneficios públicos
 - Para funciones especiales del gobierno, tales como los servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial
- **Responder a las demandas y acciones legales**
 - Podemos compartir su información médica en respuesta a una orden judicial. Podemos compartir la información con funcionarios judiciales, fiscales del condado, procuradores generales, otros funcionarios del orden público, funcionarios de manutención infantil, funcionarios de protección de menores e investigadores de prevención de fraude.

¿Cuáles son sus derechos respecto a la información que tenemos sobre usted?

Obtener una copia de los registros médicos y de los reclamos

- Usted y las personas que han dado permiso pueden ver y copiar la información privada que tenemos sobre usted, como los registros médicos y de los expedientes de reclamos. Es posible que tenga que pagar las copias.
- Puede optar por que otra persona actúe en su nombre mediante un poder notarial o como su tutor legal. Esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones acerca de su información.

Pedirnos que corrijamos historias clínicas o registros de reclamos

- Puede cuestionar si la información que tenemos sobre usted es correcta. Deberá enviar sus consultas por escrito. Puede decirnos por qué la información es incorrecta o no está completa. Envíe su propia explicación de la información con la que no está de acuerdo. Adjuntaremos su explicación todas las veces que se comparta la información.

Solicitar comunicaciones confidenciales

- Tiene derecho a pedirnos por escrito que compartamos con usted la información médica de determinada manera o en determinado lugar.

- Consideraremos todas las solicitudes razonables. Debemos satisfacer su solicitud si usted nos dice que estaría en peligro en caso de que no lo hagamos. Por ejemplo, puede pedirnos que enviemos la información médica a su trabajo en lugar de a su casa. Si comprobamos que su pedido es razonable, lo concederemos.

Pedirnos que limitemos la información que usamos o compartimos

- Puede pedirnos que no usemos o no compartamos cierta información médica con fines de tratamiento, de pago o de nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su pedido y podemos negarnos a hacerlo si esto afectaría su cuidado.

Obtener una lista de aquellas personas con quienes hemos compartido información

- Esta lista no incluirá las divulgaciones para tratamiento, pagos y propósitos de cuidado de salud. Tampoco se incluyen ciertas divulgaciones, tales como las que usted nos haya pedido hacer.
- Le proporcionaremos una lista por año gratuita, pero cobraremos un cargo razonable basado en los costos si solicita otra lista dentro de los 12 meses.

Obtener una copia de esta notificación de privacidad

Usted puede solicitar una copia impresa de esta notificación en cualquier momento, incluso aunque haya acordado recibir el aviso en formato electrónico. Le entregaremos una copia impresa sin demora.

Si no entiende la información, pida a su trabajador que se la explique. Puede pedir otra copia de esta notificación al Departamento de Servicios Humanos de Minnesota.

¿Cuáles son sus opciones?

Para cierta información médica, puede darnos las opciones de lo que desea que compartamos.

Usted tiene tanto el derecho como la opción de decirnos:

- que compartamos información médica con su familia, amigos cercanos u otras personas que se ocupan del pago de su atención médica;
- que compartamos información en una situación de ayuda para catástrofes.

Díganos en qué podemos ayudarlo, y seguiremos sus instrucciones. Si no puede decirnos su preferencia (por ejemplo, si está inconsciente), podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es lo mejor para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente a su salud o a su seguridad.

¿Qué derechos de privacidad tienen los menores?

Si usted es menor de 18 años, cuando no se exige el consentimiento de los padres para el tratamiento médico, la información solo se mostrará a los padres cuando el proveedor de cuidado de salud crea que no compartir la información pondría en riesgo su salud. Los padres pueden ver otra información suya y permitir que otros vean esta información, a menos que usted haya pedido que esta información no se comparta con sus padres. Debe pedir esto por escrito y decir qué información no desea compartir y por qué. Si la agencia está de acuerdo en que compartir la información no es para su beneficio, esta no se compartirá con sus padres. Si la agencia no está de acuerdo, la información puede compartirse con sus padres si ellos la solicitan.

¿Qué puede hacer si cree que se han infringido sus derechos de privacidad?

Si cree que se han infringido sus derechos de privacidad, puede presentar una queja. No se le puede negar el servicio ni lo pueden tratar mal por haber presentado una queja. Si cree que su privacidad médica ha sido infringida por su médico o la clínica, una compañía de seguros médicos, un plan médico o una farmacia, puede enviar una queja escrita a la agencia del condado, a la organización o a la oficina federal de derechos civiles a:

U.S. Department of Health and Human Services
Office for Civil Rights, Region V
233 N. Michigan Avenue, Suite 240
Chicago, IL 60601
312-886-2359 (voz)
800-368-1019 (número gratis)
800-537-7697 (TTY)
312-886-1807 (fax)

Si cree que el Departamento de Servicios Humanos de Minnesota ha violado sus derechos de privacidad, también puede ponerse en contacto con:

Minnesota Department of Human Services
Attn: Data Complaint
PO Box 64998
St. Paul, MN 55164-0998

¿A quién debe contactar si necesita más información sobre las prácticas de privacidad?

Si necesita más información acerca de las prácticas de privacidad, llame al departamento de asistencia a miembros de los Programas de Cuidado Médico de Minnesota (Minnesota Health Care Programs, MHCP) al 800-657-3739 o al 651-431-2670

Notificación de derechos y responsabilidades

Cambios

Si recibe asistencia médica, debe informar el cambio dentro de los diez días posteriores al cambio. Llame a su agencia tribal o a su condado para informar el cambio. Si recibe asistencia médica, debe informar el cambio dentro de los diez días posteriores al cambio. Llame a su agencia tribal o a su condado para informar el cambio.

Si no lo informa, es posible que deba restituir al gobierno estatal o federal el dinero que haya recibido por beneficios cuando no cumplía los requisitos para recibirlos. Si no está seguro de si debe informar un cambio, llame y explique lo que le ocurre. Algunos ejemplos de los cambios que deben informarse son los siguientes:

Cambios en los ingresos

- Comenzar un trabajo nuevo, cambiar de trabajo o dejar un trabajo.
- Empezar a recibir o recibir cambios en las cantidades de otros ingresos, como el seguro social, otros ingresos de jubilación y de desempleo.

Cambios de residencia

- Mudarse a una nueva dirección.

Cambios de la vida en su hogar cuando alguien:

- comienza o deja de tener otro seguro médico o Medicare;
- queda embarazada o tiene un bebé;
- se muda a su casa o de su casa;
- cambia su estado en la declaración de impuestos;
- pierde la residencia en Minnesota;
- cambia su condición de ciudadanía o presencia legal;
- cambia su estado de reclusión;
- muere, se casa o se divorcia;
- queda discapacitado.

Revisiones

Los auditores del programa de cuidado de salud de la agencia estatal o federal pueden evaluar su caso. Revisarán la información que usted nos dio y se asegurarán de que procesamos su caso correctamente. Le informarán si necesitan hacerle preguntas.

Consentimiento para divulgación de información médica

En su solicitud de cobertura del Programa de Cuidado de Salud de Minnesota, usted ha dado su consentimiento escrito y firmado para que las siguientes agencias y personas compartan entre ellas su información médica solamente para los fines limitados que se detallan a continuación:

- Proveedores de cuidado de salud, que incluyen los planes médicos, las compañías de seguros, los programas de salud de Minnesota, los defensores de los condados, los distritos escolares, los trabajadores de casos del condado o del estado y sus contratistas y subcontratistas para los siguientes fines:
 - determinar quién debe pagar por su cuidado de salud;
 - proporcionar, administrar y coordinar los servicios de cuidado de salud.
- Todas las demás agencias o personas que aparecen en esta Notificación de prácticas de privacidad y en la Notificación de derechos y responsabilidades para este propósito:
 - administrar los Programas de Cuidado de Salud de Minnesota, pagar por los servicios y llevar a cabo estudios e investigaciones.

Este consentimiento se aplica a la información médica de sus hijos menores incluidos en esta solicitud.

Puede suspender este consentimiento en cualquier momento si lo solicita por escrito. La notificación por escrito para suspender este consentimiento no afectará la información que la agencia ya ha proporcionado a otros. Este consentimiento es válido mientras usted esté inscrito en los Programas de Cuidado de Salud de Minnesota hasta por un año o durante más tiempo si la ley lo permite.

No obstante, no termina al cabo de un año para los expedientes que se proporcionen a los proveedores consultores o para el pago de sus facturas, las investigaciones de fraude o las evaluaciones y los estudios de la calidad del cuidado de la salud.

La agencia o la persona que obtenga su información por medio de este consentimiento puede darle la información a otros.

Si da por terminado este consentimiento, no puede inscribirse o seguir inscrito en los Programas de Cuidado de Salud de Minnesota.

Otro tipo de cuidado de salud

Usted y los miembros de su hogar inscritos en asistencia médica deben informarnos sobre todo otro seguro médico que tengan o que esté disponible para ustedes, incluso la cobertura patrocinada por empleadores, seguros médicos privados, seguros para cuidado médico a largo plazo y toda cobertura limitada de salud como la cobertura dental o de accidentes. Debe informarnos si su empleador le ofrece un seguro y si usted lo aceptó.

Es posible que usted y los miembros de su familia inscritos en asistencia médica deban aceptar y mantener una póliza de seguro médico cuando se determine que pueden pagar la póliza. Si tiene una buena razón para no hacerlo, puede pedir al estado que la apruebe. Si no nos proporciona información sobre su póliza de salud, podría no obtener cobertura.

También debe informarnos cuando cumple los requisitos para Medicare. La asistencia médica paga las primas de Medicare de algunas personas de bajos ingresos. Una vez que usted reúna los requisitos para Medicare Parte B y Parte D, la asistencia médica dejará de pagar los servicios que podrían ser cubiertos por un programa de Medicare.

Manutención médica de la asistencia médica

Si está solicitando beneficios para usted y sus hijos y si usted no vive con el otro progenitor, la ley ordena que usted debe dar información al personal de manutención infantil si tanto usted como sus hijos reúnen los requisitos para recibir la asistencia médica. Esto incluye ayudar al estado a probar quién es el padre de sus hijos y hacer que el otro padre ayude a pagar los gastos médicos de sus hijos. Si no colabora con el personal de manutención infantil, sus hijos podrán continuar recibiendo cobertura, pero cesará su cobertura, a menos que esté embarazada.

Si teme que el otro progenitor pueda causarle daño a usted o a su hijo, podrá presentar ante la agencia tribal o del condado las pruebas que respalden sus temores. La agencia examinará sus pruebas y le informará si de todas maneras debe entregar la información al personal de manutención infantil.

Cesión de los pagos médicos

Al aceptar la asistencia médica, usted cede al estado de Minnesota sus derechos a todos los pagos médicos hechos en su nombre y en nombre de todas las personas por quienes haya solicitado pagos. Estos pagos incluyen los pagos médicos de todas las demás personas o compañías, incluidos los pagos de manutención médica de un padre ausente. Esta cesión comienza tan pronto como empiece la cobertura de cuidado de salud. En el caso de la asistencia médica para el cuidado médico a largo plazo, esto incluye su derecho de recibir manutención de su cónyuge según las leyes de Minnesota, artículo 256B.14, inciso 3.

Usted también acuerda ayudar al estado a que se reembolsen los gastos médicos que deberían haber pagado otros. Es posible que no tenga que ayudar al estado si tiene un buen motivo para no hacerlo, y si el estado aprueba ese motivo.

Embargos y reclamos patrimoniales de la asistencia médica

En determinadas circunstancias, las leyes federales y estatales requieren que el Departamento de Servicios Humanos de Minnesota y las agencias locales recuperen los costos de lo que el programa de asistencia médica haya pagado por los servicios médicos prestados a sus miembros. Este proceso de recuperación se realiza a través del programa de embargos y recuperación patrimonial de Minnesota.

Si usted está inscrito en asistencia médica y tiene 55 años o más, después de su fallecimiento, Minnesota debe intentar recuperar ciertos pagos del programa de asistencia médica realizados para el cuidado de su salud, entre otros:

- servicios de residencias de ancianos;
- servicios domiciliarios y comunitarios;
- costos de medicamentos recetados y gastos relacionados con hospitalizaciones.

Si usted vive permanentemente en una institución médica, Minnesota también deben intentar recuperar los costos de todos los servicios de asistencia médica que usted reciba a cualquier edad mientras viva en una institución médica. Si usted vive permanentemente en una institución médica y usted no tiene cónyuge o hijos discapacitados que viven en su propiedad inmobiliaria, el estado puede presentar un embargo contra su propiedad para recuperar los costos de asistencia médica antes de su fallecimiento. No obstante, los miembros de la asistencia médica que reúnen los requisitos para los servicios según los criterios de ingresos brutos ajustados modificados (MAGI, por sus siglas en inglés) no están sujetos a la recuperación de los servicios recibidos antes de los 55 años.

Después de su fallecimiento, el estado también puede presentar una notificación de posible reclamo, que es un tipo de embargo contra los bienes inmuebles para recuperar los costos de la asistencia médica. Los embargos para recuperar los costos de la asistencia médica pueden presentarse contra lo siguiente:

- sus derechos vitalicios o de copropiedad en bienes inmuebles;
- sus bienes inmuebles de titularidad exclusiva;
- los bienes inmuebles de los cuales es propietario junto con otra persona.

El estado de Minnesota no puede iniciar la recuperación de estos costos mientras viva su cónyuge o si tiene un hijo menor de 21 años o un hijo con una discapacidad permanente. Después del fallecimiento de su cónyuge, el estado de Minnesota debe intentar recuperar los costos de su asistencia médica del patrimonio de su cónyuge. No obstante, la recuperación se retrasa aún más si usted todavía tiene un hijo menor de 21 o con una discapacidad permanente.

Sus hijos no están obligados a recurrir a sus activos propios para reembolsar al estado los servicios de asistencia médica que usted haya recibido.

Usted tiene el derecho de hablar con un grupo de ayuda legal o con un abogado privado si tiene preguntas específicas acerca de cómo el programa de recuperación de asistencia médica puede afectar su situación y planificación patrimonial. El Departamento de Servicios Humanos de Minnesota no puede proporcionarle asesoramiento legal. Para obtener más información, visite <http://mn.gov/dhs/ma-estate-recovery/>.

Usted tiene el derecho de solicitar una audiencia

Si cree que su cumplimiento de los requisitos para recibir cuidado de salud o los beneficios son incorrectos o que su solicitud no ha sido procesada de manera correcta, puede solicitar una audiencia de apelación. Al solicitar una audiencia de apelación, usted solicita una revisión imparcial de su caso. Puede representarse a sí mismo o utilizar los servicios de un abogado, defensor, representante autorizado, pariente, amigo u otra persona. Encontrará instrucciones específicas sobre las apelaciones de las notificaciones de cumplimiento de los requisitos que usted recibe. Obtenga más información sobre el proceso de apelación y cómo solicitar una audiencia en www.dhs.state.mn.us/appeals/faqs.

Puede completar y presentar una solicitud de apelación en línea en <https://edocs.dhs.state.mn.us/lfserver/Public/DHS-0033-ENG>.

También puede imprimir el formulario que está disponible en la dirección mencionada y enviar el formulario completado por fax al 651-431-7523 o por correo a esta dirección:

Minnesota Department of Human Services
Appeals Division
PO Box 64941
St. Paul, MN 55164-0941

Inmigración

Toda la información de inmigración que usted nos proporciona es confidencial. La usamos para ver si puede recibir la cobertura. Compartimos su información solo cuando la ley lo permite o lo requiere, como cuando se debe verificar la identidad. En la mayoría de los casos, su condición de inmigración no se verá afectada por solicitar cobertura, a menos que solicite el pago de servicios de cuidado médico a largo plazo.

Usted no tiene que darnos su información de inmigración si es una mujer embarazada que vive en los Estados Unidos sin el conocimiento ni la aprobación de los Estados Unidos de los Servicios de Ciudadanía e Inmigración (USCIS, por sus siglas en inglés). Tampoco tiene que darnos su información de inmigración si usted:

- está solicitando cuidado médico de emergencia solamente;
- está ayudando a otra persona con su solicitud;
- no solicita la cobertura para sí mismo.

Información genética

El Departamento de Servicios Humanos (DHS, por sus siglas en inglés) no recopila, conserva ni usa la información genética para fines del cumplimiento de los requisitos.

Conservación de registros

La información proporcionada en una solicitud de cobertura a través de DHS está sujeta a la Ley de Reclamos Falsos y puede conservarse hasta 10 años. DHS sigue los programas de conservación de registros para las agencias del estado y para el Departamento de Servicios Humanos y mantiene los datos de acuerdo con las leyes estatales y federales. Después del período de tiempo pertinente, DHS destruye los datos de una forma que impide la identificación del contenido; esto incluye la destrucción de documentos en papel y la eliminación permanente de los datos electrónicos para impedir totalmente su recuperación.

Notificación de Derechos Civiles

La ley prohíbe la discriminación. El Departamento de Servicios Humanos (DHS) de Minnesota no discrimina debido a ninguna de las siguientes razones:

- credo
- religión
- orientación sexual
- condición de asistencia pública
- estado civil
- edad
- raza
- color
- origen nacional
- discapacidad
- sexo (inclusive los estereotipos sexuales y la identidad de género)
- creencias políticas

Ayudas y servicios auxiliares: DHS proporciona asistencia y servicios auxiliares como intérpretes cualificados o información en formatos accesibles de forma gratuita y pertinente para garantizar la igualdad de oportunidades para participar en nuestros programas de cuidado de salud. Llame al 651-431-2670 o al 800-657-3739 o use el servicio de retransmisión de su preferencia.

Servicios de asistencia en otro idioma: DHS proporciona documentos traducidos e interpretación hablada de manera gratuita y sin demora cuando los servicios de asistencia son necesarios para asegurar que las personas que tienen un dominio limitado del inglés puedan entender nuestra información y servicios. Llame al 651-431-2670 o al 800-657-3739 o use el servicio de retransmisión de su preferencia.

Quejas por violaciones de derechos civiles

Si usted considera que una agencia de servicios humanos lo trató de manera discriminatoria, tiene derecho a presentar una queja. Puede contactar directamente a cualquiera de las tres agencias siguientes para presentar una queja sobre discriminación.

Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services' Office for Civil Rights, OCR)

Usted tiene el derecho de presentar una queja ante la OCR, una agencia federal, si usted cree haber sido discriminado por alguna de las siguientes razones:

- raza
- color
- origen nacional
- edad
- discapacidad
- sexo

Póngase en contacto con la OCR directamente para presentar una queja:

Director, U.S. Department of Health and Human Services' Office for Civil Rights
200 Independence Avenue SW, Room 509F HHH Building
Washington, DC 20201
800-368-1019 (voz)
800-537-7697 (TDD)
Portal de denuncias:
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

Departamento de Derechos Humanos de Minnesota (MDHR)

En Minnesota, usted tiene el derecho de presentar una queja ante MDHR si cree que ha sido discriminado por alguna de las siguientes razones:

- raza
- color
- origen nacional
- religión
- credo
- sexo
- orientación sexual
- estado civil
- condición de asistencia pública
- discapacidad

Póngase en contacto con **MDHR** directamente para presentar una queja

Minnesota Department of Human Rights
Freeman Building, 625 North Robert Street
St. Paul, MN 55155
651-539-1100 (voz)
800-657-3704 (gratuito)
711 or 800-627-3529 (retransmisión de MN)
651-296-9042 (fax)
Info.MDHR@state.mn.us (email)

Departamento de Servicios Humanos (DHS)

Usted tiene el derecho de presentar una queja ante DHS si cree que ha sido discriminado en nuestros programas de cuidado de salud por alguna de las siguientes razones:

- raza
- color
- origen nacional
- credo
- religión
- orientación sexual
- condición de asistencia pública
- estado civil
- edad
- discapacidad
- sexo (incluso estereotipos sexuales, y la identidad de género)
- creencias políticas

Las quejas deben presentarse por escrito y dentro de un plazo de 180 días a partir de la fecha en la que se descubrió la presunta discriminación. La queja debe tener su nombre y dirección y describir la discriminación por la que se queja. Después de recibir su queja, la examinaremos y le notificaremos por escrito si tenemos autoridad para investigarla. De ser así, investigaremos la queja.

DHS le enviará una notificación por escrito sobre los resultados de la investigación. Si no está de acuerdo con la decisión, usted tiene el derecho de apelarla. Para apelar, debe enviar una solicitud por escrito a DHS para que revise los resultados de la investigación. Sea breve y explique por qué está en desacuerdo con la decisión. Incluya información adicional si piensa que es importante.

Si usted presenta una queja de esta manera, las personas que trabajan en la agencia mencionada en la queja no podrán tomar ningún tipo de represalias en su contra. Esto significa que de ninguna manera pueden castigarlo por presentar la queja. Presentar una queja según lo descrito no le impide buscar otros recursos legales o administrativos.

Póngase en contacto con **DHS** directamente para presentar una queja por discriminación:

Civil Rights Coordinator
Minnesota Department of Human Services
Equal Opportunity and Access Division
P.O. Box 64997
St. Paul, MN 55164-0997
651-431-3040 (voz) o utilice su servicio preferido de retransmisión