



Здесь вы подберете себе медицинскую страховку

# Заявление на получение медицинского страхового покрытия и помощи по оплате расходов

ЧТО НУЖНО ЗНАТЬ



## Подайте заявление онлайн – это еще быстрее

- Подать заявление онлайн быстро и легко! Воспользовавшись формой подачи заявлений онлайн на веб-сайте [www.mnsure.org](http://www.mnsure.org), вы сможете получить доступные решения в реальном времени.
- Если у вас возникнут вопросы в процессе подачи заявления, вы также сможете получить помощь онлайн.



## Воспользуйтесь этим заявлением, чтобы понять, на получение какой страховки вы имеете право

- Доступные планы частного медицинского страхования, в которых предлагается комплексное страховое покрытие, помогут вам сохранять здоровье.
- Новый налоговый вычет, с помощью которого вы сможете немедленно уплатить взносы за вашу медицинскую страховку.
- Бесплатная или недорогая страховка по программам здравоохранения штата Миннесота: Medical Assistance - MA (Медицинская помощь) или MinnesotaCare.
- **Вы можете соответствовать требованиям для участия в бесплатных или недорогих программах, даже если зарабатываете до 103 000 долларов в год (для семьи из 4 человек).**



## Кто может воспользоваться Данным заявлением?

- Воспользуйтесь данным заявлением, чтобы подать его за любого члена своей семьи.
- Подавайте заявление, даже если у вас или вашего ребенка уже есть медицинская страховка. У вас может быть право на недорогое или бесплатное страховое покрытие.
- Заявление могут подавать семьи, в составе которых есть иммигранты. Даже если у вас нет права на страховое покрытие, вы можете подать заявление за своего ребенка.
- Если кто-то помогает вам заполнять это заявление, возможно, вам нужно будет заполнить Дополнение С.
- Американским индейцам или коренным жителям Аляски при подаче этого заявления нужно будет заполнить Дополнение В.



## Что вам может понадобиться при подаче заявления

- Номера Social Security (социального страхования) (или номера документов для легальных иммигрантов, которым нужна страховка).
- Информация о работодателе и доходе для всех членов вашей семьи (например, корешки платежных квитанций, формы W-2 либо документы о выплате заработной платы или уплате налогов).
- Номера полисов любой действующей медицинской страховки.
- Информация о любой связанной с местом работы медицинской страховке, имеющейся в распоряжении вашей семьи.



## Для чего нам необходима данная информация?

Нам необходима информация о доходе и иная информация, чтобы сообщить вам, на получение какой страховки вы имеете право и можете ли вы получить какую-либо помощь при ее оплате. **Мы сохраним конфиденциальность и безопасность всей предоставленной вами информации, как того требует закон. Для получения подробной информации ознакомьтесь с прилагаемым «Уведомлением о порядке обеспечения конфиденциальности» (Notice of Privacy Practices).**



## Что дальше??

Отправьте заполненное и подписанное заявление в соответствии с указаниями в разделе 8 на стр. 25. Мы рассмотрим ваше заявление и уведомим вас о результатах в письменной форме.



**Получите  
помощь при  
подаче  
заявления**

- **Онлайн:** [www.mnsure.org](http://www.mnsure.org)
- **По телефону:** звоните в MNsure по тел. **651-539-2099** (1-855-366-7873 за пределами региона Twin Cities).
- **Лично:** в вашем районе может работать координатор или агент, который сможет вам помочь. Посетите наш сайт в Интернете или звоните **651-539-2099** (1-855-366-7873 за пределами региона Twin Cities) за более детальной информацией.
- Если вам нужна помощь на каком-либо языке, кроме английского, сообщите нам. Мы поможем вам с переводом бесплатно.



Для получения данной информации в форматах, доступных для людей с инвалидностью, а также для дополнительного равного доступа к социальному обслуживанию, пишите по адресу [DHS.info@state.mn.us](mailto:DHS.info@state.mn.us), звоните по номеру 800-657-3739 или пользуйтесь предпочитаемой вами службой речевой передачи. ADA1 (2-18)

Расскажите обо всех членах семьи, которые проживают с вами. Если вы подаете налоговую декларацию, нам нужна информация обо всех указанных в ней лицах.

**ОБЯЗАТЕЛЬНО включите:**

- себя;
- супруга (супругу);
- ваших детей в возрасте до 19 лет, которые живут вместе с вами;
- детей вашего супруга (супруги) в возрасте до 19 лет, которые живут вместе с вами;
- вашего партнера, если у вас есть совместные дети;
- всех лиц, которых вы включили в свою налоговую декларацию, даже если такое лицо не живет с вами;
- всех лиц в возрасте до 19 лет, которые живут вместе с вами и о которых вы заботитесь.

**Включите указанных выше лиц, даже если они не нуждаются в медицинской страховке.**

**НЕ включайте:**

- ваших детей в возрасте 19 лет или старше, которые, согласно вашим ожиданиям, не претендуют на то, чтобы стать вашими иждивенцами;
- детей вашего супруга (супруги) в возрасте 19 лет или старше, которые, согласно вашим ожиданиям, не претендуют на то, чтобы стать вашими иждивенцами;
- вашего партнера, если у вас нет совместных детей и вы не подаете совместную налоговую декларацию;
- детей вашего партнера, если они не связаны с вами и, согласно вашим ожиданиям, не претендуют на то, чтобы стать вашими иждивенцами;
- других лиц, которые живут вместе с вами, но не являются вашим супругом (супругой) или детьми, и которые не подают налоговую декларацию;
- ваших родителей, если вам 19 лет или больше, ваши родители не будут считать вас иждивенцем, и вы не будете считать родителей иждивенцами.

**Эти лица могут подать отдельное заявление на получение медицинской страховки.**

Медицинское страховое покрытие и помощь, которую вы правомочны получать, зависят от количества лиц в вашей семье и их доходов. Эта информация поможет нам удостовериться в получении наиболее оптимального страхового покрытия всеми членами семьи.

**Заполните информацию в Разделе 2 для каждого члена вашей семьи.** Начните с себя, затем добавьте других взрослых и детей. Если в вашей семье больше четырех человек, сделайте копии страниц 17-21. Вам не нужно предоставлять информацию об иммиграционном статусе или Social Security number — SSN (номере социального страхования) тех лиц, которые не подают заявление на получение медицинской страховки. Однако если вы укажете номера SSN всех членов семьи, это поможет ускорить процесс рассмотрения заявления. Мы используем SSN для проверки уровня дохода и другой информации, чтобы узнать, у кого есть право на получение помощи для оплаты медицинской страховки. Если вам необходима помощь в получении номера SSN, позвоните по телефону 1-800-772-1213 или посетите веб-сайт [www.socialsecurity.gov](http://www.socialsecurity.gov). Если вы пользователь линии ТTY, звоните по телефону 1-800-325-0778 или воспользуйтесь услугой переадресации предпочтительным для вас способом.

**Другие члены семьи.** Если у вас есть другие члены семьи, которые не были указаны в Разделе 2 этого заявления, но хотели бы получить страховку по плану семейного медицинского обслуживания, перейдите к Разделу 6 этого заявления (стр. 23).

**Программа Safe at Home Program (Безопасный дом).** Если ваша семья участвует в программе Safe at Home штата Миннесота, вам нужно только указать свой округ проживания и относящийся к вашему адресу почтовый индекс, и вы должны указать свой адрес в программе Safe at Home в качестве почтового адреса.



## РАЗДЕЛ 2: ЛИЦО 1

### Начните с себя

Заполните Раздел 2 для себя и других лиц, которых необходимо включить в это заявление. Информацию о лицах, которых необходимо включить в заявление, см. в Разделе 1. Лицо 1 должно быть контактным лицом по данному заявлению.

1. ИМЯ, СРЕДНЕЕ ИМЯ, ФАМИЛИЯ, ДОПОЛНЕНИЕ, ФАМИЛИИ					
2. ДАТА РОЖДЕНИЯ  (мм/дд/гггг) Если вам еще нет 18 лет, находитесь ли вы под контролем одного из родителей? <input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет		3. ПОЛ <input type="radio"/> Мужской <input type="radio"/> Женский	4. СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ <input type="radio"/> Живу отдельно по постановлению суда <input type="radio"/> Женат (замужем) <input type="radio"/> В разводе <input type="radio"/> Вдовец (вдова) <input type="radio"/> Никогда не состоял (-а) в браке		
5. Есть ли у вас номер Social Security (SSN)?* <input type="radio"/> Да – укажите ваш номер SSN?* _____ <input type="radio"/> Нет – подавали ли вы заявление на получение номера SSN? <input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет – почему? Выберите код причины из списка на странице 25: _____  * Смотрите разделы Уведомление о порядке обеспечения конфиденциальности и Уведомление о правах и обязанностях (Приложение А) за информацией о номерах SSN.					
6. <input type="checkbox"/> Отметьте здесь, если вы бездомный. Если вы отметили эту ячейку, в каком округе вы проживаете? _____					
7а. ДОМАШНИЙ АДРЕС (Не указывайте здесь номер абонемента ящика. Абонементный ящик может быть указан в ответе на вопрос 12.)					
7б. КВАРТИРА ИЛИ КОМНАТА НОМЕР	8. ГОРОД		9. ШТАТ	10. ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС	11. ОКРУГ
12. ПОЧТОВЫЙ АДРЕС (если отличается от домашнего)				13. КВАРТИРА ИЛИ КОМНАТА НОМЕР	
14. ГОРОД		15. ШТАТ	16. ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС	17. ОКРУГ	
18. НОМЕР ТЕЛЕФОНА, куда мы можем позвонить вам: <input type="radio"/> Мобильный <input type="radio"/> Домашний <input type="radio"/> Рабочий			19. АЛЬТЕРНАТИВНЫЙ НОМЕР ТЕЛЕФОНА, куда мы можем позвонить вам: <input type="radio"/> Мобильный <input type="radio"/> Домашний <input type="radio"/> Рабочий		
20а. НА КАКОМ ЯЗЫКЕ ВЫ ПРЕДПОЧИТАЕТЕ ОБЩАТЬСЯ		20б. НА КАКОМ ЯЗЫКЕ ВЫ ПРЕДПОЧИТАЕТЕ ПИСАТЬ		21. Вам нужен переводчик? <input type="radio"/> Да <input type="radio"/> No	
22. ПРЕДПОЧИТЕЛЬНЫЙ ДЛЯ ВАС МЕТОД СВЯЗИ ПО ВОПРОСАМ ОТНОСИТЕЛЬНО ЭТОГО ЗАЯВЛЕНИЯ					
Электронная почта: <input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет			АДРЕС ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ		
Почтовая служба США: <input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет					
23. Хотите ли вы назначить уполномоченного представителя, который будет действовать от вашего имени? <i>(Вы можете дать доверенному лицу разрешение обсуждать с нами это заявление, просматривать вашу информацию и действовать от вашего лица по вопросам, связанным с этим заявлением, включая получение информации о вашем заявлении и подписание заявления от вашего имени.)</i> <input type="radio"/> Да – <b>заполните Дополнение С</b> <input type="radio"/> Нет					

**НУЖНА ПОМОЩЬ ПРИ ПОДАЧЕ ЗАЯВЛЕНИЯ?** Посетите веб-сайт [www.mnsure.org](http://www.mnsure.org) или позвоните нам по телефону **651-539-2099** (1-855-366-7873 за пределами региона Twin Cities). Если вам нужна помощь на каком-либо языке, кроме английского, сообщите нам. Мы поможем вам с переводом бесплатно.



## РАЗДЕЛ 2: ЛИЦО 1

(Продолжайте о себе)

24. Вы собираетесь подавать декларацию по федеральному подоходному налогу **в следующем году?**

*(Даже если вы не подаете декларацию по федеральному подоходному налогу, вы все равно можете подать заявление на получение медицинской страховки.)*

Да – ответьте на вопросы а, b и с.  Нет – переходите к вопросу с.

a. Вы будете подавать документ совместно с супругом (супругой)?

Да – имя супруга/супруги: \_\_\_\_\_

Нет – Будете ли вы подавать декларацию как «В браке, с отдельной подачей документов» по причине домашнего насилия или выхода супруга из брака (супруг/супруга покинул домохозяйство) или же как «Глава домохозяйства»?  Да  Нет

b. Будете ли вы указывать каких-либо иждивенцев в своей налоговой декларации?  Да  No

Если да, укажите имя (имена), фамилию (фамилии) иждивенцев: \_\_\_\_\_

c. Будете ли вы указаны в качестве иждивенца в чьей-либо налоговой декларации?  Да  Нет

Если да, укажите имя, фамилию лица, подающего декларацию: \_\_\_\_\_

Если вы будете указывать иждивенцев в своей налоговой декларации, укажите их и в данном заявлении, даже если они не подают заявление на получение помощи.

25. Вы беременны?  Да  Нет Если да, рождение скольких детей ожидается на исходе этой беременности? \_\_\_\_\_  
Предполагаемая дата родов: \_\_\_\_\_ (ММ/ДД/ГГГГ)

26. Вы подаете заявление на получение медицинской страховки для себя?

*(Даже если у вас есть страховка, вы можете выбрать программу с более оптимальным страховым покрытием или более низкой стоимостью.)*

Да – ответьте на все вопросы ниже.   Нет – перейдите к вопросам о работе и доходе на стр. 4. 

27. Планируете ли вы остаться жить в штате Миннесота?  Да  Нет

a. Вы приехали в Миннесоту, чтобы получить медицинское обслуживание или по личным причинам?  Да  Нет

28. Являетесь ли вы гражданином или подданным США?

*(Подданными США являются лица, рожденные в Американской Самоа или на островах Суэйнс; лицо, родившееся за пределами США, оба родителя или один из родителей которого является подданным США; либо лицо, родившееся на Северных Марианских Островах и решившее стать подданным США.)*

Да – переходите к вопросу 31.  Нет – переходите к вопросу 29.

29. Каков ваш текущий иммиграционный статус? (Выберите код статуса из списка на странице 25. Если вашего статуса нет в списке, укажите его ниже.)

Код или статус: \_\_\_\_\_

a. Вид иммиграционного документа: \_\_\_\_\_ b. Номер удостоверения иностранца: \_\_\_\_\_

c. Номер карточки: \_\_\_\_\_ d. Дата истечения срока иностранца (ММ/ДД/ГГГГ): \_\_\_\_\_

e. Дата прибытия (ММ/ДД/ГГГГ): \_\_\_\_\_

f. Прибыли ли вы в США до 22 августа 1996 г.?  Да  Нет

g. Прожили ли вы в Соединённых Штатах пять или более лет в правомочном статусе? (См. страницу 25 для определения правомочности вашего статуса.)  Да  Нет

h. Есть ли у вас спонсор?  Да имя спонсора: \_\_\_\_\_  Нет

i. Являетесь ли вы, ваш супруг или родитель ветераном или военнослужащим на действительной службе?  Да  Нет

j. Заинтересованы ли вы в помощи в оплате неотложной медицинской ситуации?  
 Нет  Да – укажите даты начала и окончания неотложной медицинской ситуации:

\_\_\_\_\_ (ММ/ДД/ГГГГ) до \_\_\_\_\_ (ММ/ДД/ГГГГ)

k. Получаете ли вы услуги в Центре для жертв истязательств?  Да  Нет

**НУЖНА ПОМОЩЬ ПРИ ПОДАЧЕ ЗАЯВЛЕНИЯ?** Посетите веб-сайт [www.mnsure.org](http://www.mnsure.org) или позвоните нам по телефону **651-539-2099** (1-855-366-7873 за пределами региона Twin Cities). Если вам нужна помощь на каком-либо языке, кроме английского, сообщите нам. Мы поможем вам с переводом бесплатно.



## РАЗДЕЛ 2: ЛИЦО 1

(Продолжайте о себе)

30. Был ли у вас когда-либо иммиграционный статус, отличный от вашего текущего статуса (например, статус беженца или лица, получившего убежище)?

Нет  Да – укажите ваш прежний иммиграционный статус? (Выберите код статуса из списка на странице 25. Если вашего прежнего статуса нет в списке, укажите его ниже.)

Код или статус: \_\_\_\_\_ Исходная дата въезда: \_\_\_\_\_ (ММ/ДД/ГГГГ)

31. Хотите ли вы получить помощь по программе МА для оплаты медицинских счетов за последние три месяца? (Вы можете получить выплаты по программе МА за медицинские услуги, оказанные в течение трех месяцев до даты подачи заявления при условии, что вы сохранили медицинские счета и удовлетворяете требованиям программы МА.)

Да – ответьте на вопросы а и б.  Нет – переходите к вопросу 32.

а. Сколько месяцев?  Один  Два  Три

б. Изменилась ли указанная в заявлении информация за последний месяц (последние месяцы)? (К примеру, доход, беременность и проживание в Миннесоте)

Да  Нет

32. Находились ли вы в патронажном воспитании в Миннесоте?  Да – отвечайте на вопросы а и б  Нет

а. Закончилось ли патронажное воспитание когда вы достигли возраста 18 лет или старше?  Да  Нет

б. Получали ли вы льготы программ Medical Assistance или MinnesotaCare во время окончания патронажного воспитания?

Да  Нет

33. Ответьте «да» или «нет» на следующие пять вопросов.

а. Вы страдаете слепотой?  Да  Нет

б. Страдаете ли вы слепотой либо физическим, психическим или эмоциональным заболеванием, которое ограничивает вашу деятельность (например, принятие ванны, одевание, повседневные домашние дела и т. д.)?

Да  Нет

с. Нужна ли вам помощь, чтобы остаться в своем доме, либо помощь по оплате услуг учреждения долгосрочного ухода, например учреждения квалифицированного сестринского ухода?

Да  Нет

д. Была ли определена ваша недееспособность Управлением социального страхования США (Social Security Administration - SSA) или Инспекционной группой медицинских работников штата (State Medical Review Team - SMRT)?

Да  Нет

е. Являетесь ли вы участником программы для лечения людей с психическими заболеваниями или наркотической или алкогольной зависимостью в специализированном учреждении?

Да  Нет

34. Находитесь ли вы в настоящее время в заключении или отбываете наказание?  Нет  Да

-Если в тюрьме, ждете ли вы решения в отношении обвинений?  Да  Нет

35. Этническая принадлежность при испанском или латиноамериканском происхождении (НЕ ОБЯЗАТЕЛЬНО — отметьте все подходящие варианты.)

Мексиканец  Мексикано-американец  Чикано или Чикана  Пуэрториканец  Кубинец  Другое: \_\_\_\_\_

36. Раса (НЕ ОБЯЗАТЕЛЬНО – отметьте все подходящие варианты.)

Белый  Темнокожий или афроамериканец  Коренной американец или уроженец Аляски  Индеец  
 Китаец  Филиппинец  Японец  Кореец  Вьетнамец  Другой азиат  
 Уроженец Гавайских островов  Уроженец Гуама или чаморро  Уроженец Самоа  
 Уроженец других тихоокеанских островов  Другое: \_\_\_\_\_

## Недавняя смена места работы

37. ДЕЛАЛИ ЛИ ВЫ ЧТО-ЛИБО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО НИЖЕ ЗА ПОСЛЕДНИЕ ШЕСТЬ МЕСЯЦЕВ? (Отметьте все подходящие варианты.)

меняли место работы  увольнялись с работы  работали меньше часов или вам снижали зарплату  ничего из перечисленного

**НУЖНА ПОМОЩЬ ПРИ ПОДАЧЕ ЗАЯВЛЕНИЯ?** Посетите веб-сайт [www.mnsure.org](http://www.mnsure.org) или позвоните нам по телефону **651-539-2099** (1-855-366-7873 за пределами региона Twin Cities). Если вам нужна помощь на каком-либо языке, кроме английского, сообщите нам. Мы поможем вам с переводом бесплатно.



## Информация о работе и доходе в настоящее время (Отметьте все подходящие варианты.)

- Работа по найму**  
 Если в настоящее время вы работаете по найму, расскажите о своем доходе. Начните с вопроса 38.
- Работа на себя**  
 Переходите к вопросу 42.
- Сезонная занятость**  
 Переходите к вопросу 43.
- Без работы**  
 Переходите к вопросу 44.

### Информация о текущей работе 1

38. ИМЯ, ФАМИЛИЯ И АДРЕС РАБОТОДАТЕЛЯ: Напишите название работодателя, указанное на вашем зарплатном чеке.	ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР РАБОТОДАТЕЛЯ (EID)
39. НАЛОГООБЛАГАЕМАЯ ЗАРПЛАТА И ЧАЕВЫЕ: Укажите сумму после вычета всех доналоговых удержаний. Доналоговые удержания могут быть для пенсионного плана, медицинского страхового плана, плана оплаты ухода за ребенком или программы парковки и транспорта. Выберите одно и впишите сумму в долларах.	
<input type="radio"/> В час \$ _____ в час Часов в неделю: _____ <input type="radio"/> В неделю \$ _____ <input type="radio"/> Раз в две недели \$ _____ <input type="radio"/> Дважды в месяц \$ _____ <input type="radio"/> В месяц \$ _____ <input type="radio"/> В год \$ _____	

### Информация о текущей работе 2

(Если у вас больше мест работы, и вам нужно больше места, прикрепите еще один лист бумаги и укажите эту информацию.)

40. ИМЯ, ФАМИЛИЯ И АДРЕС РАБОТОДАТЕЛЯ: Напишите название работодателя, указанное на вашем зарплатном чеке.	ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР РАБОТОДАТЕЛЯ (EID)
41. НАЛОГООБЛАГАЕМАЯ ЗАРПЛАТА И ЧАЕВЫЕ: Укажите сумму после вычета всех доналоговых удержаний. Доналоговые удержания могут быть для пенсионного плана, медицинского страхового плана, плана оплаты ухода за ребенком или программы парковки и транспорта. Выберите одно и впишите сумму в долларах.	
<input type="radio"/> В час \$ _____ в час Часов в неделю: _____ <input type="radio"/> В неделю \$ _____ <input type="radio"/> Раз в две недели \$ _____ <input type="radio"/> Дважды в месяц \$ _____ <input type="radio"/> В месяц \$ _____ <input type="radio"/> В год \$ _____	

42. **ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬ:** ПРИБЫЛЬ ИЛИ УБЫТОК ОТ ФЕРМЕРСТВА, РЫБОЛОВСТВА ИЛИ ДРУГОГО БИЗНЕСА. ОТВЕЧАЙТЕ НА СЛЕДУЮЩИЕ ВОПРОСЫ:

- а. Вид работы \_\_\_\_\_  
 б. Какую сумму прибыли или убытка вы ожидаете получить от индивидуального предпринимательства в следующие 12 месяцев?  
 Сумма прибыли \$ \_\_\_\_\_ или Сумма убытка \$ \_\_\_\_\_

43. **СЕЗОННЫЙ ДОХОД:** Заполняйте только если вы работаете посезонно.

ОБЩАЯ СУММА ВАШИХ ДОХОДОВ ОТ СЕЗОННОЙ РАБОТЫ В ТЕЧЕНИЕ СЛЕДУЮЩИХ 12 МЕСЯЦЕВ

ОБЩАЯ СУММА ВЫПЛАТ ПО БЕЗРАБОТИЦЕ В ТЕЧЕНИЕ СЛЕДУЮЩИХ 12 МЕСЯЦЕВ

ИМЯ И АДРЕС РАБОТОДАТЕЛЯ: Напишите название работодателя, указанное на вашем зарплатном чеке.	ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР РАБОТОДАТЕЛЯ (EID)
-----------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------



44. **ДРУГИЕ ИСТОЧНИКИ ДОХОДА В ЭТОМ МЕСЯЦЕ:** Отметьте все подходящие варианты, укажите сумму и как часто вы ее получаете.

**Примечание:** Вам не нужно сообщать нам о материальной помощи на содержание ребенка, ветеранских выплатах, доходе из программы Achieving a Better Life Experience - ABLE (Достижение лучшего жизненного опыта) или Supplemental Security Income - SSI (дополнительной социальной помощи).

- Нет
- Пособие по безработице \$ \_\_\_\_\_ Как часто? \_\_\_\_\_
- Пенсия \$ \_\_\_\_\_ Как часто? \_\_\_\_\_
- Social Security \$ \_\_\_\_\_ в месяц
- Пенсия из другого источника \$ \_\_\_\_\_ Как часто? \_\_\_\_\_
- Полученные алименты\* \$ \_\_\_\_\_ Как часто? \_\_\_\_\_
- Чистый доход от аренды \$ \_\_\_\_\_ Как часто? \_\_\_\_\_
- или авторский гонорар \$ \_\_\_\_\_ Как часто? \_\_\_\_\_
- Какая часть этой суммы не облагается налогом? \_\_\_\_\_
- Другие налогооблагаемые источники дохода, ожидаемые в течение следующих 12 месяцев  
ТИП: \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ Как часто? \_\_\_\_\_
- Другие налогооблагаемые источники дохода в этом месяце (Налогооблагаемый доход - это доход, который вы указали бы в разделе «Доход» федеральной налоговой декларации 1040 (IRS - Internal Revenue Service).)  
ТИП: \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ Как часто? \_\_\_\_\_

\*Не перечисляйте алименты, полученные в качестве дохода, если ваше соглашение о разводе или расторжении брака датировано после 2018 года.

45. **ПОПРАВКИ В ДОХОДЕ:** Отметьте все, что подходит, и укажите сумму и как часто вы её выплачиваете..

Если у вас есть определенные расходы, которые могут быть вычтены из валового дохода в федеральной налоговой декларации, то если вы сообщите нам о них, стоимость медицинского страхования может быть немного ниже. См. «Корректировка доходов» в Приложении 1 формы 1040 IRS. **Примечание:** вы не должны включать расходы, которые вы уже учли в своем ответе на вопрос о доходах или убытках от самостоятельной занятости (вопрос 42b).

- Преподавательские расходы \$ \_\_\_\_\_ Как часто? \_\_\_\_\_
- Определенные бизнес-расходы резервистов, артистов-исполнителей и государственных чиновников \$ \_\_\_\_\_ Как часто? \_\_\_\_\_
- Вычет по сберегательному счету на медицинские расходы \$ \_\_\_\_\_ Как часто? \_\_\_\_\_
- Расходы на передислокацию для военнослужащих, проходящих военную службу \$ \_\_\_\_\_ Как часто? \_\_\_\_\_
- Вычитаемая часть налога на самозанятость \$ \_\_\_\_\_ Как часто? \_\_\_\_\_
- SEP, SIMPLE и квалифицированные планы индивидуальных предпринимателей \$ \_\_\_\_\_ Как часто? \_\_\_\_\_
- Отчисление на медицинское страхование для индивидуальных предпринимателей \$ \_\_\_\_\_ Как часто? \_\_\_\_\_
- Штраф за досрочное снятие сбережений \$ \_\_\_\_\_ Как часто? \_\_\_\_\_
- Выплата алиментов\* \$ \_\_\_\_\_ Как часто? \_\_\_\_\_
- Вычет IRA \$ \_\_\_\_\_ Как часто? \_\_\_\_\_
- Проценты по студенческому кредиту \$ \_\_\_\_\_ Как часто? \_\_\_\_\_
- Плата за обучение \$ \_\_\_\_\_ Как часто? \_\_\_\_\_

\*Не перечисляйте алименты в качестве поправки дохода, если ваше соглашение о разводе или расторжении брака датировано после 2018 года.

46. **ПРЕДПОЛАГАЕМЫЙ ГОДОВОЙ ДОХОД В 2020 ГОДУ:** Ожидаете ли вы, что ваш годовой доход за 2020 год будет отличаться от дохода, который вы указали в предыдущих вопросах?

- Да – общий доход, ожидаемый в 2020 году: \$ \_\_\_\_\_  Нет

См. стр. 25 для получения дополнительной информации о том, как рассчитать ваш прогнозируемый годовой доход.



## РАЗДЕЛ 2: ЛИЦО 2

Заполните Разделы 2-4 в отношении других лиц, которых необходимо включить в заявление. Информацию о лицах, которых необходимо включить в заявление, см. в Разделе 1 на стр. 1. Если у вас больше нет лиц для включения в данное заявление, перейдите на страницу 22, шаг 3.

1. ИМЯ, СРЕДНЕЕ ИМЯ, ФАМИЛИЯ, ДОПОЛНЕНИЕ, ФАМИЛИИ		2. СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ <input type="radio"/> Живу отдельно по постановлению суда <input type="radio"/> Женат (замужем) <input type="radio"/> В разводе <input type="radio"/> Вдовец (вдова) <input type="radio"/> Никогда не состоял (-а) в браке	
3. КЕМ ВАМ ПРИХОДИТСЯ	4. ДАТА РОЖДЕНИЯ _____ (ММ/ДД/ГГГГ) Если лицу еще нет 18 лет, находится ли лицо под контролем одного из родителей? <input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет		5. ПОЛ <input type="radio"/> Мужской <input type="radio"/> Женский
6. Есть ли у ЛИЦА 2 номер Social Security (SSN)? <input type="radio"/> Да – укажите номер SSN ЛИЦА 2? * _____ <input type="radio"/> Нет – подавало ли ЛИЦО 2 заявление на получение номера SSN? <input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет – почему? Выберите код причины из списка на странице 25: _____ *Смотрите разделы Уведомление о порядке обеспечения конфиденциальности и Уведомление о правах и обязанностях (Приложение А) за информацией о номерах SSN.			
7. ЛИЦО 2 проживает по тому же адресу, что и вы? <input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет – укажите адрес: _____			
8. ЛИЦО 2 собирается подавать декларацию по федеральному подоходному налогу <b>в следующем году?</b> <i>(Даже если ЛИЦО 2 не подает декларацию по федеральному подоходному налогу, это лицо все равно может подать заявление на получение медицинской страховки.)</i> <input type="radio"/> Да – ответьте на вопросы а-с. <input type="radio"/> Нет – переходите к вопросу с. а. ЛИЦО 2 будет подавать документ совместно с супругом (супругой)? <input type="radio"/> Да – имя супруга/супруги: _____ <input type="radio"/> Нет – Будет ли ЛИЦО 2 подавать декларацию как «В браке, с отдельной подачей документов» по причине домашнего насилия или выхода из брака супруга (супруг/супруга покинул домохозяйство) или же как «Глава домохозяйства»? <input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет б. Будет ли ЛИЦО 2 указывать каких-либо иждивенцев в своей налоговой декларации? <input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет Если да, укажите имя (имена), фамилию (фамилии) иждивенцев: _____ с. Будет ли ЛИЦО 2 указано в качестве иждивенца в чьей-либо налоговой декларации? <input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет Если да, укажите имя, фамилию лица, подающего декларацию: _____ Кем ЛИЦО 2 приходится лицу, подающему декларацию? _____			
9. ЛИЦО 2 вынашивает беременность? <input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет Если да, рождение скольких детей ожидается на исходе этой беременности? _____ Предполагаемая дата родов: _____ (ММ/ДД/ГГГГ)			
10. Планирует ли ЛИЦО 2 подать заявление на получение медицинской страховки? <i>(Даже если у ЛИЦА 2 есть страховка, это лицо может выбрать программу с более оптимальным страховым покрытием или более низкой стоимостью.)</i> <input type="radio"/> Да – ответьте на <b>все</b> вопросы ниже. <input type="radio"/> Нет – перейдите к вопросам о работе и доходе на стр. 9.			
11. Посещает ли ЛИЦО 2 Миннесоту для получения медицинской помощи или по личным причинам? <input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет а. Планирует ли ЛИЦО 2 проживать в штате Миннесота на постоянной основе? <input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет			
12. Является ли ЛИЦО 2 гражданином или подданным США? <i>(Подданными США являются лица, рожденные в Американской Самоа или на островах Суэйнс; лицо, родившееся за пределами США, оба родителя или один из родителей которого является подданным США; либо лицо, родившееся на Северных Марианских Островах и решившее стать подданным США.)</i> <input type="radio"/> Да – переходите к вопросу 15. <input type="radio"/> Нет – переходите к вопросу 13.			

**НУЖНА ПОМОЩЬ ПРИ ПОДАЧЕ ЗАЯВЛЕНИЯ?** Посетите веб-сайт [www.mnsure.org](http://www.mnsure.org) или позвоните нам по телефону **651-539-2099** (1-855-366-7873 за пределами региона Twin Cities). Если вам нужна помощь на каком-либо языке, кроме английского, сообщите нам. Мы поможем вам с переводом бесплатно.



## РАЗДЕЛ 2: ЛИЦО 2

(Продолжайте о ЛИЦЕ 2)

13. Каков текущий иммиграционный статус ЛИЦА 2? (Выберите код статуса из списка на странице 25. Если статуса ЛИЦА 2 нет в списке, укажите его ниже.)

Код или статус: \_\_\_\_\_

a. Вид иммиграционного документа: \_\_\_\_\_ b. Номер удостоверения иностранца: \_\_\_\_\_

c. Номер карточки: \_\_\_\_\_ d. Дата истечения срока иностранца (ММ/ДД/ГГГГ): \_\_\_\_\_

e. Дата прибытия (ММ/ДД/ГГГГ): \_\_\_\_\_

f. Прибыло ли ЛИЦО 2 в США до 22 августа 1996 г.?  Да  Нет

g. Прожило ли ЛИЦО 2 в Соединённых Штатах пять или более лет в правомочном статусе? (См. страницу 25 для определения правомочности статуса ЛИЦА 2.)  Да  Нет

h. Есть ли у ЛИЦА 2 спонсор?  Да – имя спонсора: \_\_\_\_\_  Нет

i. Является ли ЛИЦО 2, его/ее супруг или родитель ветераном или военнослужащим на действительной службе?  Да  Нет

j. Заинтересованы ли вы в помощи в оплате неотложной медицинской ситуации?

Нет  Да – укажите даты начала и окончания неотложной медицинской ситуации?

\_\_\_\_\_ (ММ/ДД/ГГГГ) до \_\_\_\_\_ (ММ/ДД/ГГГГ)

k. Получает ли ЛИЦО 2 услуги в Центре для жертв истязательств?  Да  Нет

14. Был ли у ЛИЦА 2 когда-либо иммиграционный статус, отличный от его (или ее) текущего статуса (например, статус беженца или лица, получившего убежище)?

Нет  Да – укажите прежний иммиграционный статус ЛИЦА 2? (Выберите код статуса из списка на странице 25. Если прежнего статуса ЛИЦА 2 нет в списке, укажите его ниже.)

Код или статус: \_\_\_\_\_ Исходная дата въезда: \_\_\_\_\_ (ММ/ДД/ГГГГ)

15. Хочет ли ЛИЦО 2 получить помощь по программе МА для оплаты медицинских счетов за последние три месяца? (ЛИЦО 2 может получить выплаты по программе МА за медицинские услуги, оказанные в течение трех месяцев до даты подачи заявления, при условии что ЛИЦО 2 сохранил (-а) медицинские счета и удовлетворяет требованиям программы МА.)

Да – ответьте на вопросы а и б.  Нет – переходите к вопросу 16.

a. Сколько месяцев?  Один  Два  Три

b. Изменилась ли указанная в заявлении информация за последние месяцы? (К примеру, доход, беременность и проживание в Миннесоте)?

Да  Нет

16. Находилась ли ЛИЦО 2 в патронажном воспитании в Миннесоте?  Да – отвечайте на вопросы а и б  Нет

a. Закончилось ли патронажное воспитание когда ЛИЦО 2 достигло возраста 18 лет или старше?  Да  Нет

b. Получало ли ЛИЦО 2 льготы программ Medical Assistance или MinnesotaCare во время окончания патронажного воспитания?

Да  Нет

17. Ответьте «да» или «нет» на следующие пять вопросов.

a. Страдает ли ЛИЦО 2 слепотой?  Да  Нет

b. Страдает ли ЛИЦО 2 физическим, психическим или эмоциональным заболеванием, которое ограничивает его (ее) деятельность (например, принятие ванны, одевание, повседневные домашние дела и т. д.)?

Да  Нет

c. Нужна ли ЛИЦО 2 помощь, чтобы остаться в своем доме, либо помощь по оплате услуг учреждения долгосрочного ухода, например учреждения квалифицированного сестринского ухода?

Да  Нет

d. Была ли определена недееспособность ЛИЦА 2 Управлением социального страхования США или Инспекционной группой медицинских работников штата?

Да  Нет

e. Является ли ЛИЦО 2 участником программы для лечения людей с психическими заболеваниями, наркотической или алкогольной зависимостью в специализированном учреждении?

Да  Нет

**НУЖНА ПОМОЩЬ ПРИ ПОДАЧЕ ЗАЯВЛЕНИЯ?** Посетите веб-сайт [www.mnsure.org](http://www.mnsure.org) или позвоните нам по телефону **651-539-2099** (1-855-366-7873 за пределами региона Twin Cities). Если вам нужна помощь на каком-либо языке, кроме английского, сообщите нам. Мы поможем вам с переводом бесплатно.



## РАЗДЕЛ 2: ЛИЦО 2

(Продолжайте о ЛИЦЕ 2)

18. Находится ли ЛИЦО 2 в настоящее время в заключении или отбывает наказание?

Нет  Да - Если в тюрьме, ждет ли 2-е ЛИЦО решения в отношении обвинений?  Да  Нет

19. Этническая принадлежность при испанском или латиноамериканском происхождении (НЕ ОБЯЗАТЕЛЬНО – отметьте все подходящие варианты.)

Мексиканец  Мексикано-американец  Чикано или Чикана  Пуэрториканец  Кубинец  Другое: \_\_\_\_\_

20. Раса (НЕ ОБЯЗАТЕЛЬНО — отметьте все подходящие варианты.)

Белый  Темнокожий или афроамериканец  Коренной американец или уроженец Аляски  Индеец  
 Китаец  Филиппинец  Японец  Кореец  Вьетнамец  Другой азиат  
 Уроженец Гавайских островов  Уроженец Гуама или чаморро  Уроженец Самоа  
 Уроженец других тихоокеанских островов  Другое: \_\_\_\_\_

### Недавняя смена места работы

21. ДЕЛАЛО ЛИ ЛИЦО 2 ЧТО-ЛИБО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО НИЖЕ ЗА ПОСЛЕДНИЕ ШЕСТЬ МЕСЯЦЕВ? (Отметьте все подходящие варианты.)

меняли место работы  увольнялись с работы  работали меньше часов или вам снижали зарплату  ничего из перечисленного

### Информация о работе и доходе в настоящее время (Отметьте все подходящие варианты.)

**Работа по найму** Если в настоящее время ЛИЦО 2 работает по найму, расскажите о его (ее) доходе. Начните с вопроса 22.  
 **Работа на себя** Переходите к вопросу 26.  
 **Сезонная занятость** Переходите к вопросу 27.  
 **Без работы** Переходите к вопросу 28.

### Информация о текущей работе 1

22. ИМЯ, ФАМИЛИЯ И АДРЕС РАБОТОДАТЕЛЯ: Напишите название работодателя, указанное на вашем зарплатном чеке. ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР РАБОТОДАТЕЛЯ (EID)

23. НАЛОГООБЛАГАЕМАЯ ЗАРПЛАТА И ЧАЕВЫЕ: Укажите сумму после вычета всех доналоговых удержаний. Доналоговые удержания могут быть для пенсионного плана, медицинского страхового плана, плана оплаты ухода за ребенком или программы парковки и транспорта. Выберите одно и впишите сумму в долларах.

В час \$ \_\_\_\_\_ в час Часов в неделю: \_\_\_\_\_  
 В неделю \$ \_\_\_\_\_  
 Раз в две недел \$ \_\_\_\_\_  
 Дважды в месяц \$ \_\_\_\_\_  
 В месяц \$ \_\_\_\_\_  
 В год \$ \_\_\_\_\_

### Информация о текущей работе 2

(Если у ЛИЦА 2 больше мест работы, и вам нужно больше места, прикрепите еще один лист бумаги и укажите эту информацию.)

24. ИМЯ, ФАМИЛИЯ И АДРЕС РАБОТОДАТЕЛЯ: Напишите название работодателя, указанное на вашем зарплатном чеке. ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР РАБОТОДАТЕЛЯ (EID)

25. НАЛОГООБЛАГАЕМАЯ ЗАРПЛАТА И ЧАЕВЫЕ: Укажите сумму после вычета всех доналоговых удержаний. Доналоговые удержания могут быть для пенсионного плана, медицинского страхового плана, плана оплаты ухода за ребенком или программы парковки и транспорта. Выберите одно и впишите сумму в долларах.

В час \$ \_\_\_\_\_ в час Часов в неделю: \_\_\_\_\_  
 В неделю \$ \_\_\_\_\_  
 Раз в две недели \$ \_\_\_\_\_  
 Дважды в месяц \$ \_\_\_\_\_  
 В месяц \$ \_\_\_\_\_  
 В год \$ \_\_\_\_\_

**НУЖНА ПОМОЩЬ ПРИ ПОДАЧЕ ЗАЯВЛЕНИЯ?** Посетите веб-сайт [www.mnsure.org](http://www.mnsure.org) или позвоните нам по телефону **651-539-2099** (1-855-366-7873 за пределами региона Twin Cities). Если вам нужна помощь на каком-либо языке, кроме английского, сообщите нам. Мы поможем вам с переводом бесплатно.



## РАЗДЕЛ 2: ЛИЦО 2

(Продолжайте о ЛИЦЕ 2)

26. **ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬ:** ПРИБЫЛЬ ИЛИ УБЫТОК ОТ ФЕРМЕРСТВА, РЫБОЛОВСТВА ИЛИ ДРУГОГО БИЗНЕСА. ОТВЕЧАЙТЕ НА СЛЕДУЮЩИЕ ВОПРОСЫ:

а. Вид работы

\_\_\_\_\_

б. Какую сумму прибыли или убытка ожидает получить ЛИЦО 2 от индивидуального предпринимательства в следующие 12 месяцев?

Сумма прибыли \$ \_\_\_\_\_ или Сумма убытка \$ \_\_\_\_\_

27. **СЕЗОННЫЙ ДОХОД:** Заполняйте только если ЛИЦО 2 работает посезонно.

ОБЩАЯ СУММА ДОХОДОВ ЛИЦА 2 ОТ СЕЗОННОЙ РАБОТЫ В ТЕЧЕНИЕ СЛЕДУЮЩИХ 12 МЕСЯЦЕВ

ОБЩАЯ СУММА ВЫПЛАТ ПО БЕЗРАБОТИЦЕ ЛИЦУ 2 В ТЕЧЕНИЕ СЛЕДУЮЩИХ 12 МЕСЯЦЕВ

ИМЯ И АДРЕС РАБОТОДАТЕЛЯ: Напишите название работодателя, указанное на вашем зарплатном чеке.

ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР РАБОТОДАТЕЛЯ (EID)

28. **ДРУГИЕ ИСТОЧНИКИ ДОХОДА В ЭТОМ МЕСЯЦЕ:** Отметьте все подходящие варианты, укажите сумму и как часто ЛИЦО 2 ее получает. **Примечание:** ЛИЦУ 2 не нужно сообщать нам о материальной помощи на содержание ребенка, ветеранских выплатах, доходе из программы Achieving a Better Life Experience - ABLE (Достижение лучшего жизненного опыта) или Supplemental Security Income - SSI (дополнительной социальной помощи).

- Нет
- Пособие по безработице \$ \_\_\_\_\_ Как часто? \_\_\_\_\_
- Пенсия \$ \_\_\_\_\_ Как часто? \_\_\_\_\_
- Social Security \$ \_\_\_\_\_ в месяц.
- Пенсия из другого источника \$ \_\_\_\_\_ Как часто? \_\_\_\_\_
- Полученные алименты\* \$ \_\_\_\_\_ Как часто? \_\_\_\_\_
- Чистый доход от аренды \$ \_\_\_\_\_ Как часто? \_\_\_\_\_
- Процент \$ \_\_\_\_\_ Как часто? \_\_\_\_\_
- Какая часть этой суммы не облагается налогом? \$ \_\_\_\_\_

Другие налогооблагаемые источники дохода, ожидаемые в течение следующих 12 месяцев  
ТИП: \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ Как часто? \_\_\_\_\_

Другие налогооблагаемые источники дохода в этом месяце (Налогооблагаемый доход - это доход, который вы указали бы в разделе «Доход» федеральной налоговой декларации 1040 (IRS - Internal Revenue Service).)  
ТИП: \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ Как часто? \_\_\_\_\_

\*Не перечисляйте алименты, полученные в качестве дохода, если ваше соглашение о разводе или расторжении брака датировано после 2018 года.

**НУЖНА ПОМОЩЬ ПРИ ПОДАЧЕ ЗАЯВЛЕНИЯ?** Посетите веб-сайт [www.mnsure.org](http://www.mnsure.org) или позвоните нам по телефону **651-539-2099** (1-855-366-7873 за пределами региона Twin Cities). Если вам нужна помощь на каком-либо языке, кроме английского, сообщите нам. Мы поможем вам с переводом бесплатно.



**29. ПОПРАВКИ В ДОХОДЕ:** Отметьте все, что подходит, и укажите сумму и как часто ЛИЦО 2 её выплачивает.

Если у ЛИЦА 2 есть определенные расходы, которые могут быть вычтены из валового дохода в федеральной налоговой декларации, то если ЛИЦО 2 сообщит нам о них, стоимость медицинского страхования может быть немного ниже. См. «Корректировка доходов» в Приложении 1 формы 1040 IRS. **Примечание:** не включайте расходы, которые вы уже учли в своем ответе на вопрос о доходах или убытках от самостоятельной занятости (вопрос 26b).

- |                                                                                                                      |          |                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|------------------|
| <input type="checkbox"/> Преподавательские расходы                                                                   | \$ _____ | Как часто? _____ |
| <input type="checkbox"/> Определенные бизнес-расходы резервистов, артистов-исполнителей и государственных чиновников | \$ _____ | Как часто? _____ |
| <input type="checkbox"/> Вычет по сберегательному счету на медицинские расходы                                       | \$ _____ | Как часто? _____ |
| <input type="checkbox"/> Расходы на передислокацию для военнослужащих, проходящих военную службу                     | \$ _____ | Как часто? _____ |
| <input type="checkbox"/> Вычитаемая часть налога на самозанятость                                                    | \$ _____ | Как часто? _____ |
| <input type="checkbox"/> SEP, SIMPLE и квалифицированные планы индивидуальных предпринимателей                       | \$ _____ | Как часто? _____ |
| <input type="checkbox"/> Отчисление на медицинское страхование для индивидуальных предпринимателей                   | \$ _____ | Как часто? _____ |
| <input type="checkbox"/> Штраф за досрочное снятие сбережений                                                        | \$ _____ | Как часто? _____ |
| <input type="checkbox"/> AI Выплата алиментов*                                                                       | \$ _____ | Как часто? _____ |
| <input type="checkbox"/> Вычет IRA                                                                                   | \$ _____ | Как часто? _____ |
| <input type="checkbox"/> Проценты по студенческому кредиту                                                           | \$ _____ | Как часто? _____ |
| <input type="checkbox"/> Плата за обучение                                                                           | \$ _____ | Как часто? _____ |

\*Не перечисляйте алименты в качестве поправки дохода, если ваше соглашение о разводе или расторжении брака датировано после 2018 года.

**30. ПРЕДПОЛАГАЕМЫЙ ГОДОВОЙ ДОХОД В 2020 ГОДУ:** Ожидает ли ЛИЦО 2, что его/ее годовой доход за 2020 год будет отличаться от дохода, который он/она указал в предыдущих вопросах?

- Да – общий доход, ожидаемый в 2020 году: \$ \_\_\_\_\_  Нет

См. стр. 25 для получения дополнительной информации о том, как рассчитать прогнозируемый годовой доход для ЛИЦА 2.



## РАЗДЕЛ 2: ЛИЦО 3

Заполните Разделы 2-4 в отношении других лиц, которых необходимо включить в заявление. Информацию о лицах, которых необходимо включить в заявление, см. в Разделе 1 на стр. 1. Если у вас больше нет лиц для включения в данное заявление, перейдите на страницу 22, шаг 3.

1. ИМЯ, СРЕДНЕЕ ИМЯ, ФАМИЛИЯ, ДОПОЛНЕНИЕ, ФАМИЛИИ		2. СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ <input type="radio"/> Живу отдельно по постановлению суда <input type="radio"/> Женат (замужем) <input type="radio"/> В разводе <input type="radio"/> Вдовец (вдова) <input type="radio"/> Никогда не состоял (-а) в браке	
3. КЕМ ВАМ ПРИХОДИТСЯ	4. ДАТА РОЖДЕНИЯ _____ (мм/дд/гггг) Если лицу еще нет 18 лет, находится ли лицо под контролем одного из родителей? <input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет		5. ПОЛ <input type="radio"/> Мужской <input type="radio"/> Женский
6. Есть ли у ЛИЦА 3 номер Social Security (SSN)? <input type="radio"/> Да – укажите номер SSN ЛИЦА 3?* _____ <input type="radio"/> Нет – подавало ли ЛИЦО 3 заявление на получение номера SSN? <input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет – почему? Выберите код причины из списка на странице 25: _____ *Смотрите разделы Уведомление о порядке обеспечения конфиденциальности и Уведомление о правах и обязанностях (Приложение А) за информацией о номерах SSN.			
7. ЛИЦО 3 проживает по тому же адресу, что и вы? <input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет – укажите адрес: _____			
8. ЛИЦО 3 собирается подавать декларацию по федеральному подоходному налогу <b>в следующем году?</b> <i>(Даже если ЛИЦО 3 не подает декларацию по федеральному подоходному налогу, это лицо все равно может подать заявление на получение медицинской страховки.)</i> <input type="radio"/> Да – ответьте на вопросы а-с. <input type="radio"/> Нет – переходите к вопросу с. а. ЛИЦО 3 будет подавать документ совместно с супругом (супругой)? <input type="radio"/> Да – имя супруга/супруги: _____ <input type="radio"/> Нет – Будет ли ЛИЦО 3 подавать декларацию как «В браке, с отдельной подачей документов» по причине домашнего насилия или выхода из брака супруга (супруг/супруга покинул домохозяйство) или же как «Глава домохозяйства»? <input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет б. Будет ли ЛИЦО 3 указывать каких-либо иждивенцев в своей налоговой декларации? <input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет Если да, укажите имя (имена), фамилию (фамилии) иждивенцев: _____ в. Будет ли ЛИЦО 3 указано в качестве иждивенца в чьей-либо налоговой декларации? <input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет Если да, укажите имя, фамилию лица, подающего декларацию: _____ Кем ЛИЦО 3 приходится лицу, подающему декларацию? _____			
9. ЛИЦО 3 вынашивает беременность? <input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет Если да, рождение скольких детей ожидается на исходе этой беременности? _____ Предполагаемая дата родов: _____ (мм/дд/гггг)			
10. Планирует ли ЛИЦО 3 подать заявление на получение медицинской страховки? <i>(Даже если у ЛИЦА 3 есть страховка, это лицо может выбрать программу с более оптимальным страховым покрытием или более низкой стоимостью.)</i> <input type="radio"/> Да – ответьте на все вопросы ниже. <input type="radio"/> Нет – перейдите к вопросам о работе и доходе на стр. 14.			
11. Посещает ли ЛИЦО 3 Миннесоту для получения медицинской помощи или по личным причинам? <input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет а. Планирует ли ЛИЦО 3 проживать в штате Миннесота на постоянной основе? <input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет			
12. Является ли ЛИЦО 3 гражданином или подданным США? <i>(Подданными США являются лица, рожденные в Американской Самоа или на островах Суэйнс; лицо, родившееся за пределами США, оба родителя или один из родителей которого является подданным США; либо лицо, родившееся на Северных Марианских Островах и решившее стать подданным США.)</i> <input type="radio"/> Да – переходите к вопросу 15. <input type="radio"/> Нет – переходите к вопросу 13.			

**НУЖНА ПОМОЩЬ ПРИ ПОДАЧЕ ЗАЯВЛЕНИЯ?** Посетите веб-сайт [www.mnsure.org](http://www.mnsure.org) или позвоните нам по телефону **651-539-2099** (1-855-366-7873 за пределами региона Twin Cities). Если вам нужна помощь на каком-либо языке, кроме английского, сообщите нам. Мы поможем вам с переводом бесплатно.



## РАЗДЕЛ 2: ЛИЦО 3

(Продолжайте о ЛИЦЕ 3)

13. Каков текущий иммиграционный статус ЛИЦА 3? (Выберите код статуса из списка на странице 25. Если статуса ЛИЦА 3 нет в списке, укажите его ниже.)

Код или статус: \_\_\_\_\_

- a. Вид иммиграционного документа: \_\_\_\_\_ b. Номер удостоверения иностранца: \_\_\_\_\_
- c. Номер карточки: \_\_\_\_\_ d. Дата истечения срока иностранца (ММ/ДД/ГГГГ): \_\_\_\_\_
- e. Дата прибытия (ММ/ДД/ГГГГ): \_\_\_\_\_
- f. Прибыло ли ЛИЦО 3 в США до 22 августа 1996 г.?  Да  Нет
- g. Прожило ли ЛИЦО 3 в Соединённых Штатах пять или более лет в правомочном статусе? (См. страницу 25 для определения правомочности статуса ЛИЦА 3.)  Да  Нет
- h. Есть ли у ЛИЦА 3 спонсор?  Да – имя спонсора: \_\_\_\_\_  Нет
- i. Является ли ЛИЦО 3, его/ее супруг или родитель ветераном или военнослужащим на действительной службе?  Да  Нет
- j. Заинтересованы ли вы в помощи в оплате неотложной медицинской ситуации?  
 Нет  Да – укажите даты начала и окончания неотложной медицинской ситуации?  
\_\_\_\_\_ (ММ/ДД/ГГГГ) до \_\_\_\_\_ (ММ/ДД/ГГГГ)
- k. Получает ли ЛИЦО 3 услуги в Центре для жертв истязательств?  Да  Нет

14. Был ли у ЛИЦА 3 когда-либо иммиграционный статус, отличный от его (или ее) текущего статуса (например, статус беженца или лица, получившего убежище)?

- Нет  Да – укажите прежний иммиграционный статус ЛИЦА 3? (Выберите код статуса из списка на странице 25. Если прежнего статуса ЛИЦА 3 нет в списке, укажите его ниже.)

Код или статус: \_\_\_\_\_ Исходная дата въезда: \_\_\_\_\_ (ММ/ДД/ГГГГ)

15. Хочет ли ЛИЦО 3 получить помощь по программе МА для оплаты медицинских счетов за последние три месяца? (ЛИЦО 3 может получить выплаты по программе МА за медицинские услуги, оказанные в течение трех месяцев до даты подачи заявления, при условии что ЛИЦО 3 сохранил (-а) медицинские счета и удовлетворяет требованиям программы МА.)

- Да – ответьте на вопросы а и б.  Нет – переходите к вопросу 16.

- a. Сколько месяцев?  Один  Два  Три
- b. Изменилась ли указанная в заявлении информация за последние месяцы? (К примеру, доход, беременность и проживание в Миннесоте)?  
 Да  Нет

16. Находилась ли ЛИЦО 3 в патронажном воспитании в Миннесоте?  Да – отвечайте на вопросы а и б  Нет

- a. Закончилось ли патронажное воспитание когда ЛИЦО 3 достигло возраста 18 лет или старше?  Да  Нет
- b. Получало ли ЛИЦО 3 льготы программ Medical Assistance или MinnesotaCare во время окончания патронажного воспитания?  
 Да  Нет

17. Ответьте «да» или «нет» на следующие пять вопросов.

- a. Страдает ли ЛИЦО 3 слепотой?  Да  Нет
- b. Страдает ли ЛИЦО 3 физическим, психическим или эмоциональным заболеванием, которое ограничивает его (ее) деятельность (например, принятие ванны, одевание, повседневные домашние дела и т. д.)?  
 Да  Нет
- c. Нужна ли ЛИЦО 3 помощь, чтобы остаться в своем доме, либо помощь по оплате услуг учреждения долгосрочного ухода, например учреждения квалифицированного сестринского ухода?  
 Да  Нет
- d. Была ли определена недееспособность ЛИЦА 3 Управлением социального страхования США или Инспекционной группой медицинских работников штата?  
 Да  Нет
- e. Является ли ЛИЦО 3 участником программы для лечения людей с психическими заболеваниями, наркотической или алкогольной зависимостью в специализированном учреждении?  
 Да  Нет

**НУЖНА ПОМОЩЬ ПРИ ПОДАЧЕ ЗАЯВЛЕНИЯ?** Посетите веб-сайт [www.mnsure.org](http://www.mnsure.org) или позвоните нам по телефону **651-539-2099** (1-855-366-7873 за пределами региона Twin Cities). Если вам нужна помощь на каком-либо языке, кроме английского, сообщите нам. Мы поможем вам с переводом бесплатно.



## РАЗДЕЛ 2: ЛИЦО 3

(Продолжайте о ЛИЦЕ 3)

18. Находится ли ЛИЦО 3 в настоящее время в заключении или отбывает наказание?

Нет  Да - Если в тюрьме, ждет ли 3-е ЛИЦО решения в отношении обвинений?  Да  Нет

19. Этническая принадлежность при испанском или латиноамериканском происхождении (НЕ ОБЯЗАТЕЛЬНО – отметьте все подходящие варианты.)

Мексиканец  Мексикано-американец  Чикано или Чикана  Пуэрториканец  Кубинец  Другое: \_\_\_\_\_

20. Раса (НЕ ОБЯЗАТЕЛЬНО — отметьте все подходящие варианты.)

Белый  Темнокожий или афроамериканец  Коренной американец или уроженец Аляски  Индеец  
 Китаец  Филиппинец  Японец  Кореец  Вьетнамец  Другой азиат  
 Уроженец Гавайских островов  Уроженец Гуама или чаморро  Уроженец Самоа  
 Уроженец других тихоокеанских островов  Другое: \_\_\_\_\_

### Недавняя смена места работы

21. ДЕЛАЛО ЛИ ЛИЦО 3 ЧТО-ЛИБО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО НИЖЕ ЗА ПОСЛЕДНИЕ ШЕСТЬ МЕСЯЦЕВ? (Отметьте все подходящие варианты.)

меняли место работы  увольнялись с работы  работали меньше часов или вам снижали зарплату  ничего из перечисленного

### Информация о работе и доходе в настоящее время (Отметьте все подходящие варианты.)

**Работа по найму** Если в настоящее время ЛИЦО 3 работает по найму, расскажите о его (ее) доходе. Начните с вопроса 22.  
 **Работа на себя** Переходите к вопросу 26.  
 **Сезонная занятость** Переходите к вопросу 27.  
 **Без работы** Переходите к вопросу 28.

### Информация о текущей работе 1

22. ИМЯ, ФАМИЛИЯ И АДРЕС РАБОТОДАТЕЛЯ: Напишите название работодателя, указанное на вашем зарплатном чеке. ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР РАБОТОДАТЕЛЯ (EID)

23. НАЛОГООБЛАГАЕМАЯ ЗАРПЛАТА И ЧАЕВЫЕ: Укажите сумму после вычета всех доналоговых удержаний. Доналоговые удержания могут быть для пенсионного плана, медицинского страхового плана, плана оплаты ухода за ребенком или программы парковки и транспорта. Выберите одно и впишите сумму в долларах.

В час \$ \_\_\_\_\_ в час Часов в неделю: \_\_\_\_\_  
 В неделю \$ \_\_\_\_\_  
 Раз в две недел \$ \_\_\_\_\_  
 Дважды в месяц \$ \_\_\_\_\_  
 В месяц \$ \_\_\_\_\_  
 В год \$ \_\_\_\_\_

### Информация о текущей работе 2

(Если у ЛИЦА 3 больше мест работы, и вам нужно больше места, прикрепите еще один лист бумаги и укажите эту информацию.)

24. ИМЯ, ФАМИЛИЯ И АДРЕС РАБОТОДАТЕЛЯ: Напишите название работодателя, указанное на вашем зарплатном чеке. ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР РАБОТОДАТЕЛЯ (EID)

25. НАЛОГООБЛАГАЕМАЯ ЗАРПЛАТА И ЧАЕВЫЕ: Укажите сумму после вычета всех доналоговых удержаний. Доналоговые удержания могут быть для пенсионного плана, медицинского страхового плана, плана оплаты ухода за ребенком или программы парковки и транспорта. Выберите одно и впишите сумму в долларах.

В час \$ \_\_\_\_\_ в час Часов в неделю: \_\_\_\_\_  
 В неделю \$ \_\_\_\_\_  
 Раз в две недели \$ \_\_\_\_\_  
 Дважды в месяц \$ \_\_\_\_\_  
 В месяц \$ \_\_\_\_\_  
 В год \$ \_\_\_\_\_

**НУЖНА ПОМОЩЬ ПРИ ПОДАЧЕ ЗАЯВЛЕНИЯ?** Посетите веб-сайт [www.mnsure.org](http://www.mnsure.org) или позвоните нам по телефону **651-539-2099** (1-855-366-7873 за пределами региона Twin Cities). Если вам нужна помощь на каком-либо языке, кроме английского, сообщите нам. Мы поможем вам с переводом бесплатно.



## РАЗДЕЛ 2: ЛИЦО 3

(Продолжайте о ЛИЦЕ 3)

26. **ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬ:** ПРИБЫЛЬ ИЛИ УБЫТОК ОТ ФЕРМЕРСТВА, РЫБОЛОВСТВА ИЛИ ДРУГОГО БИЗНЕСА. ОТВЕЧАЙТЕ НА СЛЕДУЮЩИЕ ВОПРОСЫ:

а. Вид работы

\_\_\_\_\_

б. Какую сумму прибыли или убытка ожидает получить ЛИЦО 3 от индивидуального предпринимательства в следующие 12 месяцев?

Сумма прибыли \$ \_\_\_\_\_ или Сумма убытка \$ \_\_\_\_\_

27. **СЕЗОННЫЙ ДОХОД:** Заполняйте только если ЛИЦО 3 работает посезонно.

ОБЩАЯ СУММА ДОХОДОВ ЛИЦА 3 ОТ СЕЗОННОЙ РАБОТЫ В ТЕЧЕНИЕ СЛЕДУЮЩИХ 12 МЕСЯЦЕВ

ОБЩАЯ СУММА ВЫПЛАТ ПО БЕЗРАБОТИЦЕ ЛИЦУ 3 В ТЕЧЕНИЕ СЛЕДУЮЩИХ 12 МЕСЯЦЕВ

ИМЯ И АДРЕС РАБОТОДАТЕЛЯ: Напишите название работодателя, указанное на вашем зарплатном чеке.

ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР РАБОТОДАТЕЛЯ (EID)

28. **ДРУГИЕ ИСТОЧНИКИ ДОХОДА В ЭТОМ МЕСЯЦЕ:** Отметьте все подходящие варианты, укажите сумму и как часто ЛИЦО 3 ее получает. **Примечание:** ЛИЦУ 3 не нужно сообщать нам о материальной помощи на содержание ребенка, ветеранских выплатах, доходе из программы Achieving a Better Life Experience - ABLE (Достижение лучшего жизненного опыта) или Supplemental Security Income - SSI (дополнительной социальной помощи).

- Нет
- Пособие по безработице \$ \_\_\_\_\_ Как часто? \_\_\_\_\_
- Пенсия \$ \_\_\_\_\_ Как часто? \_\_\_\_\_
- Social Security \$ \_\_\_\_\_ в месяц.
- Пенсия из другого источника \$ \_\_\_\_\_ Как часто? \_\_\_\_\_
- Полученные алименты\* \$ \_\_\_\_\_ Как часто? \_\_\_\_\_
- Чистый доход от аренды \$ \_\_\_\_\_ Как часто? \_\_\_\_\_
- Процент \$ \_\_\_\_\_ Как часто? \_\_\_\_\_
- Какая часть этой суммы не облагается налогом? \$ \_\_\_\_\_

Другие налогооблагаемые источники дохода, ожидаемые в течение следующих 12 месяцев  
ТИП: \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ Как часто? \_\_\_\_\_

Другие налогооблагаемые источники дохода в этом месяце (Налогооблагаемый доход - это доход, который вы указали бы в разделе «Доход» федеральной налоговой декларации 1040 (IRS - Internal Revenue Service).)

ТИП: \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ Как часто? \_\_\_\_\_

\*Не перечисляйте алименты, полученные в качестве дохода, если ваше соглашение о разводе или расторжении брака датировано после 2018 года.

**НУЖНА ПОМОЩЬ ПРИ ПОДАЧЕ ЗАЯВЛЕНИЯ?** Посетите веб-сайт [www.mnsure.org](http://www.mnsure.org) или позвоните нам по телефону **651-539-2099** (1-855-366-7873 за пределами региона Twin Cities). Если вам нужна помощь на каком-либо языке, кроме английского, сообщите нам. Мы поможем вам с переводом бесплатно.



**29. ПОПРАВКИ В ДОХОДЕ:** Отметьте все, что подходит, и укажите сумму и как часто ЛИЦО 3 её выплачивает.

Если у ЛИЦА 3 есть определенные расходы, которые могут быть вычтены из валового дохода в федеральной налоговой декларации, то если ЛИЦО 3 сообщит нам о них, стоимость медицинского страхования может быть немного ниже. См. «Корректировка доходов» в Приложении 1 формы 1040 IRS. **Примечание:** не включайте расходы, которые вы уже учли в своем ответе на вопрос о доходах или убытках от самостоятельной занятости (вопрос 26b).

- |                                                                                                                      |          |                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|------------------|
| <input type="checkbox"/> Преподавательские расходы                                                                   | \$ _____ | Как часто? _____ |
| <input type="checkbox"/> Определенные бизнес-расходы резервистов, артистов-исполнителей и государственных чиновников | \$ _____ | Как часто? _____ |
| <input type="checkbox"/> Вычет по сберегательному счету на медицинские расходы                                       | \$ _____ | Как часто? _____ |
| <input type="checkbox"/> Расходы на передислокацию для военнослужащих, проходящих военную службу                     | \$ _____ | Как часто? _____ |
| <input type="checkbox"/> Вычитаемая часть налога на самозанятость                                                    | \$ _____ | Как часто? _____ |
| <input type="checkbox"/> SEP, SIMPLE и квалифицированные планы индивидуальных предпринимателей                       | \$ _____ | Как часто? _____ |
| <input type="checkbox"/> Отчисление на медицинское страхование для индивидуальных предпринимателей                   | \$ _____ | Как часто? _____ |
| <input type="checkbox"/> Штраф за досрочное снятие сбережений                                                        | \$ _____ | Как часто? _____ |
| <input type="checkbox"/> AI Выплата алиментов*                                                                       | \$ _____ | Как часто? _____ |
| <input type="checkbox"/> Вычет IRA                                                                                   | \$ _____ | Как часто? _____ |
| <input type="checkbox"/> Проценты по студенческому кредиту                                                           | \$ _____ | Как часто? _____ |
| <input type="checkbox"/> Плата за обучение                                                                           | \$ _____ | Как часто? _____ |

\*Не перечисляйте алименты в качестве поправки дохода, если ваше соглашение о разводе или расторжении брака датировано после 2018 года.

**30. ПРЕДПОЛАГАЕМЫЙ ГОДОВОЙ ДОХОД В 2020 ГОДУ:** Ожидает ли ЛИЦО 3, что его/ее годовой доход за 2020 год будет отличаться от дохода, который он/она указал в предыдущих вопросах?

- Да – общий доход, ожидаемый в 2020 году: \$ \_\_\_\_\_  Нет

См. стр. 25 для получения дополнительной информации о том, как рассчитать прогнозируемый годовой доход для ЛИЦА 3.



Если в вашей семье более четырех человек, то сделайте копии страниц 17-21 и заполните скопированные листы для того, чтобы включить всех членов семьи в данное заявление.



## РАЗДЕЛ 2: ЛИЦО 4

Заполните Разделы 2-4 в отношении других лиц, которых необходимо включить в заявление. Информацию о лицах, которых необходимо включить в заявление, см. в Разделе 1 на стр. 1. Если у вас больше нет лиц для включения в данное заявление, перейдите на страницу 22, шаг 3.

1. ИМЯ, СРЕДНЕЕ ИМЯ, ФАМИЛИЯ, ДОПОЛНЕНИЕ, ФАМИЛИИ		2. СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ <input type="radio"/> Живу отдельно по постановлению суда <input type="radio"/> Женат (замужем) <input type="radio"/> В разводе <input type="radio"/> Вдовец (вдова) <input type="radio"/> Никогда не состоял (-а) в браке	
3. КЕМ ВАМ ПРИХОДИТСЯ	4. ДАТА РОЖДЕНИЯ _____ (ММ/ДД/ГГГГ) Если лицу еще нет 18 лет, находится ли лицо под контролем одного из родителей? <input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет		5. ПОЛ <input type="radio"/> Мужской <input type="radio"/> Женский
6. Есть ли у ЛИЦА 4 номер Social Security (SSN)? <input type="radio"/> Да – укажите номер SSN ЛИЦА 4?* _____ <input type="radio"/> Нет – подавало ли ЛИЦО 4 заявление на получение номера SSN? <input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет – почему? Выберите код причины из списка на странице 25: _____ *Смотрите разделы Уведомление о порядке обеспечения конфиденциальности и Уведомление о правах и обязанностях (Приложение А) за информацией о номерах SSN.			
7. ЛИЦО 4 проживает по тому же адресу, что и вы? <input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет – укажите адрес: _____			
8. ЛИЦО 4 собирается подавать декларацию по федеральному подоходному налогу <b>в следующем году?</b> <i>(Даже если ЛИЦО 4 не подает декларацию по федеральному подоходному налогу, это лицо все равно может подать заявление на получение медицинской страховки.)</i> <input type="radio"/> Да – ответьте на вопросы а-с. <input type="radio"/> Нет – переходите к вопросу с. а. ЛИЦО 4 будет подавать документ совместно с супругом (супругой)? <input type="radio"/> Да – имя супруга/супруги: _____ <input type="radio"/> Нет – Будет ли ЛИЦО 4 подавать декларацию как «В браке, с отдельной подачей документов» по причине домашнего насилия или выхода из брака супруга (супруг/супруга покинул домохозяйство) или же как «Глава домохозяйства»? <input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет б. Будет ли ЛИЦО 4 указывать каких-либо иждивенцев в своей налоговой декларации? <input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет Если да, укажите имя (имена), фамилию (фамилии) иждивенцев: _____ с. Будет ли ЛИЦО 4 указано в качестве иждивенца в чьей-либо налоговой декларации? <input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет Если да, укажите имя, фамилию лица, подающего декларацию: _____ Кем ЛИЦО 4 приходится лицу, подающему декларацию? _____			
9. ЛИЦО 4 вынашивает беременность? <input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет Если да, рождение скольких детей ожидается на исходе этой беременности? _____ Предполагаемая дата родов: _____ (ММ/ДД/ГГГГ)			
10. Планирует ли ЛИЦО 4 подать заявление на получение медицинской страховки? <i>(Даже если у ЛИЦА 4 есть страховка, это лицо может выбрать программу с более оптимальным страховым покрытием или более низкой стоимостью.)</i> <input type="radio"/> Да – ответьте на все вопросы ниже. <input type="radio"/> Нет – перейдите к вопросам о работе и доходе на стр. 19.			
11. Посещает ли ЛИЦО 4 Миннесоту для получения медицинской помощи или по личным причинам? <input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет а. Планирует ли ЛИЦО 4 проживать в штате Миннесота на постоянной основе? <input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет			
12. Является ли ЛИЦО 4 гражданином или подданным США? <i>(Подданными США являются лица, рожденные в Американской Самоа или на островах Суэйнс; лицо, родившееся за пределами США, оба родителя или один из родителей которого является подданным США; либо лицо, родившееся на Северных Марианских Островах и решившее стать подданным США.)</i> <input type="radio"/> Да – переходите к вопросу 15. <input type="radio"/> Нет – переходите к вопросу 13.			

**НУЖНА ПОМОЩЬ ПРИ ПОДАЧЕ ЗАЯВЛЕНИЯ?** Посетите веб-сайт [www.mnsure.org](http://www.mnsure.org) или позвоните нам по телефону **651-539-2099** (1-855-366-7873 за пределами региона Twin Cities). Если вам нужна помощь на каком-либо языке, кроме английского, сообщите нам. Мы поможем вам с переводом бесплатно.



## РАЗДЕЛ 2: ЛИЦО 4

(Продолжайте о ЛИЦЕ 4)

13. Каков текущий иммиграционный статус ЛИЦА 4? (Выберите код статуса из списка на странице 25. Если статуса ЛИЦА 4 нет в списке, укажите его ниже.)

Код или статус: \_\_\_\_\_

- a. Вид иммиграционного документа: \_\_\_\_\_ b. Номер удостоверения иностранца: \_\_\_\_\_
- c. Номер карточки: \_\_\_\_\_ d. Дата истечения срока иностранца (ММ/ДД/ГГГГ): \_\_\_\_\_
- e. Дата прибытия (ММ/ДД/ГГГГ): \_\_\_\_\_
- f. Прибыло ли ЛИЦО 4 в США до 22 августа 1996 г.?  Да  Нет
- g. Прожило ли ЛИЦО 4 в Соединённых Штатах пять или более лет в правомочном статусе? (См. страницу 25 для определения правомочности статуса ЛИЦА 4.)  Да  Нет
- h. Есть ли у ЛИЦА 4 спонсор?  Да – имя спонсора: \_\_\_\_\_  Нет
- i. Является ли ЛИЦО 4, его/ее супруг или родитель ветераном или военнослужащим на действительной службе?  Да  Нет
- j. Заинтересованы ли вы в помощи в оплате неотложной медицинской ситуации?  
 Нет  Да – укажите даты начала и окончания неотложной медицинской ситуации?  
\_\_\_\_\_ (ММ/ДД/ГГГГ) до \_\_\_\_\_ (ММ/ДД/ГГГГ)
- k. Получает ли ЛИЦО 4 услуги в Центре для жертв истязательств?  Да  Нет

14. Был ли у ЛИЦА 4 когда-либо иммиграционный статус, отличный от его (или ее) текущего статуса (например, статус беженца или лица, получившего убежище)?

- Нет  Да – укажите прежний иммиграционный статус ЛИЦА 4? (Выберите код статуса из списка на странице 25. Если прежнего статуса ЛИЦА 4 нет в списке, укажите его ниже.)st.)

Код или статус: \_\_\_\_\_ Исходная дата въезда: \_\_\_\_\_ (ММ/ДД/ГГГГ)

15. Хочет ли ЛИЦО 4 получить помощь по программе МА для оплаты медицинских счетов за последние три месяца? (ЛИЦО 4 может получить выплаты по программе МА за медицинские услуги, оказанные в течение трех месяцев до даты подачи заявления, при условии что ЛИЦО 4 сохранил (-а) медицинские счета и удовлетворяет требованиям программы МА.)

- Да – ответьте на вопросы а и б.  Нет – переходите к вопросу 16.

- a. Сколько месяцев?  Один  Два  Три
- b. Изменилась ли указанная в заявлении информация за последние месяцы? (К примеру, доход, беременность и проживание в Миннесоте)?  
 Да  Нет

16. Находилась ли ЛИЦО 4 в патронажном воспитании в Миннесоте?  Да – отвечайте на вопросы а и б  Нет

- a. Закончилось ли патронажное воспитание когда ЛИЦО 4 достигло возраста 18 лет или старше?  Да  Нет
- b. Получало ли ЛИЦО 4 льготы программ Medical Assistance или MinnesotaCare во время окончания патронажного воспитания?  
 Да  Нет

17. Ответьте «да» или «нет» на следующие пять вопросов.

- a. Страдает ли ЛИЦО 4 слепотой?  Да  Нет
- b. Страдает ли ЛИЦО 4 физическим, психическим или эмоциональным заболеванием, которое ограничивает его (ее) деятельность (например, принятие ванны, одевание, повседневные домашние дела и т. д.)?  
 Да  Нет
- c. Нужна ли ЛИЦО 4 помощь, чтобы остаться в своем доме, либо помощь по оплате услуг учреждения долгосрочного ухода, например учреждения квалифицированного сестринского ухода?  
 Да  Нет
- d. Была ли определена недееспособность ЛИЦА 4 Управлением социального страхования США или Инспекционной группой медицинских работников штата?  
 Да  Нет
- e. Является ли ЛИЦО 4 участником программы для лечения людей с психическими заболеваниями, наркотической или алкогольной зависимостью в специализированном учреждении?  
 Да  Нет

**НУЖНА ПОМОЩЬ ПРИ ПОДАЧЕ ЗАЯВЛЕНИЯ?** Посетите веб-сайт [www.mnsure.org](http://www.mnsure.org) или позвоните нам по телефону **651-539-2099** (1-855-366-7873 за пределами региона Twin Cities). Если вам нужна помощь на каком-либо языке, кроме английского, сообщите нам. Мы поможем вам с переводом бесплатно.



## РАЗДЕЛ 2: ЛИЦО 4

(Продолжайте о ЛИЦЕ 2)

18. Находится ли ЛИЦО 4 в настоящее время в заключении или отбывает наказание?

Нет  Да - Если в тюрьме, ждет ли 4-е ЛИЦО решения в отношении обвинений?  Да  Нет

19. Этническая принадлежность при испанском или латиноамериканском происхождении (НЕ ОБЯЗАТЕЛЬНО – отметьте все подходящие варианты.)

Мексиканец  Мексикано-американец  Чикано или Чикана  Пуэрториканец  Кубинец  Другое: \_\_\_\_\_

20. Раса (НЕ ОБЯЗАТЕЛЬНО — отметьте все подходящие варианты.)

Белый  Темнокожий или афроамериканец  Коренной американец или уроженец Аляски  Индеец  
 Китаец  Филиппинец  Японец  Кореец  Вьетнамец  Другой азиат  
 Уроженец Гавайских островов  Уроженец Гуама или чаморро  Уроженец Самоа  
 Уроженец других тихоокеанских островов  Другое: \_\_\_\_\_

### Недавняя смена места работы

21. ДЕЛАЛО ЛИ ЛИЦО 4 ЧТО-ЛИБО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО НИЖЕ ЗА ПОСЛЕДНИЕ ШЕСТЬ МЕСЯЦЕВ? (Отметьте все подходящие варианты.)

меняли место работы  увольнялись с работы  работали меньше часов или вам снижали зарплату  ничего из перечисленного

### Информация о работе и доходе в настоящее время (Отметьте все подходящие варианты.)

**Работа по найму** Если в настоящее время ЛИЦО 4 работает по найму, расскажите о его (ее) доходе. Начните с вопроса 22.  
 **Работа на себя** Переходите к вопросу 26.  
 **Сезонная занятость** Переходите к вопросу 27.  
 **Без работы** Переходите к вопросу 28.

### Информация о текущей работе 1

22. ИМЯ, ФАМИЛИЯ И АДРЕС РАБОТОДАТЕЛЯ: Напишите название работодателя, указанное на вашем зарплатном чеке. ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР РАБОТОДАТЕЛЯ (EID)

23. НАЛОГООБЛАГАЕМАЯ ЗАРПЛАТА И ЧАЕВЫЕ: Укажите сумму после вычета всех доналоговых удержаний. Доналоговые удержания могут быть для пенсионного плана, медицинского страхового плана, плана оплаты ухода за ребенком или программы парковки и транспорта. Выберите одно и впишите сумму в долларах.

В час \$ \_\_\_\_\_ в час Часов в неделю: \_\_\_\_\_  
 В неделю \$ \_\_\_\_\_  
 Раз в две недел \$ \_\_\_\_\_  
 Дважды в месяц \$ \_\_\_\_\_  
 В месяц \$ \_\_\_\_\_  
 В год \$ \_\_\_\_\_

### Информация о текущей работе 2

(Если у ЛИЦА 4 больше мест работы, и вам нужно больше места, прикрепите еще один лист бумаги и укажите эту информацию.)

24. ИМЯ, ФАМИЛИЯ И АДРЕС РАБОТОДАТЕЛЯ: Напишите название работодателя, указанное на вашем зарплатном чеке. ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР РАБОТОДАТЕЛЯ (EID)

25. НАЛОГООБЛАГАЕМАЯ ЗАРПЛАТА И ЧАЕВЫЕ: Укажите сумму после вычета всех доналоговых удержаний. Доналоговые удержания могут быть для пенсионного плана, медицинского страхового плана, плана оплаты ухода за ребенком или программы парковки и транспорта. Выберите одно и впишите сумму в долларах.

В час \$ \_\_\_\_\_ в час Часов в неделю: \_\_\_\_\_  
 В неделю \$ \_\_\_\_\_  
 Раз в две недели \$ \_\_\_\_\_  
 Дважды в месяц \$ \_\_\_\_\_  
 В месяц \$ \_\_\_\_\_  
 В год \$ \_\_\_\_\_

**НУЖНА ПОМОЩЬ ПРИ ПОДАЧЕ ЗАЯВЛЕНИЯ?** Посетите веб-сайт [www.mnsure.org](http://www.mnsure.org) или позвоните нам по телефону **651-539-2099** (1-855-366-7873 за пределами региона Twin Cities). Если вам нужна помощь на каком-либо языке, кроме английского, сообщите нам. Мы поможем вам с переводом бесплатно.



## РАЗДЕЛ 2: ЛИЦО 4

(Продолжайте о ЛИЦЕ 4)

26. **ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬ:** ПРИБЫЛЬ ИЛИ УБЫТОК ОТ ФЕРМЕРСТВА, РЫБОЛОВСТВА ИЛИ ДРУГОГО БИЗНЕСА. ОТВЕЧАЙТЕ НА СЛЕДУЮЩИЕ ВОПРОСЫ:

а. Вид работы

\_\_\_\_\_

б. Какую сумму прибыли или убытка ожидает получить ЛИЦО 4 от индивидуального предпринимательства в следующие 12 месяцев?

Сумма прибыли \$ \_\_\_\_\_ или Сумма убытка \$ \_\_\_\_\_

27. **СЕЗОННЫЙ ДОХОД:** Заполняйте только если ЛИЦО 4 работает посезонно.

ОБЩАЯ СУММА ДОХОДОВ ЛИЦА 4 ОТ СЕЗОННОЙ РАБОТЫ В ТЕЧЕНИЕ СЛЕДУЮЩИХ 12 МЕСЯЦЕВ

ОБЩАЯ СУММА ВЫПЛАТ ПО БЕЗРАБОТИЦЕ ЛИЦУ 4 В ТЕЧЕНИЕ СЛЕДУЮЩИХ 12 МЕСЯЦЕВ

ИМЯ И АДРЕС РАБОТОДАТЕЛЯ: Напишите название работодателя, указанное на вашем зарплатном чеке.

ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР РАБОТОДАТЕЛЯ (EID)

28. **ДРУГИЕ ИСТОЧНИКИ ДОХОДА В ЭТОМ МЕСЯЦЕ:** Отметьте все подходящие варианты, укажите сумму и как часто ЛИЦО 4 ее получает. **Примечание:** ЛИЦУ 4 не нужно сообщать нам о материальной помощи на содержание ребенка, ветеранских выплатах, доходе из программы Achieving a Better Life Experience - ABLE (Достижение лучшего жизненного опыта) или Supplemental Security Income - SSI (дополнительной социальной помощи).

- Нет
- Пособие по безработице \$ \_\_\_\_\_ Как часто? \_\_\_\_\_
- Пенсия \$ \_\_\_\_\_ Как часто? \_\_\_\_\_
- Social Security \$ \_\_\_\_\_ в месяц.
- Пенсия из другого источника \$ \_\_\_\_\_ Как часто? \_\_\_\_\_
- Полученные алименты\* \$ \_\_\_\_\_ Как часто? \_\_\_\_\_
- Чистый доход от аренды \$ \_\_\_\_\_ Как часто? \_\_\_\_\_
- Процент \$ \_\_\_\_\_ Как часто? \_\_\_\_\_
- Какая часть этой суммы не облагается налогом? \$ \_\_\_\_\_

Другие налогооблагаемые источники дохода, ожидаемые в течение следующих 12 месяцев  
ТИП: \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ Как часто? \_\_\_\_\_

Другие налогооблагаемые источники дохода в этом месяце (Налогооблагаемый доход - это доход, который вы указали бы в разделе «Доход» федеральной налоговой декларации 1040 (IRS - Internal Revenue Service).)  
ТИП: \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ Как часто? \_\_\_\_\_

\*Не перечисляйте алименты, полученные в качестве дохода, если ваше соглашение о разводе или расторжении брака датировано после 2018 года.

**НУЖНА ПОМОЩЬ ПРИ ПОДАЧЕ ЗАЯВЛЕНИЯ?** Посетите веб-сайт [www.mnsure.org](http://www.mnsure.org) или позвоните нам по телефону **651-539-2099** (1-855-366-7873 за пределами региона Twin Cities). Если вам нужна помощь на каком-либо языке, кроме английского, сообщите нам. Мы поможем вам с переводом бесплатно.



**29. ПОПРАВКИ В ДОХОДЕ:** Отметьте все, что подходит, и укажите сумму и как часто ЛИЦО 4 её выплачивает.

Если у ЛИЦА 4 есть определенные расходы, которые могут быть вычтены из валового дохода в федеральной налоговой декларации, то если ЛИЦО 4 сообщит нам о них, стоимость медицинского страхования может быть немного ниже. См. «Корректировка доходов» в Приложении 1 формы 1040 IRS. **Примечание:** не включайте расходы, которые вы уже учли в своем ответе на вопрос о доходах или убытках от самостоятельной занятости (вопрос 26b).

- |                                                                                                                      |          |                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|------------------|
| <input type="checkbox"/> Преподавательские расходы                                                                   | \$ _____ | Как часто? _____ |
| <input type="checkbox"/> Определенные бизнес-расходы резервистов, артистов-исполнителей и государственных чиновников | \$ _____ | Как часто? _____ |
| <input type="checkbox"/> Вычет по сберегательному счету на медицинские расходы                                       | \$ _____ | Как часто? _____ |
| <input type="checkbox"/> Расходы на передислокацию для военнослужащих, проходящих военную службу                     | \$ _____ | Как часто? _____ |
| <input type="checkbox"/> Вычитаемая часть налога на самозанятость                                                    | \$ _____ | Как часто? _____ |
| <input type="checkbox"/> SEP, SIMPLE и квалифицированные планы индивидуальных предпринимателей                       | \$ _____ | Как часто? _____ |
| <input type="checkbox"/> Отчисление на медицинское страхование для индивидуальных предпринимателей                   | \$ _____ | Как часто? _____ |
| <input type="checkbox"/> Штраф за досрочное снятие сбережений                                                        | \$ _____ | Как часто? _____ |
| <input type="checkbox"/> AI Выплата алиментов*                                                                       | \$ _____ | Как часто? _____ |
| <input type="checkbox"/> Вычет IRA                                                                                   | \$ _____ | Как часто? _____ |
| <input type="checkbox"/> Проценты по студенческому кредиту                                                           | \$ _____ | Как часто? _____ |
| <input type="checkbox"/> Плата за обучение                                                                           | \$ _____ | Как часто? _____ |

\*Не перечисляйте алименты в качестве поправки дохода, если ваше соглашение о разводе или расторжении брака датировано после 2018 года.

**30. ПРЕДПОЛАГАЕМЫЙ ГОДОВОЙ ДОХОД В 2020 ГОДУ:** Ожидает ли ЛИЦО 4, что его/ее годовой доход за 2020 год будет отличаться от дохода, который он/она указал в предыдущих вопросах?

- Да – общий доход, ожидаемый в 2020 году: \$ \_\_\_\_\_  Нет

См. стр. 25 для получения дополнительной информации о том, как рассчитать прогнозируемый годовой доход для ЛИЦА 4.

**Переходите к шагу 3** 



## РАЗДЕЛ 3

### Медицинское страховое покрытие вашей семьи

Ответьте на эти вопросы для всех, кому необходима медицинская страховка.

1. Есть ли у **кого-нибудь** медицинское страховое покрытие из следующих источников?

Да – отметьте тип страхового покрытия и, если вы сотрудничаете более чем с одной страховой компанией, укажите эту же информацию на прилагаемом листе бумаги.

Нет

Medical Assistance (MA)

MinnesotaCare

Medicare

COBRA

Страхование от работодателя или профсоюза

Частное или другое страхование

Программы здравоохранения для ветеранов

Покрытие рецептурных лекарств

TRICARE (Не проверяйте, есть ли у вас прямой уход или дежурство)

Peace Corps

Страхование на случай длительного ухода (LTC)

Дантист

Зрение

ИМЯ И ФАМИЛИЯ ДЕРЖАТЕЛЯ ПОЛИСА		ДАТА РОЖДЕНИЯ ДЕРЖАТЕЛЯ ПОЛИСА		НАИМЕНОВАНИЕ СТРАХОВОЙ КОМПАНИИ			
ДАТА НАЧАЛА ДЕЙСТВИЯ ПОЛИСА		ДАТА ОКОНЧАНИЯ ДЕЙСТВИЯ ПОЛИСА		НОМЕР ПОЛИСА	НОМЕР ГРУППЫ		
ПЕРЕЧИСЛИТЕ ВСЕХ ЛИЦ, НА КОТОРЫХ РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ ДЕЙСТВИЕ ЭТОГО ПОЛИСА							
ИМЯ		НОМЕР ПОЛИСА		ИМЯ		НОМЕР ПОЛИСА	
ИМЯ		НОМЕР ПОЛИСА		ИМЯ		НОМЕР ПОЛИСА	

2. **Предлагается** ли кому-либо из указанных в этом приложении лиц медицинское страхование на работе? Отметьте «да», даже если страховка покрывается чужой работой, например, родителя или супруга.

Нет  Да – Заполните Приложение А. Является ли это покрытие планом льгот от штата?  Да  Нет

3. Получает ли кто-либо медицинские услуги после аварии или травмы?  Нет  Да – кто? \_\_\_\_\_

## РАЗДЕЛ 4

### Подробности о семье

1. Являетесь ли вы или кто-либо в вашей семье индейцем или уроженцем Аляски?  Нет  Да – **Заполните Приложение В.**

2. Находится ли кто-то временно за границами Миннесоты более 30 дней?

Нет  Да – кто? \_\_\_\_\_

Дата выезда: \_\_\_\_\_ (мм/дд/гггг) Дата ожидаемого возвращения: \_\_\_\_\_ (мм/дд/гггг)

Причина временного пребывания за пределами Миннесоты \_\_\_\_\_

3. Служил ли кто-либо в Вооруженных Силах США?  Нет  Да – кто? \_\_\_\_\_

4. Вернулся ли кто-либо из военной служебной командировки за последние 24 месяца?

Нет  Да – кто? \_\_\_\_\_ Дата окончания последней военной командировки: \_\_\_\_\_ (мм/ дд/гггг)

**НУЖНА ПОМОЩЬ ПРИ ПОДАЧЕ ЗАЯВЛЕНИЯ?** Посетите веб-сайт [www.mnsure.org](http://www.mnsure.org) или позвоните нам по телефону **651-539-2099** (1-855-366-7873 за пределами региона Twin Cities). Если вам нужна помощь на каком-либо языке, кроме английского, сообщите нам. Мы поможем вам с переводом бесплатно.



## РАЗДЕЛ 5

### Изменения в семье

1. Подал ли кто-либо из указанных в заявлении лиц заявку на пособие по безработице?  Да  Нет
2. Изменился ли размер вашей семьи с прошлого года, или вы думаете, что размер вашей семьи изменится в этом году (например, из-за рождения ребенка)?  
 Да  Нет
3. Снизился ли доход любого указанного в заявлении подателя налоговой декларации с прошлого года?  Да  Нет
4. Изменился ли ваш налоговый статус или вы думаете, что он изменится в следующем году?  Да  Нет

## РАЗДЕЛ 6

### Другие члены семьи

Если у вас есть другие члены семьи, которые не были указаны в Разделе 2, но хотели бы получить страховое покрытие по плану семейного медицинского обслуживания, позвоните в контактный центр MNSure по телефону 1-855-366-7873.

Члены семьи, соответствующие требованиям для получения страховки, которые, возможно, не были указаны в Разделе 2, но которые могут иметь право быть включенными в семейный план медицинского обслуживания:

- дети, которые не живут с вами;
- дети, которые не включены в вашу декларацию по федеральному подоходному налогу;
- взрослые дети в возрасте 19-26 лет;
- внуки, которые с рождения постоянно жили с вами и которые финансово зависят от вас или вашего супруга (супруги), имеющего страховое покрытие;
- дети, для которых вы или ваш супруг (супруга) являетесь официальным опекуном.

## РАЗДЕЛ 7

### Заполните эту страницу и ознакомьтесь с прилагаемыми Уведомлением о порядке обеспечения конфиденциальности и Уведомлением о правах и обязанностях, прежде чем поставить свою подпись ниже.

#### Подтверждение права на получение страховки и её продление

Ежегодно MNSure сверяет информацию для подтверждения и обновления права на получение помощи для оплаты медицинской страховки. MNSure необходимо согласие на использование информации из налоговой декларации для подтверждения права на получение страховки и продление срока получения вами финансовой помощи для страховки. При отсутствии вашего согласия информация не сможет быть проверена в текущем году и срок получения финансовой помощи не может быть продлен. Вы можете изменить свое согласие в любое время. Если вы не отметите один из перечисленных ниже пунктов, **вы соглашаетесь на использование вашей информации в течение 5 лет.**

Я соглашаюсь на использование данных из налоговой декларации для обновления информации о наличии у меня права на получение помощи для оплаты медицинской страховки в течение:

5 лет  4 лет  3 лет  2 лет  1 года

Не использовать данные из налоговой декларации, чтобы обновить информацию о наличии у меня права на получение помощи для оплаты медицинской страховки.

#### Подписываясь внизу:

Я подтверждаю, что получил (-а) и изучил (-а) Уведомление о порядке обеспечения конфиденциальности и Уведомлением о правах и обязанностях (Приложение А). Мне известно о необходимости сообщать об изменениях в информации, указанной в заявлении.

Я понимаю, что в случае предоставления информации от имени других членов моей семьи необходимо согласие на предоставление и изучение информации обо всех лицах, перечисленных мною в заявлении, и соглашаюсь гарантировать сохранность их данных.

Я заявляю под страхом наказания за лжесвидетельство, что информация, содержащаяся в данном заявлении, изучена мной, и подтверждаю, что, в соответствии с имеющимися у меня сведениями, она является верной и точной в отношении каждого существенного пункта. Я понимаю, что лицо, обвиненное в лжесвидетельстве, может быть приговорено к тюремному заключению на срок не более пяти лет или выплате штрафа в размере не более \$10,000 долларов США, либо к обоим видам наказания. Я понимаю, что предоставление ложных сведений может повлечь и другие наказания.

**НУЖНА ПОМОЩЬ ПРИ ПОДАЧЕ ЗАЯВЛЕНИЯ?** Посетите веб-сайт [www.mnsure.org](http://www.mnsure.org) или позвоните нам по телефону **651-539-2099** (1-855-366-7873 за пределами региона Twin Cities). Если вам нужна помощь на каком-либо языке, кроме английского, сообщите нам. Мы поможем вам с переводом бесплатно.



#### Дополнительные соглашения по программам Medical Assistance и MinnesotaCare:

- **Если у какого-либо лица, упомянутого в этом заявлении,** есть право на получение Medical Assistance или MinnesotaCare, я даю согласие на раскрытие моих медицинских данных, как это указано в разделе «Разрешение на раскрытие медицинской информации» Уведомления о правах и обязанностях.
- **Если у какого-либо лица, упомянутого в этом заявлении,** есть право на получение Medical Assistance, я наделяю агентство Medical Assistance нашими правами на поиск и получение каких-либо денежных средств от другой медицинской страховки, законных расчетов или других третьих сторон
- **Если у какого-либо лица, упомянутого в этом заявлении,** есть право на получение Medical Assistance, я понимаю, что власти штата могут потребовать возмещения расходов на медицинское обслуживание или стоимости взносов, уплаченных за медицинских уход, за счет моего имущества или имущества моего (моей) супруга (супруги).
- **Если у какого-либо лица, упомянутого в этом заявлении,** есть право на получение Medical Assistance или MinnesotaCare, я понимаю, что моя информация и сведения обо мне, переданные третьими сторонами, будут раскрыты с целью расследования для предотвращения случаев мошенничества, как указано в Уведомлении о порядке обеспечения конфиденциальности и в Уведомлении о правах и обязанностях.
- **Если я являюсь родителем, который имеет право на получение Medical Assistance,** мне известно, что меня попросят сотрудничать с агентством, которое собирает средства для оплаты медицинских услуг от отсутствующего родителя. Если я думаю, что сотрудничество по сбору средств для оплаты медицинских услуг повредит мне или моему ребенку, я могу сообщить об этом агентству и отказаться от сотрудничества. Я наделяю агентство Medical Assistance правами на средства для оплаты медицинских услуг, выплаченные моим детям.

У кого-либо из детей, указанных в заявлении, есть родитель, проживающий вне дома?  Да  Нет

Не забудьте вернуть вместе с заявлением все заполненные вами приложения.

#### Подпишите это заявление.

ПОДПИСЬ	ДАТА (ММ/ДД/ГГГГ)
---------	-------------------

**Переходите к шагу 8** 

**НУЖНА ПОМОЩЬ ПРИ ПОДАЧЕ ЗАЯВЛЕНИЯ?** Посетите веб-сайт [www.mnsure.org](http://www.mnsure.org) или позвоните нам по телефону **651-539-2099** (1-855-366-7873 за пределами региона Twin Cities). Если вам нужна помощь на каком-либо языке, кроме английского, сообщите нам. Мы поможем вам с переводом бесплатно.



## РАЗДЕЛ 8

### Отправьте свое заполненное и подписанное заявление

**Отправьте свое заполненное и подписанное заявление одним из следующих трех способов:**

- Для более быстрой обработки отправьте заявление по факсу;
- Отправьте заявление по почте в приложенном конверте;
- Передайте заявление лично.

Отправьте ваше заявление по почте или факсу или принесите в окружной отдел или в офис MinnesotaCare Operations. Адреса и номера факсов указаны в Приложении С на обратной стороне заявления.

Если вы хотите зарегистрироваться в штате Миннесота в качестве избирателя, вы можете заполнить форму регистрации избирателя на веб-сайте **sos.state.mn.us**

### КОДЫ ДЛЯ НОМЕРОВ SOCIAL SECURITY

Выберите причину, по которой вы не подаете заявление на получение номера Social Security (SSN) и укажите в ответе соответствующую букву.

Причины, по которым вы не подаете заявление на получение номера SSN:

- A. Не имею права на номер SSN
- B. Может быть выдан только по причинам, не связанным с работой
- C. Возражения религиозного характера
- D. Новорожденный или недавно усыновленный ребенок
- E. Другая причина

### КОДЫ ДЛЯ ИММИГРАЦИОННОГО СТАТУСА

Выберите иммиграционный статус из списка ниже и укажите в ответе соответствующую букву.

Иммиграционные статусы, отмеченные звездочкой (\*), являются правомочными

- A. Американский индеец, рожденный в Канаде (Immigration and Nationality Act - INA [Закона США об иммиграции и натурализации], section 289)\*
- B. Лицо американо-азиатского происхождения, не являющееся гражданином\*
- C. Политический беженец\*
- D. Условный статус беженца\*
- E. Беженец с Кубы или Гаити\*
- F. Лицо, депортация которого была приостановлена в соответствии с Section (разделом) 243(h) или 231(b)(3) INA\*
- G. Беженец\*
- H. Иммигрант из Ирака или Афганистана с особым статусом\*
- I. Жертва торговли людьми (законный постоянный резидент [Lawful permanent resident - LPR] или туристическая виза [T Visa])\*
- J. Лицо, депортация которого приостановлена\*
- K. Негражданин, ставший жертвой физического насилия\*
- L. Законный постоянный резидент (Lawful permanent resident - LPR)\*
- M. Лицо со статусом «пароль» (parole) на срок не менее одного года\*
- N. Лицо, получившее визу на временное пребывание в США (в качестве неиммигранта)
- O. Отложенное действие в отношении лиц, приехавших в США детьми

### ПРОГНОЗИРУЕМАЯ ГОДОВАЯ ПОМОЩЬ В ДОХОДЕ

Прогнозируемый годовой доход - это общий доход, который человек ожидает получить за весь год, с января по декабрь. Прогнозируемый годовой доход лица включает все виды дохода, которые он перечислит в федеральной налоговой декларации 1040, а также необлагаемые налогом льготы по социальному обеспечению, необлагаемые налогом проценты и иностранный доход. Определенные расходы вычитаются из общего дохода за год. (См. «Поправки в доходах», стр. 6, вопрос 45, о типах расходов на вычитание.)

**НУЖНА ПОМОЩЬ ПРИ ПОДАЧЕ ЗАЯВЛЕНИЯ?** Посетите веб-сайт **www.mnsure.org** или позвоните нам по телефону **651-539-2099** (1-855-366-7873 за пределами региона Twin Cities). Если вам нужна помощь на каком-либо языке, кроме английского, сообщите нам. Мы поможем вам с переводом бесплатно.



**ПРИЛОЖЕНИЕ А****Страховое покрытие от работодателя**

Ответьте на эти вопросы, если кто-либо из домохозяйства имеет право на медицинское страхование от работодателя, но не пользуется им. Приложите копию этой страницы для каждой работы, которая предлагает покрытие. **Передайте эту форму своему работодателю, который предлагает покрытие, чтобы помочь вам ответить на эти вопросы.** Вы можете использовать эту информацию для заполнения вашего заявления.

**Информация о РАБОТНИКЕ**

1. ИМЯ РАБОТНИКА (ИМЯ, ОТЧЕСТВО/СРЕДНЕЕ ИМЯ, ФАМИЛИЯ)	2. НОМЕР SOCIAL SECURITY РАБОТНИКА
-------------------------------------------------------	------------------------------------

**Информация о РАБОТОДАТЕЛЕ**

3. ИМЯ/НАЗВАНИЕ РАБОТОДАТЕЛЯ	4. ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР РАБОТОДАТЕЛЯ (EIN)	
5. АДРЕС РАБОТОДАТЕЛЯ	6. НОМЕР ТЕЛЕФОНА РАБОТОДАТЕЛЯ	
7. ГОРОД	8. ШТАТ	9. ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС
10. С кем мы можем связаться по поводу страхового покрытия для работников на этой работе?		
11. НОМЕР ТЕЛЕФОНА (если отличается от вышеуказанного)	12. АДРЕС ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ	
<p>13. Вам предлагали страховое покрытие на работе на текущий плановый год или вы будете иметь право на страховое покрытие в течение следующих трех месяцев?</p> <p><b>Примечание:</b> Ответьте «да», если вы могли бы зарегистрироваться, но не сделали этого, даже если вы не хотели получать покрытие или считали, что это слишком дорого.</p> <p><input type="radio"/> Да – продолжайте</p> <p>13а. Если вы находитесь в периоде ожидания или испытательного срока, когда может начаться покрытие (ММ/ДД/ГГГГ)?</p> <p>Перечислите имена кого-либо еще, кто имеет право на покрытие с этой работы.</p> <p><input type="radio"/> Нет – остановитесь здесь и переходите к шагу 3 в заявлении</p>		

**Расскажите о страховом плане, предлагаемом работодателем.**

<p>14. Предлагает ли работодатель план медицинского обслуживания, который соответствует стандарту минимальной стоимости *?</p> <p><input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет</p> <p>a. Как называется план с наименьшими затратами, <b>предлагаемый только работнику</b> работодателем? _____</p> <p>b. Сколько сотрудник заплатит в виде взносов за этот план, если он или она получит максимальную скидку за то, что он не употребляет табак или какую-либо предлагаемую программу отказа от табака? \$ _____</p> <p>c. Как часто? <input type="checkbox"/> Еженедельно <input type="checkbox"/> Каждые две недели <input type="checkbox"/> Да раза в месяц <input type="checkbox"/> Ежемесячно <input type="checkbox"/> Ежеквартально <input type="checkbox"/> Ежегодно</p>
<p>15. Какие изменения внесет работодатель на новый плановый год (если известно)?</p> <p><input type="checkbox"/> Работодатель не будет предлагать медицинское страхование</p> <p><input type="checkbox"/> Работодатель начнет предлагать медицинское страхование своим сотрудникам или изменит взнос за план с наименьшими затратами, доступный только для сотрудника, который соответствует стандарту минимальной стоимости. * (Взнос должен отражать скидки за неиспользование табака и программ по прекращению употребления табака. См. вопрос 14.)</p> <p>a. Какую сумму взносов должен будет выплатить работник за этот план? \$ _____</p> <p>b. Как часто? <input type="checkbox"/> Еженедельно <input type="checkbox"/> Каждые две недели <input type="checkbox"/> Да раза в месяц <input type="checkbox"/> Ежемесячно <input type="checkbox"/> Ежеквартально <input type="checkbox"/> Ежегодно</p> <p>Дата изменения (ММ/ДД/ГГГГ): _____</p>

\* Планы, которые оплачивают не менее 60 процентов разрешенных расходов и покрывают большинство стационарных больничных и врачебных услуг, соответствуют «стандарту минимальной стоимости» (см. Раздел 36B (c) (2) (C) (ii) Налогового кодекса 1986 года).



**НУЖНА ПОМОЩЬ ПРИ ПОДАЧЕ ЗАЯВЛЕНИЯ?** Посетите веб-сайт [www.mnsure.org](http://www.mnsure.org) или позвоните нам по телефону **651-539-2099** (1-855-366-7873 за пределами региона Twin Cities). Если вам нужна помощь на каком-либо языке, кроме английского, сообщите нам. Мы поможем вам с переводом бесплатно.

# Инструмент страхования от работодателя

Используйте этот инструмент, чтобы помочь ответить на вопросы в Приложении А о любом медицинском страховании работодателя, на которое вы имеете право (даже если это работа другого человека, например, работа родителя или супруга). Информация в пронумерованных полях ниже соответствует информации в полях в Приложении А. Например, ответ на вопрос 14 на этой странице должен соответствовать ответу на вопрос 14 в Приложении А. Укажите свое имя и номер социального страхования в полях 1 и 2 и попросите работодателя заполнить оставшуюся часть формы. Заполните один инструмент для каждого работодателя, который предлагает медицинское страховое покрытие.

## Информация о РАБОТНИКЕ

1. ИМЯ РАБОТНИКА (ИМЯ, ОТЧЕСТВО/СРЕДНЕЕ ИМЯ, ФАМИЛИЯ)	2. НОМЕР SOCIAL SECURITY РАБОТНИКА
-------------------------------------------------------	------------------------------------

## Информация о РАБОТОДАТЕЛЕ

3. ИМЯ/НАЗВАНИЕ РАБОТОДАТЕЛЯ	4. ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР РАБОТОДАТЕЛЯ (EIN)	
5. АДРЕС РАБОТОДАТЕЛЯ	6. НОМЕР ТЕЛЕФОНА РАБОТОДАТЕЛЯ	
7. ГОРОД	8. ШТАТ	9. ГОРОД
10. С кем мы можем связаться по поводу страхового покрытия для работников на этой работе?		
11. НОМЕР ТЕЛЕФОНА (если отличается от вышеуказанного)	12. АДРЕС ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ	
13. Имеет ли работник в настоящее время право на страховое покрытие, предлагаемое этим работодателем, или работник будет иметь право в течение следующих трех месяцев? <b>ПРИМЕЧАНИЕ:</b> ответьте «да», если работник мог зарегистрироваться в страховом плане на текущий плановый год, но не сделал этого, или будет иметь право на страховое покрытие в течение следующих трех месяцев. <input type="radio"/> Да – продолжайте 13а. Если работник сегодня не имеет права, в том числе в результате периода ожидания или испытательного срока, когда работник будет иметь право на страховое покрытие? _____ (ММ/ДД/ГГГГ) <input type="radio"/> Нет – <b>ОСТАНОВИТЕСЬ</b> и верните форму работнику		

## Расскажите нам о плане медицинского обслуживания, предлагаемого этим работодателем.

Предлагает ли работодатель план медицинского страхования, который покрывает супруга или иждивенца работника?

Да – каких лиц?     Супруга     Иждивенца(ев)     Нет – переходите к вопросу 14

14. Предлагает ли работодатель план медицинского обслуживания, который соответствует минимальному стандарту стоимости *? <input type="radio"/> Да – продолжайте <input type="radio"/> Нет – <b>ОСТАНОВИТЕСЬ</b> и верните форму работнику а. Как называется план с наименьшими затратами, предлагаемый только работнику работодателем? _____ б. Сколько работник заплатил бы в виде взносов за этот план, если бы он получил максимальную скидку за то, что не использовал табак или какую-либо из предложенных программ отказа от табака? \$ _____ с. Как часто? <input type="checkbox"/> Еженедельно <input type="checkbox"/> Каждые две недели <input type="checkbox"/> Да раза в месяц <input type="checkbox"/> Ежемесячно <input type="checkbox"/> Ежеквартально <input type="checkbox"/> Ежегодно
Если год плана скоро закончится, и вы знаете, что предлагаемые планы медицинского обслуживания изменятся, перейдите к вопросу 15. Если вы не знаете, <b>ОСТАНОВИТЕСЬ</b> и верните форму сотруднику.
15. Какие изменения внесет работодатель на новый плановый год? <input type="checkbox"/> Работодатель не будет предлагать медицинское страхование <input type="checkbox"/> Работодатель начнет предлагать медицинское страхование своим сотрудникам или изменит взнос за план с наименьшими затратами, доступный только для сотрудника, который соответствует стандарту минимальной стоимости.* (Взнос должен отражать скидки за неиспользование табака и программ по прекращению употребления табака. См. вопрос 14.) а. Какую сумму взносов должен будет выплатить работник за этот план? \$ _____ б. Как часто? <input type="checkbox"/> Еженедельно <input type="checkbox"/> Каждые две недели <input type="checkbox"/> Да раза в месяц <input type="checkbox"/> Ежемесячно <input type="checkbox"/> Ежеквартально <input type="checkbox"/> Ежегодно Дата изменения (ММ/ДД/ГГГГ): _____

\* Планы, которые оплачивают не менее 60 процентов разрешенных расходов и покрывают большинство стационарных больничных и врачебных услуг, соответствуют «стандарту минимальной стоимости» (см. Раздел 36B (с) (2) (С) (ii) Налогового кодекса 1986 года).

 **НУЖНА ПОМОЩЬ ПРИ ПОДАЧЕ ЗАЯВЛЕНИЯ?** Посетите веб-сайт [www.mnsure.org](http://www.mnsure.org) или позвоните нам по телефону **651-539-2099** (1-855-366-7873 за пределами региона Twin Cities). Если вам нужна помощь на каком-либо языке, кроме английского, сообщите нам. Мы поможем вам с переводом бесплатно.

## ДОПОЛНЕНИЕ В

### Члены семьи коренных американцев или уроженцев Аляски (American Indian - AI или Alaska Native - AN)

Заполните это дополнение, если вы или кто-то из членов вашей семьи является коренным американцем или уроженцем Аляски (AI или AN). Отправьте его вместе со своим заявлением на получение медицинской страховки и помощи по оплате расходов.

#### Расскажите нам о членах вашей семьи, которые являются коренными американцами или уроженцами Аляски.

Коренные американцы и уроженцы Аляски имеют определённые льготы медицинского страхования и защиту. Вы можете получать услуги в учреждениях Индейской службы здравоохранения (Indian Health Service), племенных программах здравоохранения или городских программах здравоохранения для коренных американцев. Вам, возможно, не обязательно оплачивать долю распределённых расходов и для вас могут существовать специальные периоды ежемесячной регистрации. Чтобы убедиться, что ваша семья получает максимально возможную поддержку, ответьте на следующие вопросы.

**ПРИМЕЧАНИЕ.** Если вам нужно включить дополнительных членов семьи, сделайте копии этой страницы и прикрепите к заявлению.

	AI или AN ЛИЦО 1		AI или AN ЛИЦО 2					
1. Полное имя (имя, среднее имя, фамилия)	ИМЯ	СРЕДНЕЕ ИМЯ	ИМЯ	СРЕДНЕЕ ИМЯ				
	ФАМИЛИЯ		ФАМИЛИЯ					
2. Является ли членом племени, признанного на федеральном уровне?	<input type="radio"/> Да <table border="1"><tr><td>НАЗВАНИЕ ПЛЕМЕНИ</td></tr><tr><td>ПЛЕМЕННОЙ ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР (ID)</td></tr></table>		НАЗВАНИЕ ПЛЕМЕНИ	ПЛЕМЕННОЙ ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР (ID)	<input type="radio"/> Да <table border="1"><tr><td>НАЗВАНИЕ ПЛЕМЕНИ</td></tr><tr><td>ПЛЕМЕННОЙ ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР (ID)</td></tr></table>		НАЗВАНИЕ ПЛЕМЕНИ	ПЛЕМЕННОЙ ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР (ID)
	НАЗВАНИЕ ПЛЕМЕНИ							
ПЛЕМЕННОЙ ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР (ID)								
НАЗВАНИЕ ПЛЕМЕНИ								
ПЛЕМЕННОЙ ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР (ID)								
	<input type="radio"/> Нет		<input type="radio"/> Нет					
3. Получает или получало ли когда-либо это лицо услуги Индейской службы здравоохранения, программы здравоохранения племени или индейской городской программы здравоохранения или направлялось к врачу по контракту с одной из этих программ?  Примечание: американские индейцы и уроженцы Аляски, получившие услуги от таких видов поставщиков, не несут никакой ответственности за долевое участие в затратах программы Medical Assistance.	<input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет		<input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет					



**НУЖНА ПОМОЩЬ ПРИ ПОДАЧЕ ЗАЯВЛЕНИЯ?** Посетите веб-сайт [www.mnsure.org](http://www.mnsure.org) или позвоните нам по телефону **651-539-2099** (1-855-366-7873 за пределами региона Twin Cities). Если вам нужна помощь на каком-либо языке, кроме английского, сообщите нам. Мы поможем вам с переводом бесплатно.

	AI или AN ЛИЦО 1	AI или AN ЛИЦО 2
<p>4. Определенные полученные денежные суммы могут не учитываться для Medical Assistance (MA) или MinnesotaCare. Перечислите все доходы (количество и частоту получения), указанные в вашем заявлении, в которые входят деньги из следующих источников:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Выплаты от племени на человека, от природных ресурсов, использования прав, аренды или роялти</li> <li>• Платежи за использование природных ресурсов, фермерства, животноводства, аренды или роялти за пользование землями, назначенными Департаментом природных ресурсов (Department of Interior) в качестве земель, принадлежащих коренным американцам (включая резервации и бывшие резервации)</li> <li>• Деньги от продажи вещей, имеющих культурную ценность</li> </ul>	<p>\$ _____</p> <p>Как часто? _____</p>	<p>\$ _____</p> <p>Как часто? _____</p>
<p>5. Проживает ли это лицо в резервации?</p>	<p><input type="radio"/> Да</p> <p><input type="radio"/> Нет</p>	<p><input type="radio"/> Да</p> <p><input type="radio"/> Нет</p>



**Вы можете выбрать уполномоченного представителя.**

Вы можете дать доверенному лицу разрешение обсуждать с нами это заявление, просматривать вашу информацию и действовать от вашего лица по вопросам, связанным с этим заявлением, включая получение информации о вашем заявлении и подписание заявления от вашего имени. Такое лицо называется «уполномоченным представителем». Если вам нужно будет изменить своего уполномоченного представителя, позвоните в контактный центр программы MNsure по телефону 1-855-366-7873.

Законно назначенный представитель какого-либо лица, указанного в этом заявлении, обязан предоставить подтверждение вместе с заявлением.

1. ПОЛНОЕ ИМЯ УПОЛНОМОЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ (имя, среднее имя, фамилия)		КЕМ ВАМ ПРИХОДИТСЯ, ЕСЛИ ПРИМЕНИМО	
2. АДРЕС		3. КВАРТИРА ИЛИ КОМНАТА НОМЕР	
4. ГОРОД		5. ШТАТ	6. ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС
7. НОМЕР ТЕЛЕФОНА	8. НАЗВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ	9. ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР (если применимо)	
Ставя свою подпись, вы разрешаете данному лицу подписать ваше заявление, получать официальную информацию об этом заявлении и действовать от вашего имени по всем дальнейшим вопросам, связанным с этой организацией.			
10. ВАША ПОДПИСЬ			11. ДАТА (ММ/ДД/ГГГГ)
<b>Подпись уполномоченного представителя</b> Подписываясь, я соглашаюсь быть уполномоченным представителем этой семьи. Я понимаю свои обязанности, включая сохранение конфиденциальности информации лиц, подающих это заявление <input type="checkbox"/> Мне хотелось бы получать информацию по электронной почте на адрес: _____			
ПОДПИСЬ УПОЛНОМОЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ			ДАТА (ММ/ДД/ГГГГ)

**Только для лицензированных консультантов по подаче заявления, координаторов, личных администраторов, доверенных лиц и агентов.**

Заполните этот раздел, если вы являетесь лицензированным консультантом по подаче заявления, координатором, личным администратором, доверенным лицом или агентом, подающим это заявление для кого-либо еще.

1. ДАТА НАЧАЛА ДЕЙСТВИЯ ЗАЯВЛЕНИЯ (ММ/ДД/ГГГГ)	2. ПОЛНОЕ ИМЯ ЗАЯВИТЕЛЯ (имя, среднее имя, фамилия и дополнение, фамилии)		
3. ПОЛНОЕ ИМЯ АДМИНИСТРАТОРА (имя, среднее имя, фамилия)		4. НОМЕР ТЕЛЕФОНА АДМИНИСТРАТОРА	
5. НАЗВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ		6. ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР (ID) АДМИНИСТРАТОРА	

## Приложение А

# Уведомление о порядке обеспечения конфиденциальности и Уведомление о правах и обязанностях

Дата вступления в силу: ноябрь 2019 г.

Это уведомление сообщает вам о правилах соблюдения конфиденциальности Департамента социального обеспечения штата Миннесота и MNsure, а также о ваших правах и обязанностях при подаче заявления и регистрации в системе медицинского страхования через эти агентства. Когда вы подаете заявление на помощь в оплате страхового покрытия, вы можете быть признаны подходящими для участия в государственной программе, такой как Medical Assistance и MinnesotaCare, или в квалифицированном медицинском плане на индивидуальном рынке, для которого вы можете получать налоговые льготы и сокращение долевого участия. Во время подачи заявления вы можете не знать, на какую программу вы претендуете, и в некоторых случаях отдельные семьи могут участвовать в разных программах. Поэтому, пожалуйста, ознакомьтесь с правилами конфиденциальности и правами и обязанностями для каждой программы, на которую можете претендовать вы или члены вашей семьи.

MNsure управляет правомочностью и зачислением в индивидуальные планы медицинского обслуживания, соответствующие требованиям рынка (с продвинутыми налоговыми льготами или без них), с координацией через выбранного вами поставщика медицинского страхования.

Департамент социального обеспечения штата Миннесота и окружные и племенные агентства Миннесоты управляют правомочностью и зачислением в программы Medical Assistance и MinnesotaCare.

## Уведомление о порядке обеспечения конфиденциальности

### Порядок обращения с конфиденциальной информацией для всех программ

**Данная часть уведомления описывает как частная или конфиденциальная информация, относящаяся к вам, может использоваться и раскрываться. Пожалуйста, внимательно прочтите.**

#### Для чего нам необходима данная информация?

- Чтобы отличать вас от других людей с одинаковыми или схожими именами и фамилиями
- Чтобы определить, на какие льготы вы имеете право
- Чтобы помочь вам получить медицинские и психиатрические услуги, а также определить, можете ли вы самостоятельно оплачивать некоторые услуги
- Чтобы определить, необходимы ли вам или вашей семье услуги по обеспечению безопасности (только в программах Medical Assistance и MinnesotaCare)
- Чтобы принимать решения о назначении вам или вашим детям ухода на дому или вне дома (только в программах Medical Assistance и MinnesotaCare)
- Чтобы составлять отчеты, проводить исследования, осуществлять проверки и оценивать наши программы
- Чтобы проводить расследование случаев предоставления ложных сведений о необходимой помощи или людей, получающих помощь, на которую у них нет прав

- Чтобы получать деньги от других организаций, например страховых компаний, если они должны оплатить предоставленные вам услуги.
- Чтобы получать деньги от правительства штата или федерального правительства за предоставленную вам помощь

#### Почему мы просим указать ваш номер Social Security (социального страхования)?

Нам нужен номер социального страхования (SSN) для каждого лица, обратившегося за медицинской страховкой, если он у него есть. (См. 42 CFR § 435.910; 45 CFR § 155.310.)

Вам не нужно предоставлять SSN для людей в вашем доме, которые не подают заявки на страховое покрытие, но предоставление SSN может помочь ускорить процесс подачи заявления.

Мы используем SSN для проверки личности и предотвращения дублирования государственных и федеральных льгот. Кроме того, номера SSN используются для проведения сопоставлений компьютерных данных с федеральными и местными агентствами для проверки доходов, ресурсов и другой информации, которая может повлиять на вашу правомочность или льготы. Мы будем хранить всю предоставленную вами информацию в тайне и под защитой, как того требует законодательство. Мы будем использовать личную информацию только для проверки вашего права на медицинское страхование.

Если у какого-либо лица в данном заявлении нет SSN, ему или ей может потребоваться подать заявления на получение SSN, чтобы иметь возможность получать льготы программы Medical Assistance. Есть исключения из этого для лиц, которые:

- не имеют права на номер социального страхования,
- могут получить номер социального страхования только по действительной нерабочей причине или
- отказываются от получения номера социального страхования из-за устоявшихся религиозных возражений.

Если вам нужна помощь в получении SSN, посетите сайт [socialsecurity.gov](https://www.socialsecurity.gov) или позвоните по номеру 800-772-1213. Пользователи ТТУ должны звонить по номеру 800-325-0778.

## **Для чего нам необходима информация о вашем доходе?**

Информация о доходе и проверка источников штата и федеральных источников необходимы нам, чтобы получить подтверждение уровня вашего дохода и размера семьи. Эту информацию мы будем использовать только в разрешенных законом целях, таких как достоверность правомочности на получение льгот или определение правоочности получения предварительного налогового вычета по страховым взносам, снижение доли совместных расходов и размера вычета или скидки. Мы не будем раскрывать эту информацию каким-либо другим лицам или учреждениям.

## **Обязаны ли вы отвечать на задаваемые нами вопросы?**

Вы не обязаны предоставлять нам личную информацию. Возможно, без данной информации мы не сможем вам помочь. Если вы предоставите заведомо ложную информацию, в отношении вас может быть проведено расследование, и вам могут предъявить обвинение в мошенничестве.

## **Кому мы можем передавать данную информацию?**

Мы можем передавать вашу информацию только при необходимости и в соответствии с законом. Во всех программах мы можем передавать вашу информацию следующим агентствам или людям, которым эта информация нужна для выполнения их работы:

- сотрудникам или добровольцам других местных, федеральных и партнерских некоммерческих и частных организаций, организаций штата и округа
- научным сотрудникам, аудиторам, следователям и прочим лицам, проводящим оценку и анализ качества обслуживания, а также возбуждающим уголовные или гражданские иски в отношении лиц, управляющих программами социальных услуг

- судебным чиновникам, окружным прокурорам, генеральным прокурорам, другим сотрудникам правоохранительных органов, следователям по мошенничеству и следователям по предотвращению мошенничества;
- медицинским страховым компаниям, организациям здравоохранения, учреждениям организованного медицинского обслуживания и другим лицам и организациям, оплачивающим ваш уход;
- опекунам, попечителям или людям, действующим на основании доверенности, которые являются уполномоченными представителями
- консультантам по подаче заявления, личным администраторам и координаторам, а также другим лицам и организациям, которым мы должны или можем предоставлять информацию в соответствии с законом

Дополнительно, только в рамках программ Medical Assistance и MinnesotaCare, мы можем передавать вашу информацию нижеуказанным агентствам или лицам, которым эта информация нужна для выполнения служебных обязанностей:

- организациям социального обеспечения, включая отделы обеспечения выплаты материальной помощи на содержание ребенка
- следователям органов опеки и попечительства
- государственным учреждениям других штатов, курирующим общественные программы по предоставлению льгот
- поставщикам медицинских услуг, включая психиатрические учреждения и учреждения по лечению наркотической и алкогольной зависимости
- следователям и медицинским экспертам в случае расследования причин вашей смерти
- кредитным бюро, кредиторам или коллекторским агентствам при наличии задолженности за оказанные вам услуги в ограниченных ситуациях

## **Наши обязанности**

- Мы обязаны сохранять конфиденциальность вашей личной, медицинской и другой частной информации в соответствии с положениями настоящего уведомления.
- Мы не вправе использовать вашу информацию в целях, не указанных в данной форме, или передавать вашу информацию лицам и организациям, не указанным в данной форме, без вашего письменного разрешения.
- Мы не будем продавать какие-либо данные, собранные, созданные или являющиеся частью данного заявления.

- Мы обязаны соблюдать положения настоящего Уведомления и предоставить вам его копию, однако наша политика конфиденциальности может измениться. Эти изменения будут применимы ко всей имеющейся у нас информации о вас. Новое уведомление будет предоставляться по вашей просьбе, и все изменения будут приведены на нашем веб-сайте по адресу: [https:// edocs.dhs.state.mn.us/lfservlet/Public/DHS-4839K-ENG](https://edocs.dhs.state.mn.us/lfservlet/Public/DHS-4839K-ENG) или [www.mnsure.org](http://www.mnsure.org).
- По требованиям закона, ваша частная информация будет сохраняться частной и защищённой.
- По требованиям закона, если произойдёт инцидент, после которого ваша информация перестанет быть частной и защищённой, мы сообщим вам об этом.

**Данная часть уведомления описывает как ваша медицинская или иная информация может использоваться и раскрываться, и как вы можете получить доступ к этой информации. Пожалуйста, внимательно прочтите.**

### **Каковы ваши права в отношении вашей информации, имеющейся у нас?**

- Вы и лица, которым вы предоставили разрешение, можете просмотреть и сделать копию вашей частной информации, имеющейся у нас, к примеру, записи о здоровье и страховые иски. Возможно, вам придётся заплатить за копии.
- Вы имеете право назначить какое-либо лицо выступать от вашего имени посредством медицинской доверенности или в качестве юридического опекуна.

### **Это лицо может осуществлять ваши права и принимать решения о вашей информации.**

Запрашивайте исправление медицинской или иной информации о вас. Вы можете быть обеспокоены тем, что наша информация о вас неправильна. Присылайте ваши беспокойства в письменном виде. Дайте нам знать почему ваша информация неправильная или неполная. Присылайте ваше собственное пояснение информации, с которой вы не согласны. Мы приложим ваше пояснение при каждой передаче информации.

### **Запрашивайте конфиденциальный способ коммуникации**

- У вас есть право запросить в письменном виде конфиденциальный способ сообщения вам медицинской информации определённым образом или в определенном месте.
- Мы рассмотрим все обоснованные запросы. Мы обязаны согласиться, если вы сообщите, что в обратном случае вам будет угрожать опасность. К примеру, вы можете запросить, чтобы мы посылали вам информацию на рабочий, а не на домашний адрес. Если мы определим, что ваш запрос обоснован, мы дадим разрешение.

### **Запрашивайте ограничения информации, которой мы пользуемся и делимся**

Вы можете запросить, чтобы мы не использовали и не делились определённой информацией для лечения, оплаты или для ведения дел. Мы не обязаны соглашаться с вашим запросом, и мы можем отклонить запрос в случае, если это повлияет на ваше лечение.

### **Запросите список лиц/организаций, которым мы передали вашу информацию**

- Этот список не будет включать в себя передачу информации с целью ведения лечения, оплаты и медицинского делопроизводства. Он также не будет включать в себя некоторые другие виды передачи информации, к примеру, запрошенные вами.
- Мы предоставим список бесплатно один раз в году, но будем взимать обоснованный на затратах взнос в случае, если вы запросите список ещё раз в течение 12 месяцев.

### **Получите копию данного Уведомления о порядке обращения с конфиденциальной информацией**

- Вы можете запросить бумажную копию данного уведомления в любое время, даже если вы ранее запросили уведомление в электронном формате. Мы предоставим вам бумажную копию незамедлительно.
- Если вы не понимаете информацию, попросите вашего работника объяснить её вам. Вы можете запросить дополнительную копию данного уведомления в Департаменте социального обеспечения шт.Миннесота или MNsure.

### **Генетическая информация**

MNsure не собирает, не хранит и не использует генетическую информацию.

### **Сохранение записи**

Информация, предоставленная в заявлении о покрытии через MNsure, подпадает под действие Закона о ложных претензиях (False Claims Act ) и будет храниться до 10 лет. MNsure следует графику хранения записей и хранит данные в соответствии с законодательством штата и федеральным законодательством. По истечении соответствующего периода времени MNsure удаляет бумажные файлы и навсегда удаляет электронные данные, чтобы предотвратить восстановление.

## **Порядок обращения с конфиденциальной информацией только в рамках программ Medical Assistance и MinnesotaCare**

Данная часть уведомления описывает как ваша медицинская информация может использоваться и раскрываться, и как вы можете получить доступ к этой информации.

### **Мы можем использовать и передавать вашу медицинскую информацию**

- **Для помощи в координации получаемого вами лечения**
  - Мы можем использовать вашу медицинскую информацию и передавать её медицинским профессионалам, участвующим в вашем лечении.  
*Пример: доктор присылает нам информацию о вашей диагностике и плане лечения с тем, чтобы мы могли обеспечить дополнительные услуги.*
  - Мы также можем передать вашу информацию опекунам или лицам с юридической доверенностью, являющимся уполномоченными представителями.
- **Для работы нашей организации**
  - Мы можем использовать и передавать вашу информацию в целях работы нашей организации, и обращаться к вам при необходимости. Это означает передачу вашей информации нашим сотрудникам и добровольцам, другим агентствам штата, округа, местным и федеральным агентствам, партнёрским некоммерческим и частным организациям, включая отделы обеспечения выплаты материальной помощи на содержание ребенка
  - Мы передаём вашу информацию следующим лицам и группам:
    - ревизорам, следователям и другим лицам, проводящим проверки качества обслуживания и исследования
    - кредитным бюро, кредиторам или бюро по сбору платежей в случае невыплаты взносов за наши услуги, в ограниченных ситуациях
    - квалифицированным консультантам по заявлениям, помощникам, навигаторам и любым другим лицам, оговоренным законом, которым мы обязаны или имеем право передавать информацию
  - Мы не имеем права использовать генетическую информацию в принятии решений о предоставлении вам страхового покрытия и о стоимости такого покрытия. Это не относится к планам долгосрочного ухода.  
*Пример: мы используем вашу медицинскую информацию для улучшения качества планируемых услуг.*
- **Для оплаты ваших медицинских услуг**
  - Мы можем использовать и передавать вашу медицинскую информацию при оплате ваших медицинских услуг.  
*Пример: мы передаём вашу информацию в ваш план стоматологического страхования для координации оплаты оказанных вам услуг.*
- **Для помощи в вопросах охраны общественного здоровья и безопасности**
  - Мы можем передавать вашу медицинскую информацию в следующих целях:
    - Предотвращение заболеваний
    - Помощь при изъятии продукции из продажи
    - Сообщение о неблагоприятных реакциях на лекарства
    - Сообщение о подозреваемых издевательствах, халатности или бытовом насилии
    - Предотвращение или снижение серьёзной угрозы здоровью или безопасности любого лица
- **Для проведения исследований**
  - Мы можем использовать или передавать вашу информацию в целях медицинских исследований.
- **В целях следования предписаниям закона**
  - Мы передаём вашу информацию в случаях, когда это требуется в рамках федеральных законов или законов штата. Сюда входит передача информации Департаменту здравоохранения и социального обеспечения США (Department of Health and Human Services) в ответ на запрос о соблюдении нами федерального закона о неприкосновенности частной информации.
- **Для ответа на запросы о донорстве органов и тканей и сотрудничества с патологоанатомом или распорядителем похоронной службы**
  - Мы можем передавать вашу медицинскую информацию организациям трансплантной координации.
  - Мы можем передавать медицинскую информацию патологоанатому, медику-обследователю или распорядителю похоронной службы в случае смерти человека.
- **Для ответов на запросы от органов компенсации при производственных травмах, от правоохранительных органов и других государственных ведомств**
  - Для заявлений о компенсации при производственных травмах
  - Для целей правоохранительных органов или с официальным лицом из правоохранительных органов
  - С агентствами по надзору за здравоохранением для оговоренных законом действий
  - С государственными агентствами в других штатах, ведущими программы общественных льгот
  - Для особых государственных функций, как вооружённые силы, государственная безопасность и служба охраны президента

## • Для ответа на судебные иски и правовые действия

- Мы можем передавать вашу медицинскую информацию в ответ на судебное распоряжение. Мы можем передавать такую информацию судебным чиновникам, окружным юристам, генеральным прокурорам, другим официальным лицам из правоохранительных органов, представителям органов обеспечения выплаты материальной помощи на содержание ребенка, следователям органов опеки и попечительства, а также следователям органов предупреждения мошенничества.

## Что вы выбираете?

Вы можете указать ваше предпочтение о том, какую информацию мы можем передавать, в отношении определенной медицинской информации.

У вас есть право и выбор указать следующее:

- Передать информацию вашей семье, близким друзьям или другим лицам, участвующим в оплате предоставляемых вам услуг
- Передать информацию в случаях оказания помощи при бедствиях

Сообщите нам о своём выборе, и мы будем следовать вашим указаниям. В случае, если вы не в состоянии дать указания (например, вы пребываете в бессознательном состоянии), мы можем передать вашу информацию если мы посчитаем, что это благоприятно для вас. Мы также можем передать вашу информацию в случаях, когда есть необходимость уменьшить серьёзную и неминуемую угрозу вашему здоровью или безопасности.

## Права детей на конфиденциальность

Если вам менее 18 лет и согласие родителей на лечение не требуется, информация будет передана родителям только в том случае, если поставщик медицинских услуг считает, что в противном случае ваше здоровье может быть подвергнуто риску. Родители смогут просматривать другую информацию и разрешать другим лицам знакомиться с ней, если вы не попросили не предоставлять такую информацию о вас вашим родителям. Вы должны изложить данную просьбу в письменном виде, указать, какую информацию вы не хотите раскрывать, и почему. Если организация согласится, что раскрытие данной информации не соответствует вашим интересам, информация не будет раскрыта вашим родителям. Если организация не согласится, информация может быть раскрыта вашим родителям по их запросу.

## Что, если вы считаете, что ваши права на конфиденциальность были нарушены?

Вы можете подать жалобу, если считаете, что ваши права на конфиденциальность были нарушены. Вам не может быть отказано в обслуживании или проявлено плохое обращение к вам по причине подачи жалобы. Если вы считаете, что ваша медицинская конфиденциальность была нарушена вашим врачом или клиникой, страховой компанией, планом медицинского обслуживания или аптекой, вы можете направить письменную жалобу либо в окружное агентство, либо в организацию или же в федеральное управление по гражданским правам по адресу:

(Департамент здравоохранения и социального обеспечения США)  
(Отдел защиты гражданских прав, регион V)  
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 (голосовая линия)  
800-368-1019 (звонок бесплатный)  
800-537-7697 (линия ТТУ)  
312-886-1807 (факс)

Если вы считаете, что Департамент социальных служб штата Миннесота нарушил ваши права на неприкосновенность частной жизни, вы также можете связаться с:

(Департамент социального обеспечения штата Миннесота)  
(Внимание: жалоба об информации)  
Minnesota Department of Human Services  
Attn: Data Complaint  
PO Box 64998  
St. Paul, MN 55164-0998

Если вы считаете, что MNsure нарушила ваши права на конфиденциальность, вы также можете связаться с:

(Менеджером по конфиденциальности MNsure)  
MNsure Privacy Manager  
355 Randolph Ave., Suite 100  
St. Paul, MN 55102

## С кем связаться, если вам нужна дополнительная информация о правилах конфиденциальности?

Если вам нужна дополнительная информация о порядке обеспечения конфиденциальности, позвоните в Отдел поддержки потребителей услуг здравоохранения по телефону 1-800-657-3739 или 651-431-2670.

# Уведомление о правах и обязанностях

## Права и обязанности для всех программ

### Изменения

Если у вас есть Medical Assistance (MA), необходимо сообщить об изменении в течение 10 дней после его появления. Чтобы сообщить об изменении, позвоните в ваш окружной отдел. Если у вас есть MinnesotaCare, необходимо сообщить об изменении в течение 30 дней после его появления. Если кто-либо из членов вашей семьи получает MinnesotaCare, позвоните в Операционный отдел MinnesotaCare (MinnesotaCare Operations) по телефонам 1-800-657-3672 или 651-297-3862, чтобы сообщить об изменении. Если кто-либо из членов вашей семьи получает MA, позвоните в ваш окружной отдел, чтобы сообщить об изменении.

Если вы зарегистрированы в допустимом плане медицинского страхования (QHP - qualified health plan), к вашей медицинской страховке применяется налоговый вычет по авансовым страховым взносам (APTC - advanced premium tax credits), или вы получаете снижение доли совместных расходов (CSR - cost-sharing reductions), вы должны сообщить об изменении в течение 30 дней после его появления. Чтобы сообщить о каких-либо изменениях, позвоните в MNsure по телефону 1-855-366-7873.

Если вы не сообщите об изменениях, вам придется вернуть деньги штату или федеральному правительству за полученные вами льготы, на которые вы не имели права. Если вы не уверены в том, нужно ли сообщать об изменении, позвоните и объясните ситуацию. Примеры изменений, о которых нужно сообщать, включают следующее:

### Изменения в доходе, когда вы

- устраиваетесь на новую работу, меняете работу или увольняетесь;
- начинаете получать новый доход или прекращаете получать доход, такой как социальное страхование (или пособие по безработице)
- имеете изменения в размере дохода, который вы получаете от вашего бизнеса, от фермерства или других видов самозанятости

### Изменения в месте жительства, когда вы

- переезжаете на новый адрес
- временно находитесь за пределами штата Миннесота в течение более 30 дней Minnesota for more than 30 days

### Изменения в семье, когда кто-либо из членов вашей семьи

- беременнеет или рождает ребенка
- въезжает в ваш дом или съезжает из него
- умирает, вступает в брак, разводится

- начинает или прекращает получать медицинское страхование или Medicare
- получает инвалидность
- начинает или заканчивает срок тюремного заключения

## Налоговая декларация

Если вы приобретаете QHP через MNsure и получаете АРТС или хотите претендовать на налоговый вычет по страховым взносам (PTC - premium tax credit), вы должны подавать налоговые декларации в Службу внутренних государственных доходов (Internal Revenue Service, IRS). В случае заключения вами брака в конце года вы должны подать совместную налоговую декларацию о доходах вместе с вашим супругом (супругой).

Когда вы подаете декларацию по федеральному подоходному налогу, IRS сравнивает доход, указанный в вашей декларации с доходом, указанным в заявлении. Если доход, указанный в декларации, ниже дохода, указанного в заявлении, вы можете получить право на дополнительную сумму налогового вычета. И наоборот, если доход в вашей декларации выше, чем доход в заявлении, с вас могут взыскать дополнительный федеральный подоходный налог. В конце налогового года MNsure выдаст вам форму 1095A, которую необходимо использовать в отчетности по медицинской страховке, сдаваемой в IRS. Более подробную информацию о подаче налоговой декларации можно найти на веб-сайте MNsure: [www.mnsure.org/individual-family/cost/1095-A.jsp](http://www.mnsure.org/individual-family/cost/1095-A.jsp).

## Вы имеете право подать запрос на проведение слушания

Если вы считаете, что при рассмотрении вашего права на медицинские услуги или льготы была допущена ошибка, или ваше заявление было обработано неправильно, вы имеете право подать запрос на проведение слушания дела по апелляции. Подавая запрос на проведение слушания по апелляции, вы запрашиваете проведение справедливого пересмотра вашего дела. Вы можете лично выступить на слушании или воспользоваться услугами поверенного, адвоката, уполномоченного представителя, родственника, друга или другого лица. Конкретные указания по подаче апелляции можно найти в любом уведомлении, которое вы получили. Чтобы получить более подробную информацию о процессе подачи апелляции и запроса на проведение слушания, см. раздел «Апелляции» на веб-сайте MNsure: [www.mnsure.org/help/appeals](http://www.mnsure.org/help/appeals) или на сайте DHS по ссылке [www.dhs.state.mn.us/appeals/faqs](http://www.dhs.state.mn.us/appeals/faqs).

Вы можете заполнить и сдать запрос на проведение слушания по Интернету по ссылке <https://edocs.dhs.state.mn.us/lfservlet/Public/DHS-0033-ENG>.

Вы также можете распечатать предлагаемый по вышеуказанной ссылке бланк и сдать заполненный бланк по факсу 651-431-7523 или же отослать его почтой по следующему адресу:

(Департамент социального обеспечения штата Миннесота)  
(Бюро апелляций)  
Minnesota Department of Human Services  
Appeals Division  
PO Box 64941  
St. Paul, MN 55164-0941

## Иммиграция

Вся иммиграционная информация, которую вы предоставляете нам, является конфиденциальной. Мы используем ее для того, чтобы определить, можете ли вы получить страховку. Мы раскрываем ее только в тех случаях, когда это разрешено или требуется по закону, например для удостоверения личности. В большинстве случаев подача заявления никак не влияет на ваш иммиграционный статус. Исключение составляют обращения за помощью в оплате услуг долгосрочного ухода.

Вы не обязаны предоставлять нам иммиграционную информацию, если вы беременная женщина, проживающая в США без вето или разрешения служб США по гражданству и иммиграции (United States Citizenship and Immigration Services, USCIS). Вы также не обязаны предоставлять нам иммиграционную информацию, если вы:

- обращаетесь за помощью только для оплаты услуг неотложной медицинской помощи;
- помогаете подать заявление другому лицу;
- подаете заявление не от своего имени.

## Права и обязанности для программ Medical Assistance и MinnesotaCare

### Проверки

Ваше дело могут проверить аудиторы программ медицинского обслуживания отделов социального обеспечения штата или федеральных отделов. Они будут просматривать предоставленную вами информацию, чтобы убедиться, что мы правильно обработали ваше дело. В случае возникновения у аудиторов вопросов они обратятся к вам.

### Согласие на передачу медицинской информации

При подаче вашего заявления на участие в Minnesota Health Care Programs, вы указали своё письменное согласие посредством подписанного бланка, разрешая нижеуказанным агентствам и лицам передавать вашу медицинскую информацию только в ограниченных указанных целях:

- поставщикам медицинских услуг, включая планы медицинского обслуживания, страховые компании, программы MA или MinnesotaCare, окружных юристов, школьные округа, социальных работников округа или штата, а также их подрядчиков и субподрядчиков, для следующих целей:
  - для определения организации, которая будет оплачивать мое медицинское обслуживание;
  - для обеспечения, организации, управления и координации моего медицинского обслуживания.
- Всем прочим организациям или лицам, указанным в Уведомлении о порядке обращения с конфиденциальной информацией и Уведомлении о правах и обязанностях, для следующих целей:
  - для управления программами Minnesota Health Care Programs, оплаты услуг и проведения исследований и расследований

Данное согласие применимо к медицинской информации о моих несовершеннолетних детях, за которых я подаю заявление.

Вы можете аннулировать данное согласие в любой момент, обратившись с письменной просьбой о прекращении его действия. Письменное уведомление о прекращении действия согласия не повлияет на уже раскрытую информацию. Данное согласие действительно на протяжении моего участия в программах MA или MinnesotaCare, вплоть до одного года или дольше, если это разрешено законом.

Однако его действие продолжается дольше одного года в отношении сведений, переданных поставщикам консультационных услуг, или сведений, переданных для оплаты ваших счетов, расследований случаев мошенничества или проверки и анализа качества обслуживания.

Организация или лицо, получившие вашу информацию на основании данного согласия, может передавать ее другим лицам и организациям.

Если вы остановите действие согласия, вы не сможете начать или продолжить участие в Minnesota Health Care Programs.

### Другие планы медицинского обслуживания

Вы и члены вашей семьи, участвующие в программе MA, обязаны сообщать нам об имеющейся у вас или же предлагаемой вам любой другой медицинской страховке, включая медицинское страхование от работодателя, частное медицинское страхование, долгосрочное страхование и любое ограниченное медицинское страхование, как стоматологическое или на случай аварии. Вы должны сообщать нам о том, предлагает ли ваш работодатель медицинское страхование и согласились ли вы его получать.

Вам и членам вашей семьи, участвующим в программе МА, возможно, придётся согласиться на получение медицинского страхования в случае, если оно является малозатратным. Если у вас есть веская причина, по которой вы этого не сделаете, вы можете обратиться в администрацию штата для одобрения такой причины. Если вы не предоставите нам информацию о вашем медицинском страховании, вы можете получить отказ в покрытии.

Вы также должны сообщить нам, когда вы получите правомочность на участие в программе Medicare. Программа МА оплачивает страховые надбавки от Medicare некоторым малоимущим лицам.

## **МА - материальная помощь на оплату медицинских услуг**

Если вы подаете заявление от своего имени и от имени ваших детей и при этом не живете со вторым родителем, согласно закону от вас может потребоваться предоставление информации сотрудникам отдела обеспечения выплаты денежной помощи на содержание ребенка, если вы и ваш ребенок имеете право на льготы программы МА. Сюда относится содействие штату в подтверждении личности отца ваших детей и в получении помощи от второго родителя на оплату медицинских расходов ваших детей. Ваши дети продолжают пользоваться страховкой, если вы не окажете помощь отделу обеспечения выплаты денежной помощи на содержание ребенка, но вы не сможете пользоваться страховкой, если не беременны.

Вы можете попросить об исключении из помощи, если это противоречит интересам вашего ребенка или детей, или вашим интересам из-за страха физического или эмоционального вреда. Агентство рассмотрит ваше доказательство и сообщит вам, должны ли вы по-прежнему предоставлять информацию работнику отделения по алиментам.

## **Переуступка прав на выплаты по медицинской страховке**

Принимая услуги программы МА, вы передаете штату Миннесота свои права на все выплаты по медицинской страховке, предусмотренные для вас и других лиц, за которых вы подаете заявление. Сюда входят выплаты на медицинское обслуживание от всех прочих лиц или компаний, включая материальную помощь на медицинское обслуживание от отсутствующего родителя. Эта переуступка прав на выплаты по медицинской страховке начинает действовать, как только вступает в силу медицинская страховка.

Кроме того, вы соглашаетесь помогать штату в возмещении медицинских расходов, которые должны были быть оплачены другими лицами. Вы не обязаны помогать штату, если у вас есть достаточное основание не делать этого и штат одобряет это основание.

## **МА - право наложения ареста и иски, связанные с имуществом**

При некоторых обстоятельствах федеральный закон и закон штата требует, чтобы Департамент социального обеспечения штата Миннесота и местные агентства получили компенсацию, выплаченную программой МА за медицинские услуги своих клиентов. Такой процесс компенсации проводится посредством наложения арестов и имущественных исков программой МА штата Миннесота.

Если вы состоите в программе МА когда вы в возрасте 55 лет и старше, то после вашей смерти штат Миннесота должен попытаться возместить некоторые платежи, произведенные программой МА за предоставленные вам услуги здравоохранения, включая:

- Услуги дома-интерната с медицинским обслуживанием
- Услуги по месту проживания и на дому
- Стоимость относящихся к уходу стационарных услуг и лексрств

Услуги на дому и услуги на базе общины включают в себя услуги по охране здоровья на дому и квалифицированные сестринские услуги, затраты на персонал по персональному уходу и медицинские принадлежности и оборудование. Они также включают физическую терапию, профессиональную и речевую терапию, когда услуги терапии предоставляются агентством ухода на дому или агентством реабилитации на дому.

Если вы постоянно проживаете в медицинском учреждении, штат Миннесота также должен попытаться возместить расходы на все полученные вами услуги МА в данном медицинском учреждении. Если вы постоянно проживаете в медицинском учреждении и у вас нет супруга или ребенка-инвалида, проживающего в вашем собственном недвижимом домохозяйстве, штат может подать иск МА, связанный с имуществом, для возмещения МА расходов до вашей смерти.

После вашей смерти штат также может подать уведомление о возможном иске, которое является формой права ареста имущества, в отношении недвижимого имущества с целью возмещения расходов МА. Права ареста имущества для возмещения расходов МА могут предъявляться в отношении следующего:

- ваши пожизненные имущественные права или права совместного владения в отношении недвижимости
- принадлежащую исключительно вам недвижимость
- недвижимость, которой вы владеете совместно с другим лицом

Штат Миннесота не имеет права получать возмещение таких расходов в случае, когда жив ваш супруг или у вас есть ребенок в возрасте до 21 года, или у вас есть ребенок с постоянной инвалидностью. После смерти вашего супруга, штат Миннесота обязан попытаться получить компенсацию расходов МА за счет наследственного имущества вашего супруга. Однако, компенсация может быть отложена в случае, если у вас есть ребенок в возрасте до 21 года или ребенок с постоянной инвалидностью. Вашим детям не нужно компенсировать затраты штата Миннесота из их наследственного имущества за полученные вами услуги программы МА.

У вас есть право проконсультироваться с группой юридической помощи или с частным адвокатом если у вас есть вопросы о том, как наложение ареста и имущественные иски программы МА могут повлиять на вашу ситуацию и наследственное планирование. Департамент социального обеспечения штата Миннесота не может предоставить вам юридические советы. За более детальной информацией, обращайтесь на сайт <http://mn.gov/dhs/ma-estate-recovery/>

Joint-MNsure-DHS 8-19

## Ваши гражданские права

### Уведомление о гражданских правах

**Дискриминация противозаконна.** MNsure и Департамент социального обеспечения штата Миннесота (DHS) не проводят дискриминацию на основании любого из нижеуказанного:

- расы
- религии
- возраста
- цвета кожи
- сексуальной ориентации
- инвалидности
- национальности
- льготного статуса
- половой принадлежности (включая гендерные стереотипы и гендерную идентичность)
- вероисповедания
- семейного положения

**Бесплатные вспомогательные средства и услуги.** Если у вас есть инвалидность и вам нужны вспомогательные средства и услуги для того, чтобы иметь равные возможности участия в наших программах здравоохранения, MNsure и DHS предоставят их вам своевременно и бесплатно. Такие средства и услуги включают квалифицированных переводчиков и информацию в доступных форматах.

**Бесплатные услуги языковой помощи.** Если ваше владение английским языком ограничено и вам нужны документы в переводе или же услуги устного переводчика с целью получения равноценного доступа к информации и услугам, MNsure и DHS предоставят их вам своевременно и бесплатно.

**Для запроса таких бесплатных услуг в MNsure,** обращайтесь в Отделение равных возможностей и доступа MNsure (Accessibility and Equal Opportunity Office - AEO) [AEO@MNsure.org](mailto:AEO@MNsure.org) или 651-539-2099 (1-855-366-7873 за пределами региона Twin Cities).

**Для запроса таких бесплатных услуг в Департаменте социального обеспечения штата Миннесота (DHS),** обращайтесь в Отдел обслуживания клиентов в Minnesota Health Care Programs - MHCP по телефону 651-431-2670 или 1-800-657-3739. Или же пользуйтесь предпочитаемой вами службой коммутируемых сообщений.

## Жалобы о нарушении гражданских прав

У вас есть право подать жалобу о дискриминации если вы считаете, что сотрудники агентства социального обеспечения проявили дискриминацию по отношению к вам.

**Вы можете обращаться непосредственно в любое из нижеуказанных четырёх агентств для подачи заявления о дискриминации.**

### Отдел защиты гражданских прав Министерства здравоохранения и социального обеспечения США (U.S. Department of Health and Human Services' Office for Civil Rights - OCR)

У вас есть право подать жалобу в OCR, который является федеральным агентством, если вы считаете, что подверглись дискриминации по любой из нижеуказанных причин:

- раса
- цвет кожи
- национальность
- возраст
- инвалидность
- половая принадлежность (включая гендерные стереотипы и гендерную идентичность)

Обращайтесь непосредственно в **OCR** для подачи жалобы:

(Директор)

(Отдел гражданских прав Министерства здравоохранения и социального обеспечения США)

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 (голосовая линия)  
800-537-7697 (текстовая линия)  
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

### Департамент по правам человека штата Миннесота (Minnesota Department of Human Rights - MDHR)

В штате Миннесота у вас есть право на подачу жалобы в MDHR если вы считаете, что подверглись дискриминации по любой из нижеуказанных причин:

- раса
- цвет кожи
- национальность
- религия
- вероисповедание
- половая принадлежность
- сексуальная ориентация
- семейное положение
- льготный статус
- инвалидность

Обращайтесь непосредственно в **MDHR** для подачи жалобы:

(Департамент по правам человека штата Миннесота)

Minnesota Department of Human Rights  
Freeman Building, 625 North Robert Street  
St. Paul, MN 55155

651-539-1100 (голосовая линия)

800-657-3704 (бесплатная линия)

711 or 800-627-3529 (MN Relay)

651-296-9042 (факс)

Info.MDHR@state.mn.us (эл.почта)

### MNsure и DHS

У вас есть право подать жалобу в MNsure или DHS если вы считаете, что подверглись дискриминации в наших программах здравоохранения по любой из нижеуказанных причин:

- раса
- цвет кожи
- национальность
- вероисповедание
- религия
- сексуальная ориентация
- public assistance status
- семейное положение
- возраст
- инвалидность
- половая принадлежность, включая гендерные стереотипы и гендерную идентичность

Жалобы должны быть письменными и подаваться в течение 180 дней (или одного года для клиентов MNsure) от даты, когда вы обнаружили предполагаемый акт дискриминации. В жалобе должны быть указаны ваше имя и адрес, а также описание акта дискриминации, о котором вы жалуетесь. После получения вашей жалобы, мы проверим её и сообщим вам в письменном виде о том, есть ли у нас полномочия для расследования дела. Если таковые полномочия у нас есть, то мы проведём расследование жалобы.

MNsure или DHS сообщат вам в письменном виде о результатах расследования. У вас есть право на обжалование вынесенного решения, если вы с ним не согласны. Для подачи апелляции, вы должны послать письменный запрос с тем, чтобы MNsure или DHS проверили результаты расследования. Вкратце объясните почему вы не согласны с вынесенным решением. Включите дополнительную информацию если вы считаете её важной.

При подаче жалобы таким образом, работающие на агентство и указанные в жалобе люди не могут применять ответные меры против вас. Это значит, что они не могут никаким образом наказать вас за подачу жалобы. Подача жалобы таким образом не препятствует вашему решению искать другие юридические или административные средства защиты.

Обращайтесь непосредственно в **MNsure** для подачи жалобы о дискриминации:

(Офис равных возможностей и доступа MNsure)  
MNsure Accessibility and Equal Opportunity (AEO)  
Office

P.O. Box 64253

St. Paul, MN 55164-0253

651-539-2099 или 1-855-366-7873 (голосовая линия) или пользуйтесь предпочитаемой вами службой коммутируемых сообщений  
AEO@MNsure.org (эл.почта)

Обращайтесь непосредственно в **DHS** для подачи жалобы о дискриминации:

(Координатор программы гражданских прав)  
(Департамент социального обеспечения штата Миннесота)

(Равные возможности и доступ)

Civil Rights Coordinato

Minnesota Department of Human Services

Equal Opportunity and Access Division

P.O. Box 64997

St. Paul, MN 55164-0997

651-431-3040 (голосовая линия) или пользуйтесь предпочитаемой вами службой коммутируемых сообщений.

# Приложение В

## Адреса агентства

(Дата вступления в силу: Февраль 2020)

### Aitkin County

204 First Street NW  
Aitkin, MN 56431-1291  
218-927-7200 / 800-328-3744  
Fax: 218-927-7210

### Anoka County

Blaine Human Service Center  
1201 89th Ave NE  
Blaine, MN 55434  
763-422-7200  
Fax: 763-324-3620

### Becker County

712 Minnesota Avenue  
Detroit Lakes, MN 56501  
218-847-5628  
Fax: 218-847-6738

### Beltrami County

616 America Ave NW  
Bemidji, MN 56601  
218-333-8300  
Fax: 218-333-4150

### Benton County

531 Dewey Street  
Foley, MN 56329-0740  
320-968-5087 / 800-530-6254  
Fax: 320-968-5330

### Big Stone County

340 2nd Street NW  
P.O. Box 338  
Ortonville, MN 56278-0338  
320-839-2555  
Fax: 320-839-3966

### Blue Earth County

410 S 5th Street  
Mankato, MN 56002-3526  
507-304-4335  
Fax: 507-304-4336

### Brown County

1117 Center Street  
New Ulm, MN 56073-0788  
507-354-8246 / 800-450-8246  
Fax: 507-359-6542

### Carlton County

14 N. 11th Street, Suite 100  
Cloquet, MN 55720-0660  
218-879-4583 / 800-642-9082  
Fax: 218-878-2500

### Carver County

602 East Fourth Street  
Chaska, MN 55318-2102  
952-361-1600  
Fax: 952-361-1660

### Cass County

400 Michigan Avenue W  
Walker, MN 56484-0519  
218-547-1340  
Fax: 218-547-1448

### Chippewa County

719 N Seventh Street, Suite 200  
Montevideo, MN 56265-1397  
320-269-6401 / 877-450-6401  
Fax: 320-269-6405

### Chisago County

313 North Main Street, Rm 239  
Center City, MN 55012-9665  
651-213-5640 / 888-234-1246  
Fax: 651-213-5685

### Clay County

715 North 11th Street, Suite 502  
Moorhead, MN 56560-2095  
218-299-5200 / 800-757-3880  
Fax: 218-299-7106

### Clearwater County

216 Park Avenue NW  
Bagley, MN 56621-9500  
218-694-6164 / 800-245-6064  
Fax: 218-694-3535

### Cook County

411 West Second Street  
Grand Marais, MN 55604-2307  
218-387-3620  
Fax: 218-387-3020

### Cottonwood County

DVHHS  
11 Fourth Street  
Windom, MN 56101-0009  
507-831-1891  
Fax: 507-831-0126

### Crow Wing County

204 Laurel Street  
Brainerd, MN 56401-0686  
218-824-1250 / 888-772-8212  
Fax: 218-824-1305

### Dakota County

1 Mendota Road West, #100  
West St. Paul, MN 55118-4765  
651-554-5611  
Fax: 651-554-5748

### Dodge County

MnPrairie  
22 Sixth Street East, Dept. 401  
Mantorville, MN 55955  
507-923-2900 / 888-850-9419  
Fax: 507-635-6186

### Douglas County

809 Elm Street, Suite 1186  
Alexandria, MN 56308  
320-762-2302  
Fax: 320-762-3833

### Faribault County

FMCHS  
412 Nicollet Street North  
Blue Earth, MN 56013  
507-526-3265  
Fax: 507-526-2039

### Fillmore County

902 Houston Street NW, #1  
Preston, MN 55965-1080  
507-765-2175  
Fax: 507-765-3895

### Freeborn County

203 W Clark Street  
Albert Lea, MN 56007-1246  
507-377-5400  
Fax: 507-377-5498

### Goodhue County

426 West Avenue  
Red Wing, MN 55066  
651-385-3200  
Fax: 651-267-4879

### Grant County

15 Central Avenue N, PO Box 1006  
Elbow Lake, MN 56531-1006  
218-685-8200 / 800-291-2827  
Fax: 218-685-4978

### Hennepin County

PO Box 107  
Minneapolis, MN 55440-0107  
612-596-1300  
Fax: 612-288-2981  
Позвоните, если Вам нужна информация о часах приема или размещении офиса.

### Houston County

304 S. Marshall Street, Rm 104  
Caledonia, MN 55921-0310  
507-725-5811  
Fax: 507-725-3990

### Hubbard County

205 Court Avenue  
Park Rapids, MN 56470  
218-732-1451 / 877-450-1451  
Fax: 218-732-3231

### Isanti County

1700 E Rum River Dr S, Suite A  
Cambridge, MN 55008-2547  
763-689-1711  
Fax: 763-689-9877

### Itasca County

1209 SE Second Avenue  
Grand Rapids, MN 55744-3983  
218-327-2941 / 800-422-0312  
Fax: 218-327-5548

### Jackson County

DVHHS  
407 5th Street, PO Box 67  
Jackson, MN 56143-0067  
507-847-4000  
Fax: 507-847-5616

### Kanabec County

905 Forest Avenue East, #150  
Mora, MN 55051-1316  
320-679-6350  
Fax: 320-679-6351

### Kandiyohi County

2200 23rd Street NE, Suite 1020  
Willmar, MN 56201-9423  
320-231-7800 / 877-464-7800  
Fax: 320-231-6285

### Kittson County

410 South Fifth Street, Suite 100  
Hallock, MN 56728  
218-843-2689 / 800-672-8026  
Fax: 218-843-2607

### Koochiching County

1000 Fifth Street  
Int'l Falls, MN 56649-2485  
218-283-7000 / 800-950-4630  
Fax: 218-283-7013

### Lac Qui Parle County

930 First Avenue  
Madison, MN 56256-0007  
320-598-7594  
Fax: 320-598-7597

### Lake County

616 Third Avenue  
Two Harbors, MN 55616-1560  
218-834-8400  
Fax: 218-834-8412

### Lake of the Woods County

206 8th Avenue SE, Suite 200  
Baudette, MN 56623  
218-634-2642  
Fax: 218-634-4520

### Le Sueur County

88 South Park Avenue  
Le Center, MN 56057-1646  
507-357-8288  
Fax: 507-357-6122

### Lincoln County

SWMHHS  
319 N Rebecca Street  
Ivanhoe, MN 56142  
507-694-1452 / 800-657-3781  
Fax: 507-694-1859

### Lyon County

SWMHHS  
607 West Main Street, Suite 100  
Marshall, MN 56258  
507-537-6747 / 800-657-3760  
Fax: 507-537-6088

### McLeod County

1805 Ford Avenue North, #100  
Glencoe, MN 55336  
320-864-3144 / 800-247-1756  
Fax: 320-864-5265

### Mahnomen County

311 N Main Street  
Mahnomen, MN 56557-0460  
218-935-2568  
Fax: 218-935-5459

### Marshall County

208 East Colvin Avenue, Suite 14  
Warren, MN 56762-1695  
218-745-5124 / 800-642-5444  
Fax: 218-745-5260

**Martin County**

FMCHS  
115 West First Street  
Fairmont, MN 56031  
507-238-4757  
Fax: 507-238-1574

**Meeker County**

114 North Holcombe Ave, #180  
Litchfield, MN 55355-2273  
320-693-5300 / 877-915-5300  
Fax: 320-693-5344

**Mille Lacs County**

525 Second Street SE  
Milaca, MN 56353  
320-983-8208 / 888-270-8208  
Fax: 320-983-8306

**MinnesotaCare Operations**

540 Cedar Street  
PO Box 64252  
St. Paul, MN 55164-0252  
651-297-3862 / 800-657-3672  
Fax: 651-431-7750

**Morrison County**

213 SE First Avenue  
Little Falls, MN 56345-3196  
320-632-2951 / 800-269-1464  
Fax: 320-632-0225

**Mower County**

201 1st Street NE, Suite 18  
Austin, MN 55912-3405  
507-437-9700  
Fax: 507-437-9721

**Murray County**

SWMHHS  
3001 Maple Road, Suite 100  
Slayton, MN 56172  
507-836-6144 / 800-657-3811  
Fax: 507-836-8841

**Nicollet County**

622 South Front Street  
St. Peter, MN 56082-2106  
507-934-8559  
Fax: 507-934-8552

**Nobles County**

318 9th Street  
PO Box 189  
Worthington, MN 56187-0189  
507-295-5213  
Fax: 507-372-5094

**Norman County**

15 Second Avenue East, Room 108  
Ada, MN 56510-1389  
218-784-5400  
Fax: 218-784-7142

**Olmsted County**

2117 Campus Drive SE, Suite 200  
Rochester, MN 55904  
507-328-6500  
Fax: 507-328-7956

**Otter Tail County**

535 Fir Avenue W  
Fergus Falls, MN 56537  
218-998-8230  
Fax: 218-998-8270

**Pennington County**

318 N Knight Avenue  
Thief River Falls, MN 56701-0340  
218-681-2880  
Fax: 218-683-7013

**Pine County**

315 Main Street S, Suite 200  
Pine City, MN 55063  
320-591-1570  
Fax: 320-591-1601

**или**

1610 Highway 23 N  
Sandstone, MN 55072-5009  
Fax: 320-591-1601

**Pipestone County**

SWMHHS  
1091 North Hiawatha Avenue  
Pipestone, MN 56164  
507-825-6720 / 888-632-4325  
Fax: 507-825-5649

**Polk County**

612 N Broadway, Room 302  
Crookston, MN 56716  
218-281-3127 / 877-281-3127  
Fax: 218-281-3926

**или**

1424 Central Avenue NE  
East Grand Forks, MN 56721  
218-773-2431  
Fax: 218-773-3602

**или**

250 SW Cleveland Avenue  
PO Box 100  
McIntosh, MN 56556  
21-435-1585 / 877-281-3127  
Fax: 218-435-1552

**Pope County**

211 East MN Avenue, Suite 200  
Glenwood, MN 56334-1629  
320-634-7755  
Fax: 320-634-0164

**Ramsey County**

160 East Kellogg Boulevard  
St. Paul, MN 55101-1494  
651-266-4444  
Fax: 651-266-3942

**Red Lake County**

125 Edward Avenue SW  
Red Lake Falls, MN 56750-0356  
218-253-4131 / 877-294-0846  
Fax: 218-253-2926

**Redwood County**

SWMHHS  
266 E Bridge Street  
Redwood Falls, MN 56283  
507-637-4050 / 888-234-1292  
Fax: 507-637-4055

**Renville County**

105 S 5th Street, Suite 203H  
Olivia, MN 56277  
320-523-2202  
Fax: 320-523-3565

**Rice County**

320 NW Third Street, #2  
Faribault, MN 55021-0718  
507-332-6115  
Fax: 507-332-6247

**Rock County**

SWMHHS  
2 Roundwind Road  
Luverne, MN 56156-0715  
507-283-5070  
Fax: 507-283-5074

**Roseau County**

208 6th Street SW  
Roseau, MN 56751-1451  
218-463-2411 / 866-255-2932  
Fax: 218-463-3872

**St. Louis County**

320 West 2nd Street  
Duluth, MN 55802-1495  
218-726-2101 / 800-450-9777  
Fax: 218-726-2163

**или**

307 S 1st Street – PO Box 1148  
Virginia, MN 55792-1148  
218-749-7137  
Fax: 218-742-9503

**или**

320 Miners Drive E  
Ely, MN 55731-1402  
218-365-8220  
Fax: 218-365-8217

**или**

1814 14th Avenue East  
Hibbing, MN 55746-1314  
218-262-6000  
Fax: 218-262-6049

**Scott County**

752 Canterbury Rd S  
Shakopee, MN 55379  
952-496-8686  
Fax: 952-496-8685

**Sherburne County**

13880 Business Center Drive  
Elk River, MN 55330-4600  
763-765-4000 / 800-433-5239  
Fax: 763-765-4096

**Sibley County**

PO Box 237  
Gaylord, MN 55334-0237  
507-237-4000  
Fax: 507-237-4031

**Stearns County**

705 Courthouse Square  
St. Cloud, MN 56302-1107  
320-656-6000 / 800-450-3663  
Fax: 320-656-6447

**Steele County**

MnPrairie  
630 Florence Avenue  
Owatonna, MN 55060-0890  
507-431-5600  
Fax: 507-635-6186

**Stevens County**

400 Colorado Avenue, Suite 104  
Morris, MN 56267-1235  
320-208-6600 / 800-950-4429  
Fax: 320-589-3972

**Swift County**

410 21st Street South  
Benson, MN 56215-0208  
320-843-3160  
Fax: 320-843-4582

**Todd County**

212 Second Avenue South  
Long Prairie, MN 56347-1640  
320-732-4500 / 888-838-4066  
Fax: 320-732-4540

**Traverse County**

202 8th Street North  
Wheaton, MN 56296  
320-422-7777 / 855-735-8916  
Fax: 320-563-4230

**Wabasha County**

411 Hiawatha Drive E  
Wabasha, MN 55981-1573  
651-565-3351 / 888-315-8815  
Fax: 651-565-3084

**Wadena County**

124 First Street SE  
Wadena, MN 56482-1553  
218-631-7605 / 888-662-2737  
Fax: 218-631-7616

**Waseca County**

MnPrairie  
299 Johnson Avenue SW, Suite 160  
Waseca, MN 56093-2498  
507-837-6600  
Fax: 507-635-6186

**Washington County**

14949 62nd Street North  
PO Box 30  
Stillwater, MN 55082-0030  
651-430-6455  
Fax: 651-430-6605

**Watonwan County**

715 Second Avenue S  
St. James, MN 56081-1741  
507-375-3294 / 888-299-5941  
Fax: 507-375-7359

**Wilkin County**

227 6th Street North  
PO Box 369  
Breckenridge, MN 56520-0369  
218-643-7161  
Fax: 218-643-7175

**Winona County**

202 West Third Street  
Winona, MN 55987-3146  
507-457-6200  
Fax: 507-454-9381

**Wright County**

1004 Commercial Drive  
Buffalo, MN 55313-1736  
763-682-7414 / 800-362-3667  
Fax: 763-682-7701

**Yellow Medicine County**

415 9th Avenue, Suite 202  
Granite Falls, MN 56241  
320-564-2211  
Fax: 320-564-4165

**White Earth Human Services**

PO Box 100  
Nay-tah-waush, MN 56566  
218-935-5554