



Solicitud de cobertura de salud y ayuda con el pago de costos



Solicite más rápido en línea

- ¡Solicitar en línea es rápido y fácil! Es posible que pueda obtener decisiones a tiempo real si usa la solicitud en línea en www.mnsure.org
- También puede obtener ayuda en línea si tiene preguntas durante el proceso de solicitud.



Use esta solicitud para ver las elecciones de cobertura para las que califica

- Planes de seguro médico particulares asequibles, que ofrecen amplia cobertura para ayudarlo a mantener una buena salud
- Un nuevo crédito de impuestos que lo puede ayudar inmediatamente a pagar las primas de su cobertura de salud
- Seguro gratuito o de bajo costo de Medical Assistance - MA (Asistencia Médica) o MinnesotaCare, los programas de salud de Minnesota
- **Es posible que cumpla con los requisitos para un programa gratuito o de bajo costo, aunque gane hasta \$103,000 al año (para una familia de 4).**



¿Quién puede usar esta solicitud?

- Use esta solicitud para solicitar para cualquier miembro de su familia.
- Solicite aun si usted o su hijo ya tienen cobertura de salud. Usted podría ser elegible para cobertura gratuita o de bajo costo.
- Las familias que incluyen inmigrantes, pueden solicitar. Usted puede solicitar para su hijo aunque usted no sea elegible para cobertura.
- Si alguien le está ayudando a completar esta solicitud, posiblemente tendrá que completar el Apéndice C.
- Para los indios americanos o indígenas de Alaska, sírvase completar el Apéndice B cuando llene esta solicitud.



Lo que necesitará para solicitar

- Números de Social Security (Seguro Social) (o números de documento para los inmigrantes legales que necesitan seguro)
- Información del empleador e ingresos de todos los miembros de la familia (por ejemplo, boleta de pago, formularios W-2, o declaración de salarios e impuestos)
- Números de póliza de cualquier seguro médico actual
- Información sobre el seguro médico disponible para su familia a través de su trabajo.



¿Por qué pedimos esta información?

Hacemos preguntas sobre los ingresos y otra información para que usted sepa el tipo de cobertura para el que califica y si puede obtener algún tipo de ayuda para pagarla. **Toda la información que usted proporcione se mantendrá confidencial y segura, como lo exige la ley. Para obtener más detalles, lea la Notificación de Prácticas de la Privacidad (Notice of Privacy Practices) adjunta.**



¿Cuál es el siguiente paso?

Complete y firme su solicitud y envíela siguiendo las instrucciones en el Paso 8 de la página 22. Revisaremos su solicitud y le notificaremos los resultados por escrito.



Obtenga ayuda con esta solicitud

- **En línea:** www.mnsure.org
- **Por teléfono:** Llame a MNsure al **651-539-2099** (1-855-366-7873, fuera del área de las Ciudades Gemelas).
- **En persona:** Tal vez haya un navegador o agente en su área que le pueda ayudar. Visite nuestro sitio web, o llame al **651-539-2099** (1-855-366-7873, fuera del área de las Ciudades Gemelas).
- Si necesita ayuda en otro idioma que no sea inglés, indíquenos el idioma que necesita. Le brindaremos ayuda sin costo alguno.



Para obtener esta información en formatos accesibles o asistencia con mayor acceso igualitario a servicios humanos, escriba a DHS.info@state.mn.us, llame al 1-800-657-3739 o use su servicio preferido de retransmisión. ADA1 (2-18)

Háblenos sobre todos los miembros de la familia que viven con usted. Si declara impuestos, necesitamos saber sobre cada persona incluida en su declaración de impuestos.

INCLUYA:

- Usted mismo
- Su cónyuge
- Sus hijos menores de 19 años que viven con usted
- Los hijos de su cónyuge menores de 19 años que viven con usted
- Su pareja de hecho, si tienen hijos juntos
- Cualquiera que usted incluya en su declaración de impuestos, aunque esa persona no viva con usted
- Cualquier otra persona menor de 19 años a su cuidado y que viva con usted.

Incluya a las personas de arriba, incluso si no necesitan cobertura de cuidado de salud.

NO incluya:

- Sus hijos de 19 años o mayores, que usted no reclamará como dependientes en su declaración de impuestos
- Los hijos de 19 años o mayores de su cónyuge, que usted no reclamará como dependientes en su declaración de impuestos
- Su pareja de hecho, si no tienen hijos juntos y no presentan su declaración de impuestos juntos
- Los hijos de su pareja de hecho, si no tienen ninguna relación consanguínea con usted, y usted no los reclamará como dependientes en su declaración de impuestos
- Otras personas que vivan con usted, pero que no sean su cónyuge ni sus hijos y que usted no reclamará en su declaración de impuestos
- Sus padres, si usted tiene 19 años o más, sus padres no esperan reclamarlo como dependiente en su declaración de impuestos, y usted no espera reclamarlos como dependientes en su declaración de impuestos

Estas personas pueden presentar una solicitud separada para cobertura de cuidado de salud.

La cobertura de salud y la asistencia para las que califica depende del número de personas en su familia y sus ingresos. Esta información nos ayuda a asegurar que todos obtengan la mejor cobertura posible.

Complete el Paso 2 para cada uno de los miembros de su familia. Comience con usted mismo, luego añada a los demás adultos y los menores. Si hay más de cuatro miembros en su familia, haga copias de las páginas 15 a 18. No necesita presentar la condición de inmigración ni Social Security Number - SSN para las personas que no están solicitando cobertura de cuidado de salud. Proporcionar un número de Seguro Social para todos los miembros del hogar puede acelerar el proceso de solicitud. Utilizamos los números de SSN para verificar los ingresos y otra información para saber quién es elegible para recibir ayuda con los costos de cobertura de salud. Si alguien quiere ayuda para obtener un SSN, llame al 1-800-772-1213 o visite www.socialsecurity.gov. Si usted es usuario de TTY, llame al 1-800-325-0778, o use su servicio preferido de retransmisión.

Otros miembros de la familia. Si tiene otros miembros de su familia que no fueron incluidos en el Paso 2 de esta solicitud que quieran tener cobertura bajo este plan de salud familiar, vaya al Paso 6 de esta solicitud (página 21).

Programa Safe at Home. Si su grupo familiar participa en el Programa Safe at Home (Confidencialidad para la seguridad en el hogar) de Minnesota, no tiene la obligación de dar su dirección domiciliar completa. En los espacios de la dirección domiciliar, solo debe indicar el condado donde reside y su código postal. Indique su dirección de Safe at Home como dirección postal.

¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite www.mnsure.org o llámenos al **651-539-2099** (1-855-366-7873, fuera del área de las Ciudades Gemelas). Si necesita ayuda en otro idioma que no sea inglés, indique el idioma que necesita. Le brindaremos ayuda sin costo alguno.



PASO 2: PERSONA 1

Comience con usted mismo

Complete el Paso 2 para usted mismo y otros que necesite incluir en esta solicitud. Vea el Paso 1 para la información sobre las personas a incluir. La Persona 1 debe ser la persona de contacto de la solicitud.

1. PRIMER NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE, APELLIDO, SUFIJO					
2. FECHA DE NACIMIENTO ____ (MM/DD/AAAA) Si es menor de 18 años de edad, ¿está usted bajo el control legal de un padre? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		3. SEXO <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino	4. ESTADO CIVIL <input type="radio"/> Separado legalmente <input type="radio"/> Casado <input type="radio"/> Divorciado <input type="radio"/> Viudo <input type="radio"/> Nunca ha estado casado		
5. ¿Tiene usted un Social Security Number (SSN)? <input type="radio"/> Sí – ¿cuál es su SSN?* _____ <input type="radio"/> No – ¿ha solicitado un SSN? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No – ¿por qué no? Elija un código de explicación de la lista en la pág. 22: _____ *Para obtener información sobre números SSN, consulte la Notificación de Prácticas de la Privacidad y la Notificación de Responsabilidades y Derechos (Adjunto A).					
6. <input type="checkbox"/> Marque aquí si usted no tiene vivienda. Si marcó la casilla, ¿en qué condado vive usted? _____					
7a. DIRECCIÓN DOMICILIARIA (No escriba un número de casilla de correo aquí. Incluya todo número de casilla de correo en la pregunta 12.)					
7b. NÚMERO DE APARTAMENTO O SUITE	8. CIUDAD		9. ESTADO	10. CÓDIGO POSTAL	11. CONDADO
12. DIRECCIÓN POSTAL (si es diferente de la dirección domiciliaria)				13. NÚMERO DE APARTAMENTO O SUITE	
14. CIUDAD		15. ESTADO	16. CÓDIGO POSTAL	17. CONDADO	
18. NÚMERO DE TELÉFONO al que lo podamos llamar: <input type="radio"/> Celular <input type="radio"/> Casa <input type="radio"/> Trabajo			19. OTRO NÚMERO DE TELÉFONO al que lo podamos llamar: <input type="radio"/> Celular <input type="radio"/> Casa <input type="radio"/> Trabajo		
20a. SU IDIOMA HABLADO PREFERIDO		20b. SU IDIOMA ESCRITO PREFERIDO		21. ¿Necesita un intérprete? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
22. SELECCIONE SU MÉTODO DE CONTACTO PREFERIDO PARA EFECTOS DE ESTA SOLICITUD Correo electrónico: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Correo postal de EE.UU.: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No					
CORREO ELECTRÓNICO					
23. ¿Quiere que alguien actúe bajo su nombre como representante autorizado? (Usted puede dar un permiso a alguna persona de confianza para hablar de esta solicitud con nosotros, ver su información y actuar en su nombre sobre los asuntos relacionados con esta solicitud, incluyendo la obtención de información acerca de su solicitud y firmarla en su nombre.) <input type="radio"/> Sí – complete el Apéndice C <input type="radio"/> No					

¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite www.mnsure.org o llámenos al 651-539-2099 (1-855-366-7873, fuera del área de las Ciudades Gemelas). Si necesita ayuda en otro idioma que no sea inglés, indique el idioma que necesita. Le brindaremos ayuda sin costo alguno.



PASO 2: PERSONA 1

(Continúe con usted mismo)

24. ¿Planea presentar una declaración de impuesto federal sobre los ingresos el **próximo año**?

(Usted puede solicitar seguro médico aunque no presente una declaración de impuesto federal sobre los ingresos.)

Sí – sírvase responder las preguntas a, b y c. No – vaya a la pregunta c.

a. ¿Presentará una declaración conjuntamente con su cónyuge?

Sí – nombre del cónyuge: _____

No – ¿Presentará su declaración como Casado declarando por separado debido a abuso doméstico o abandono conyugal (el cónyuge abandonó el hogar) o presentará su declaración como Cabeza de familia? Sí No

b. ¿Reclamará dependientes en su declaración de impuestos? Sí No

Si la respuesta es afirmativa, escriba el nombre de los dependientes: _____

c. ¿Será usted reclamado como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona? Sí No

En caso afirmativo, escriba el nombre del contribuyente: _____

Si reclama algún dependiente en su declaración de impuestos, escriba el nombre de sus dependientes en la solicitud, aunque ellos no soliciten asistencia.

25. ¿Está embarazada? Sí No En caso afirmativo, ¿cuántos bebés se esperan de este embarazo? _____

Fecha probable de parto: _____ (MM/DD/AAAA)

26. ¿Está solicitando cobertura de cuidado de salud para usted?

(Aun si tiene seguro, puede haber un programa con mejor cobertura o costos más bajos.)

Sí – responda todas las preguntas a continuación.  No – vaya a las preguntas sobre trabajo e ingresos en la página 4. 

27. ¿Tiene planes de hacer de Minnesota su lugar de residencia? Sí No

a. ¿Está visitando Minnesota para obtener cuidado médico o por razones personales? Sí No

28. ¿Es usted ciudadano o nacional de EE. UU.?

(Un nacional de los EE. UU. es una persona nacida en Samoa Americana o en la Isla de Swains, una persona nacida fuera de los EE. UU., con uno o ambos padres que son nacionales de los EE. UU., o una persona nacida en las Islas Marianas del Norte que optó por ser nacional de los EE. UU.)

Sí – vaya a la pregunta 31. No – vaya a la pregunta 29.

29. ¿Cuál es su condición de inmigración actual? (Elija un código de estatus de la lista en la pág. 22 o escriba su estatus abajo si no está en la lista.)

Código o estatus: _____

a. Tipo de documento de inmigración: _____ b. Número de id. de extranjería: _____

c. Número de tarjeta: _____ d. Fecha de vencimiento (MM/DD/AAAA): _____

e. Fecha de ingreso (MM/DD/AAAA): _____

f. ¿Ingresó usted a los Estados Unidos antes del 22 de agosto de 1996? Sí No

g. ¿Ha vivido en los Estados Unidos por cinco o más años bajo una condición calificada? (Consulte la pág. 22 para determinar si tiene una condición calificada.) Sí No

h. ¿Tiene un patrocinador? Sí – Nombre del patrocinador: _____ No

i. ¿Es usted, su cónyuge o uno de sus padres, veterano o miembro de las fuerzas armadas en servicio activo? Sí No

j. ¿Quiere ayuda para pagar una emergencia médica?

No Sí. ¿Cuáles son las fechas de inicio y término de la emergencia médica?

_____ (MM/DD/AAAA) a _____ (MM/DD/AAAA)

k. ¿Está recibiendo servicios del Centro para Víctimas de Tortura (Center for Victims of Torture)? Sí No

30. ¿Alguna vez tuvo una condición de inmigración diferente a su condición actual (por ejemplo: refugiado o asilado)?

No Sí – ¿cuál es su condición de inmigración anterior? (Elija un código de estatus de la lista en la pág. 22, o escriba su estatus anterior a continuación, si este no se encuentra en la lista.)

Código o estatus: _____ Fecha de entrada original: _____ (MM/DD/AAAA)

¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite www.mnsure.org o llámenos al **651-539-2099** (1-855-366-7873, fuera del área de las Ciudades Gemelas). Si necesita ayuda en otro idioma que no sea inglés, indique el idioma que necesita. Le brindaremos ayuda sin costo alguno.



PASO 2: PERSONA 1

(Continúe con usted mismo)

31. ¿Desea ayuda de MA para pagar las facturas médicas de los últimos tres meses?
(La fecha de inicio de MA pudo haber comenzado hasta tres meses antes de la fecha de solicitud si tiene facturas médicas a partir de ese momento y cumple con los requisitos de MA.)
 Sí – sírvase responder las preguntas a y b. No – vaya a la pregunta 32.

a. ¿Cuántos meses? Uno Dos Tres

b. ¿Toda la información que usted nos proporcionó en la solicitud en los últimos meses sigue siendo la misma? (Por ejemplo, ingreso, embarazo y vive en Minnesota)
 Sí No

32. ¿Estuvo usted bajo cuidado sustituto en Minnesota? Sí – Responda las preguntas a y b No

a. ¿Terminó su cuidado sustituto cuando usted cumplió 18 años o a una edad mayor? Sí No

b. ¿Recibía usted beneficios de Medical Assistance - MA (Asistencia Médica) o MinnesotaCare cuando terminó su cuidado sustituto?
 Sí No

33. Responda sí o no a las cinco preguntas a continuación.

a. ¿Es usted ciego? Sí No

b. ¿Tiene una condición física, mental o emocional que limita sus actividades (tales como bañarse, vestirse, las tareas diarias, etc.)?
 Sí No

c. ¿Necesita ayuda para permanecer en su casa o para pagar la atención en una instalación de cuidado a largo plazo como un centro de cuidados?
 Sí No

d. ¿Ha sido determinado como discapacitado por la Administración del Seguro Social (Social Security Administration - SSA) o el Equipo de Revisión Médica Estatal (State Medical Review Team - SMRT)?
 Sí No

e. ¿Está usted en un programa de tratamiento residencial para enfermedades mentales o dependencia de drogas o alcohol?
 Sí No

34. ¿Está actualmente encarcelado o en prisión?
 No Sí – Si está en prisión, ¿está esperando la disposición final de las acusaciones? Sí No

35. Si es de etnia hispana o latina (OPCIONAL—marque todas las que correspondan.)
 Mexicano Mexicano-americano Chicano o Chicana Puertorriqueño Cubano Otro: _____

36. Raza (OPCIONAL—marque todas las que correspondan.)
 Blanco Negro o Afroamericano Indio americano o indígena de Alaska Indio asiático Chino Filipino
 Japonés Coreano Vietnamita Otro asiático Indígena de Hawái Guameño o chamorro Samoano
 Otro isleño del Pacífico Otro: _____

Cambios recientes de trabajo

37. EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES, USTED, ¿HIZO ALGUNA DE ESTAS COSAS? (Marque todo lo que corresponda.)
 Cambió de trabajo Dejó de trabajar Comenzó a trabajar menos horas o tuvo un recorte de salario Ninguna de las anteriores

Información de trabajo e ingreso actual (Marque todas las que correspondan.)

Empleado
Si está empleado actualmente, infórmenos sobre su ingreso. Comience con la pregunta 38.

Trabaja por cuenta propia
Pase a la pregunta 42.

Empleado estacional
Pase a la pregunta 43.

No empleado
Pase a la pregunta 44.

¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite www.mnsure.org o llámenos al 651-539-2099 (1-855-366-7873, fuera del área de las Ciudades Gemelas). Si necesita ayuda en otro idioma que no sea inglés, indique el idioma que necesita. Le brindaremos ayuda sin costo alguno.



PASO 2: PERSONA 1

(Continúe con usted mismo)

Trabajo actual 1

38. NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR: Escriba el nombre del empleador tal y como aparece en su cheque de pago.	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR (EID, por sus siglas en inglés)
39. SALARIO Y PROPINA SUJETOS A IMPUESTOS: Indique la cantidad después de las deducciones de nómina antes de impuestos y antes de restar los impuestos. Las deducciones de nómina antes de impuestos pueden ser para un plan de jubilación, un plan de seguro médico, un plan de cuidado de menores o un programa de estacionamiento y transporte. Elija una y complete la cantidad en dólares.	
<input type="radio"/> Por hora \$ _____ por hora Horas por semana: _____	
<input type="radio"/> Semanal \$ _____	
<input type="radio"/> Cada dos semanas \$ _____	
<input type="radio"/> Dos veces al mes \$ _____	
<input type="radio"/> Mensual \$ _____	
<input type="radio"/> Anual \$ _____	

Trabajo actual 2

(Si tiene más trabajos y necesita más espacio, adjunte otra hoja de papel e incluya esa información.)

40. NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR: Escriba el nombre del empleador tal y como aparece en su cheque de pago.	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR (EID, por sus siglas en inglés)
41. SALARIO Y PROPINA SUJETOS A IMPUESTOS: Indique la cantidad después de las deducciones de nómina antes de impuestos y antes de restar los impuestos. Las deducciones de nómina antes de impuestos pueden ser para un plan de jubilación, un plan de seguro médico, un plan de cuidado de menores o un programa de estacionamiento y transporte. Elija una y complete la cantidad en dólares.	
<input type="radio"/> Por hora \$ _____ por hora Horas por semana: _____	
<input type="radio"/> Semanal \$ _____	
<input type="radio"/> Cada dos semanas \$ _____	
<input type="radio"/> Dos veces al mes \$ _____	
<input type="radio"/> Mensual \$ _____	
<input type="radio"/> Anual \$ _____	

42. TRABAJA POR CUENTA PROPIA: INGRESO O PÉRDIDA POR AGRICULTURA, PESCA U OTRO NEGOCIO. RESPONDA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

a. Tipo de trabajo _____ b. ¿Cuánto ingreso o pérdida espera tener del trabajo por cuenta propia durante los próximos 12 meses?

Monto del ingreso \$ _____ o monto de la pérdida \$ _____

43. INGRESO ESTACIONAL: Complete solo si usted es empleado estacional.

EL TOTAL DE SU INGRESO ESTACIONAL PARA LOS PRÓXIMOS 12 MESES	SU TOTAL DE DESEMPLEO PARA LOS PRÓXIMOS 12 MESES
NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR: Escriba el nombre del empleador tal y como aparece en su cheque de pago.	
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR (EID, por sus siglas en inglés)	

¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite www.mnsure.org o llámenos al 651-539-2099 (1-855-366-7873, fuera del área de las Ciudades Gemelas). Si necesita ayuda en otro idioma que no sea inglés, indique el idioma que necesita. Le brindaremos ayuda sin costo alguno.



PASO 2: PERSONA 1

(Continúe con usted mismo)

44. OTRO INGRESO ESTE MES: Marque todas las casillas que correspondan y escriba la cantidad y la frecuencia con que lo recibe.

Nota: No necesita informarnos sobre manutención de menores, pago de veteranos, fondos de una cuenta ABLE (Achieving a Better Life Experience / Lograr una mejor experiencia de vida) o Supplemental Security Income - SSI (Seguro de Ingreso Suplementario).

- Ninguno
- Desempleo \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
- Pensiones \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
- Social Security \$ _____ mensual
- Otra jubilación \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
- Pensión alimenticia recibida* \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
- Alquiler o regalías netas \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
- Interés \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
- ¿Cuánto de esta cantidad no es tributable? _____
- Otro ingreso tributable que espera recibir dentro de los próximos 12 meses
Tipo: _____ \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
- Otro ingreso tributable para este mes (El ingreso tributable es el ingreso que usted declararía en la sección de ingresos del Formulario 1040 del IRS.)
Tipo: _____ \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

*No incluya una pensión alimenticia recibida como ingreso si su acuerdo de divorcio o separación tiene fecha posterior a 2018.

45. AJUSTES AL INGRESO: Marque todas las que correspondan, y escriba la cantidad y la frecuencia con que la paga.

Si usted paga por ciertas cosas que pueden deducirse del ingreso bruto de una declaración de impuesto federal sobre los ingresos, infórmenos sobre eso, ya que podría disminuir un poco su costo de cobertura de salud. Vea los ajustes al ingreso en el Apéndice 1 del Form. 1040 del IRS. **Nota:** No debe incluir un costo que ya haya considerado en su respuesta sobre ingreso o pérdida del trabajo por cuenta propia (pregunta 42b).

- Costos de maestros \$ _____ ¿Qué tan a menudo? _____
- Ciertos gastos de negocios de reservistas, artistas del espectáculo y funcionarios gubernamentales remunerados \$ _____ ¿Qué tan a menudo? _____
- Deducción de la cuenta de ahorros para gastos médicos \$ _____ ¿Qué tan a menudo? _____
- Gastos de mudanza para militares en servicio activo \$ _____ ¿Qué tan a menudo? _____
- Parte deducible del impuesto al trabajo por cuenta propia \$ _____ ¿Qué tan a menudo? _____
- Trabajo por cuenta propia SEP, planes SIMPLE y calificados \$ _____ ¿Qué tan a menudo? _____
- Deducción de seguro médico para trabajador por cuenta propia \$ _____ ¿Qué tan a menudo? _____
- Sanción por el retiro temprano de los ahorros \$ _____ ¿Qué tan a menudo? _____
- Pago de pensión alimenticia* \$ _____ ¿Qué tan a menudo? _____
- Deducción para cuenta IRA \$ _____ ¿Qué tan a menudo? _____
- Intereses por préstamos estudiantiles \$ _____ ¿Qué tan a menudo? _____
- Matrícula y cuotas \$ _____ ¿Qué tan a menudo? _____

*No incluya pagos de pensión alimenticia como ajuste al ingreso si su acuerdo de divorcio o separación tiene fecha posterior a 2018.

46. INGRESO ANUAL PROYECTADO PARA 2020: ¿Espera que su ingreso anual para el 2020 sea diferente del ingreso que indicó en las preguntas anteriores?

- Sí - ingreso total esperado para el 2020 \$ _____ No

Consulte la página 22 para obtener más información sobre cómo calcular su ingreso anual proyectado.

¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite www.mnsure.org o llámenos al **651-539-2099** (1-855-366-7873, fuera del área de las Ciudades Gemelas). Si necesita ayuda en otro idioma que no sea inglés, indique el idioma que necesita. Le brindaremos ayuda sin costo alguno.



PASO 2: PERSONA 2

Complete los Pasos del 2 al 4 para cualquier otra persona que necesite incluir en esta solicitud. Vea el Paso 1 de la página 1 para la información sobre las personas que puede incluir. Si ya no tiene más personas para incluir, pase a la página 19 Paso 3.

1. PRIMER NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE, APELLIDO, SUFIDO		2. ESTADO CIVIL <input type="radio"/> Separado legalmente <input type="radio"/> Casado <input type="radio"/> Divorciado <input type="radio"/> Viudo <input type="radio"/> Nunca ha estado casado	
3. PARENTESCO CON USTED	4. FECHA DE NACIMIENTO _____ (MM/DD/AAAA) Si es menor de 18 años de edad, ¿está bajo el control legal de un padre? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		5. SEXO <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino
6. ¿Tiene la PERSONA 2 un Social Security Number (SSN)?* <input type="radio"/> Sí – ¿cuál es el SSN de la PERSONA 2?* _____ <input type="radio"/> No – ¿ha solicitado la PERSONA 2 un SSN? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No – ¿por qué no? Elija un código de explicación de la lista en la pág. 22: _____ *Para obtener información sobre números SSN, consulte la Notificación de Prácticas de la Privacidad y la Notificación de Responsabilidades y Derechos (Adjunto A).			
7. ¿Vive la PERSONA 2 en la misma dirección que usted? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No – indique la dirección: _____			
8. ¿Planea la PERSONA 2 presentar una declaración de impuestos el próximo año ? (La PERSONA 2 puede aún solicitar seguro médico incluso si no presenta una declaración de impuesto federal sobre los ingresos.) <input type="radio"/> Sí – sírvase responder las preguntas a–c. <input type="radio"/> No – vaya a la pregunta c. a. ¿Va la PERSONA 2 a presentar su declaración en forma conjunta con su cónyuge? <input type="radio"/> Sí – nombre del cónyuge: _____ <input type="radio"/> No – ¿Presentará PERSONA 2 declaración como Casado declarando por separado debido a abuso doméstico o abandono conyugal (el cónyuge abandonó el hogar) o presentará su declaración como Cabeza de familia? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No b. ¿Reclamará la PERSONA 2 dependientes en su declaración de impuestos? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Si la respuesta es afirmativa, escriba el nombre de los dependientes: _____ c. ¿Será la PERSONA 2 reclamada como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No En caso afirmativo, escriba el nombre del contribuyente: _____ ¿Cuál es la relación de la PERSONA 2 con el contribuyente? _____			
9. ¿Está embarazada la PERSONA 2? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No En caso afirmativo, ¿cuántos bebés se esperan de este embarazo? _____ Fecha probable de parto: _____ (MM/DD/AAAA)			
10. ¿La PERSONA 2 quiere solicitar cobertura de cuidado de salud? (Aunque la PERSONA 2 tenga seguro, puede haber un programa con mejor cobertura o de menor costo.) <input type="radio"/> Sí – responda todas las preguntas a continuación.  <input type="radio"/> No – vaya a las preguntas sobre trabajo e ingresos en la página 9. 			
11. ¿La PERSONA 2 está de visita en Minnesota para recibir cuidado médico o por razones personales? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No a. ¿Planea la PERSONA 2 hacer de Minnesota su hogar? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			
12. ¿Es la PERSONA 2 ciudadana o nacional de los EE. UU.? (Un nacional de los EE. UU. es una persona nacida en Samoa Americana o en la isla de Swains, una persona nacida fuera de los EE. UU., con uno o ambos padres que son nacionales de los EE. UU., o una persona nacida en las Islas Marianas del Norte que optó por ser nacional de los EE. UU.) <input type="radio"/> Sí – vaya a la pregunta 15. <input type="radio"/> No – vaya a la pregunta 13.			

¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite www.mnsure.org o llámenos al **651-539-2099** (1-855-366-7873, fuera del área de las Ciudades Gemelas). Si necesita ayuda en otro idioma que no sea inglés, indique el idioma que necesita. Le brindaremos ayuda sin costo alguno.



PASO 2: PERSONA 2

(Continúe con la PERSONA 2)

13. ¿Cuál es la condición de inmigración actual de la PERSONA 2? (Elija un código de estatus en la lista de la pág. 22 o escriba el estatus de la PERSONA 2 abajo si no está en la lista.)

Código o estatus: _____

a. Tipo de documento de inmigración: _____ b. Número de id. de extranjería: _____

c. Número de tarjeta: _____ d. Fecha de vencimiento (MM/DD/AAAA): _____

e. Fecha de ingreso (MM/DD/AAAA): _____

f. ¿Ingresó la PERSONA 2 a los Estados Unidos antes del 22 de agosto de 1996? Sí No

g. ¿La PERSONA 2 ha vivido en los Estados Unidos por cinco o más años bajo una condición calificada? (Consulte la pág. 22 para determinar si la PERSONA 2 tiene una condición calificada.) Sí No

h. ¿La PERSONA 2 tiene un patrocinador? Sí – Nombre del patrocinador: _____ No

i. ¿Es la PERSONA 2, su cónyuge o uno de sus padres, veterano o miembro de las fuerzas armadas en servicio activo? Sí No

j. ¿Quiere ayuda para pagar una emergencia médica?

No Sí. ¿Cuáles son las fechas de inicio y término de la emergencia médica?

_____ (MM/DD/AAAA) a _____ (MM/DD/AAAA)

k. ¿Está la PERSONA 2 recibiendo servicios del Centro para Víctimas de Tortura (Center for Victims of Torture)? Sí No

14. ¿Alguna vez la PERSONA 2 tuvo una condición de inmigración diferente a su condición actual (por ejemplo: refugiado o asilado)?

No Sí – ¿cuál es la condición de inmigración anterior de la PERSONA 2? (Elija un código de estatus de la lista en la pág. 22, o escriba el estatus anterior de la PERSONA 2 a continuación, si este no se encuentra en la lista.)

Código o estatus: _____ Fecha de entrada original: _____ (MM/DD/AAAA)

15. ¿Desea la PERSONA 2 ayuda de MA para pagar las facturas médicas de los últimos tres meses?

(La fecha de inicio de MA pudo haber comenzado hasta tres meses antes de la fecha de solicitud si la PERSONA 2 tiene facturas médicas a partir de ese momento y cumple con los requisitos de MA.)

Sí – sírvase responder las preguntas a y b. No – vaya a la pregunta 16.

a. ¿Cuántos meses? Uno Dos Tres

b. ¿Toda la información que usted nos proporcionó en la solicitud en los últimos meses sigue siendo la misma? (Por ejemplo, ingreso, embarazo y vive en Minnesota) Sí No

16. ¿Estuvo la PERSONA 2 bajo cuidado sustituto en Minnesota? Sí – Responda las preguntas a y b No

a. ¿Terminó el cuidado sustituto de la PERSONA 2 cuando cumplió 18 años o a una edad mayor? Sí No

b. ¿Recibía la PERSONA 2 beneficios de Medical Assistance - MA (Asistencia Médica) o MinnesotaCare cuando terminó su cuidado sustituto? Sí No

17. Responda sí o no a las cinco preguntas a continuación.

a. ¿Es la PERSONA 2 ciega? Sí No

b. ¿Tiene la PERSONA 2 una condición física, mental o emocional que limita las actividades de la PERSONA 2 (tales como bañarse, vestirse, las tareas diarias, etc.)? Sí No

c. ¿Necesita la PERSONA 2 ayuda para permanecer en su casa o para pagar la atención médica en una instalación de cuidado a largo plazo como un centro de cuidados? Sí No

d. ¿Ha sido la PERSONA 2 determinada como discapacitada por la Administración del Seguro Social (SSA) o el Equipo de Revisión Médica Estatal (SMRT)? Sí No

e. ¿Está la PERSONA 2 en un programa de tratamiento residencial para enfermedades mentales o dependencia de drogas o alcohol? Sí No

18. ¿Actualmente está la PERSONA 2 encarcelada o en prisión?

No Sí – Si está en prisión, ¿la PERSONA 2 está esperando la disposición final de las acusaciones? Sí No

19. Si es de etnia hispana o latina (OPCIONAL – marque todas las que correspondan.)

Mexicano Mexicano-americano Chicano o Chicana Puertorriqueño Cubano Otro: _____

20. Raza (OPCIONAL – marque todas las que correspondan.)

Blanco Negro o Afroamericano Indio americano o indígena de Alaska Indio asiático Chino Filipino
 Japonés Coreano Vietnamita Otro asiático Indígena de Hawái Guameño o chamorro Samoano
 Otro isleño del Pacífico Otro: _____

¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite www.mnsure.org o llámenos al **651-539-2099** (1-855-366-7873, fuera del área de las Ciudades Gemelas). Si necesita ayuda en otro idioma que no sea inglés, indique el idioma que necesita. Le brindaremos ayuda sin costo alguno.



Cambios recientes de trabajo

21. EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES, ¿HIZO LA PERSONA 2 ALGUNA DE ESTAS COSAS? (Marque todo lo que corresponda.)

- Cambió de trabajo Dejó de trabajar Comenzó a trabajar menos horas o tuvo un recorte de salario Ninguna de las anteriores

Información de trabajo e ingreso actual (Marque todas las que correspondan.)

- Empleado** Si la PERSONA 2 está actualmente empleada, infórmenos sobre su ingreso. Comience con la pregunta 22.
- Trabaja por cuenta propia** Vaya a la pregunta 26.
- Empleado estacional** Vaya a la pregunta 27.
- No empleado** Vaya a la pregunta 28.

Trabajo actual 1

22. NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR: Escriba el nombre del empleador tal y como aparece en su cheque de pago.	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR (EID, por sus siglas en inglés)
23. SALARIO Y PROPINA SUJETOS A IMPUESTOS: Indique la cantidad después de las deducciones de nómina antes de impuestos y antes de restar los impuestos. Las deducciones de nómina antes de impuestos pueden ser para un plan de jubilación, un plan de seguro médico, un plan de cuidado de menores o un programa de estacionamiento y transporte. Elija una y complete la cantidad en dólares.	
<input type="radio"/> Por hora \$ _____ por hora Horas por semana: _____ <input type="radio"/> Semanal \$ _____ <input type="radio"/> Cada dos semanas \$ _____ <input type="radio"/> Dos veces al mes \$ _____ <input type="radio"/> Mensual \$ _____ <input type="radio"/> Anual \$ _____	

Trabajo actual 2

(Si la PERSONA 2 tiene más trabajos y necesita espacio adicional, adjunte otra hoja de papel e incluya esa información.)

24. NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR: Escriba el nombre del empleador tal y como aparece en su cheque de pago.	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR (EID, por sus siglas en inglés)
25. SALARIO Y PROPINA SUJETOS A IMPUESTOS: Indique la cantidad después de las deducciones de nómina antes de impuestos y antes de restar los impuestos. Las deducciones de nómina antes de impuestos pueden ser para un plan de jubilación, un plan de seguro médico, un plan de cuidado de menores o un programa de estacionamiento y transporte. Elija una y complete la cantidad en dólares.	
<input type="radio"/> Por hora \$ _____ por hora Horas por semana: _____ <input type="radio"/> Semanal \$ _____ <input type="radio"/> Cada dos semanas \$ _____ <input type="radio"/> Dos veces al mes \$ _____ <input type="radio"/> Mensual \$ _____ <input type="radio"/> Anual \$ _____	

26. **TRABAJA POR CUENTA PROPIA:** INGRESO O PÉRDIDA POR AGRICULTURA, PESCA U OTRO NEGOCIO. RESPONDA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

- a. Tipo de trabajo _____ b. ¿Cuánto ingreso o pérdida espera la PERSONA 2 tener del trabajo por cuenta propia durante los próximos 12 meses? Monto del ingreso \$ _____ monto de la pérdida \$ _____

27. **INGRESO ESTACIONAL: Complete solo si la PERSONA 2 es empleado estacional.**

EL TOTAL DE INGRESO ESTACIONAL DE LA PERSONA 2 PARA LOS PRÓXIMOS 12 MESES

EL TOTAL DE DESEMPLEO DE LA PERSONA 2 PARA LOS PRÓXIMOS 12 MESES

NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR: Escriba el nombre del empleador tal y como aparece en su cheque de pago.	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR (EID, por sus siglas en inglés)
--	--

¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite www.mnsure.org o llámenos al 651-539-2099 (1-855-366-7873, fuera del área de las Ciudades Gemelas). Si necesita ayuda en otro idioma que no sea inglés, indique el idioma que necesita. Le brindaremos ayuda sin costo alguno.



PASO 2: PERSONA 2

(Continúe con la PERSONA 2)

28. **OTRO INGRESO ESTE MES:** Marque todas las casillas que correspondan y escriba la cantidad y la frecuencia con que la PERSONA 2 lo recibe.

Nota: La PERSONA 2 no necesita informarnos sobre manutención de menores, pago de veteranos, fondos de una cuenta ABLE (Achieving a Better Life Experience / Lograr una mejor experiencia de vida) o Supplemental Security Income - SSI (Seguro de Ingreso Suplementario).

- Ninguno
- Desempleo \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
- Pensiones \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
- Social Security \$ _____ mensual
- Otra jubilación \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
- Pensión alimenticia recibida* \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
- Alquiler o regalías netas \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
- Interés \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
- ¿Cuánto de esta cantidad no es tributable? \$ _____
- Otro ingreso tributable que espera recibir dentro de los próximos 12 meses
Tipo: _____ \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
- Otro ingreso tributable para este mes (El ingreso tributable es el ingreso que usted declararía en la sección de ingresos del Formulario 1040 del IRS.)
Tipo: _____ \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

*No incluya pagos de pensión alimenticia como ajuste al ingreso si su acuerdo de divorcio o separación tiene fecha posterior a 2018.

29. **AJUSTES AL INGRESO:** Marque todas las que correspondan, y escriba la cantidad y la frecuencia con que la PERSONA 2 la paga.

Si la PERSONA 2 paga por ciertas cosas que pueden deducirse del ingreso bruto de una declaración de impuesto federal sobre los ingresos, infórmenos sobre eso, ya que podría disminuir un poco su costo de cobertura de salud. Vea los ajustes al ingreso en el Apéndice 1 del Form. 1040 del IRS. Nota: La PERSONA 2 no debe incluir un costo que ya haya considerado en su respuesta sobre ingreso o pérdida del trabajo por cuenta propia (pregunta 26b).

- Costos de maestros \$ _____ ¿Qué tan a menudo? _____
- Ciertos gastos de negocios de reservistas, artistas del espectáculo y funcionarios gubernamentales remunerados \$ _____ ¿Qué tan a menudo? _____
- Deducción de la cuenta de ahorros para gastos médicos \$ _____ ¿Qué tan a menudo? _____
- Gastos de mudanza para militares en servicio activo \$ _____ ¿Qué tan a menudo? _____
- Parte deducible del impuesto al trabajo por cuenta propia \$ _____ ¿Qué tan a menudo? _____
- Trabajo por cuenta propia SEP, planes SIMPLE y calificados \$ _____ ¿Qué tan a menudo? _____
- Deducción de seguro médico para trabajador por cuenta propia \$ _____ ¿Qué tan a menudo? _____
- Sanción por el retiro temprano de los ahorros \$ _____ ¿Qué tan a menudo? _____
- Pago de pensión alimenticia* \$ _____ ¿Qué tan a menudo? _____
- Deducción para cuenta IRA \$ _____ ¿Qué tan a menudo? _____
- Intereses por préstamos estudiantiles \$ _____ ¿Qué tan a menudo? _____
- Matrícula y cuotas \$ _____ ¿Qué tan a menudo? _____

*No incluya pagos de pensión alimenticia como ajuste al ingreso si su acuerdo de divorcio o separación tiene fecha posterior a 2018.

30. **INGRESO ANUAL PROYECTADO PARA 2020:** ¿Espera la PERSONA 2 que su ingreso anual para el 2020 sea diferente del ingreso que indicó en las preguntas anteriores?

Sí – ingreso total esperado para el 2020: \$ _____ No

Consulte la página 22 para obtener más información sobre cómo calcular su ingreso anual proyectado.

¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite www.mnsure.org o llámenos al 651-539-2099 (1-855-366-7873, fuera del área de las Ciudades Gemelas). Si necesita ayuda en otro idioma que no sea inglés, indique el idioma que necesita. Le brindaremos ayuda sin costo alguno.



PASO 2: PERSONA 3

Complete los Pasos del 2 al 4 para cualquier otra persona que necesite incluir en esta solicitud. Vea el Paso 1 de la página 1 para la información sobre las personas que puede incluir. Si ya no tiene más personas para incluir, pase a la página 19 Paso 3.

1. PRIMER NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE, APELLIDO, SUFICIO		2. ESTADO CIVIL <input type="radio"/> Separado legalmente <input type="radio"/> Casado <input type="radio"/> Divorciado <input type="radio"/> Viudo <input type="radio"/> Nunca ha estado casado	
3. PARENTESCO CON USTED	4. FECHA DE NACIMIENTO _____ (MM/DD/AAAA) Si es menor de 18 años de edad, ¿está bajo el control legal de un padre? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		5. SEXO <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino
6. ¿Tiene la PERSONA 3 un Social Security Number (SSN)?* <input type="radio"/> Sí – ¿cuál es el SSN de la PERSONA 3?* _____ <input type="radio"/> No – ¿ha solicitado la PERSONA 3 un SSN? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No – ¿por qué no? Elija un código de explicación de la lista en la pág. 22: _____ *Para obtener información sobre números SSN, consulte la Notificación de Prácticas de la Privacidad y la Notificación de Responsabilidades y Derechos (Adjunto A).			
7. ¿Vive la PERSONA 3 en la misma dirección que usted? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No – indique la dirección: _____			
8. ¿Planea la PERSONA 3 presentar una declaración de impuestos el próximo año ? (La PERSONA 3 puede aún solicitar seguro médico incluso si no presenta una declaración de impuesto federal sobre los ingresos.) <input type="radio"/> Sí – sírvase responder las preguntas a–c. <input type="radio"/> No – vaya a la pregunta c. a. ¿Va la PERSONA 3 a presentar su declaración en forma conjunta con su cónyuge? <input type="radio"/> Sí – nombre del cónyuge: _____ <input type="radio"/> No – ¿Presentará PERSONA 3 declaración como Casado declarando por separado debido a abuso doméstico o abandono conyugal (el cónyuge abandonó el hogar) o presentará su declaración como Cabeza de familia? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No b. ¿Reclamará la PERSONA 3 dependientes en su declaración de impuestos? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Si la respuesta es afirmativa, escriba el nombre de los dependientes: _____ c. ¿Será la PERSONA 3 reclamada como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No En caso afirmativo, escriba el nombre del contribuyente: _____ ¿Cuál es la relación de la PERSONA 3 con el contribuyente? _____			
9. ¿Está embarazada la PERSONA 3? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No En caso afirmativo, ¿cuántos bebés se esperan de este embarazo? _____ Fecha probable de parto: _____ (MM/DD/AAAA)			
10. ¿La PERSONA 3 quiere solicitar cobertura de cuidado de salud? (Aunque la PERSONA 3 tenga seguro, puede haber un programa con mejor cobertura o de menor costo.) <input type="radio"/> Sí – responda todas las preguntas a continuación. <input type="radio"/> No – vaya a las preguntas sobre trabajo e ingresos en la página 13.			
11. ¿La PERSONA 3 está de visita en Minnesota para recibir cuidado médico o por razones personales? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No a. ¿Planea la PERSONA 3 hacer de Minnesota su hogar? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			
12. ¿Es la PERSONA 3 ciudadana o nacional de los EE. UU.? (Un nacional de los EE. UU. es una persona nacida en Samoa Americana o en la isla de Swains, una persona nacida fuera de los EE. UU., con uno o ambos padres que son nacionales de los EE. UU., o una persona nacida en las Islas Marianas del Norte que optó por ser nacional de los EE. UU.) <input type="radio"/> Sí – vaya a la pregunta 15. <input type="radio"/> No – vaya a la pregunta 13.			

¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite www.mnsure.org o llámenos al 651-539-2099 (1-855-366-7873, fuera del área de las Ciudades Gemelas). Si necesita ayuda en otro idioma que no sea inglés, indique el idioma que necesita. Le brindaremos ayuda sin costo alguno.



PASO 2: PERSONA 3

(Continúe con la PERSONA 3)

13. ¿Cuál es la condición de inmigración actual de la PERSONA 3? (Elija un código de estatus en la lista de la pág. 22 o escriba el estatus de la PERSONA 3 abajo si no está en la lista.)

Código o estatus: _____

a. Tipo de documento de inmigración: _____

b. Número de id. de extranjería: _____

c. Número de tarjeta: _____

d. Fecha de vencimiento (MM/DD/AAAA): _____

e. Fecha de ingreso (MM/DD/AAAA): _____

f. ¿Ingresó la PERSONA 3 a los Estados Unidos antes del 22 de agosto de 1996? Sí No

g. ¿La PERSONA 3 ha vivido en los Estados Unidos por cinco o más años bajo una condición calificada? (Consulte la pág. 22 para determinar si la PERSONA 3 tiene una condición calificada.) Sí No

h. ¿La PERSONA 3 tiene un patrocinador? Sí – Nombre del patrocinador: _____ No

i. ¿Es la PERSONA 3, su cónyuge o uno de sus padres, veterano o miembro de las fuerzas armadas en servicio activo? Sí No

j. ¿Quiere ayuda para pagar una emergencia médica?

No Sí. ¿Cuáles son las fechas de inicio y término de la emergencia médica?

_____ (MM/DD/AAAA) a _____ (MM/DD/AAAA)

k. ¿Está la PERSONA 3 recibiendo servicios del Centro para Víctimas de Tortura (Center for Victims of Torture)? Sí No

14. ¿Alguna vez la PERSONA 3 tuvo una condición de inmigración diferente a su condición actual (por ejemplo: refugiado o asilado)?

No Sí – ¿cuál es la condición de inmigración anterior de la PERSONA 3? (Elija un código de estatus de la lista en la pág. 22, o escriba el estatus anterior de la PERSONA 3 a continuación, si este no se encuentra en la lista.)

Código o estatus: _____ Fecha de entrada original: _____ (MM/DD/AAAA)

15. ¿Desea la PERSONA 3 ayuda de MA para pagar las facturas médicas de los últimos tres meses?

(La fecha de inicio de MA pudo haber comenzado hasta tres meses antes de la fecha de solicitud si la PERSONA 3 tiene facturas médicas a partir de ese momento y cumple con los requisitos de MA.)

Sí – sírvase responder las preguntas a y b. No – vaya a la pregunta 16.

a. ¿Cuántos meses? Uno Dos Tres

b. ¿Toda la información que usted nos proporcionó en la solicitud en los últimos meses sigue siendo la misma? (Por ejemplo, ingreso, embarazo y vive en Minnesota) Sí No

16. ¿Estuvo la PERSONA 3 bajo cuidado sustituto en Minnesota? Sí – Responda las preguntas a y b No

a. ¿Terminó el cuidado sustituto de la PERSONA 3 cuando cumplió 18 años o a una edad mayor? Sí No

b. ¿Recibía la PERSONA 3 beneficios de Medical Assistance - MA (Asistencia Médica) o MinnesotaCare cuando terminó su cuidado sustituto? Sí No

17. Responda sí o no a las cinco preguntas a continuación.

a. ¿Es la PERSONA 3 ciega? Sí No

b. ¿Tiene la PERSONA 3 una condición física, mental o emocional que limita las actividades de la PERSONA 3 (tales como bañarse, vestirse, las tareas diarias, etc.)? Sí No

c. ¿Necesita la PERSONA 3 ayuda para permanecer en su casa o para pagar la atención médica en una instalación de cuidado a largo plazo como un centro de cuidados? Sí No

d. ¿Ha sido la PERSONA 3 determinada como discapacitada por la Administración del Seguro Social (SSA) o el Equipo de Revisión Médica Estatal (SMRT)? Sí No

e. ¿Está la PERSONA 3 en un programa de tratamiento residencial para enfermedades mentales o dependencia de drogas o alcohol? Sí No

18. ¿Actualmente está la PERSONA 3 encarcelada o en prisión?

No Sí – Si está en prisión, ¿la PERSONA 3 está esperando la disposición final de las acusaciones? Sí No

19. Si es de etnia hispana o latina (OPCIONAL – marque todas las que correspondan.)

Mexicano Mexicano-americano Chicano o Chicana Puertorriqueño Cubano Otro: _____

20. Raza (OPCIONAL – marque todas las que correspondan.)

Blanco Negro o Afroamericano Indio americano o indígena de Alaska Indio asiático Chino Filipino
 Japonés Coreano Vietnamita Otro asiático Indígena de Hawái Guameño o chamorro Samoano
 Otro isleño del Pacífico Otro: _____

¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite www.mnsure.org o llámenos al **651-539-2099** (1-855-366-7873, fuera del área de las Ciudades Gemelas). Si necesita ayuda en otro idioma que no sea inglés, indique el idioma que necesita. Le brindaremos ayuda sin costo alguno.



Cambios recientes de trabajo

21. EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES, ¿HIZO LA PERSONA 3 ALGUNA DE ESTAS COSAS? (Marque todo lo que corresponda.)

- Cambió de trabajo Dejó de trabajar Comenzó a trabajar menos horas o tuvo un recorte de salario Ninguna de las anteriores

Información de trabajo e ingreso actual (Marque todas las que correspondan.)

- Empleado** Si la PERSONA 3 está actualmente empleada, infórmenos sobre su ingreso. Comience con la pregunta 22.
- Trabaja por cuenta propia** Vaya a la pregunta 26.
- Empleado estacional** Vaya a la pregunta 27.
- No empleado** Vaya a la pregunta 28.

Trabajo actual 1

22. NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR: Escriba el nombre del empleador tal y como aparece en su cheque de pago.	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR (EID, por sus siglas en inglés)
23. SALARIO Y PROPINA SUJETOS A IMPUESTOS: Indique la cantidad después de las deducciones de nómina antes de impuestos y antes de restar los impuestos. Las deducciones de nómina antes de impuestos pueden ser para un plan de jubilación, un plan de seguro médico, un plan de cuidado de menores o un programa de estacionamiento y transporte. Elija una y complete la cantidad en dólares.	
<input type="radio"/> Por hora \$ _____ por hora Horas por semana: _____ <input type="radio"/> Semanal \$ _____ <input type="radio"/> Cada dos semanas \$ _____ <input type="radio"/> Dos veces al mes \$ _____ <input type="radio"/> Mensual \$ _____ <input type="radio"/> Anual \$ _____	

Trabajo actual 2

(Si la PERSONA 3 tiene más trabajos y necesita espacio adicional, adjunte otra hoja de papel e incluya esa información.)

24. NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR: Escriba el nombre del empleador tal y como aparece en su cheque de pago.	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR (EID, por sus siglas en inglés)
25. SALARIO Y PROPINA SUJETOS A IMPUESTOS: Indique la cantidad después de las deducciones de nómina antes de impuestos y antes de restar los impuestos. Las deducciones de nómina antes de impuestos pueden ser para un plan de jubilación, un plan de seguro médico, un plan de cuidado de menores o un programa de estacionamiento y transporte. Elija una y complete la cantidad en dólares.	
<input type="radio"/> Por hora \$ _____ por hora Horas por semana: _____ <input type="radio"/> Semanal \$ _____ <input type="radio"/> Cada dos semanas \$ _____ <input type="radio"/> Dos veces al mes \$ _____ <input type="radio"/> Mensual \$ _____ <input type="radio"/> Anual \$ _____	

26. **TRABAJA POR CUENTA PROPIA:** INGRESO O PÉRDIDA POR AGRICULTURA, PESCA U OTRO NEGOCIO. RESPONDA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

- a. Tipo de trabajo _____ b. ¿Cuánto ingreso o pérdida espera la PERSONA 3 tener del trabajo por cuenta propia durante los próximos 12 meses? Monto del ingreso \$ _____ monto de la pérdida \$ _____

27. **INGRESO ESTACIONAL: Complete solo si la PERSONA 3 es empleado estacional.**

EL TOTAL DE INGRESO ESTACIONAL DE LA PERSONA 3 PARA LOS PRÓXIMOS 12 MESES

EL TOTAL DE DESEMPLEO DE LA PERSONA 3 PARA LOS PRÓXIMOS 12 MESES

NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR: Escriba el nombre del empleador tal y como aparece en su cheque de pago.	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR (EID, por sus siglas en inglés)
--	--

¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite www.mnsure.org o llámenos al 651-539-2099 (1-855-366-7873, fuera del área de las Ciudades Gemelas). Si necesita ayuda en otro idioma que no sea inglés, indique el idioma que necesita. Le brindaremos ayuda sin costo alguno.



PASO 2: PERSONA 3

(Continúe con la PERSONA 3)

28. **OTRO INGRESO ESTE MES:** Marque todas las casillas que correspondan y escriba la cantidad y la frecuencia con que la PERSONA 3 lo recibe.

Nota: La PERSONA 3 no necesita informarnos sobre manutención de menores, pago de veteranos, fondos de una cuenta ABLE (Achieving a Better Life Experience / Lograr una mejor experiencia de vida) o Supplemental Security Income - SSI (Seguro de Ingreso Suplementario).

- Ninguno
- Desempleo \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
- Pensiones \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
- Social Security \$ _____ mensual
- Otra jubilación \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
- Pensión alimenticia recibida* \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
- Alquiler o regalías netas \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
- Interés \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
- ¿Cuánto de esta cantidad no es tributable? \$ _____
- Otro ingreso tributable que espera recibir dentro de los próximos 12 meses
Tipo: _____ \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
- Otro ingreso tributable para este mes (El ingreso tributable es el ingreso que usted declararía en la sección de ingresos del Formulario 1040 del IRS.)
Tipo: _____ \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

*No incluya pagos de pensión alimenticia como ajuste al ingreso si su acuerdo de divorcio o separación tiene fecha posterior a 2018.

29. **AJUSTES AL INGRESO:** Marque todas las que correspondan, y escriba la cantidad y la frecuencia con que la PERSONA 3 la paga.

Si la PERSONA 3 paga por ciertas cosas que pueden deducirse del ingreso bruto de una declaración de impuesto federal sobre los ingresos, infórmenos sobre eso, ya que podría disminuir un poco su costo de cobertura de salud. Vea los ajustes al ingreso en el Apéndice 1 del Form. 1040 del IRS. Nota: La PERSONA 3 no debe incluir un costo que ya haya considerado en su respuesta sobre ingreso o pérdida del trabajo por cuenta propia (pregunta 26b).

- Costos de maestros \$ _____ ¿Qué tan a menudo? _____
- Ciertos gastos de negocios de reservistas, artistas del espectáculo y funcionarios gubernamentales remunerados \$ _____ ¿Qué tan a menudo? _____
- Deducción de la cuenta de ahorros para gastos médicos \$ _____ ¿Qué tan a menudo? _____
- Gastos de mudanza para militares en servicio activo \$ _____ ¿Qué tan a menudo? _____
- Parte deducible del impuesto al trabajo por cuenta propia \$ _____ ¿Qué tan a menudo? _____
- Trabajo por cuenta propia SEP, planes SIMPLE y calificados \$ _____ ¿Qué tan a menudo? _____
- Deducción de seguro médico para trabajador por cuenta propia \$ _____ ¿Qué tan a menudo? _____
- Sanción por el retiro temprano de los ahorros \$ _____ ¿Qué tan a menudo? _____
- Pago de pensión alimenticia* \$ _____ ¿Qué tan a menudo? _____
- Deducción para cuenta IRA \$ _____ ¿Qué tan a menudo? _____
- Intereses por préstamos estudiantiles \$ _____ ¿Qué tan a menudo? _____
- Matrícula y cuotas \$ _____ ¿Qué tan a menudo? _____

*No incluya pagos de pensión alimenticia como ajuste al ingreso si su acuerdo de divorcio o separación tiene fecha posterior a 2018.

30. **INGRESO ANUAL PROYECTADO PARA 2020:** ¿Espera la PERSONA 3 que su ingreso anual para el 2020 sea diferente del ingreso que indicó en las preguntas anteriores?

Sí – ingreso total esperado para el 2020: \$ _____ No

Consulte la página 22 para obtener más información sobre cómo calcular su ingreso anual proyectado.



Si hay más de cuatro miembros en su familia, haga copias de las páginas 15 a 18 y complételas para incluir a toda su familia en esta solicitud de cobertura.



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite www.mnsure.org o llámenos al **651-539-2099** (1-855-366-7873, fuera del área de las Ciudades Gemelas). Si necesita ayuda en otro idioma que no sea inglés, indique el idioma que necesita. Le brindaremos ayuda sin costo alguno.

PASO 2: PERSONA 4

Complete los Pasos del 2 al 4 para cualquier otra persona que necesite incluir en esta solicitud. Vea el Paso 1 de la página 1 para la información sobre las personas que puede incluir. Si ya no tiene más personas para incluir, pase a la página 19 Paso 3.

1. PRIMER NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE, APELLIDO, SUFIDO		2. ESTADO CIVIL <input type="radio"/> Separado legalmente <input type="radio"/> Casado <input type="radio"/> Divorciado <input type="radio"/> Viudo <input type="radio"/> Nunca ha estado casado	
3. PARENTESCO CON USTED	4. FECHA DE NACIMIENTO _____ (MM/DD/AAAA) Si es menor de 18 años de edad, ¿está bajo el control legal de un padre? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		5. SEXO <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino
6. ¿Tiene la PERSONA 4 un Social Security Number (SSN)? <input type="radio"/> Sí – ¿cuál es el SSN de la PERSONA 4?* _____ <input type="radio"/> No – ¿ha solicitado la PERSONA 4 un SSN? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No – ¿por qué no? Elija un código de explicación de la lista en la pág. 22: _____ *Para obtener información sobre números SSN, consulte la Notificación de Prácticas de la Privacidad y la Notificación de Responsabilidades y Derechos (Adjunto A).			
7. ¿Vive la PERSONA 4 en la misma dirección que usted? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No – indique la dirección: _____			
8. ¿Planea la PERSONA 4 presentar una declaración de impuestos el próximo año ? (La PERSONA 4 puede aún solicitar seguro médico incluso si no presenta una declaración de impuesto federal sobre los ingresos.) <input type="radio"/> Sí – sírvase responder las preguntas a–c. <input type="radio"/> No – vaya a la pregunta c. a. ¿Va la PERSONA 4 a presentar su declaración en forma conjunta con su cónyuge? <input type="radio"/> Sí – nombre del cónyuge: _____ <input type="radio"/> No – ¿Presentará PERSONA 4 declaración como Casado declarando por separado debido a abuso doméstico o abandono conyugal (el cónyuge abandonó el hogar) o presentará su declaración como Cabeza de familia? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No b. ¿Reclamará la PERSONA 4 dependientes en su declaración de impuestos? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Si la respuesta es afirmativa, escriba el nombre de los dependientes: _____ c. ¿Será la PERSONA 4 reclamada como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No En caso afirmativo, escriba el nombre del contribuyente: _____ ¿Cuál es la relación de la PERSONA 4 con el contribuyente? _____			
9. ¿Está embarazada la PERSONA 4? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No En caso afirmativo, ¿cuántos bebés se esperan de este embarazo? _____ Fecha probable de parto: _____ (MM/DD/AAAA)			
10. ¿La PERSONA 4 quiere solicitar cobertura de cuidado de salud? (Aunque la PERSONA 4 tenga seguro, puede haber un programa con mejor cobertura o de menor costo.) <input type="radio"/> Sí – responda todas las preguntas a continuación. <input type="radio"/> No – vaya a las preguntas sobre trabajo e ingresos en la página 17. 			
11. ¿La PERSONA 4 está de visita en Minnesota para recibir cuidado médico o por razones personales? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No a. ¿Planea la PERSONA 4 hacer de Minnesota su hogar? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			
12. ¿Es la PERSONA 4 ciudadana o nacional de los EE. UU.? (Un nacional de los EE. UU. es una persona nacida en Samoa Americana o en la isla de Swains, una persona nacida fuera de los EE. UU., con uno o ambos padres que son nacionales de los EE. UU., o una persona nacida en las Islas Marianas del Norte que optó por ser nacional de los EE. UU.) <input type="radio"/> Sí – vaya a la pregunta 15. <input type="radio"/> No – vaya a la pregunta 13.			

¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite www.mnsure.org o llámenos al **651-539-2099** (1-855-366-7873, fuera del área de las Ciudades Gemelas). Si necesita ayuda en otro idioma que no sea inglés, indique el idioma que necesita. Le brindaremos ayuda sin costo alguno.



PASO 2: PERSONA 4

(Continúe con la PERSONA 4)

13. ¿Cuál es la condición de inmigración actual de la PERSONA 4? (Elija un código de estatus en la lista de la pág. 22 o escriba el estatus de la PERSONA 4 abajo si no está en la lista.)

Código o estatus: _____

a. Tipo de documento de inmigración: _____

b. Número de id. de extranjería: _____

c. Número de tarjeta: _____

d. Fecha de vencimiento (MM/DD/AAAA): _____

e. Fecha de ingreso (MM/DD/AAAA): _____

f. ¿Ingresó la PERSONA 4 a los Estados Unidos antes del 22 de agosto de 1996? Sí No

g. ¿La PERSONA 4 ha vivido en los Estados Unidos por cinco o más años bajo una condición calificada? (Consulte la pág. 22 para determinar si la PERSONA 4 tiene una condición calificada.) Sí No

h. ¿La PERSONA 4 tiene un patrocinador? Sí – Nombre del patrocinador: _____ No

i. ¿Es la PERSONA 4, su cónyuge o uno de sus padres, veterano o miembro de las fuerzas armadas en servicio activo? Sí No

j. ¿Quiere ayuda para pagar una emergencia médica?

No Sí. ¿Cuáles son las fechas de inicio y término de la emergencia médica?

_____ (MM/DD/AAAA) a _____ (MM/DD/AAAA)

k. ¿Está la PERSONA 4 recibiendo servicios del Centro para Víctimas de Tortura (Center for Victims of Torture)? Sí No

14. ¿Alguna vez la PERSONA 4 tuvo una condición de inmigración diferente a su condición actual (por ejemplo: refugiado o asilado)?

No Sí – ¿cuál es la condición de inmigración anterior de la PERSONA 4? (Elija un código de estatus de la lista en la pág. 22, o escriba el estatus anterior de la PERSONA 4 a continuación, si este no se encuentra en la lista.)

Código o estatus: _____ Fecha de entrada original: _____ (MM/DD/AAAA)

15. ¿Desea la PERSONA 4 ayuda de MA para pagar las facturas médicas de los últimos tres meses?

(La fecha de inicio de MA pudo haber comenzado hasta tres meses antes de la fecha de solicitud si la PERSONA 4 tiene facturas médicas a partir de ese momento y cumple con los requisitos de MA.)

Sí – sírvase responder las preguntas a y b. No – vaya a la pregunta 16.

a. ¿Cuántos meses? Uno Dos Tres

b. ¿Toda la información que usted nos proporcionó en la solicitud en los últimos meses sigue siendo la misma? (Por ejemplo, ingreso, embarazo y vive en Minnesota) Sí No

16. ¿Estuvo la PERSONA 4 bajo cuidado sustituto en Minnesota? Sí – Responda las preguntas a y b No

a. ¿Terminó el cuidado sustituto de la PERSONA 4 cuando cumplió 18 años o a una edad mayor? Sí No

b. ¿Recibía la PERSONA 4 beneficios de Medical Assistance - MA (Asistencia Médica) o MinnesotaCare cuando terminó su cuidado sustituto? Sí No

17. Responda sí o no a las cinco preguntas a continuación.

a. ¿Es la PERSONA 4 ciega? Sí No

b. ¿Tiene la PERSONA 4 una condición física, mental o emocional que limita las actividades de la PERSONA 4 (tales como bañarse, vestirse, las tareas diarias, etc.)? Sí No

c. ¿Necesita la PERSONA 4 ayuda para permanecer en su casa o para pagar la atención médica en una instalación de cuidado a largo plazo como un centro de cuidados? Sí No

d. ¿Ha sido la PERSONA 4 determinada como discapacitada por la Administración del Seguro Social (SSA) o el Equipo de Revisión Médica Estatal (SMRT)? Sí No

e. ¿Está la PERSONA 4 en un programa de tratamiento residencial para enfermedades mentales o dependencia de drogas o alcohol? Sí No

18. ¿Actualmente está la PERSONA 4 encarcelada o en prisión?

No Sí – Si está en prisión, ¿la PERSONA 4 está esperando la disposición final de las acusaciones? Sí No

19. Si es de etnia hispana o latina (OPCIONAL – marque todas las que correspondan.)

Mexicano Mexicano-americano Chicano o Chicana Puertorriqueño Cubano Otro: _____

20. Raza (OPCIONAL – marque todas las que correspondan.)

Blanco Negro o Afroamericano Indio americano o indígena de Alaska Indio asiático Chino Filipino
 Japonés Coreano Vietnamita Otro asiático Indígena de Hawái Guameño o chamorro Samoano
 Otro isleño del Pacífico Otro: _____

¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite www.mnsure.org o llámenos al **651-539-2099** (1-855-366-7873, fuera del área de las Ciudades Gemelas). Si necesita ayuda en otro idioma que no sea inglés, indique el idioma que necesita. Le brindaremos ayuda sin costo alguno.



Cambios recientes de trabajo

21. EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES, ¿HIZO LA PERSONA 4 ALGUNA DE ESTAS COSAS? (Marque todo lo que corresponda.)

- Cambió de trabajo Dejó de trabajar Comenzó a trabajar menos horas o tuvo un recorte de salario Ninguna de las anteriores

Información de trabajo e ingreso actual (Marque todas las que correspondan.)

- Empleado** Si la PERSONA 4 está actualmente empleada, infórmenos sobre su ingreso. Comience con la pregunta 22.
- Trabaja por cuenta propia** Vaya a la pregunta 26.
- Empleado estacional** Vaya a la pregunta 27.
- No empleado** Vaya a la pregunta 28.

Trabajo actual 1

22. NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR: Escriba el nombre del empleador tal y como aparece en su cheque de pago.	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR (EID, por sus siglas en inglés)
23. SALARIO Y PROPINA SUJETOS A IMPUESTOS: Indique la cantidad después de las deducciones de nómina antes de impuestos y antes de restar los impuestos. Las deducciones de nómina antes de impuestos pueden ser para un plan de jubilación, un plan de seguro médico, un plan de cuidado de menores o un programa de estacionamiento y transporte. Elija una y complete la cantidad en dólares.	
<input type="radio"/> Por hora \$ _____ por hora Horas por semana: _____ <input type="radio"/> Semanal \$ _____ <input type="radio"/> Cada dos semanas \$ _____ <input type="radio"/> Dos veces al mes \$ _____ <input type="radio"/> Mensual \$ _____ <input type="radio"/> Anual \$ _____	

Trabajo actual 2

(Si la PERSONA 4 tiene más trabajos y necesita espacio adicional, adjunte otra hoja de papel e incluya esa información.)

24. NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR: Escriba el nombre del empleador tal y como aparece en su cheque de pago.	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR (EID, por sus siglas en inglés)
25. SALARIO Y PROPINA SUJETOS A IMPUESTOS: Indique la cantidad después de las deducciones de nómina antes de impuestos y antes de restar los impuestos. Las deducciones de nómina antes de impuestos pueden ser para un plan de jubilación, un plan de seguro médico, un plan de cuidado de menores o un programa de estacionamiento y transporte. Elija una y complete la cantidad en dólares.	
<input type="radio"/> Por hora \$ _____ por hora Horas por semana: _____ <input type="radio"/> Semanal \$ _____ <input type="radio"/> Cada dos semanas \$ _____ <input type="radio"/> Dos veces al mes \$ _____ <input type="radio"/> Mensual \$ _____ <input type="radio"/> Anual \$ _____	

26. **TRABAJA POR CUENTA PROPIA:** INGRESO O PÉRDIDA POR AGRICULTURA, PESCA U OTRO NEGOCIO. RESPONDA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

- a. Tipo de trabajo _____ b. ¿Cuánto ingreso o pérdida espera la PERSONA 4 tener del trabajo por cuenta propia durante los próximos 12 meses? Monto del ingreso \$ _____ monto de la pérdida \$ _____

27. **INGRESO ESTACIONAL: Complete solo si la PERSONA 4 es empleado estacional.**

EL TOTAL DE INGRESO ESTACIONAL DE LA PERSONA 4 PARA LOS PRÓXIMOS 12 MESES

EL TOTAL DE DESEMPLEO DE LA PERSONA 4 PARA LOS PRÓXIMOS 12 MESES

NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR: Escriba el nombre del empleador tal y como aparece en su cheque de pago.	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR (EID, por sus siglas en inglés)
--	--

¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite www.mnsure.org o llámenos al 651-539-2099 (1-855-366-7873, fuera del área de las Ciudades Gemelas). Si necesita ayuda en otro idioma que no sea inglés, indique el idioma que necesita. Le brindaremos ayuda sin costo alguno.



PASO 2: PERSONA 4

(Continúe con la PERSONA 4)

28. **OTRO INGRESO ESTE MES:** Marque todas las casillas que correspondan y escriba la cantidad y la frecuencia con que la PERSONA 4 lo recibe.

Nota: La PERSONA 4 no necesita informarnos sobre manutención de menores, pago de veteranos, fondos de una cuenta ABLE (Achieving a Better Life Experience / Lograr una mejor experiencia de vida) o Supplemental Security Income - SSI (Seguro de Ingreso Suplementario).

- Ninguno
- Desempleo \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
- Pensiones \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
- Social Security \$ _____ mensual
- Otra jubilación \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
- Pensión alimenticia recibida* \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
- Alquiler o regalías netas \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
- Interés \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
- ¿Cuánto de esta cantidad no es tributable? \$ _____
- Otro ingreso tributable que espera recibir dentro de los próximos 12 meses
Tipo: _____ \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
- Otro ingreso tributable para este mes (El ingreso tributable es el ingreso que usted declararía en la sección de ingresos del Formulario 1040 del IRS.)
Tipo: _____ \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

*No incluya pagos de pensión alimenticia como ajuste al ingreso si su acuerdo de divorcio o separación tiene fecha posterior a 2018.

29. **AJUSTES AL INGRESO:** Marque todas las que correspondan, y escriba la cantidad y la frecuencia con que la PERSONA 4 la paga.

Si la PERSONA 4 paga por ciertas cosas que pueden deducirse del ingreso bruto de una declaración de impuesto federal sobre los ingresos, infórmenos sobre eso, ya que podría disminuir un poco su costo de cobertura de salud. Vea los ajustes al ingreso en el Apéndice 1 del Form. 1040 del IRS. Nota: La PERSONA 4 no debe incluir un costo que ya haya considerado en su respuesta sobre ingreso o pérdida del trabajo por cuenta propia (pregunta 26b).

- Costos de maestros \$ _____ ¿Qué tan a menudo? _____
- Ciertos gastos de negocios de reservistas, artistas del espectáculo y funcionarios gubernamentales remunerados \$ _____ ¿Qué tan a menudo? _____
- Deducción de la cuenta de ahorros para gastos médicos \$ _____ ¿Qué tan a menudo? _____
- Gastos de mudanza para militares en servicio activo \$ _____ ¿Qué tan a menudo? _____
- Parte deducible del impuesto al trabajo por cuenta propia \$ _____ ¿Qué tan a menudo? _____
- Trabajo por cuenta propia SEP, planes SIMPLE y calificados \$ _____ ¿Qué tan a menudo? _____
- Deducción de seguro médico para trabajador por cuenta propia \$ _____ ¿Qué tan a menudo? _____
- Sanción por el retiro temprano de los ahorros \$ _____ ¿Qué tan a menudo? _____
- Pago de pensión alimenticia* \$ _____ ¿Qué tan a menudo? _____
- Deducción para cuenta IRA \$ _____ ¿Qué tan a menudo? _____
- Intereses por préstamos estudiantiles \$ _____ ¿Qué tan a menudo? _____
- Matrícula y cuotas \$ _____ ¿Qué tan a menudo? _____

*No incluya pagos de pensión alimenticia como ajuste al ingreso si su acuerdo de divorcio o separación tiene fecha posterior a 2018.

30. **INGRESO ANUAL PROYECTADO PARA 2020:** ¿Espera la PERSONA 4 que su ingreso anual para el 2020 sea diferente del ingreso que indicó en las preguntas anteriores?

Sí – ingreso total esperado para el 2020: \$ _____ No

Consulte la página 22 para obtener más información sobre cómo calcular su ingreso anual proyectado.

Siga con el Paso 3 

¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite www.mnsure.org o llámenos al 651-539-2099 (1-855-366-7873, fuera del área de las Ciudades Gemelas). Si necesita ayuda en otro idioma que no sea inglés, indique el idioma que necesita. Le brindaremos ayuda sin costo alguno.



PASO 3

La cobertura de salud de su familia

Responda estas preguntas para cualquiera que necesite cobertura de salud.

1. ¿Hay alguien **inscrito** para recibir cobertura de salud de uno de los siguientes?

Sí – marque el tipo de cobertura y si cuenta con más de una compañía de seguros, sírvase proporcionar la misma información en la hoja de papel adjunta.

No

- | | | | |
|--|---|---|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Medical Assistance - MA (Asistencia Médica) | <input type="checkbox"/> MinnesotaCare | <input type="checkbox"/> Medicare | <input type="checkbox"/> COBRA |
| <input type="checkbox"/> Seguro de empleador o sindicato | <input type="checkbox"/> Seguro privado u otro | <input type="checkbox"/> Programas de salud para veteranos (VA) | |
| <input type="checkbox"/> Cobertura de recetas médicas | <input type="checkbox"/> TRICARE (No marcar si tiene cuidado directo o cumplimiento del deber [line of duty]) | | |
| <input type="checkbox"/> Peace Corps (Cuerpo de paz) | <input type="checkbox"/> Long-term care - LTC (Seguro para cuidado médico a largo plazo) | | |
| <input type="checkbox"/> Dental | <input type="checkbox"/> Cuidado de la vista | | |

NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA		FECHA DE NACIMIENTO DEL TITULAR DE LA PÓLIZA		NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS			
FECHA DE INICIO		FECHA DE FINALIZACIÓN		NÚMERO DE GRUPO		NOMBRE DE LA POLÍTICA DE SEGUROS	
ENUMERE CADA UNA DE LAS PERSONAS CUBIERTAS POR ESTA PÓLIZA							
NOMBRE		NÚMERO DE PÓLIZA		NOMBRE		NÚMERO DE PÓLIZA	
NOMBRE		NÚMERO DE PÓLIZA		NOMBRE		NÚMERO DE PÓLIZA	

2. ¿Alguien indicado en esta solicitud **recibió una oferta** de cobertura de salud de un empleo? Marque Sí aunque la cobertura sea del trabajo de otro, tal como un padre o cónyuge.

No Sí – Complete el Apéndice A. ¿Es esta cobertura un plan de beneficios para empleados del estado? Sí No

3. ¿Hay alguien que recibe cuidado médico debido a un accidente o lesión? No Sí – ¿Quién? _____

PASO 4

Detalles de la familia

1. ¿Es usted o algún miembro de su familia indio americano o indígena de Alaska? No Sí – **Complete el Apéndice B.**

2. ¿Hay alguien que haya salido temporalmente de Minnesota por más de 30 días?

No Sí – ¿Quién? _____

Fecha de partida: _____ (MM/DD/AAAA) Fecha de regreso prevista: _____ (MM/DD/AAAA)

Razón por la que estará temporalmente fuera de Minnesota: _____

3. ¿Alguno ha estado en las fuerzas armadas de los Estados Unidos? No Sí – ¿Quién? _____

4. ¿Regresó alguna persona de un periodo de servicio militar activo en los últimos 24 meses?

No Sí – ¿Quién? _____

Fecha en que terminó el último periodo de servicio militar activo: _____ (MM/DD/AAAA)

¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite www.mnsure.org o llámenos al **651-539-2099** (1-855-366-7873, fuera del área de las Ciudades Gemelas). Si necesita ayuda en otro idioma que no sea inglés, indique el idioma que necesita. Le brindaremos ayuda sin costo alguno.



PASO 5

Cambios en la familia

1. ¿Alguien en este formulario ha presentado una solicitud para beneficios por desempleo? Sí No
2. ¿Ha cambiado el tamaño de su familia desde el año pasado, o cree que habrá un cambio en el tamaño de su familia este año (por ejemplo, un nuevo bebé)?
 Sí No
3. ¿Ha disminuido el ingreso de cualquiera de los declarantes de impuestos en esta solicitud desde el año pasado? Sí No
4. ¿Ha cambiado su situación impositiva o cree que cambiará en el próximo año? Sí No

PASO 6

Otros miembros de la familia

Si tiene otros miembros de la familia que no fueron incluidos en el Paso 2 de esta solicitud y que usted quisiera tengan cobertura bajo un plan de salud familiar, sírvase llamar al Centro de contacto de MNSure, al 1-855-366-7873.

Los miembros de la familia calificados que pueden no haber sido incluidos en el Paso 2 pero que pueden ser elegibles para ser considerados en un plan de salud familiar, incluyen:

- Menores que no viven con usted
- Menores que no están incluidos en su declaración de impuestos sobre la renta federal
- Hijos adultos entre los 19 y 26 años de edad
- Nietos que han residido con usted continuamente desde su nacimiento y que dependen económicamente de usted o de la cobertura de su cónyuge
- Menores de quienes usted o su cónyuge es tutor legal.

¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite www.mnsure.org o llámenos al **651-539-2099** (1-855-366-7873, fuera del área de las Ciudades Gemelas). Si necesita ayuda en otro idioma que no sea inglés, indique el idioma que necesita. Le brindaremos ayuda sin costo alguno.



PASO 7

Por favor, complete esta página y lea la Notificación de Prácticas de la Privacidad y la Notificación de Responsabilidades y Derechos del Cliente adjuntas antes de firmar a continuación.

Verificación de la elegibilidad y renovación de la cobertura

Cada año, MNSure compara datos a fin de verificar y renovar la elegibilidad para ayudar a pagar la cobertura de cuidado de salud. MNSure necesita su consentimiento para usar la información de su declaración de impuestos para verificar y renovar su asistencia financiera para la cobertura. Si usted no da su consentimiento para usar estos datos, no podrá verificarse durante el año su asistencia financiera para renovarla. Puede cambiar su consentimiento en cualquier momento. Si no marca una casilla, **usted acepta que usemos su información por 5 años.**

Acepto que usen la información de mi declaración de impuestos para la renovación de mi elegibilidad para ayudar a pagar la cobertura de cuidado de salud por:

5 años 4 años 3 años 2 años 1 año

No acepto que usen la información de mi declaración de impuestos para la renovación de mi elegibilidad para ayudar a pagar la cobertura de cuidado de salud.

Al firmar a continuación:

Recibí y revisé la Notificación de Prácticas de la Privacidad y la Notificación de Responsabilidades y Derechos del Cliente (Adjunto A). Sé que debo reportar los cambios respecto a la información listada en esta solicitud.

Entiendo que si entrego información en representación de otras personas en mi hogar, debo tener el consentimiento para proveer y ver información sobre todas las personas que he listado en la solicitud y acepto salvaguardar su información.

Declaro bajo pena de perjurio que he examinado esta solicitud y, a mi mejor saber y entender, es una declaración verdadera y correcta de cada punto importante. Entiendo que una persona condenada por perjurio puede ser sentenciada a cumplir una pena de prisión de no más de cinco años o al pago de una multa de no más de \$10,000, o ambas cosas. Entiendo que puede haber otras sanciones por no decir la verdad.

Acuerdos adicionales para Medical Assistance - MA (Asistencia Médica) y MinnesotaCare:

- **Si alguna persona en esta solicitud es elegible para Medical Assistance o MinnesotaCare**, acepto la divulgación de registros médicos tal como se describe en la sección Consentimiento para Compartir la Información Médica de la Notificación de Responsabilidades y Derechos del Cliente.
- **Si alguna persona en esta solicitud es elegible para Medical Assistance**, otorgo a la agencia de Medical Assistance nuestros derechos para recabar y recibir fondos de otros seguros médicos, acuerdos legales o terceros.
- **Si alguna persona en esta solicitud es elegible para Medical Assistance**, he leído y entiendo que el estado puede reclamar el reembolso del costo del cuidado médico, o el costo de las primas pagada por el cuidado, de mi patrimonio o del patrimonio de mi cónyuge.
- **Si alguna persona en esta solicitud es elegible para Medical Assistance o MinnesotaCare**, entiendo que mi información, y la información proveniente de terceros, será compartida para investigaciones de prevención de fraude, como se establece en la Notificación de Prácticas de Privacidad y la Notificación de Responsabilidades y Derechos.
- **Si soy un padre que es elegible para Medical Assistance**, sé que me solicitarán que coopere con la agencia que recaba la manutención médica de un padre ausente. Si pienso que cooperar para recabar la manutención médica me dañará o que dañará a mis hijos, puedo comunicárselo a la agencia, y tal vez no sea necesario que tenga que cooperar. Otorgo a la agencia de Medical Assistance los derechos a recabar la manutención médica pagada por mis hijos.

¿Algún menor en la solicitud tiene un padre que vive fuera del hogar? Sí No

Recuerde devolver con esta solicitud cualquier apéndice que haya completado.

Firmar esta solicitud.

FIRMA	FECHA (MM/DD/AAAA)
-------	--------------------

Vaya al Paso 8 

¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite www.mnsure.org o llámenos al 651-539-2099 (1-855-366-7873, fuera del área de las Ciudades Gemelas). Si necesita ayuda en otro idioma que no sea inglés, indique el idioma que necesita. Le brindaremos ayuda sin costo alguno.



PASO 8

Enviar su solicitud completa y firmada.

Envíe su solicitud completa y firmada en una de estas tres formas:

- Envíe su solicitud por fax para un proceso más rápido.
- Envíe su solicitud por correo usando el sobre adjunto.
- Presente su solicitud en persona.

Envíela por correo, fax, o lleve su solicitud a la agencia del condado o MinnesotaCare Operations. Las direcciones y los números de fax pueden encontrarse en el Adjunto C en la parte posterior de la solicitud.

Si quiere inscribirse para votar en Minnesota, puede completar un formulario de inscripción en sos.state.mn.us.

CÓDIGOS SOBRE NÚMERO DE SEGURO SOCIAL

Seleccione una razón para no solicitar un número de Seguro Social (Social Security Number, SSN) y coloque la letra de su elección en la pregunta adecuada.

Razones para no solicitar un número de Seguro Social (Social Security, SSN):

- A. No es elegible para obtener un SSN
- B. Puede emitirse solo por una razón no laboral
- C. Objeciones religiosas
- D. Recién nacido o recién adoptado
- E. Otra razón

CÓDIGOS SOBRE CONDICIÓN DE INMIGRACIÓN

Seleccione una condición de inmigración en la lista a continuación y ponga la elección de su letra en la pregunta adecuada. Las condiciones de inmigración que tienen un asterisco (*) son condiciones calificadas.

- A. Indio americano nacido en Canadá (Immigration and Nationality Act - INA [Ley de Inmigración y Nacionalidad], section 289)*
- B. Asiático-americano no ciudadano*
- C. Asilado*
- D. Inmigrante condicional*
- E. Inmigrante cubano o haitiano*
- F. La deportación se retuvo bajo las normas 243(h) o 231(b)(3) de la ley INA*
- G. Refugiado*
- H. Inmigrante especial iraquí o afgano*
- I. Víctima de tráfico grave (Visa LPR o T)*
- J. Suspensión de repatriación*
- K. No ciudadano maltratado*
- L. Residente legal permanente (LPR)
- M. Condicional durante un año por lo menos*
- N. No inmigrante temporal
- O. Acción diferida para los llegados en la infancia

AYUDA CON EL INGRESO ANUAL PROYECTADO

El ingreso anual proyectado es el ingreso total que una persona espera tener para todo el año, de enero a diciembre. El ingreso anual proyectado de una persona incluye todos los tipos de ingresos que la persona incluiría en una declaración de impuestos federal 1040, más los beneficios no sujetos a impuestos del Seguro Social, los intereses exentos de impuestos y los ingresos en el extranjero. Ciertos gastos se restan del ingreso total para el año. (Vea los ajustes al ingreso, pág. 5, pregunta 45, para los tipos de gastos a restar.)

¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite www.mnsure.org o llámenos al **651-539-2099** (1-855-366-7873, fuera del área de las Ciudades Gemelas). Si necesita ayuda en otro idioma que no sea inglés, indique el idioma que necesita. Le brindaremos ayuda sin costo alguno.



APÉNDICE A**Cobertura de salud de empleos**

Responda estas preguntas si alguien del grupo familiar es elegible para recibir cobertura de salud por un empleo. Adjunte una copia de esta página para cada empleo que ofrece cobertura. **Entregue este formulario al empleador suyo que ofrece cobertura para que este le ayude a responder estas preguntas.** Puede utilizar esta información para completar su solicitud.

Información del EMPLEADO

1. NOMBRE DEL EMPLEADO (PRIMERO, SEGUNDO, APELLIDO)	2. NÚMERO DE SOCIAL SECURITY DEL EMPLEADO
---	---

Información del EMPLEADOR

3. NOMBRE DEL EMPLEADOR	4. NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR (EIN - EMPLOYER IDENTIFICATION NUMBER)		
5. DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR		6. NÚMERO TELEFÓNICO DEL EMPLEADOR	
7. CIUDAD	8. ESTADO	9. CÓDIGO POSTAL	
10. ¿Con quién podemos comunicarnos sobre la cobertura de salud del empleado en este empleo?			
11. NÚMERO TELEFÓNICO (si es diferente al anterior)		12. CORREO ELECTRÓNICO	

13. ¿Le ofrecieron cobertura a través de un empleo para el año del plan actual, o será elegible para la cobertura en los próximos tres meses?
Nota: Responda Sí si pudo haberse inscrito pero no lo hizo, incluso si no deseaba cobertura o si pensaba que era demasiado costosa.

Sí – continuar

13a. Si usted está en un periodo de espera o de prueba ¿cuándo podría inscribirse para recibir cobertura (MM/DD/AAAA)?

Escriba el nombre de toda otra persona que sea elegible para recibir cobertura por este empleo.

No – Pare aquí y vaya al Paso 3 en la solicitud

Díganos sobre el plan de salud que ofrece este empleador.

14. ¿Ofrece el empleador un plan de salud que cumple con el estándar de valor mínimo (minimum value standard)*? Sí No

a. ¿Cómo se llama el plan de costo más bajo que el empleador ofrece **solamente al empleado**? _____

b. ¿Cuánto pagaría el empleado en primas por este plan si recibiera el descuento máximo por no consumir tabaco o algún programa para dejar de fumar que se ofrece? \$ _____

c. ¿Qué tan a menudo? Semanal Cada dos semanas Dos veces al mes Mensual Trimestral Anual

15. ¿Qué cambio implementará el empleador para el año del nuevo plan (si se conoce)?

El empleador no ofrecerá cobertura de salud

El empleador comenzará a ofrecer cobertura de salud a los empleados o cambiará la prima al plan de más bajo costo disponible solo para el empleado que cumple con el estándar de valor mínimo*. (La prima debe reflejar los descuentos por no consumir tabaco o programas para dejar de fumar. Vea la pregunta 14.)

a. ¿Cuánto más tendría que pagar el empleado en primas por este plan? \$ _____

b. ¿Qué tan a menudo? Semanal Cada dos semanas Dos veces al mes Mensual Trimestral Anual

Fecha del cambio (MM/DD/YYYY): _____

* Planes que pagan al menos el 60 por ciento de los costos permitidos y cubren la mayoría de los servicios hospitalarios y médicos para pacientes hospitalizados que cumplen con el "estándar de valor mínimo" (vea la Sección 36B(c)(2)(C)(ii) del Código del Servicio de Impuestos Internos de 1986).



Herramienta para la cobertura del empleador

Use esta herramienta a manera de ayuda para responder las preguntas en el Apéndice A sobre cualquier tipo de cobertura de salud del empleador para la cual usted es elegible (aunque sea por el empleo de otra persona, como de uno de los padres o del cónyuge). La información en las casillas numeradas a continuación coincide con la información en las casillas del Apéndice A. Por ejemplo, la respuesta a la Pregunta 14 en esta página debe coincidir con la respuesta a la Pregunta 14 del Apéndice A. Escriba su nombre y número de Social Security en las casillas 1 y 2, y pida al empleador que complete el resto del formulario. Complete una herramienta para cada empleador que ofrece cobertura de salud.

Información del EMPLEADO

1. NOMBRE DEL EMPLEADO (PRIMERO, SEGUNDO, APELLIDO)	2. NÚMERO DE SOCIAL SECURITY DEL EMPLEADO
---	---

Información del EMPLEADOR

3. NOMBRE DEL EMPLEADOR	4. NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR (EIN - EMPLOYER IDENTIFICATION NUMBER)	
5. DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR (El mercado enviará notificaciones a esta dirección)	6. NÚMERO TELEFÓNICO DEL EMPLEADOR	
7. CIUDAD	8. ESTADO	9. CÓDIGO POSTAL
10. ¿Con quién podemos comunicarnos sobre la cobertura de salud del empleado en este empleo?		
11. NÚMERO TELEFÓNICO (si es diferente al anterior)	12. CORREO ELECTRÓNICO	
13. ¿Es el empleado actualmente elegible para la cobertura ofrecida por este empleador, o será el empleado elegible en los próximos tres meses? NOTA: Responda Sí si el empleado podría haberse inscrito en la cobertura para el año del plan actual pero no lo hizo o será elegible para la cobertura en los próximos tres meses. <input type="radio"/> Sí – continuar 13a. Si el empleado no es elegible hoy, incluido como resultado de un periodo de espera o prueba, ¿cuándo será elegible para la cobertura? _____ (MM/DD/AAAA) <input type="radio"/> No – PARE y devuelva el formulario al empleado		

Díganos sobre el plan de salud que ofrece este empleador.

¿Ofrece el empleador un plan de salud que cubre al cónyuge o dependiente del empleado?

Sí – ¿A quiénes? Cónyuge Dependiente(s) No – Vaya a la pregunta 14

14. ¿Ofrece el empleador un plan de salud que cumple con el estándar de valor mínimo (minimum value standard)*? <input type="radio"/> Sí – continuar <input type="radio"/> No – PARE y devuelva el formulario al empleado a. ¿Cómo se llama el plan de costo más bajo que el empleador ofrece solamente al empleado? _____ b. ¿Cuánto pagaría el empleado en primas por este plan si recibiera el descuento máximo por no consumir tabaco o algún programa para dejar de fumar que se ofrece? \$ _____ c. ¿Qué tan a menudo? <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Anual
Si el año del plan termina pronto y usted sabe que los planes ofrecidos van a cambiar, vaya a la Pregunta 15. Si no sabe, PARE y devuelva el formulario al empleado.
15. ¿Qué cambio implementará el empleador para el nuevo año del plan? <input type="checkbox"/> El empleador no ofrecerá cobertura de salud <input type="checkbox"/> El empleador comenzará a ofrecer cobertura de salud a los empleados o cambiará la prima al plan de más bajo costo disponible solo para el empleado que cumple con el estándar de valor mínimo*. (La prima debe reflejar los descuentos por no consumir tabaco o programas para dejar de fumar. Vea la pregunta 14.) a. ¿Cuánto más tendría que pagar el empleado en primas por este plan? \$ _____ b. ¿Qué tan a menudo? <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Anual Fecha del cambio (MM/DD/YYYY): _____

* Planes que pagan al menos el 60 por ciento de los costos permitidos y cubren la mayoría de los servicios hospitalarios y médicos para pacientes hospitalizados que cumplen con el "estándar de valor mínimo" (vea la Sección 36B(c)(2)(C)(ii) del Código del Servicio de Impuestos Internos de 1986).



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite www.mnsure.org o llámenos al **651-539-2099** (1-855-366-7873, fuera del área de las Ciudades Gemelas). Si necesita ayuda en otro idioma que no sea inglés, indique el idioma que necesita. Le brindaremos ayuda sin costo alguno.

APÉNDICE B

Miembro de la familia Indio americano o indígena de Alaska (American Indian o Alaska Native - AI o AN)

Complete este apéndice si usted o un miembro de la familia es indio americano o indígena de Alaska (AI o AN). Preséntelo con su Solicitud para cobertura de salud y ayuda con el pago de costos.

Cuéntenos sobre los miembros de su familia que son indios americanos o indígenas de Alaska.

Los indios americanos e indígenas de Alaska tienen ciertos beneficios de cobertura médica y protecciones. Usted puede obtener servicios a través de Servicios de Salud Indígena (Indian Health Services), programas de salud tribales o programas de salud para indígenas urbanos. Es posible que no deba pagar el costo compartido y que acceda a periodos de inscripción mensuales especiales. Conteste las preguntas siguientes para asegurarse de que su familia reciba la mayor ayuda posible.

NOTA: Si tiene que incluir a más personas, haga una copia de esta página y adjúntela.

	AI o AN PERSONA 1		AI o AN PERSONA 2	
	PRIMER	SEGUNDO	PRIMER	SEGUNDO
1. Nombre (Primer nombre, segundo nombre, apellido)	APELLIDO		APELLIDO	
2. ¿Es miembro de una tribu reconocida por el gobierno federal?	<input type="radio"/> Sí <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 5px 0;">NOMBRE DE LA TRIBU</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 5px 0;">NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN (ID) TRIBAL</div> <input type="radio"/> No		<input type="radio"/> Sí <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 5px 0;">NOMBRE DE LA TRIBU</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 5px 0;">NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN (ID) TRIBAL</div> <input type="radio"/> No	
3. ¿Esta persona está recibiendo o ha recibido alguna vez un servicio de Indian Health Service, un programa de salud tribal y un programa urbano de salud para indígenas o ha sido remitido a un proveedor contratado por alguno de estos programas? Nota: Los indios americanos e indígenas de Alaska que hayan obtenido servicios de ese tipo de proveedores no pagan ningún costo compartido por Medical Assistance.	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
4. Cierta cantidad de dinero recibido puede no ser contada para Medical Assistance (MA) o para MinnesotaCare. Haga una lista del ingreso (cantidad y frecuencia) reportado en su solicitud que incluye dinero de estas fuentes: <ul style="list-style-type: none"> • Pagos per cápita (por cabeza) de una tribu provenientes de recursos naturales, derechos de uso, arrendamientos o regalías • Pagos provenientes de recursos naturales, agricultura, ganadería, pesca, arrendamientos o regalías de territorio designado con tierras fiduciarias por el Departamento del Interior (Department of the Interior) (incluidas las reservas y antiguas reservas) • Dinero proveniente de la venta de artículos que tienen importancia cultural. 	\$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____		\$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____	
5. ¿Vive esta persona en una reservación?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	

APÉNDICE C

Ayuda para completar esta solicitud

Puede elegir un representante autorizado.

Usted puede dar autorización a una persona de confianza para hablar de esta solicitud con nosotros, ver su información y actuar en nombre suyo en los asuntos relacionados con esta solicitud, incluso para obtener información sobre su solicitud y firmarla en su nombre. Esta persona se denomina "representante autorizado". Si en alguna oportunidad necesita cambiar su representante autorizado, llame al Centro de contacto de MNSure, al 1-855-366-7873.

Un representante asignado legalmente para alguien en esta solicitud debe presentar prueba con la solicitud.

1. NOMBRE DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO (Primer nombre, segundo nombre, apellido)		PARENTESCO CON USTED, DE HABERLO	
2. DIRECCIÓN		3. NÚMERO DE APARTAMENTO O SUITE	
4. CIUDAD		5. ESTADO	6. CÓDIGO POSTAL
7. NÚMERO TELEFÓNICO	8. NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN		9. NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN (si aplica)
Al firmar, usted autoriza a esta persona para que firme su solicitud, obtenga información oficial sobre esta solicitud, y lo represente con esta agencia en todos sus asuntos futuros.			
10. SU FIRMA			11. FECHA (MM/DD/AAAA)
Firma del representante autorizado Al firmar, estoy de acuerdo con ser el representante autorizado para esta familia. Entiendo mis responsabilidades, que incluyen mantener privada la información de las personas que solicitan en esta solicitud. <input type="checkbox"/> Me gustaría recibir información por correo electrónico en: _____			
FIRMA DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO			FECHA (MM/DD/AAAA)

Solo para asesores de solicitud certificados, navegadores, asistidores en persona, agentes e intermediarios.

Complete esta sección si es un asesor de solicitud certificado, un navegador, asistidor en persona, agente o intermediario completando esta solicitud para otro.

1. FECHA DE INICIO DE LA SOLICITUD (MM/DD/AAAA)	2. NOMBRE DEL SOLICITANTE (Primer nombre, segundo nombre, apellido, sufijo)		
3. NOMBRE DEL ASISTIDOR (Primer nombre, segundo nombre, apellido)		4. NÚMERO TELEFÓNICO DEL ASISTIDOR	
5. NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN		6. NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD (ID) DEL ASISTIDOR	



Adjunto A

Notificación de Prácticas de la Privacidad y Notificación de Responsabilidades y Derechos

Fecha de vigencia: Noviembre de 2019

El propósito de esta notificación es informarlo sobre las prácticas de privacidad del Departamento de Servicios Humanos de Minnesota y la organización MNsure, así como sus derechos y responsabilidades cuando solicita y se inscribe para cobertura de seguro médico a través de estas agencias. Cuando usted solicita ayuda para pagar cobertura, es posible que sea elegible para un programa público como Medical Assistance (MA - Asistencia Médica), MinnesotaCare o un plan de salud calificado en el mercado por el cual podría recibir crédito de impuestos y reducciones del costo compartido. A la fecha en que usted presenta la solicitud, es posible que no sepa para qué programa califica, y en algunos casos, una misma familia podría estar cubierta por programas diferentes. Por lo tanto, por favor revise los derechos y las responsabilidades de cada programa para los cuales usted o sus miembros del grupo familiar podrían calificar.

MNsure gestiona la elegibilidad y la inscripción en planes de salud calificados del mercado individual (con o sin crédito de impuestos para la prima), en coordinación con la compañía de seguros médicos que usted elija.

El Departamento de Servicios Humanos de Minnesota y las agencias tribales y de los condados de Minnesota gestionan la elegibilidad y la inscripción en Medical Assistance (MA - Asistencia Médica) y MinnesotaCare.

Notificación de Prácticas de la Privacidad

Prácticas de privacidad para todos los programas

Esta parte de la notificación describe cómo la información privada o confidencial acerca de usted puede usarse y revelarse. Por favor examínela atentamente.

¿Por qué pedimos esta información?

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

¿Por qué le pedimos su número de Social Security (Seguro Social)?

Necesitamos un número de Seguro Social (Social Security Number, SSN) para cada persona que solicita cobertura de salud, si lo tiene. (Ver 42 CFR § 435.910; 45 CFR § 155.310.)

Usted no está obligado a darnos el número de SSN de las personas en su grupo familiar que no están solicitando cobertura, pero proporcionar dicho número puede ayudar a acelerar el proceso de la solicitud.

Usamos los SSN para verificar la identidad y prevenir la duplicación de beneficios estatales y federales. Además, los SSN se usan para comparar datos por computadora con agencias federales y locales a fin de verificar ingresos, recursos y otra información que puedan afectar su elegibilidad o sus beneficios. Toda la información que usted proporcione se mantendrá confidencial y segura, como lo exige la ley. Utilizaremos la información personal solo para verificar si usted es elegible para cobertura de salud.

Si alguien que solicita cobertura no tiene un SSN, puede que se le exija solicitar dicho número a fin de solicitar Medical Assistance (MA - Asistencia Médica). Hay excepciones a ello para personas que:

- no son elegibles para un SSN,
- solo pueden obtener un SSN por una razón no laboral válida, o
- rehúsan obtener un SSN por una objeción religiosa bien establecida.

Si desea ayuda para obtener un SSN, visite el sitio socialsecurity.gov o llame al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

¿Por qué pedimos información sobre sus ingresos?

Pedimos información de sus ingresos y verificamos las fuentes estatales y federales para confirmar su ingreso y el tamaño de su familia. Utilizaremos esta información solamente para los fines autorizados por ley, tales como verificar elegibilidad de inscripción o determinar la elegibilidad para crédito impositivo anticipado para prima de seguro, disminuciones de costo compartido, y el monto o la disminución del crédito. No compartiremos esta información con ninguna otra persona o entidad.

¿Tiene que responder las preguntas que le hacemos?

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

¿Con quiénes podemos compartir la información?

Compartiremos su información solo según se necesite y se nos permita o se requiera por ley. Para todos los programas, podemos compartir su información con las siguientes agencias o personas que la necesitan para llevar a cabo su trabajo:

- Empleados o voluntarios de otras agencias estatales, del condado, locales, federales, y de nuestras agencias participantes no lucrativas y privadas
- Los investigadores, auditores, inspectores y otros que realizan evaluaciones y estudios sobre la calidad del cuidado de salud, o inician enjuiciamientos o acciones legales con respecto a la administración de los programas de servicios humanos
- Funcionarios judiciales, fiscales de condado, fiscales generales, otros funcionarios del orden público e investigadores de prevención de fraude
- Compañías de seguros de salud, agencias de cuidado de salud, organizaciones de cuidado administrado y otros que pagan por su cuidado
- Guardianes, conservadores o personas con poder de representación que sean representantes autorizados
- Asesores de solicitud certificados, asistidores en persona y navegadores, y cualquier otro a quien la ley dice que debemos o podemos proporcionar la información.

Asimismo, solo para Medical Assistance y MinnesotaCare, podemos compartir su información con las siguientes agencias o personas que la necesitan para llevar a cabo su trabajo:

- Oficinas de servicios humanos, incluidas las oficinas para cumplimiento de manutención de menores
- Investigadores de protección de menores
- Agencias gubernamentales en otros estados que administran programas de beneficios públicos
- Proveedores de cuidado de salud, incluidas las agencias de salud mental e instalaciones de tratamiento para drogas y alcohol.

- Personal médico forense e investigadores médicos, en caso de que usted muera y ellos investiguen su fallecimiento
- Oficinas de crédito, acreedores o agencias para cobros si usted no paga los honorarios que nos adeuda por los servicios, en situaciones limitadas

¿Cuáles son nuestras responsabilidades?

- Debemos proteger la privacidad de su información personal, médica y otra información privada de acuerdo con los términos de esta notificación.
- No podemos usar su información por motivos que no sean los que se indican en este formulario, ni compartir su información con personas y agencias que no sean las que se indican en este formulario, a menos que usted nos diga por escrito que podemos hacerlo.
- No venderemos ninguna de la información recopilada, creada o mantenida como parte de esta solicitud.
- Debemos cumplir con las condiciones de esta notificación y le entregaremos una copia de la misma, pero podemos cambiar nuestra política sobre la privacidad. Dichos cambios aplicarán a toda la información que tenemos de usted. La nueva notificación estará disponible a su pedido y publicaremos los cambios a nuestras reglas de privacidad en nuestro sitio web en: <http://edocs.dhs.state.mn.us/lfserver/Public/DHS-4839K-ENG> y en www.mnsure.org
- La ley nos exige mantener la información privada acerca de usted de manera confidencial y segura.
- Tal como lo requiere la ley, si sucede algo por lo que su información privada pierde su carácter de confidencial y segura, se lo haremos saber.

En esta parte de la notificación se describe cómo puede usarse y divulgarse la información médica o de otro tipo acerca de usted y cómo puede usted acceder a ella. Por favor examínela atentamente.

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

- Usted y las personas a quienes haya autorizado pueden ver y copiar la información privada que tenemos de usted, tales como registros médicos y de reclamaciones. Es posible que usted deba pagar por las copias.
- Usted puede escoger a una persona que actúe en su nombre con un poder legal médico o como tutor legal. Esa persona puede ejercer los derechos que le corresponden a usted y tomar decisiones sobre su información.

Pedirnos que corrijamos registros médicos o de otro tipo sobre usted

Usted puede cuestionar si la información suya que tenemos es correcta. Envíe sus inquietudes por escrito. Díganos por qué la información es incorrecta o está incompleta. Envíe su propia explicación de la información con la que esté en desacuerdo. Nosotros adjuntaremos su explicación cada vez que se comparta su información.

Solicitar comunicaciones confidenciales

- Tiene derecho a pedirnos por escrito que compartamos con usted la información de su salud de determinada manera o en determinado lugar.
- Tomaremos en cuenta toda solicitud razonable. Debemos satisfacer su solicitud si usted nos dice que estaría en peligro en caso de que no lo hagamos. Por ejemplo, puede pedirnos que enviemos la información de su salud a su domicilio laboral en lugar de su residencia. Si comprobamos que su solicitud es razonable, se la concederemos.

Pedirnos que limitemos la información que usamos o compartimos

Puede pedirnos que no usemos o no compartamos cierta información médica con fines de tratamiento, pago o nuestras actividades operativas de salud. No tenemos la obligación de satisfacer su solicitud, y es posible que nos neguemos a hacerlo si ello afectaría su cuidado.

Obtener una lista de aquellos con quienes hemos compartido información

- Dicha lista no incluirá la revelación de información con fines de tratamiento, pago y actividades operativas de salud. Tampoco incluirá la revelación de otra información, tales como lo que usted nos haya pedido hacer.
- Proporcionaremos una lista por año en forma gratuita, pero le cobraremos un cargo razonable y basado en el costo si solicita otra lista dentro de un plazo de 12 meses.

Obtener una copia de esta notificación sobre la privacidad

- Usted puede solicitar una copia impresa de esta notificación en cualquier momento, incluso cuando haya aceptado recibir la notificación en forma electrónica. Le entregaremos una copia impresa sin demora.
- Si no entiende la información, pida a su trabajador que se la explique. Puede pedir otra copia de esta notificación al Departamento de Servicios Humanos de Minnesota o a la organización MNsure.

Información genética

MNsure no recopila, mantiene ni usa información genética.

Retención de registros

La información provista en una solicitud de cobertura a través de MNsure está sujeta a la False Claims Act (Ley de Reclamaciones Falsas) y se retendrá hasta 10 años como máximo. MNsure sigue un programa de retención de registros y mantiene los datos de acuerdo con la ley estatal y federal. Después de cumplirse el periodo correspondiente, MNsure destruye los archivos de papel y retira permanentemente los datos electrónicos para prevenir su recuperación.

Prácticas de privacidad para Asistencia Médica y MinnesotaCare solamente

En esta parte de la notificación se describe cómo puede usarse y divulgarse la información médica acerca de usted y cómo puede usted acceder a dicha información.

Podemos usar y compartir su información médica para

- **Ayudar a administrar el tratamiento médico que usted recibe**
 - Podemos usar su información médica y compartirla con los profesionales que lo tratan.
Ejemplo: Un médico nos envía información sobre su diagnóstico y plan de tratamiento para que podamos coordinar servicios adicionales.
 - También podemos compartir su información con tutores, conservadores o personas con poder legal que son representantes autorizados.
- **Hacer funcionar nuestra organización**
 - Podemos usar y compartir su información para hacer funcionar nuestra organización y comunicarnos con usted cuando sea necesario. Eso incluye compartir su información con empleados o voluntarios de otras agencias estatales, del condado, locales, federales y de nuestras agencias participantes no lucrativas y privadas, incluyendo oficinas de manutención de menores.
 - Podemos compartir su información con estas personas y estos grupos:
 - Auditores, investigadores y otros que realizan evaluaciones y estudios sobre la calidad del cuidado de salud
 - Oficinas de crédito, acreedores o agencias de cobranza si usted no paga los cargos que nos debe por nuestros servicios, en situaciones limitadas
 - Asesores de solicitud certificados, asistidores en persona y navegadores, y cualquier otro a quien la ley dice que debemos o podemos proporcionar la información
 - No se nos permite utilizar información genética para decidir si le brindaremos cobertura y decidir el costo de dicha cobertura. Esto no es aplicable a los planes de cuidado a largo plazo.
Ejemplo: Usamos su información médica para desarrollar mejores servicios para usted.
- **Pagar sus servicios médicos**
 - Podemos usar y compartir su información médica cuando pagamos sus servicios médicos.
Ejemplo: Compartimos su información con su plan dental para coordinar el pago de los servicios dentales que le prestan.
- **Ayudar con asuntos de salud y seguridad pública**
 - Podemos compartir su información médica con fines como estos:
 - Prevención de enfermedades
 - Ayuda con retiro de productos del mercado

- Reporte de reacciones adversas a medicamentos
- Reporte de sospecha de abuso, abandono o violencia doméstica
- Prevención o reducción de una amenaza grave a la salud o seguridad de cualquier persona

- **Investigaciones**

- Podemos usar o compartir su información para la investigación de la salud.

- **Cumplir la ley**

- Compartiremos información sobre usted si lo exigen las leyes estatales o federales. Esto incluye compartir información con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si este desea comprobar que cumplimos la ley federal de privacidad.

- **Responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos, como así también colaborar con un perito médico o un funcionario de empresa funeraria**

- Podemos compartir su información médica con organizaciones dedicadas a la obtención de órganos.
- Cuando fallece una persona, podemos compartir información médica con un médico forense, un perito médico o un funcionario de empresa funeraria.

- **Responder a casos de indemnización por accidente de trabajo, asuntos policiales y otras peticiones gubernamentales**

- Para reclamos de indemnización por accidente de trabajo
- Para propósitos policiales o con un funcionario policial
- Con agencias que supervisan los servicios de salud para actividades autorizadas por la ley
- Con agencias gubernamentales en otros estados que administran programas de beneficios públicos
- Para funciones especiales del gobierno, tales como los servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial

- **Responder a demandas judiciales y otras acciones legales**

- Podemos compartir su información médica en respuesta a una orden judicial. Podemos compartir la información con funcionarios judiciales, fiscales de condado, procuradores generales, otros funcionarios del orden público, funcionarios de manutención de menores, funcionarios de protección de menores e investigadores de fraude.

¿Cuáles son sus opciones?

Para cierta información médica, puede decirnos sus opciones sobre lo que compartimos.

Usted tiene tanto el derecho como la opción de decirnos que:

- Compartamos información médica con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en el pago de su atención médica
- Compartamos información en una situación de ayuda para catástrofes

Decirnos lo que desea que hagamos, y cumpliremos sus instrucciones. Si usted no puede indicarnos sus preferencias (por ejemplo, si está inconsciente), puede que procedamos a compartir su información si creemos que es lo más convenientes para usted. Es posible que también compartamos su información cuando se necesite para mitigar una amenaza grave e inminente a la salud o la seguridad.

¿Qué derechos de privacidad tienen los menores?

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

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

Si usted cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja. No se le puede denegar el servicio ni tratarlo mal porque usted haya presentado una queja. Si usted cree que su médico o la clínica, una aseguradora de salud, un plan de salud o una farmacia o violado su privacidad médica, puede enviar una queja escrita a la agencia del condado, a la organización o a la oficina federal para los derechos civiles en:

(Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU.)
 (Oficina para Derechos Civiles, Región 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 (voz)
 800-368-1019 (número gratis)
 800-537-7697 (TTY)
 312-886-1807 (fax)

Si usted cree que el Departamento de Servicios Humanos de Minnesota ha violado sus derechos de privacidad, también puede contactar a:

(Departamento de Servicios Humanos de Minnesota)
 (Atn: Quejas sobre datos)
 Minnesota Department of Human Services
 Attn: Data Complaint
 PO Box 64998
 St. Paul, MN 55164-0998

Si usted cree que MNSure ha violado sus derechos de privacidad, también puede contactar a:

(Gerente de Privacidad de MNSure)
MNSure Privacy Manager
355 Randolph Ave., Suite 100
St. Paul, MN 55102

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

Si necesita más información sobre las prácticas de privacidad, llame al Centro de Asistencia a Consumidores de Servicios de Salud (Health Care Consumer Support) al 1-800-657-3739 o al 651-431-2670.

Notificación de Responsabilidades y Derechos

Derechos y responsabilidades para todos los programas

Cambios

Si tiene Medical Assistance (MA), debe informar el cambio dentro de los 10 días de haber ocurrido el cambio. Llame a su agencia del condado para informar un cambio. Si tiene MinnesotaCare, debe informar el cambio dentro de los 30 días de haber ocurrido el cambio. Si todos en su hogar reciben MinnesotaCare, llame al Centro de Operaciones de MinnesotaCare al 1-800-657-3672 o 651-297-3862 para informar el cambio. Si alguna persona en su hogar tiene MA, llame a la agencia de su condado para informar el cambio.

Si está inscrito en un plan de salud calificado (QHP - qualified health plan), tiene crédito de impuestos para la prima (APTC - advanced premium tax credits) aplicado a su cobertura, o recibe reducciones del costo compartido (CSR - cost-sharing reductions), debe informar el cambio dentro de los 30 días de haber ocurrido el cambio. Llame a MNSure al 1-855-366-7873 para informar cualquier cambio.

Si no informa los cambios, podría tener que devolver el dinero al estado o al gobierno federal por los beneficios que haya recibido cuando no era elegible. Si no está seguro de que debe informar un cambio, llame y explique lo que sucede. Los ejemplos de cambios que tiene que informar incluyen los siguientes:

Cambios en su ingreso cuando

- Comienza un trabajo nuevo, cambia de trabajo o deja un trabajo
- Comienza a recibir ingresos nuevos o deja de recibir servicios como del Seguro Social (o de Desempleo)
- Hay cambios en el monto del ingreso que usted obtiene de su negocio, actividades agrícolas u otros tipos de trabajo por cuenta propia

Cambios de residencia cuando

- Se muda a una nueva dirección
- Está temporalmente fuera de Minnesota por más de 30 días

Cambios de vida en su hogar cuando alguien

- Queda embarazada o tiene un bebé
- Se muda a un nuevo hogar o fuera de su hogar
- Fallece, se casa o se divorcia
- Comienza a recibir cobertura de seguro médico o Medicare

- Queda discapacitado
- Es encarcelado o excarcelado

Declaración de impuestos

Si compró un plan QHP a través de MNSure y recibe APTC o desea reclamar el crédito de impuestos para la prima (PTC - premium tax credit), debe declarar impuestos al Servicio de Impuestos Internos (IRS - Internal Revenue Service, por sus siglas en inglés). Si para el final del año se encuentra casado, debe declarar sus impuestos en forma mancomunada con su cónyuge.

Cuando presente su declaración de impuestos federales sobre los ingresos, el IRS comparará el ingreso en su declaración de impuestos con el ingreso en su solicitud. Si el ingreso en su declaración de impuestos es menor que el ingreso en su solicitud, puede ser elegible para recibir una cantidad de crédito de impuestos adicional. Por otro lado, si el ingreso en su declaración de impuestos es mayor que el ingreso en su solicitud, es posible que deba impuestos federales adicionales. Al término del año fiscal, MNSure le enviará el formulario 1095A para que lo use para informar su cobertura de seguro médico al IRS. Puede encontrar más información sobre la declaración de impuestos en el sitio web de MNSure: <https://www.mnsure.org/individual-family/cost/1095-A.jsp>

Usted tiene el derecho de solicitar una audiencia

Si cree que su elegibilidad o beneficios de cuidado de salud son incorrectos o su solicitud no se procesó correctamente, puede solicitar una audiencia de apelación. Al solicitar una audiencia de apelación, usted solicita una revisión imparcial de su caso. Usted puede defenderse por sí mismo o usar un abogado, defensor, representante autorizado, pariente, amigo u otra persona. Aprenda más sobre el proceso de apelación y cómo solicitar una audiencia en el sitio web de apelaciones de MNSure: www.mnsure.org/help/appeals o en el sitio web del DHS en www.dhs.state.mn.us/appeals/faqs.

Llenar y enviar una solicitud de apelación por Internet en <https://edocs.dhs.state.mn.us/lfservlet/Public/DHS-0033-ENG>.

También puede imprimir el formulario disponible en dicha dirección, para llenarlo y enviarlo por fax al 651-431-7523 o por correo postal a esta dirección:

(Departamento de Servicios Humanos de Minnesota
División de Apelaciones)
Minnesota Department of Human Services
Appeals Division
PO Box 64941
St. Paul, MN 55164-0941

Inmigración

La información de inmigración que usted nos entregue es privada. La usamos para saber si usted puede obtener cobertura. La compartimos solo cuando la ley lo permite o exige, como es el caso para verificar su identidad. En la mayoría de los casos, solicitar cobertura no afectará su condición de inmigración a menos que esté solicitando para el pago de servicios de cuidado médico a largo plazo.

Usted no tiene que darnos su información de inmigración si es una mujer que está embarazada viviendo en los Estados Unidos sin el conocimiento o aprobación de los Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los EE.UU. (U.S. Citizenship and Immigration Services - USCIS, por sus siglas en inglés). Usted tampoco tiene que proporcionarnos su información de inmigración si:

- Está solicitando para cuidado médico de emergencia solamente
- Está ayudando a alguien con su solicitud solamente
- No está solicitando para usted mismo

Derechos y responsabilidades para Asistencia Médica y MinnesotaCare solamente

Revisiones

Los auditores de los programas de cuidado de salud de la agencia estatal o federal pueden inspeccionar su caso. Revisarán la información que usted nos dio y la verificarán para asegurarse de que procesamos su caso correctamente. Le informarán a usted si necesitan hacerle alguna pregunta.

Consentimiento para compartir información médica

En su solicitud de cobertura de Minnesota Health Care Programs (MHCP), usted ha otorgado su consentimiento escrito y firmado a las siguientes agencias y personas para compartir entre ellas información médica sobre usted solo para los fines limitados que se indican:

- Proveedores de cuidado de salud, esto incluye a planes de salud, compañías de seguros, MA o MinnesotaCare, intercesores del condado, distritos escolares, trabajadores de casos de mi condado o estado, y sus contratistas y subcontratistas, para estos propósitos:
 - Para determinar quién debe pagar por mi cuidado de salud
 - Para proporcionar, administrar y coordinar los servicios de cuidado de salud

- Todas las demás agencias o personas listadas en esta Notificación de Prácticas de la Privacidad y Notificación de Responsabilidades y Derechos del Cliente, para este propósito:
 - Para administrar los Minnesota Health Care Programs, pagar servicios y llevar a cabo estudios e investigaciones

Este consentimiento tiene validez para la información médica de mis hijos menores mencionados en esta solicitud.

Puedo suspender este consentimiento en cualquier momento solicitándolo por escrito. La notificación por escrito para suspender este consentimiento no afectará la información que la agencia ya ha proporcionado a otros. Este consentimiento tiene validez mientras esté inscrito en MA o MinnesotaCare, hasta un año como máximo o más si la ley lo permite.

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

Una agencia o persona que obtenga mi información por medio de este consentimiento puede entregar la información a otros.

Si usted interrumpe este consentimiento, no podrá inscribirse ni permanecer inscrito en los Minnesota Health Care Programs.

Otro cuidado de salud

Usted y los miembros de su hogar inscritos en MA están obligados a informarnos sobre todo otro seguro médico que tengan o que esté disponible para ustedes, incluyendo cobertura patrocinada por empleadores, seguro médico privado, seguro para cuidado médico a largo plazo y toda cobertura limitada de salud, tal como la cobertura dental o para accidentes. Usted debe informarnos si su empleador ofrece seguro y si usted ha aceptado dicha cobertura.

Puede que usted y los miembros de su hogar inscritos en MA deban aceptar y conservar una póliza de seguro médico si se determina que es costeable. Si tiene un buen motivo para no hacerlo, puede pedirle al estado que apruebe dicho motivo. Si no nos informa acerca de su póliza de seguro médico, es posible que no pueda recibir cobertura.

Usted también deberá informarnos cuando haya cumplido la elegibilidad para Medicare. MA paga las primas de Medicare para ciertas personas de bajos ingresos.

Manutención médica de MA

Si está solicitando beneficios para usted y sus hijos, y usted no vive con el otro progenitor, la ley indica que usted debe entregar la información al personal de manutención de menores si tanto usted como sus hijos son elegibles para MA. Esto incluye ayudar al estado a demostrar quién es el padre de sus hijos y colaborar para que el estado haga que el progenitor ayude a pagar los gastos médicos de sus hijos. Si usted no colabora con el personal de manutención de menores, sus hijos continuarán recibiendo cobertura, pero cesará la cobertura para usted a menos que esté embarazada.

Usted puede solicitar una exención a colaborar si eso perjudica los intereses de su(s) hijo(s) o perjudica sus propios intereses por temor a sufrir daños físicos o emocionales. La agencia examinará su evidencia y le informará si usted deberá entregar igualmente la información al personal de manutención de menores.

Asignación de pagos médicos

Al aceptar MA, usted cede al Estado de Minnesota sus derechos a todos los pagos médicos hechos por usted y por otros por quienes haya solicitado. Estos pagos incluyen los pagos médicos de todas las demás personas o compañías, incluidos los pagos de manutención médica de un padre ausente. Esta asignación de pagos médicos comienza tan pronto se inicia la cobertura de cuidado de salud.

Usted también conviene en ayudar al estado a que se le reembolsen los cargos médicos que debieron haber sido pagados por otros. Es posible que no tenga que ayudar al estado si tiene un buen motivo para no hacerlo y el estado aprueba el motivo.

Embargos y reclamaciones de sucesiones de MA

En ciertas circunstancias, la ley federal y estatal exige que el Departamento de Servicios Humanos de Minnesota y otras agencias locales recuperen los costos de lo que el programa MA haya pagado por los servicios médicos prestados a sus miembros. Dicho proceso se realiza a través del programa de recuperación por sucesiones y embargos para MA de Minnesota.

Si usted tiene 55 años de edad o más al inscribirse en MA, entonces, después de que fallezca, el estado de Minnesota procurará recuperar ciertos pagos que el programa MA haya hecho por el cuidado de su salud, incluyendo:

- Servicios en centro de cuidados
- Servicios basados en el hogar y la comunidad
- Costos asociados de hospitalización y fármacos recetados

Los servicios basados en el domicilio y la comunidad incluyen atención sanitaria y servicios de enfermería calificada a domicilio, costos de asistente de cuidado personal y los suministros y equipos médicos. También incluyen terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla, cuando la terapia es brindada por una agencia de atención de la salud en el hogar o de rehabilitación en el hogar.

Si usted vive permanentemente en una institución médica, el estado de Minnesota también deberá intentar recuperar los costos de todos los servicios de MA que usted haya recibido mientras residía en una institución médica. Si usted vive permanentemente en una institución médica y no tiene cónyuge ni hijo discapacitado que viva en su propiedad inmobiliaria ocupada, puede que el estado presente un embargo por MA contra su propiedad inmobiliaria a fin de recuperar costos de MA antes de su fallecimiento.

Después de su fallecimiento, el estado también podrá presentar una notificación de reclamación potencial, que es una forma de embargo, contra una propiedad inmueble para recuperar los costos de MA. Se pueden presentar embargos para recuperar los costos de MA contra lo siguiente:

- Sus intereses en bienes en vida de propiedad inmueble única o mancomunada
- Su propiedad inmueble de titularidad exclusiva
- Su propiedad inmueble de la que usted es propietario con otra persona

El estado de Minnesota no podrá comenzar a recuperar los mencionados costos si su cónyuge le sobrevive, si usted tiene un hijo menor de 21 años o si tiene un hijo discapacitado permanentemente. Una vez que fallezca su cónyuge, el estado de Minnesota deberá intentar recuperar los costos de su MA del patrimonio hereditario de su cónyuge. Sin embargo, la recuperación se sujetará a una demora adicional si usted todavía tiene un hijo menor de 21 años o un hijo discapacitado permanentemente. Sus hijos no están obligados a recurrir a los activos de ellos para reembolsarle al estado cualquier servicio de MA que usted haya recibido.

Si tiene preguntas específicas sobre la manera en que la recuperación por sucesión y embargos de MA podría afectar su situación y planificación patrimonial, usted tiene derecho a consultar a un grupo de asistencia legal o un abogado privado. El Departamento de Servicios Humanos de Minnesota no puede proporcionarle asesoramiento legal. Para obtener más información, visite el sitio web [http:// mn.gov/dhs/ma-estate-recovery](http://mn.gov/dhs/ma-estate-recovery).

Sus derechos civiles

Notificación sobre los derechos civiles

La discriminación es contra la ley. Ni MNsure ni el Departamento de Servicios Humanos de Minnesota discrimina debido a ninguna de las siguientes razones:

- raza
- color
- origen nacional
- credo
- religión
- orientación sexual
- condición de asistencia pública
- estado civil
- edad
- discapacidad
- sexo (incluyendo estereotipos sexuales e identidad de género)

Elementos auxiliares y servicios gratuitos. Si usted tiene una discapacidad y necesita elementos y servicios a fin de tener igualdad de oportunidades para participar en nuestros programas de cuidado de salud, MNsure y el DHS se los brindará sin demora y en forma gratuita. Entre dichos elementos y servicios se incluye la disponibilidad de intérpretes calificados e información en formatos accesibles.

Servicios gratuitos de asistencia en otro idioma. Si su manejo del inglés es limitado y necesita documentos traducidos o un servicio de interpretación hablada para comprender la información y los servicios, MNsure y el DHS se los brindará sin demora y en forma gratuita.

Para solicitar esos servicios gratuitos a MNsure, comuníquese con la Oficina de Accesibilidad e Igualdad de Oportunidad de MNsure (MNsure Accessibility and Equal Opportunity - AEO) enviando un correo electrónico a AEO@MNsure.org o llame al 651-539-2099 (1-855-366-7873, fuera del área de las Ciudades Gemelas).

Para solicitar esos servicios gratuitos al DHS, llame al Centro de Ayuda para Miembros de los Minnesota Health Care Programs al 651-431-2670 o llame al 1-800-657-3739. O utilice su servicio preferido de retransmisión.

Quejas por violación de derechos civiles

Si usted considera que una agencia de servicios humanos lo trató de manera discriminatoria, tiene derecho a presentar una queja por discriminación.

Puede contactar directamente a cualquiera de las cuatro agencias siguientes para presentar una queja por violación de derechos civiles.

Oficina para Derechos Civiles (Office for Civil Rights - OCR) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. (U.S. Department of Health and Human Services)

Usted tiene derecho a presentar una queja ante la OCR, que es una agencia federal, si considera que ha sido discriminado por cualquiera de estas razones:

- raza
- color
- origen nacional
- edad
- discapacidad
- sexo (incluyendo estereotipos sexuales e identidad de género)

Contacte directamente a la **OCR** para presentar una queja:

(Director de la Oficina para Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU.)

Director U.S. Department of Health and Human Services' Office for Civil Rights

200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building

Washington, DC 20201

800-368-1019 (voz)

800-537-7697 (TDD)

<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

Departamento de Derechos Humanos de Minnesota (MDHR - Minnesota Department of Human Rights)

En Minnesota, usted tiene derecho a presentar una queja ante el MDHR si considera que ha sido discriminado por cualquiera de estas razones:

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

Contacte directamente al **MDHR** para presentar una queja:

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

MNsure y el DHS

Usted tiene derecho a presentar una queja ante MNsure o el Departamento de Servicios Humanos si considera que ha sido discriminado por cualquiera de estas razones:

- raza
- color
- origen nacional
- credo
- religión
- orientación sexual
- condición de asistencia pública
- estado civil
- edad
- discapacidad
- sexo (incluyendo estereotipos sexuales e identidad de género)

Las quejas deben presentarse por escrito dentro de los 180 días (o de un año para los clientes de MNsure) de la fecha en que usted haya descubierto la presunta discriminación. La queja también tiene que incluir su nombre y dirección, como así también describir la discriminación que es motivo de su queja. Después de que recibamos su queja, la examinaremos y le notificaremos por escrito si tenemos autoridad para investigar el asunto. Si así fuera, investigaremos la razón de la queja.

MNsure o el Departamento de Derechos Humanos le notificará por escrito el resultado de la investigación. Si usted no está de acuerdo con la decisión, tiene derecho a apelar el resultado. Para apelar, usted debe enviar una solicitud escrita a MNsure o al Departamento de Derechos Humanos pidiendo que se revise el resultado de la investigación. Sea breve y explique por qué no está de acuerdo con la decisión. Incluya información adicional si piensa que es importante.

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

Contacte directamente a **MNsure** para presentar una queja por discriminación:

(Oficina de Accesibilidad e Igualdad de Oportunidad de MNsure)
 MNsure Accessibility and Equal Opportunity (AEO) Office
 P.O. Box 64253
 St. Paul, MN 55164-0253
 651-539-2099 or 855-366-7873 (voz) o use su servicio preferido de retransmisión
 AEO@MNsure.org (correo electrónico)

Contacte directamente al **DHS** para presentar una queja por discriminación:

(Coordinador de Derechos Civiles)
 (Departamento de Servicios Humanos de Minnesota)
 (División de Igualdad de Oportunidad y Acceso)
 Civil Rights Coordinator
 Minnesota Department of Human Services
 Equal Opportunity and Access Division
 P.O. Box 64997
 St. Paul, MN 55164-0997
 651-431-3040 (voz) o use su servicio preferido de retransmisión

Adjunto B

Direcciones de las agencias

(Día de entrada en vigencia: Febrero 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
Llamar en caso de necesitar
información sobre el horario de
atención y las direcciones de las
oficinas.

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

Adjunto B – Guarde esta página para sus archivos.

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

O

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

O

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

O

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

O

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

O

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

O

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