Название обслуживающего агентства

Адрес

MINNESOTACARE ПРЕМИЯ ЗА ЛЬГОТНЫЙ МЕСЯЦ

Имя заявителя

Адрес

Дата и время

Номер дела:

Дата платежа:	Сумма к оплате на данный момент:	Общая сумма к оплате:
СЕЙЧАС.	$0.00	$0.00

Участники MinnesotaCare: Имя участника

Месяц страхового покрытия	Сумма премии	Выплатить до	Уплаченная сумма	Остаток задолженности
месяц / год	$0.00	СЕЙЧАС	$0.00	$0.00

Мы не получили вашу страховую премию MinnesotaCare за МЕСЯЦ покрытия. На данный момент у вас льготный месяц, и вы будете иметь покрытие до конца МЕСЯЦА. Если мы получим ваш платеж в полном объеме к полудню на последний рабочий день МЕСЯЦА, то действие вашего страхования будет продолжено. Если мы не получим выплату в полном объеме к последнему рабочему дню месяца, действие вашего страхования будет прекращено в конце МЕСЯЦА, и у вас будет пробел в покрытии. В случае прерывания действия страхования страховое покрытие начинается заново в первый день месяца после выплаты премии за льготный месяц и премии за последующий месяц страхования. См. Статуты Миннесоты, раздел 256L.06, подраздел 3, пункт (d).

Если у вас есть какие-либо вопросы касательно премии MinnesotaCare, позвоните в службу поддержки потребителей DHS Health Care.
Телефон: Метро: 651-297-3862 за пределами штата: 800-657-3672

На следующей странице указаны варианты оплаты ==>

Премия за льготный месяц

Имя участника

Номер дела:
Номер сотрудника:
Номер счета:
Сумма к оплате: $
Дата платежа: СЕЙЧАС

MinnesotaCare
PO BOX 64834

ST. PAUL, MN 55164-0834

Выпишите чеки на имя MinnesotaCare.

Уплаченная сумма: $

Для получения **доступных** форматов этой информации или **помощи** для дополнительного равного доступа к **услугам,** отправьте электронное письмо на сайте DHS.info@state.mn.us либо позвоните **по номеру 800-657-3739,** или воспользуйтесь своим предпочтительным ретрансляционным **сервисом.**

Начало действия вашего страхового покрытия

Мы должны получить ваш страховой взнос до полудня последнего рабочего день месяца, чтобы ваше покрытие началось в первый день следующего месяца. См. Статуты Миннесоты, раздел 56L.05, подраздел 3.

Продолжение действия вашего страхового покрытия

Как только начнется действие вашего страхового покрытия MinnesotaCare, вы будете получать счет каждый месяц. Ваша премия MinnesotaCare подлежит выплате 15-го числа каждого месяца. Если вы не оплатите премию до полудня последнего рабочего дня месяца, то ваше страховое покрытие будет продолжено еще на один месяц. Это льготный месяц. Вы должны полностью оплатить прошлую премию к полудню последнего рабочего дня льготного месяца для продолжения действия страхования. Если мы не получим ваш платеж к полудню последнего рабочего дня льготного месяца, то действие вашего страхования будет прекращено в последний день льготного месяца. См. Статуты Миннесоты, раздел 256L.06, подраздел 3, пункт (d).

Если банк возвращает вам неоплаченный чек, это означает, что вы не оплатили премию. Вы должны изменить форму оплаты своего возвращенного чека на банковский чек, денежный перевод или наличные. Оплата наличными может быть произведена только лично. Не отправляйте наличные по почте. См. Статуты Миннесоты, раздел 256L.06, подраздел 3, пункт (b).

Участники, которые не обязаны платить премию

Некоторые участники MinnesotaCare не платят премии. К ним относятся:

- Лица, проживающие в семье с доходом ниже 35 процентов от федерального порога бедности
- Военнослужащие, которые получают право на страхование MinnesotaCare в течение 24 месяцев после завершения активной службы, а также члены их семьи. Эти участники MinnesotaCare не платят взносы в течение 12 месяцев
- Индейцы и коренные жители Аляски, и члены их семьи
- Дети в возрасте до 21 года

Как оплатить премию MinnesotaCare

Вы можете оплатить онлайн, по телефону, по почте или лично.

1. Online: http://payments.dhs.state.mn.us. Приемлемыми формами оплаты являются кредитная карта (VISA и MasterCard), дебетовая карта или электронный чек.
2. Оплата по телефону: позвоните по номеру 800-657-3672 и выберите подходящий вариант из меню телефона. Приемлемыми формами оплаты являются кредитная карта (VISA и MasterCard), дебетовая карта или электронный чек.
3. Оплата по электронной почте: отправьте по почте чек или денежный перевод и прилагаемую платежную ведомость, используя конверт с адресом, включенным в ваш счет. Укажите номер своего дела на вашем чеке или денежном переводе.
4. Оплата лично: принесите ваш счет в Minnesota Department of Human Services по адресу, указанному ниже. Если вы будете платить наличными, то вам нужно иметь при себе точную сумму. Кассир не имеет сдачи. Вы можете оплатить лично с понедельника по пятницу, с 8:00 до 17:00.

   Department of Human Services MinnesotaCare
   540 Cedar Street St.
   Paul, MN 55101

Когда вы предоставляете чек в качестве оплаты, вы разрешаете нам совершить одно из следующих действий: 1) использовать информацию из вашего чека для совершения однократного электронного перевода средств с вашего счета или 2) обработать платеж в качестве транзакции по чеку. Когда мы используем информацию из вашего чека для электронного перевода средств, средства могут быть сняты в день, когда мы получим ваш платеж, и вы не получите свой чек обратно от вашего финансового учреждения. Если у вас есть вопросы или замечания, пожалуйста, свяжитесь с MinnesotaCare по номеру 651-297-3862 в метрополитене Twin Cities или по бесплатному номеру 800-657-3672 за пределами Twin Cities. Или используйте свой предпочтительный ретрансляционный сервис.

Для получения дополнительной информации посетите наш сайт https://mn.gov/dhs/minnesotacare

Права на апелляцию

Апелляция — это письменное обращение с просьбой о пересмотре решения судьей социальной службы, принятого по делу MinnesotaCare. Вы можете подать апелляцию, если вы не согласны с действием, которое мы совершаем. Вы можете подать апелляцию в связи с решением относительно вашего страхования или вашей премии. Вы должны подать апелляцию в течение 30 дней с даты получения счета на страховой взнос или уведомления о прекращении действия покрытия. Вы можете подать апелляцию любым из нижеперечисленных способов:

- войдя в свою учетную запись на www.mnsure.org
- позвонив в MNsure Contact Center по номеру 855-366-7873
- отправив запрос на апелляцию по почте по адресу MNsure, 81 Seventh Street East, Suite 300, St. Paul, MN 55101-2211 или в DHS Appeals Division, P.O. Box 64941, St. Paul, MN 55164-0941
- заполнив и отправив онлайн-форму, доступную на сайте https://edocs.dhs.state.mn.us/lfserver/Public/DHS-0033-ENG-eform
- лично посетив справочное бюро Minnesota Department of Human Services, 444 Lafayette Road North, St. Paul, MN 55155

Вы можете подать апелляцию в течение 90 дней с даты получения счета на страховой взнос или уведомления об аннулировании покрытия, если вы предъявите веские основания не подавать апелляцию раньше.

Сохранение получения ваших льгот

Для того чтобы вы автоматически продолжали получать льготы во время процесса апелляции, вы должны подать апелляцию и выплатить все причитающиеся взносы до даты окончания срока действия, указанного в уведомлении об аннулировании покрытия. Сообщите DHS в письменном виде, если вы не желаете продолжать получать пособия.

Важная информация: если ваша жалоба не будет удовлетворена, вам может потребоваться вернуть пособия, полученные в период рассмотрения апелляции.

Вы должны продолжать платить страховые взносы до принятия решения по апелляции. См. Статуты Миннесоты, раздел 256L.06, подраздел 3.

Вы можете получить бесплатную юридическую консультацию или помощь касательно апелляции в вашем местном бюро правовой помощи. Чтобы связаться с местным бюро правовой помощи, позвоните по одному из следующих номеров:

- округ Hennepin: 612-334-5970
- округ Ramsey: 651-222-4731
- для других округов: 888-354-5522 (бесплатный номер)

Уведомление о гражданских правах

Дискриминация является противозаконной. The Minnesota Department of Human Services (DHS) не допускает дискриминации по любому из следующих признаков:

* расы
* цвета кожи
* национального происхождения
* политических убеждений
* вероисповедания
* религии
* сексуальной ориентации
* статуса государственной помощ
* семейного положения
* возраста
* инвалидности
* пола (включая гендерные стереотипы и гендерную идентичность)

Дополнительная помощь и услуги:

DHS предоставляет дополнительную помощь и услуги, которые включают, например, квалифицированных переводчиков или наличие информации в доступных форматах, бесплатно и своевременно для обеспечения равных возможностей участия в наших программах медицинского обслуживания. Свяжитесь со справочной службой участников Minnesota Health Care Program (MHCP) на сайте dhs.info@state.mn.us или позвонив по номеру 800-657-3739, или используйте свой предпочтительный ретрансляционный сервис.

Услуги по языковой помощи:

DHS предоставляет услуги перевода документов и устный перевод, бесплатно и своевременно в случае, если необходимы услуги по языковой помощи, для обеспечения полного доступа к нашей информации и услугам лицам с ограниченным знанием английского языка. Свяжитесь со справочной службой участников Minnesota Health Care Program (MHCP) на сайте dhs.info@state.mn.us или позвонив по номеру 800-657-3739, или используйте свой предпочтительный ретрансляционный сервис.

Жалобы по гражданским правам

Вы имеете право подать жалобу на дискриминацию, если вы считаете, что с вами обращались дискриминационным образом в агентстве социальной службы. Вы можете обратиться в любое из следующих трех агентств непосредственно для подачи жалобы на дискриминацию.

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

Вы имеете право подать жалобу в OCR, федеральное агентство, если вы считаете, что подверглись дискриминации по любому из нижеперечисленных признаков:

* расы
* цвета кожи
* национальному происхождению
* возраста
* инвалидности
* пола

Напрямую обратитесь в OCR для подачи жалобы:

Директор, 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 (голосовой вызов) 800-537-7697 (TDD)
Онлайн-портал для подачи жалоб:
https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf

Minnesota Department of Human Rights (MDHR)

В штате Миннесота у вас есть право подать жалобу в MDHR, если вы считаете, что подвергались дискриминации по любой из нижеприведенных причин:

* расы
* цвета кожи
* национального происхождения
* инвалидности
* религии
* вероисповедания
* пола
* сексуальной ориентации
* семейного положения
* статуса государственной помощи

Обратитесь непосредственно в MDHR для подачи жалобы:

Minnesota Department of Human Rights
Freeman Building, 625 North Robert Street St. Paul, MN 55155
651-539-1100 (голосовой вызов) 800-657-3704 (бесплатный номер)
711 или 800-627-3529 (MN Relay)
651-296-9042 (факс) info.MDHR@state.mn.us (электронная почта)

DHS

Вы имеете право подать жалобу в DHS, если вы считаете, что подвергались дискриминации в наших программах медицинского обслуживания по любой из нижеприведенных причин:

* расы
* цвета кожи
* национального происхождения
* вероисповедания
* религии
* сексуальной ориентации
* инвалидности
* семейного положения
* возраста
* статуса государственной помощи
* пола (включая гендерные стереотипы и гендерную идентичность)
* политических убеждений

Жалобы должны быть представлены в письменной форме и поданы в течение 180 дней с даты, когда вы обнаружили предполагаемую дискриминацию. Жалоба должна содержать ваше имя и адрес, а также описание дискриминации, на которую вы жалуетесь. После получения вашей жалобы мы проанализируем ее и направим вам письменное уведомление о том, имеем ли мы право провести расследование. Если это так, то мы расследуем жалобу.

DHS уведомит вас в письменном виде о результатах расследования. Вы имеете право обжаловать решение, если вы будете с ним не согласны. Для обжалования вы должны направить письменную просьбу к DHS пересмотреть результаты расследования. Будьте краткими

и укажите, почему вы не согласны с решением.
Включите любую дополнительную информацию,
которая, по вашему мнению, важна.

Если вы подадите жалобу таким образом, лица, которые работают
на агентство, указанное в жалобе, не смогут принять ответные
меры против вас.
Это означает, что они не смогут наказать вас каким-либо
образом за подачу жалобы. Подача жалобы таким
образом не помешает вам искать другие правовые или
административные средства защиты.

Обратитесь непосредственно в DHS для подачи
жалобы на дискриминацию:

Координатор по гражданским правам
Minnesota Department of Human Services
Equal Opportunity and Access Division
P.O. Box 64997
St. Paul, MN 55164-0997
651-431-3040 (голос) или используйте свой предпочтительный
ретрансляционный сервис