



# Anoka County

## HUMAN SERVICES DIVISION

Community Social Services and Behavioral Health

Los fondos de Rule 25 (también conocido como Los Fondos de tratamiento de dependencia de sustancia química) es fondos públicos que es non emergencia para el tratamiento de trastorno del uso de sustancia. Si está calificado/a, estos fondos pagan para una evaluación de dependencia de química y tratamiento recomendado.

Si piensa que sufre de una crisis de salud mental, contacte Anoka County Mobile Crisis Response al (763) 755-3801 (Canvas Health) o Mercy Hospital Crisis Unit al (763) 236-7911.

**Si tiene un Plan de Asistencia Médica (Medicaid) o MN Care, hay cobertura para tratamiento de dependencia de química disponible a usted. Para una lista de proveedores quien pueden ayudar, haz un click aquí <https://findtreatment.gov/> para encontrar un proveedor.**

**Si tiene un Plan de Cuidados Dirigido por Asistencia Médica o MN Care (como HealthPartners, Blue Plus o UCare), por favor contacte su proveedor de cuidados dirigido para información de cobertura y citas.**

**Para solicitar Asistencia Médica (Medicaid) o MN Care, por favor visite [www.mnsure.org](http://www.mnsure.org) o llame EZ Info línea a (763) 422-7200. Si se gustaría ayuda solicitar, por favor llame 763-324-1270.**

Si NO tiene Asistencia Médica o MN Care o tiene cobertura restringido de trastorno del uso de sustancia y está de bajos ingresos, puede solicitar los fondos de Rule 25 para cubrir el costo de la evaluación y el tratamiento recomendado. Por favor, complete la aplicación adjunta y provea todas de las verificaciones pedidos. Si prefiere aplicar de teléfono, está embarazada o usa drogas intravenosas, por favor llame (763) 324-1270.

### **Las aplicaciones completas y todas las verificaciones pueden ser enviadas una de las maneras siguientes:**

Enviado por fax al: (763) 324-1044 con Atención: Rule 25  
Enviado a correo: Anoka County Government Center  
Rule 25 – 5th Floor  
2100 Third Avenue  
Anoka, MN 55303

Llevado a: Anoka County Government Center Drop Box  
2100 Third Avenue  
Anoka, MN

**Cuando completa la aplicación y todas las verificaciones están recibidos, será contactado por teléfono o correo. Si se ha sido determinado ser apto/a para fondos, puede:**

- 1) Elija un proveedor inscriba a Minnesota Health Care Programs para organizar una evaluación a <https://findtreatment.gov/>
- 2) Llame (763) 324-1270 para programar una cita para una evaluación con un/a evaluador/a de trastorno del uso sustancia de Anoka County.

Si envió su aplicación hace más de una semana y no recibe una repuesta, o si tiene más preguntas, por favor llame (763) 324-1270.

Meeting People's Needs Through Quality Services

RULE 25 CHEMICAL DEPENDENCY FUND

Government Center ▲ 2100 3<sup>rd</sup> Avenue N, STE 500 ▲ Anoka, MN 55303-9945  
Phone: 763-324-1270 ▲ FAX: 763-324-1044 ▲ [www.anokacounty.us](http://www.anokacounty.us)

Affirmative Action / Equal Opportunity Employer

# Aplicación para fondos consolidado de Rule 25

**NOTA: SI TIENE ASISTENCIA MÉDICO O MNCARE O UN PLAN MÉDICO PAGADO POR ADELANTADO (como Ucare, Blue Plus, Health Partners, etc.), ENTONCES TIENE COBERTURA PARA SERVICIOS DE DEPENDENCIA DE QUÍMICA. POR FAVOR CONTACTE SU PROVEEDOR DE ASISTENCIA MÉDICA.**

**Si no, necesite aplicar en la Internet a [WWW.MNSURE.ORG](http://WWW.MNSURE.ORG) o llame EZ Info línea a 763-422-7200 y continúe a completar la Aplicación para fondos consolidado de Rule 25.**

1. \_\_\_\_\_

(Apellido, Nombre, segundo nombre)

\_\_\_\_\_  
(Calle / # de apartamento / Ciudad / Estado / Código postal)

**Provee la verificación de su dirección, por ejemplo: una copia de su correo que recibió recientemente en la dirección arriba con su nombre y dirección, una copia de un arrendamiento o un Resumen de Alquiler/Dueño de Casa firmado.**

2. # de teléfono: \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

3. Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

4. # de seguridad social : \_\_\_\_\_

5. Género:        Hombre        Mujer

6. Estado civil: \_\_\_\_\_

7. Raza: \_\_\_\_\_

8. Raza Hispánica:        Sí        No

9. ¿Veterano/a?        Si        No

10. Si es así, tipo de licenciamiento: \_\_\_\_\_

11. ¿Tiene beneficios médicos de veterano disponible a usted (mismo o como dependiente)?    Sí    No

12.                      Nombres de miembros de familia                      Edad                      Relación a ud.

cliente:

13. ¿Está embarazada?: Sí No N/A

14. ¿Tiene algún seguro médico privado o cobertura de HMO? Sí No

***Si es así, provea la siguiente información O una copia (frente y reverso) de su tarjeta de seguro.***

***Si no, salte hasta línea 25.***

15. Nombre de compañía: \_\_\_\_\_

16. Dirección de compañía: \_\_\_\_\_

17. Número de póliza: \_\_\_\_\_

18. Nombre de poseedor de póliza: \_\_\_\_\_

19. Dirección de poseedor de póliza: \_\_\_\_\_

20. Nombre/número de grupo: \_\_\_\_\_

21. Nombre/tel. # de persona de contacto: \_\_\_\_\_

22. Beneficios disponible para dependencia de química: \_\_\_\_\_

***Si inseguro, contacte su proveedor de seguro para más información & complete.***

23. ¿En este momento, está empleado/a o tiene un sueldo de desempleo? Sí No

24. Si es así, ¿qué es su cantidad del promedio semanal? \$ \_\_\_\_\_ Empresa: \_\_\_\_\_

***(Si es así, por favor provea copias de 2 nominas más reciente o documento de trabajo Autónomo o copias de su declaración de ingreso más reciente o un documento de empleo & sueldo firmado por su empleador).***

25. Si no está empleado/a, ¿qué fue su última fecha de empleo? : \_\_\_\_\_

***(Si su trabajo terminó menos de hace 1 mes, por favor provea una declaración de su empleador anterior que muestra su último día de trabajo o declaración de COBRA o notificación de término).***

26. Si está casado/a, ¿Está empleado/a? Sí No N/A

27. Si es así, cantidad promedio semanal de esposo/a: \$ \_\_\_\_\_. Empresa: \_\_\_\_\_

***(Si su esposo/a está empleado/a, por favor provea copias de 2 nominas más recientes, registro de trabajo autónomo o copias de su declaración de ingreso más reciente o una declaración de empleo y sueldo firmado por su empleador).***

28. Si su esposo/a no está empleado/a en este momento, ¿qué fue su último fecha de empleo?

***(Si el trabajo de su esposo/a terminó menos de hace 1 mes, por favor provea una declaración de su empleador anterior que muestra su último día de trabajo o declaración de COBRA o notificación de término).***

29. ¿Tienen renta usted o su esposo/a? Sí No

***(Esto es interés, dividendo, pago de seguro, SSI, pensiones, beneficios de asistencia veterano/a, Pensión alimenticia, compensación de empleado/a, desempleo, RSDI, pensión de veterano/a, etc.)***

30. Si es así, ¿qué son la cantidad de sueldo en total y su/s fuente/s? \_\_\_\_\_ Fuente/s: \_\_\_\_\_

***(Por favor provea verificación escrito de sueldo, por ejemplo, declaraciones mensuales, nominas, Carta de indemnización, depósito del banco, etc.)***

31. ¿Recibe pensión alimentaria?: Sí No

32. Si es así, ¿cuánto? : \$ \_\_\_\_\_ /mes ***(Por favor provea una copia de su pago del último mes recibido)***



**AUTHORIZACIÓN LIBERAR INFORMACIÓN**

Yo, \_\_\_\_\_ da mi consentimiento para los empleos de Rule 25  
(CANDIDATO/A)

del Condado de Anoka hablan con \_\_\_\_\_  
(RELACIÓN A CANDIDATO/A)

para obtener la información para completar la determinación de mi elegibilidad de fondos de Rule 25.

Entiendo que la información recibido será usado solamente con el objetivo de ayuda en la determinación de fondos de Rule 25 en referencia a mi aplicación de Rule 25.

Incluyendo: -Fechas de cita  
-Solicitud de verificación  
-Estado de aplicación

**Entiendo que el Gobierno de Minnesota sobre la Práctica de Datos (Minnesota Government Data Practices Act) y otras leyes requieren que estos datos permanecen privados. Estos datos no pueden ser liberados sin mi consentimiento excepto lo que proveído por la ley. Entiendo por qué me pide esta información. Con mi consentimiento, esta información podría compartir solamente con la persona antes nombrada. Entiendo que si rehúso liberar la información, la información no será liberada a menos que la ley permite su liberación. Si accedo, esta información será usada en la determinación de elegibilidad de fondos de Rule 25. Mi consentimiento será expirar un año después de la fecha de mi firma. Una fotocopia de esto consentimiento puede utilizado en la manera de la original. Puedo cancelar este consentimiento por solicitud escrito al empleo de Rule 25 de Condado de Anoka.**

\_\_\_\_\_  
(ESCRIBA NOMBRE COMPLETO)

\_\_\_\_\_  
(FIRMA DE CANDIDATO/A)

\_\_\_\_\_  
(FECHA DE HOY)

