

# Autorización para recibir ayuda de un socio comunitario



1. Nombre de la organización socia comunitaria:	2. Nombre del ayudante para la solicitud:	3. Número de identificación del ayudante:
4. Nombre del solicitante ( <i>primer nombre, segundo nombre, apellido</i> ):	5. Fecha de nacimiento del solicitante:	6. Número de teléfono del solicitante:
7. Nombre y fechas de nacimiento de otros adultos en mi solicitud:		
8. Número total de miembros del grupo familiar:	9. Número de miembros del grupo familiar de 19 años de edad o más:	

## Solicitante:

Acepto que la organización socia comunitaria y el ayudante de solicitud antes mencionados pueden ver y usar mi información. Esto me ayudará a solicitar cobertura de salud.

<p>Quiero solicitar, inscribirme a, continuar con o cambiar una de las siguientes coberturas de salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan de Salud de Oregon (OHP, por sus siglas en inglés)</li> <li>• Atención médica de emergencia para extranjeros sin requisito de ciudadanía (CWM, por sus siglas en inglés)</li> <li>• CWM Plus, o</li> <li>• Cobertura Calificada (QHP, por sus siglas en inglés).</li> </ul>	<p>Les permitiré a la Autoridad de Salud de Oregon (OHA, por sus siglas en inglés), al Departamento de Servicios Humanos de Oregon (ODHS, por sus siglas en inglés) y al Mercado de Seguros de Salud de Oregon (OHIM, por sus siglas en inglés) compartir la siguiente información, según sea necesario, con mi organización socia comunitaria y ayudante para la solicitud:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mi solicitud</li> <li>• Detalles de la inscripción</li> <li>• Estado de inscripción</li> <li>• Beneficios del plan</li> <li>• Información de Salud Protegida (PHI, por sus siglas en inglés)</li> </ul>
<p>Nota: Las organizaciones antes mencionadas <b>deben</b> proteger y mantener privada mi información.</p>	

**Les permitiré a la OHA y al ODHS agregar a esta organización socia comunitaria y a este ayudante para la solicitud a mi expediente del caso.**

## Entiendo que:

- Mi organización socia comunitaria y mi ayudante para la solicitud:
  - Me informarán sobre la cobertura de salud y la ayuda económica para las cuales puedo ser elegible;
  - Me ayudarán a inscribirme en un plan de salud pública o plan de cobertura calificada (QHP, por sus siglas en inglés) y a divulgar la información de mi solicitud a los mismos; y
  - Me ayudarán en el idioma que prefiero o me remitirán a otros socios que puedan ayudarme en el idioma que hablo, entiendo o prefiero.
- Mi organización socia comunitaria y mi ayudante para la solicitud **no pueden**:
  - Cobrarme una cuota por ayudarme, o
  - Elegir o recomendar:
    - Una Organización de Atención Coordinada (CCO, por sus siglas en inglés), o
    - Un plan de seguro de salud para mí.

- Debo incluir información correcta en mi solicitud.
- Debo responder a cualquier aviso de información faltante o incorrecta, cuando me lo soliciten.
- En cualquier momento, puedo cancelar mi autorización para que mi organización socia comunitaria me ayude:
  - Si estoy inscrito(a) en un plan de salud pública, y
  - Si lo solicito **de una de las siguientes formas**:
    - Teléfono: 1-800-699-9075, o
    - Fax: 503-378-5628.

Nota: La cancelación no aplicaría a la información que ya se compartió.

- La OHA/EI ODHS puede compartir la información que reciba con mi organización socia comunitaria o con mi ayudante de solicitud. A su vez, ellos podrán compartir dicha información.
- La OHA/EI ODHS no compartirá información sobre lo siguiente sin primero obtener una autorización:
  - Salud mental
  - VIH o SIDA
  - Tratamiento para el consumo de drogas y alcohol, o
  - Pruebas genéticas.

Firma del solicitante:	Fecha:
------------------------	--------

**Mi autorización es válida a partir de la fecha de mi firma y hasta que:**

- Le informe a la OHA o al ODHS que ya no deseo trabajar con este socio comunitario, o
- Le pida ayuda a otro socio comunitario.

**Socios comunitarios, devuelvan esta autorización de una de las siguientes formas:**

- Correo electrónico: [Oregon.Benefits@odhsoha.oregon.gov](mailto:Oregon.Benefits@odhsoha.oregon.gov)
- Fax: 503-378-5628
- Correo: ONE Customer Service, P.O. Box 14015, Salem, OR 97309-5032

Puede obtener este documento en otros idiomas, letra grande, braille o en otro formato que prefiera. Comuníquese con el Programa de Difusión de Socios Comunitarios de la OHA al 1-833-647-3678 o por correo electrónico a [community.outreach@odhsoha.oregon.gov](mailto:community.outreach@odhsoha.oregon.gov). Aceptamos llamadas de retransmisión o puede llamar al 711.