

Autorización para recibir ayuda de un socio comunitario



1. Nombre de la organización de socios comunitarios:	2. Nombre del asistente de solicitud:	3. Identificación del asistente:
4. Nombre del solicitante (<i>primer nombre, segundo nombre, apellido</i>):	5. Fecha de nacimiento del solicitante:	6. 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 de socios comunitarios y el asistente 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"> • Plan de Salud de Oregon (OHP) • Programa de beneficios médicos de emergencia para extranjeros sin requisito de ciudadanía o residencia (<i>CAWEM, por sus siglas en inglés</i>) • CAWEM Plus, o • Cobertura Calificada (<i>QHP, por sus siglas en inglés</i>) 	<p>Le permitiré a la Autoridad de Salud de Oregon (<i>OHA, por sus siglas en inglés</i>), al Departamento de Servicios Humanos de Oregon (<i>ODHS, por sus siglas en inglés</i>) y al Mercado de Seguros de Salud de Oregon (<i>OHIM, por sus siglas en inglés</i>) compartir mi información incluida a continuación con mi organización de socios comunitarios y asistente de solicitud:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mi solicitud • Detalles de la inscripción • Estatus de la inscripción • Beneficios del plan • Información de salud protegida (<i>PHI, por sus siglas en inglés</i>).
<p>Nota: Las organizaciones antes mencionadas deben proteger y mantener privada mi información.</p>	

Le permitiré a la OHA y al ODHS agregar a esta organización de socios comunitarios y a este asistente de solicitud a mi expediente del caso.

Entiendo que:

- Mi organización de socios comunitarios y mi asistente de solicitud:
 - Me dirán para cuál cobertura de salud y ayuda económica puedo ser elegible
 - Me ayudarán a inscribirme y compartirán la información en mi solicitud con un plan de salud pública o una QHP, y
 - Me ayudarán o referirán a otros socios que pueden ayudarme en un idioma que hablo, entiendo o prefiero.
- Mi organización de socios comunitarios y mi asistente de 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 de socios comunitarios 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 aplicará a la información que ya se compartió.

- La OHA/el ODHS puede compartir la información que reciba con mi organización de socios comunitarios o con mi asistente de solicitud. A su vez, ellos podrán compartir dicha información.
- La OHA/el 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.

<p>Socios comunitarios, devuelvan esta autorización de una de las siguientes formas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Correo electrónico: Oregon.Benefits@dhsosha.state.or.us • Fax: 503-378-5628 • Correo postal: 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. Póngase en contacto con el Programa de Difusión de Socios Comunitarios de la OHA al 1 (833) 647-3678 o por correo electrónico a community.outreach@dhsosha.state.or.us. Aceptamos llamadas de retransmisión o puede llamar al 711.