



Solicitud de beneficios del Plan de Salud de Oregón

Índice

Aviso importante	3
Paso 1 — Contacto principal	6
Paso 2 — Otros miembros de la unidad familiar	10
Paso 3	19
Ingresos por trabajo, 19	
Ingresos de otras fuentes, 20	
Deducciones, 21	
Ingreso anual, 22	
Paso 4 — Más preguntas sobre su unidad familiar	23
Paso 5 — Otra cobertura de seguro de salud	27
Paso 6 — Preguntas demográficas para ayudarnos a servirle mejor — OPCIONAL.....	29
Paso 7 — Otras preguntas — OPCIONAL	37
Paso 8 — Lea y firme	38
Anexo A — Ancianos y personas con discapacidades — OPCIONAL	42
Anexo B — Cobertura del empleador — OPCIONAL.....	45
Anexo C — Aviso de prácticas de privacidad — OPCIONAL.....	46

English

IMPORTANT NOTICE

This is an important letter that may affect your health care benefits. If you do not understand this letter, please call the Oregon Health Plan right away at 1-800-699-9075 or 711 (TTY). You can get this letter in another language, larger print, audio tape, braille or another format. You can also request free interpreter services.

Spanish/Español

AVISO IMPORTANTE

La presente es una carta importante que puede afectar sus beneficios de atención de salud. Si no entiende esta carta, favor de llamar al Plan de Salud de Oregon de inmediato al 1-800-699-9075 ó 711 (TTY, para personas con problemas auditivos). Puede obtener esta carta en otro idioma, letra grande, cinta de audio, braille u otro formato. También puede solicitar servicios de interpretación gratis.

Russian/Русский

ВАЖНОЕ УВЕДОМЛЕНИЕ

Настоящее письмо является важным, поскольку оно может повлиять на ваши льготы в системе здравоохранения. Если вы не поймете содержания данного письма, то, пожалуйста, сразу же позвоните в программу медицинского страхования штата Орегон «Oregon Health Plan» по телефону 1-800-699-9075 (услуги телетайпа доступны по номеру 711). Вы можете получить это письмо, напечатанное на другом языке, крупным шрифтом или шрифтом Брайля, записанное на аудио-ленту или в другом формате. Вы также можете сделать запрос на получение бесплатных услуг переводчика.

Vietnamese/Tiếng Việt

THÔNG BÁO QUAN TRỌNG

Đây là thư quan trọng có thể ảnh hưởng đến trợ cấp săn sóc y tế của quý vị. Nếu quý vị không hiểu rõ thư này, xin gọi điện thoại cho Chương Trình Y Tế Oregon tại số 1-800-699-9075 hoặc 711 (TTY=điện thoại dành cho người điếc hoặc khuyết tật về phát âm) ngay tức khắc. Quý vị có thể nhận được thư này bằng một ngôn ngữ khác, in khổ chữ lớn, băng thâu âm, chữ nổi Braille hoặc hình thức khác. Quý vị cũng có thể xin dịch vụ thông dịch miễn phí.

Simplified Chinese/中文

重要通知

这封信函很重要，可能会影响您的医疗保健福利。如果您不理解本信函中的内容，请立即致电俄勒冈健康计划（Oregon Health Plan），电话：1-800-699-9075 或 TTY 专线：711。您可以申请获取本信函的其他语言、大字印刷、录音磁带、盲文或其他格式版本。您也可以申请免费口译服务。

Somali/Soomaali

OGAYSIIN MUHIIM AH

Tani waa warqad muhiim ah oo laga yaabo in ay saamayso faa'iidooyinkaaga daryeelka caafimaad. Haddii aadan fahmin warqadan, fadlan isla markiiba wac Qorshaha Caafimaadka Oregon 1-800-699-9075 ama 711 (TTY). Waxaad heli kartaa warqadan oo ku qoran luqad kale, far waawayn, cajalada la duubo, farta dadka indhaha aan qabin wax ku akhriyaan ee braille ama qaab kale ah. Sidoo kale waxaad codsan kartaa adeegyo turjubaanimo oo lacag la'aan ah.

Arabic/العربية

إخطار هام

هذه الرسالة مهمة وقد يكون لها تأثير على منافع رعايتك الصحية. وإذا كنت لا تفهمها، فيرجى الاتصال فوراً ببرنامج Oregon Health Plan على رقم الهاتف 1-800-699-9075 أو رقم 711 (للذين يستخدمون المبرقة الكاتبة - TTY). كما يمكنك الحصول على هذه الرسالة في لغة أخرى أو بحروف كبيرة أو مسجلة على شريط صوتي أو بلغة البريل أو بتنسيق آخر. كما يمكنك أيضاً طلب خدمات مترجم شفهي مجاناً.

Burmese/မြန်မာ

အရေးကြီးသည့် အသိပေးအကြောင်းကြားစာ

ဒီစာက သင့်ရဲ့ကျန်းမာရေး အကျိုးခံစားခွင့်တွေအပေါ် သက်ရောက်နိုင်တဲ့ အရေးကြီးတဲ့စာဖြစ်ပါတယ်။ ဒီစာကို နားမလည်ရင် (အော်ရီဂွန် ကျန်းမာရေး အစီအစဉ်) Oregon Health Plan ကို 1-800-699-9075 ဒါမှမဟုတ် 711 (TTY) မှာ ချက်ချင်းဖုန်းဆက်ပါ။ ဒီစာကို တခြားဘာသာစကား တစ်ခု၊ စာလုံးကြီး၊ အသံဖမ်းထားတဲ့တိုင်ခွေ၊ မျက်မမြင်တွေအတွက် ဘရေးလ် ဒါမှမဟုတ် တခြားပုံစံနဲ့ ရနိုင်ပါတယ်။ အခမဲ့ စကားပြန် ဝန်ဆောင်မှုလည်း သင်တောင်းဆိုနိုင်ပါတယ်။

Korean/한국어

중요 공지사항

이 서신은 여러분의 건강 진료 혜택에 영향을 줄 수 있는 중요한 내용을 알려드리기 위한 것입니다. 이 서신을 이해할 수 없다면, 즉시 오레곤 건강보험(OHP)의 전화 1-800-699-9075 또는 711(TTY)번으로 연락하십시오. 이 서신은 다른 언어나, 큰 활자, 음성 테이프, 점자 또는 다른 형식으로 받아 볼 수 있습니다. 또, 무료 통역 서비스를 요청할 수도 있습니다.

Nepali/नेपाली

महत्वपूर्ण सूचना

यो तपाईंको स्वास्थ्यलाई असर गर्ने खालको एउटा महत्वपूर्ण पत्र हो । तपाईंले यसलाई बुझ्नु भएन भने ओरेगोन स्वास्थ्य योजनाको टेलिफोन 1-800-699-9075 वा 711 (TTY) मा तुरुन्तै सम्पर्क गर्नु होस् । तपाईं यो पत्र अर्को भाषा, ठूलो प्रिन्ट, अडियो टेपा, ब्रेली वा अन्य ढाँचामा पनि प्राप्त गर्न सक्नुहुन्छ । तपाईंको निःशुल्क दोभाषे सेवाको अनुरोध पनि गर्न सक्नुहुन्छ ।

Karen/ကညီ

တၢ်ဘိးဘၣ်သ့ၣ်ညါ အရၢဒိၣ်

လံာ်ပရၢအံၤအရၢဒိၣ်ဘိး: မ့ၢ်တၢ်လၢကမၤဘၣ်ဒိ နတၢ်အိၣ်ဆူၣ်အိၣ်ချ့အတၢ်န့ၢ်ဘျးတဖၣ်န့ၣ်လီၤ. နမ့ၢ်တၢ်န့ၢ်ပၢ်လံာ်ပရၢအံၤအလီၤ, ဝံသးစူၤကိး အိၣ်ရံၣ်တၢ်အိၣ်ဆူၣ်အိၣ်ချ့တၢ်တီၢ်ကျဲၤ (Oregon Health Plan) တဘျီယီၤ 1-800-699-9075 မ့တမ့ၢ် 711(TTY)တက့ၢ်. နမၤန့ၢ် လံာ်ပရၢအံၤလၢ ကျိၣ်အဂၤတကျိၣ်, လၢလံာ်မဲၣ်ဖျၢၣ်ဖးဒိၣ်, လီၤကိၤသ့ၣ်တၢ်ကလုာ်, ပုၤမဲၣ်တထံၣ်တၢ်လံာ် မ့တမ့ၢ် တၢ်အက့ၢ်အဂီၢ်အဂၤတမံၤသ့န့ၣ် လီၤ. နယုတၢ်ကတိၤကျိးထံန့ၢ်န့ၢ်အကလိသ့န့ၣ်လီၤ.

Romanian/Română

AVIZ IMPORTANT

Aceasta este o scrisoare importantă care s-ar putea să vă afecteze beneficiile dv medicale. Dacă nu înțelegeți această scrisoare, vă rugăm să sunați Planul de Sănătate Oregon imediat la 1-800-699-9075 sau 711 (TTY). Puteți primi această scrisoare într-o altă limbă, tipar mărit, casetă audio, braille sau alt format. De asemenea puteți cere servicii de translator gratuite.

Farsi/فارسی

اطلاعية مهم

این یک نامه بسیار مهم است که می تواند بر مزایای مراقبت های بهداشتی و درمانی شما تاثیر بگذارد. اگر متن این نامه را متوجه نمی شوید، لطفاً فوراً با برنامه مراقبت های بهداشتی اورگان (Oregon Health Plan) در شماره تلفن 1-800-699-9075 یا 711 (TTY) تماس بگیرید. می توانید این نامه را به زبان های دیگر، بصورت چاپ شده با حروف درشت، روی نوار صوتی، به خط بریل یا فرمت های دیگر دریافت نمایید. همچنین می توانید خدمات ترجمه شفاهی رایگان درخواست کنید.

Hmong/Hmoob

DAIM NTAWV CEEB TOOM TSEEM CEEB

Nov yog ib tsab ntawv tseem ceeb heev uas tej zaum yuav ua li cas rau koj tej kev pab duav nqi kho mob. Yog koj tsis to taub tsab ntawv no, thov hu mus rau Oregon Pawg Kho Mob sai li sai tau nyob ntawm 1-800-699-9075 los sis 711 (TTY). Koj los muaj cai tau tsab ntawv no ua lwm yam lus, ua ntawv loj loj, kaw hauv kab xev, ua lus braille los sis ua lwm yam. Koj kuj txais tau kev pab txhais lus pub dawb.

Mein/Mienh

JIENV NYEI FIENX

Naaiv se jienv nyei fiensex mbuox taux meih duqv tengx nyei zorc baengc jauv. Se gorngv meih maiv bieqc hnyouv naaiv zeiv fiensex, tov meih heuc mingh lorz Oregon Health Plan siepv yiem 1-800-699-9075 fai 711 (TTY). Meih haih lorz naaiv zeiv fiensex fiev dieh nyungc nzaangc, hlo nyei nzaangc, siou waac hlang, hlouo nyei nzaangc fai dieh nyungc. Meih yaac haih tov faan waac mienh tengx duqv nyei.

Cambodian/ភាសាខ្មែរ

សំបុត្រជូនដំណឹងសំខាន់

នេះគឺជាសំបុត្រមួយដ៏សំខាន់ ដែលប្រហែលជាអាចប៉ះពាល់ដល់ជំនួយសុខភាពរបស់អ្នក ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់អំពីអត្ថន័យរបស់សំបុត្រនេះទេ, សូមមេត្តាទូរស័ព្ទទៅគំរោងសុខភាពរដ្ឋអូរីហ្គិនភ្លាមៗ តាមរយៈលេខ 1-800-699-9075 ឬ 711 (TTY) ។ អ្នកអាចទទួលបានសំបុត្រនេះជាភាសាផ្សេង, អក្សរធំៗ, ការសែតធីតសម្លេង, អក្សរសំរាប់មនុស្សពិការភ្នែក ឬជាំទំរង់ផ្សេងទៀត ។ អ្នកក៏អាចស្នើសុំរកអ្នកបកប្រែភាសាដោយឥតគិតថ្លៃបានដែរ ។

OHP 0097 (09/14)

Solicitud de beneficios del Plan de Salud de Oregón



IMPORTANTE

- **Puede presentar la solicitud más rápido en línea. Vaya a OHP.Oregon.gov para crear una cuenta y comenzar a llenar su solicitud.**
- **Información requerida:** es obligatorio responder las preguntas marcadas con una estrella "★". Si no las contesta, su solicitud se demorará.
- Se le envió una *Guía de solicitud* con este formulario. La guía tiene información útil sobre la forma de contestar las preguntas de cada sección. También puede encontrar la guía en **OHP.Oregon.gov**.
- Llene todas las páginas requeridas, **FIRME** la solicitud y envíela por:
Correo postal: OHP Customer Service, P.O. Box 14015, Salem, OR 97309-5032
Fax: use la portada **amarilla** de este paquete para enviar los documentos por fax al 503-378-5628. Envíe ambos lados de cada página.

ANTES DE COMENZAR: revise la siguiente información para ayudarnos a procesar su solicitud.

1. **¿Cuántas personas hay en su unidad familiar?** En esta solicitud usamos el término "unidad familiar", que incluye a su cónyuge, hijos y cualquier otra persona que usted ponga en su declaración de impuestos. También puede incluir personas que viven y no viven con usted. Las personas que debe incluir en esta solicitud son:

2. Incluya a estas personas en la solicitud:

- Usted.
- Su cónyuge legal.
- SSu pareja con quien convive, si tienen un hijo juntos (*menor de 19 años*).
- Hijos (*menores de 19 años*) que viven con usted, y
- Cualquier persona que usted incluya en su declaración de impuestos federales, como hijos (*de cualquier edad*) o un cónyuge, aunque no vivan con usted. No es necesario hacer una declaración de impuestos para obtener cobertura de salud.
- Si usted es menor de 19 años, incluya también a sus padres, padrastros y hermanos (*menores de 19 años*) que viven con usted.
- Si solicita servicios de cuidado a largo plazo y tiene un cónyuge que no vive con usted, inclúyalo en esta solicitud.

Importante: *¿Hay personas que viven con usted y no están en la lista anterior? Si quieren cobertura de salud, deben llenar una solicitud por separado.*

Si hay más de cuatro personas en su unidad familiar, haga copias del **Paso 2** (*página 10-12*) y llénelas para esas personas.

3. Solicito beneficios para alguien en mi unidad familiar que (*marque todo lo que corresponda*):

- Está embarazada.
- Tiene una necesidad urgente de salud física o de comportamiento.
- Está en una prisión / cárcel.
- Cumple con uno de los siguientes:
 - Necesita ayuda con las actividades de la vida diaria (*como bañarse, vestirse, etc.*); 0
 - Vive en una institución médica o asilo de ancianos.
- Es uno de los siguientes:
 - Miembro inscrito de una tribu reconocida federalmente o accionista de una Corporación o pueblo regional de nativos de Alaska; 0
 - Recibe atención en Servicios de salud indígena, Clínicas de salud tribales o Clínicas indígenas urbanas.
 - ecibe OHP. Si alguien en su unidad familiar está recibiendo beneficios, tal vez no tenga que llenar una solicitud completa. Si agrega a alguien a su caso o informa un cambio en su caso actual, avíenos de esos cambios ingresando a su cuenta en línea o llamando al 1-800-699-9075 (TTY 711).

OFFICIAL USE ONLY

Date of request:

Date received:

Case number:

PASO 1

Contacto principal (*persona que llena esta solicitud*)

★ = Requerido

Proporcione información en el **Paso 1** sobre el contacto principal de su unidad familiar. Las otras personas incluidas en la solicitud deben dar su consentimiento para que el contacto principal nos dé la información sobre ellas y para que nosotros pidamos información sobre ellas al contacto principal.

★ **1. Nombre legal:** *como aparece en su tarjeta del Seguro Social, si la tiene.*

Nombre legal:

Apellido legal:

Inicial del segundo nombre: Nombre que prefiere usar:

★ **2. Fecha de nacimiento:** / / **Con el fin de verificar los datos, sexo en el acta de nacimiento original:** Hombre Mujer

3. Identidad de género: Hombre Mujer Hombre transexual (FTM) Mujer transexual (MTF)
 No indicada Género no binario / Dos espíritus Se niega a contestar Otro:

★ **4. Si solicita beneficios del OHP para usted, ¿tiene usted un número de Seguro Social (SSN)?** El SSN se requiere para todas las personas que solicitan beneficios de salud y que lo tienen. Si usted no solicita beneficios, darnos el SSN es opcional, pero el hacerlo puede acelerar el proceso de solicitud.

Si necesita ayuda para obtener un SSN, podemos ayudarle. Llámenos al **1-800-699-9075**. También puede visitar **www.socialsecurity.gov** o llamar a la Administración del Seguro Social al **1-800-772-1213** (TTY 1-800-325-0778).

¿Va a proporcionar un SSN?

- Sí, mi número de Seguro Social es:
- NO, díganos por qué no: Solicitó un SSN, pero aún no lo recibió Es un recién nacido y no tiene SSN
 Tiene SSN, pero no sabe el número No tiene SSN pero va a solicitar uno
 No tiene SSN por motivos religiosos No solicita beneficios
 Tiene SSN, pero se rehúsa a proporcionarlo (*esta opción causará la negación de los beneficios*) Otro

5. Correo electrónico:

Usted puede recibir avisos del OHP por correo electrónico o por mensaje de texto. Para esto, configure una cuenta en línea en **OHP.Oregon.gov**. Consulte la *Guía de solicitud* para más información.

6. Teléfono principal: () - Casa Trabajo Celular

7. Teléfono secundario: () - Casa Trabajo Celular

Autorizo al DHS / a la OHA a dejar alertas en mi correo de voz: Teléfono principal Teléfono secundario

Autorizo al DHS / a la OHA a enviar alertas por texto a mi (*debe ser un teléfono celular*):

Teléfono principal Teléfono secundario

★ **8. ¿Tiene domicilio?**

- Sí — Escriba su domicilio a continuación.
 NO — Solo díganos el estado, el código postal y el condado donde pasa la mayor parte de su tiempo:

Domicilio (<i>incluya el número de apartamento</i>)				
Ciudad	Estado	C. postal	Condado	

★ **9. ¿Tiene una dirección postal diferente a la de su domicilio?**

Sí — Escriba abajo la dirección postal donde puede recibir correspondencia. NO.

Dirección postal (incluya el número de apartamento)				
Ciudad	Estado	C. postal	Condado	

10. ¿Necesita los materiales escritos en diferente formato? Sí, marque uno de los siguientes. NO

Letra grande Cinta de audio Braille Disco de computadora Presentación oral

★ **11. ¿En qué idioma quiere que: le escribamos? _____ le hablemos? _____**

12. ¿Le gustaría elegir un representante autorizado o uno o más beneficiarios alternativos? Consulte la *Guía de solicitud* para más información sobre representantes autorizados y beneficiarios alternativos.

Sí. Usted y el representante autorizado y/o beneficiario alternativo tendrán que llenar un formulario de Representante autorizado y beneficiario alternativo (<http://bit.ly/authrep>). NO

13. ¿Le ayudó un socio comunitario a llenar esta solicitud? Consulte la *Guía de solicitud* para más información sobre socios comunitarios.

Sí, llene el formulario de Consentimiento para asistencia de socios comunitarios (<http://bit.ly/cpconsent>). NO

★ **14. ¿Piensa declarar impuestos federales por los ingresos que reciba este año?** Sí NO

Si contestó **SÍ**, llene a–b e incluya a todos los que figuran en su declaración de impuestos en el **Paso 2** (página 10).

a. ¿Cuál será su estado de contribuyente en su declaración de impuestos? Marque uno:

Soltero/a Casado/a - bienes juntos Casado/a - bienes separados Viudo/a Jefe de la unidad familiar

b. ¿Tiene dependientes para sus impuestos? Sí, llene los siguientes espacios. NO

Si usted es casado, su cónyuge no puede ser su dependiente. Si tiene más dependientes, haga una copia o use otra hoja.

Nombre / apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____

★ **15. ¿Figura usted como dependiente en la declaración de impuestos federales de alguien de este año?**

Sí, llene a–b. NO

Si contestó **SÍ**, también necesitamos información sobre el contribuyente y cualquier otra persona que él o ella incluya en su declaración de impuestos. Ponga los datos de esas personas en el **Paso 2** (página 10).

a. ¿Quién es el contribuyente? Nombre y apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____

b. ¿Qué parentesco tiene usted con el contribuyente? _____

16. ¿Falleció recientemente algún miembro de su unidad familiar? Tal vez usted pueda recibir ayuda para pagar las cuentas médicas de esa persona. Si desea pedir ayuda para pagar esas cuentas médicas, denos la siguiente información y agregue los datos de esa persona en el **Paso 2** (página 10).

a. Nombre / apellido: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

b. Fecha de fallecimiento: _____

17. ¿Alguna persona de su unidad familiar que solicita beneficios del OHP:

- tuvo cuentas médicas sin pagar en los últimos 3 meses? 0
- recibió servicios médicos gratuitos en los últimos 3 meses?

Tal vez podamos ayudar a pagar cuentas de visitas al médico o al hospital, artículos médicos, medicamentos y más. Vea la *Guía de solicitud* para más información. Díganos quién necesita ayuda:

Nombre	Apellido	Fecha de nacimiento	Fechas en que recibió los servicios médicos

18. ¿Alguien de su unidad familiar y que solicita beneficios:

- está recibiendo o es elegible para Medicare? Sí NO
- tiene 65 años o más?
- solicita servicios de atención a largo plazo?

Si contestó Sí, tal vez tengamos que determinar elegibilidad para los programas basada en edad o en el hecho de que la persona sea ciega o discapacitada. Para esto necesitamos que usted responda las preguntas del **Anexo A (página 42)**. No tiene que responder la preguntas del Anexo A ahora, pero el hacerlo puede acelerar el proceso de solicitud.

★ **19. ¿Solicita beneficios del OHP para usted? Si tiene OHP ahora, ¿desea seguir recibiendo los beneficios?** Si alguien en su unidad familiar está recibiendo beneficios del OHP, tal vez usted no tenga que llenar una solicitud completa. Si desea agregar a alguien a su caso, pedir el cierre de sus beneficios o informar un cambio en su caso actual, avisenos de esos cambios ingresando a su cuenta en línea o llamando al 1-800-699-9075 (TTY 711).
 Sí, vaya a la pregunta 20. NO, vaya al **Paso 2 (página 10)**.

★ **20. ¿Es usted un miembro inscrito de una tribu reconocida federalmente o tiene acciones en una Corporación o pueblo regional de nativos de Alaska?** Sí NO
 Si contestó Sí, díganos el nombre de la tribu: _____

★ **21. ¿Está usted recibiendo atención en Servicios de salud indígena, Clínicas de salud tribales, o Clínicas indígenas urbanas?**
 Sí NO

★ **22. ¿Tiene usted padres o abuelos que sean miembros inscritos de una tribu reconocida federalmente o que tengan acciones en una Corporación o pueblo regional de nativos de Alaska?**
 Sí NO

★ **23. ¿Es usted un ciudadano de los EE. UU.?** Sí, vaya al **Paso 2 (página 10)**. NO, vaya a la pregunta 24.

★ **24. ¿Es usted un ciudadano naturalizado o derivado?**
 Sí, escriba la información a continuación y vaya al **Paso 2 (página 10)**. NO, vaya a la pregunta 25.
N° A, N° USCIS o N° de certificado: _____

PASO 1

Contacto principal (persona que llena esta solicitud). Continuación

★ 25. ¿Tiene usted uno de los siguientes estatus migratorios?

Sí, llene los puntos a-h. NO, responda el punto “h” abajo.

Responda “Sí” si su estatus aparece en la siguiente lista.

- Residente legal permanente (LPR)
- Refugiado
- Asilo otorgado o pendiente
- Admisión condicional, otorgada por al menos un año
- Admisión condicional, otorgada por menos de un año
- Admisión condicional como refugiado o asilado
- Otro estatus migratorio
- Aprobado o pendiente de determinación prima facie (*cónyuge, hijo o familiar golpeado*)
- COFA: Ciudadano del Tratado de Libre Asociación (*Micronesia, Islas Marshall y Palau*)
- Inmigrante condicional
- Inmigrante o admitido condicional cubano o haitiano
- Titular de una visa de inmigrante especial (SIV)
- Titular de visa de no inmigrante
- Víctima de tráfico de personas o familiar (*visa T*)
- Indígena nacido en Canadá (*al menos 50%*) o miembro inscrito de una tribu indígena de los EE. UU.
- Amerasiático – Vietnamita
- Petición de visa aprobada – solicitud de cambio de estatus pendiente

a. **Estatus migratorio:** _____

No tiene que responder ahora las preguntas **b-g** que siguen sobre su documento migratorio. Pero si nos da la información ahora, puede ayudarnos a procesar más rápido su solicitud de cobertura de salud.

b. **Fecha en que se le otorgó este estatus:** _____

c. **Tipo de documento migratorio:** _____ **Número de tarjeta o documento:** _____

d. **Fecha de expiración del documento:** _____ **N° de A o USCIS:** _____

e. **Si usted es un Residente legal permanente (LPR), ¿tuvo alguna vez uno de los siguientes estatus?:**

- Refugiado Asilado Amerasiático – Vietnamita Inmigrante cubano o haitiano o admitido condicional cubano o haitiano Con admisión condicional como refugiado o asilado Inmigrante especial iraquí o afgano Víctima de tráfico (*visa T*)

f. **¿Ingresó usted a los EE. UU. antes del 22 de agosto de 1996?** Sí NO

g. **¿Es usted, su cónyuge (*vivo o fallecido*) o uno de sus padres un veterano retirado con honores o un miembro en servicio activo del ejército de los EE. UU.?** Sí NO

★ h. **¿Ha recibido usted aprobación para Aplazamiento de expulsión o Deportación aplazada?** Sí NO

PASO 2

Otros miembros de la unidad familiar — Persona 2

★ = Requerido

- ★ 1. **Nombre legal de la Persona 2** (como aparece en la tarjeta del Seguro Social, si la tiene)

Nombre legal:

Apellido legal:

Inicial del segundo nombre: Nombre que prefiere usar: _____

- ★ 2. **Fecha de nacimiento:** / / **Con el fin de verificar los datos, sexo en el acta de nacimiento original:** Hombre Mujer

3. **Identidad de género:** Hombre Mujer Hombre transexual (FTM) Mujer transexual (MTF)
 No indicada Género no binario / Dos espíritus Se niega a contestar Otro: _____

4. **Relación de la Persona 2 con usted (contacto principal):** _____

5. **Si usted no es el padre, madre, padrastro o madrastra de la Persona 2, ¿es usted su principal cuidador?**
 SÍ NO

- ★ 6. **Si la Persona 2 solicita beneficios del OHP, ¿tiene esta persona un número de Seguro Social (SSN)?** El SSN se requiere para todas las personas que solicitan beneficios de salud y que lo tienen. Si la Persona 2 no solicita beneficios, darnos el SSN es opcional, pero el hacerlo puede acelerar el proceso de solicitud. Si necesita ayuda para obtener un SSN, podemos ayudarle. Llámenos al **1-800-699-9075**. También puede visitar **www.socialsecurity.gov** o llamar a la Administración del Seguro Social al **1-800-772-1213** (TTY 1-800-325-0778).

¿Va a proporcionar el SSN de la Persona 2?

- Sí, su número de Seguro Social es:
- NO, díganos por qué no: Solicitó un SSN, pero aún no lo recibió Es un recién nacido y no tiene SSN
 Tiene SSN, pero no sabe el número No tiene SSN pero va a solicitar uno
 No tiene SSN por motivos religiosos No solicita beneficios
 Tiene SSN, pero se rehúsa a proporcionarlo (esta opción causará la negación de los beneficios) Otro

7. **¿Necesita la Persona 2 materiales escritos en diferente formato?** Sí, marque uno de los siguientes: NO
 Letra grande Cinta de audio Braille Disco de computadora Presentación oral

- ★ 8. **¿En qué idioma quiere la Persona 2 que:**
le escribamos? _____ le hablemos? _____

- ★ 9. **¿Figura la Persona 2 como dependiente de alguien en la declaración de impuestos federales de este año?**
 Sí, llene a–b. NO
- a. **¿Quién es el contribuyente?** Nombre y apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____
- b. **¿Qué parentesco tiene la Persona 2 con el contribuyente?** _____

PASO 2

Otros miembros de la unidad familiar — Persona 2. Continuación ★ = Requerido

- ★ 10. ¿Piensa la Persona 2 declarar impuestos federales por los ingresos que reciba este año?
- Sí, llene a–b. NO
- a. ¿Cuál será el estado de contribuyente de la Persona 2 en su declaración de impuestos?
- Soltero/a Casado/a - bienes juntos Casado/a - bienes separados Viudo/a Jefe de la unidad familiar
- b. ¿Tiene la Persona 2 algún dependiente para sus impuestos? Sí, llene a continuación NO
- Si declara impuestos como casado, sea juntos o por separado, su cónyuge no puede ser su dependiente.*
- Nombre / apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____
- Nombre / apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____
- Nombre / apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____
- Nombre / apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____
- ★ 11. **¿Solicita OHP la Persona 2? Si esta persona ya tiene OHP, ¿quiere que sus beneficios continúen?**
- Puede solicitar beneficios aunque ya tenga OHP u otra cobertura de salud.
- Sí, vaya a la pregunta 12.
- NO. Si necesita incluir a alguien más en esta solicitud, pase a la página 13. Si no necesita incluir a nadie más, vaya al **Paso 3** (página 19). Para más información sobre quiénes deben estar incluidos en su solicitud, vea la página 5.
- ★ 12. **¿Es la Persona 2 un miembro inscrito en una tribu reconocida federalmente o tiene acciones en una Corporación regional de nativos de Alaska?** Sí NO
- Si contestó **SÍ**, díganos el nombre de la tribu: _____
- ★ 13. **¿Está la Persona 2 recibiendo atención en Servicios de salud indígena, Clínicas de salud tribales, o Clínicas indígenas urbanas?**
- Sí NO
- ★ 14. **¿Tiene la Persona 2 padres o abuelos que sean miembros inscritos de una tribu reconocida federalmente o que tengan acciones en una Corporación o pueblo regional de nativos de Alaska?**
- Sí NO
- ★ 15. **¿Es la persona 2 un ciudadano de los EE. UU.?** Sí, vaya a la página 13. NO, vaya a la pregunta 16.
- ★ 16. **¿Es la persona 2 un ciudadano naturalizado o derivado?**
- Sí, escriba la información a continuación y vaya a la página 13. NO, vaya a la pregunta 17.
- N° A, N° USCIS o N° de certificado:** _____

★ **17. ¿Tiene la Persona 2 uno de los siguientes estatus migratorios?**

Sí, llene los puntos a-h. NO, responda el punto “h” abajo.

Responda “Sí” si el estatus migratorio de la Persona 2 aparece en la siguiente lista..

- Residente legal permanente (LPR) • Refugiado • Asilo otorgado o pendiente
- Admisión condicional, otorgada por al menos un año • Admisión condicional, otorgada por menos de un año
- Admisión condicional como refugiado o asilado • Otro estatus migratorio
- Aprobado o pendiente de determinación prima facie (*cónyuge, hijo o familiar golpeado*)
- COFA: Ciudadano del Tratado de Libre Asociación (*Micronesia, Islas Marshall y Palau*) • Inmigrante condicional
- Inmigrante o admitido condicional cubano o haitiano • Titular de una visa de inmigrante especial (SIV)
- Titular de visa de no inmigrante • Víctima de tráfico de personas o familiar (*visa T*)
- Indígena nacido en Canadá (*al menos 50%*) o miembro inscrito de una tribu indígena de los EE. UU.
- Amerasiático – Vietnamita • Petición de visa aprobada – solicitud de cambio de estatus pendiente

a. Estatus migratorio: _____

No tiene que responder ahora las preguntas **b-g** que siguen sobre el documento migratorio de la Persona 2. Pero si nos da la información ahora, puede ayudarnos a procesar más rápido su solicitud de cobertura de salud.

b. Fecha en que se le otorgó este estatus: _____

c. Tipo de documento migratorio: _____ **Número de tarjeta o documento:** _____

d. Fecha de expiración del documento: _____ **N° de A o USCIS:** _____

e. Si la Persona 2 es un Residente legal permanente (LPR), ¿tuvo alguna vez uno de los siguientes estatus?:

Refugiado Asilado Amerasiático – Vietnamita Inmigrante cubano o haitiano o admitido condicional cubano o haitiano Con admisión condicional como refugiado o asilado Inmigrante especial iraquí o afgano Víctima de tráfico (*visa T*)

f. ¿Ingresó la Persona 2 a los EE. UU. antes del 22 de agosto de 1996? Sí NO

g. ¿Es la Persona 2, su cónyuge (*vivo o fallecido*) o uno de sus padres un veterano retirado con honores o un miembro en servicio activo del ejército de los EE. UU.? Sí NO

★ **h. ¿Ha recibido la Persona 2 aprobación para Aplazamiento de expulsión o Deportación aplazada?**

Sí NO

- ★ 1. **Nombre legal de la Persona 3:** *como aparece en la tarjeta del Seguro Social, si la tiene.*

Nombre legal:

Apellido legal:

Inicial del segundo nombre: Nombre que prefiere usar: _____

- ★ 2. **Fecha de nacimiento:** / / **Con el fin de verificar los datos, sexo en el acta de nacimiento original:** Hombre Mujer

3. **Identidad de género:** Hombre Mujer Hombre transexual (FTM) Mujer transexual (MTF)
 No indicada Género no binario / Dos espíritus Se niega a contestar Otro: _____

4. **Relación de la Persona 3 con usted (*contacto principal*):** _____

5. **Si usted no es el padre, madre, padrastro o madrastra de la Persona 3, ¿es usted su principal cuidador?**
 Sí NO

- ★ 6. **Si la Persona 3 solicita beneficios del OHP, ¿tiene esta persona un número de Seguro Social (SSN)?** El SSN se requiere para todas las personas que solicitan beneficios de salud y que lo tienen. Si la Persona 3 no solicita beneficios, darnos el SSN es opcional, pero el hacerlo puede acelerar el proceso de solicitud.

Si necesita ayuda para obtener un SSN, podemos ayudarle. Llámenos al **1-800-699-9075**. También puede visitar **www.socialsecurity.gov** o llamar a la Administración del Seguro Social al **1-800-772-1213** (TTY 1-800-325-0778).

¿Va a proporcionar el SSN de la Persona 3?

Sí, su número de Seguro Social es:

NO, díganos por qué no: Solicitó un SSN, pero aún no lo recibió Es un recién nacido y no tiene SSN

Tiene SSN, pero no sabe el número No tiene SSN pero va a solicitar uno

No tiene SSN por motivos religiosos No solicita beneficios

Tiene SSN, pero se rehúsa a proporcionarlo (*esta opción causará la negación de los beneficios*) Otro

7. **¿Necesita la Persona 3 materiales escritos en diferente formato?** Sí, marque uno de los siguientes: NO

Letra grande Cinta de audio Braille Disco de computadora Presentación oral

- ★ 8. **¿En qué idioma quiere la Persona 3 que:**

le escribamos? _____ le hablemos? _____

- ★ 9. **¿Figura la Persona 3 como dependiente de alguien en la declaración de impuestos federales de este año?**

Sí, llene a–b. NO

a. **¿Quién es el contribuyente?** Nombre y apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____

b. **¿Qué parentesco tiene la Persona 3 con el contribuyente?** _____

PASO 2

Otros miembros de la unidad familiar — Persona 3. Continuación ★ = Requerido

- ★ 10. ¿Piensa la Persona 3 declarar impuestos federales por los ingresos que reciba este año?
- Sí, llene a–b. NO
- a. ¿Cuál será el estado de contribuyente de la Persona 3 en su declaración de impuestos?
- Soltero/a Casado/a - bienes juntos Casado/a - bienes separados Viudo/a Jefe de la unidad familiar
- b. ¿Tiene la Persona 3 algún dependiente para sus impuestos? Sí, llene a continuación NO
- Si declara impuestos como casado, sea juntos o por separado, su cónyuge no puede ser su dependiente.*
- ★ Nombre / apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____
- Nombre / apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____
- Nombre / apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____
- Nombre / apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____
11. ¿Solicita OHP la Persona 3? Si esta persona ya tiene OHP, ¿quiere que sus beneficios continúen?

Puede solicitar beneficios aunque ya tenga OHP u otra cobertura de salud.

Sí, vaya a la pregunta 12.

NO. Si necesita incluir a alguien más en esta solicitud, pase a la página 16. Si no necesita incluir a nadie más, vaya al **Paso 3** (página 19). Para más información sobre quiénes deben estar incluidos en su solicitud, vea la página 5.
- ★ 12. ¿Es la Persona 3 un miembro inscrito en una tribu reconocida federalmente o tiene acciones en una Corporación regional de nativos de Alaska? Sí NO
- Si contestó Sí, díganos el nombre de la tribu: _____
- ★ 13. ¿Está la Persona 3 recibiendo atención en Servicios de salud indígena, Clínicas de salud tribales, o Clínicas indígenas urbanas?
- Sí NO
- ★ 14. ¿Tiene la Persona 3 padres o abuelos que sean miembros inscritos de una tribu reconocida federalmente o que tengan acciones en una Corporación o pueblo regional de nativos de Alaska?
- Sí NO
- ★ 15. ¿Es la Persona 3 un ciudadano de los EE. UU.? Sí, vaya a la página 16. NO, vaya a la pregunta 16.
- ★ 16. ¿Es la Persona 3 un ciudadano naturalizado o derivado?
- Sí, escriba la información a continuación y vaya a la página 16. NO, vaya a la pregunta 17.
- N° A, N° USCIS o N° de certificado: _____

★ **17. ¿Tiene la Persona 3 uno de los siguientes estatus migratorios?**

Sí, llene los puntos a-h. NO, responda el punto “h” abajo.

Responda “Sí” si el estatus de la Persona 3 aparece en la siguiente lista.

- Residente legal permanente (LPR) • Refugiado • Asilo otorgado o pendiente
- Admisión condicional, otorgada por al menos un año • Admisión condicional, otorgada por menos de un año
- Admisión condicional como refugiado o asilado • Otro estatus migratorio
- Aprobado o pendiente de determinación prima facie (*cónyuge, hijo o familiar golpeado*)
- COFA: Ciudadano del Tratado de Libre Asociación (*Micronesia, Islas Marshall y Palau*) • Inmigrante condicional
- Inmigrante o admitido condicional cubano o haitiano • Titular de una visa de inmigrante especial (SIV)
- Titular de visa de no inmigrante • Víctima de tráfico de personas o familiar (*visa T*)
- Indígena nacido en Canadá (*al menos 50%*) o miembro inscrito de una tribu indígena de los EE. UU.
- Amerasiático – Vietnamita • Petición de visa aprobada – solicitud de cambio de estatus pendiente

a. Estatus migratorio: _____

No tiene que responder ahora las preguntas **b-g** que siguen sobre el documento migratorio de la Persona 3. Pero si nos da la información ahora, puede ayudarnos a procesar más rápido su solicitud de cobertura de salud.

b. Fecha en que se le otorgó este estatus: _____

c. Tipo de documento migratorio: _____ **Número de tarjeta o documento:** _____

d. Fecha de expiración del documento: _____ **N° de A o USCIS:** _____

e. Si la Persona 3 es un Residente legal permanente (LPR), ¿tuvo alguna vez uno de los siguientes estatus?:

- Refugiado Asilado Amerasiático – Vietnamita Inmigrante cubano o haitiano o admitido condicional cubano o haitiano Con admisión condicional como refugiado o asilado Inmigrante especial iraquí o afgano Víctima de tráfico (*visa T*)

f. ¿Ingresó la Persona 3 a los EE. UU. antes del 22 de agosto de 1996? Sí NO

g. ¿Es la Persona 3, su cónyuge (*vivo o fallecido*) o uno de sus padres un veterano retirado con honores o un miembro en servicio activo del ejército de los EE. UU.? Sí NO

★ **h. ¿Ha recibido la Persona 3 aprobación para Aplazamiento de expulsión o Deportación aplazada?**

Sí NO

- ★ 1. **Nombre legal de la Persona 4:** *como aparece en la tarjeta del Seguro Social, si la tiene.*
 Nombre legal:
 Apellido legal:
 Inicial del segundo nombre: Nombre que prefiere usar: _____
-
- ★ 2. **Fecha de nacimiento:** / / **Con el fin de verificar los datos, sexo en el acta de nacimiento original:** Hombre Mujer
-
3. **Identidad de género:** Hombre Mujer Hombre transexual (FTM) Mujer transexual (MTF)
 No indicada Género no binario / Dos espíritus Se niega a contestar Otro: _____
-
4. **Relación de la Persona 4 con usted (*contacto principal*):** _____
-
5. **Si usted no es el padre, madre, padrastro o madrastra de la Persona 4, ¿es usted su principal cuidador?**
 Sí NO
-
- ★ 6. **Si la Persona 4 solicita beneficios del OHP, ¿tiene esta persona un número de Seguro Social (SSN)?** El SSN se requiere para todas las personas que solicitan beneficios de salud y que lo tienen. Si la Persona 4 no solicita beneficios, darnos el SSN es opcional, pero el hacerlo puede acelerar el proceso de solicitud. Si necesita ayuda para obtener un SSN, podemos ayudarle. Llámenos al **1-800-699-9075**. También puede visitar **www.socialsecurity.gov** o llamar a la Administración del Seguro Social al **1-800-772-1213** (TTY 1-800-325-0778).
¿Va a proporcionar el SSN de la Persona 4?
 Sí, su número de Seguro Social es:
 NO, díganos por qué no: Solicitó un SSN, pero aún no lo recibió Es un recién nacido y no tiene SSN
 Tiene SSN, pero no sabe el número No tiene SSN pero va a solicitar uno
 No tiene SSN por motivos religiosos No solicita beneficios
 Tiene SSN, pero se rehúsa a proporcionarlo (*esta opción causará la negación de los beneficios*) Otro
-
7. **¿Necesita la Persona 4 materiales escritos en diferente formato?** Sí, marque uno de los siguientes NO
 Letra grande Cinta de audio Braille Disco de computadora Presentación oral
-
- ★ 8. **¿En qué idioma quiere la Persona 4 que:**
 le escribamos? _____ le hablemos? _____
-
- ★ 9. **¿Figura la Persona 4 como dependiente de alguien en la declaración de impuestos federales de este año?**
 Sí, llene a–b. NO
 a. **¿Quién es el contribuyente?** Nombre y apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____
 b. **¿Qué parentesco tiene la Persona 4 con el contribuyente?** _____

PASO 2

Otros miembros de la unidad familiar — Persona 4. Continuación ★ = Requerido

- ★ 10. ¿Piensa la Persona 4 declarar impuestos federales por los ingresos que reciba este año?
- Sí, llene a–b. NO
- a. ¿Cuál será el estado de contribuyente de la Persona 4 en su declaración de impuestos?
- Soltero/a Casado/a - bienes juntos Casado/a - bienes separados Viudo/a Jefe de la unidad familiar
- b. ¿Tiene la Persona 4 algún dependiente para sus impuestos? Sí, llene a continuación NO
- Si declara impuestos como casado, sea juntos o por separado, su cónyuge no puede ser su dependiente.*
- Nombre / apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____
- Nombre / apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____
- Nombre / apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____
- Nombre / apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____
- ★ 11. ¿Solicita OHP la Persona 4? Si ya tiene OHP, ¿quiere que sus beneficios continúen?
- Puede solicitar aunque ya tenga OHP u otra cobertura de salud.
- Sí, vaya a la pregunta 12.
- NO. Si necesita incluir a alguien más en esta solicitud, vaya a la página 16. Si no necesita incluir a nadie más, vaya al **Paso 3** (página 19). Para más información sobre quiénes deben estar incluidos en su solicitud, vea la página 5.
- ★ 12. ¿Es la Persona 4 un miembro inscrito en una tribu reconocida federalmente o tiene acciones en una Corporación regional de nativos de Alaska? Sí NO
- Si contestó Sí, díganos el nombre de la tribu: _____
- ★ 13. ¿Está la Persona 4 recibiendo atención en Servicios de salud indígena, Clínicas de salud tribales, o Clínicas indígenas urbanas? Sí NO
- ★ 14. ¿Tiene la Persona 4 padres o abuelos que sean miembros inscritos de una tribu reconocida federalmente o que tengan acciones en una Corporación o pueblo regional de nativos de Alaska? Sí NO
- ★ 15. ¿Es la Persona 4 un ciudadano de los EE. UU.? Sí, vaya a la página 19. NO, vaya a la pregunta 16.
- ★ 16. ¿Es la Persona 4 un ciudadano naturalizado o derivado?
- Sí, escriba la información a continuación y vaya al Paso 3 (página 19). NO, vaya a la pregunta 17.
- N° A, N° USCIS o N° de certificado: _____

★ **17. ¿Tiene la Persona 4 uno de los siguientes estatus migratorios?**

Sí, llene los puntos a-h. NO, responda el punto “h” abajo.

Responda “Sí” si el estatus de la Persona 4 aparece en la siguiente lista.

- Residente legal permanente (LPR) • Refugiado • Asilo otorgado o pendiente
- Admisión condicional, otorgada por al menos un año • Admisión condicional, otorgada por menos de un año
- Admisión condicional como refugiado o asilado • Otro estatus migratorio
- Aprobado o pendiente de determinación prima facie (*cónyuge, hijo o familiar golpeado*)
- COFA: Ciudadano del Tratado de Libre Asociación (*Micronesia, Islas Marshall y Palau*) • Inmigrante condicional
- Inmigrante o admitido condicional cubano o haitiano • Titular de una visa de inmigrante especial (SIV)
- Titular de visa de no inmigrante • Víctima de tráfico de personas o familiar (*visa T*)
- Indígena nacido en Canadá (*al menos 50%*) o miembro inscrito de una tribu indígena de los EE. UU.
- Amerasiático – Vietnamita • Petición de visa aprobada – solicitud de cambio de estatus pendiente

a. Estatus migratorio: _____

No tiene que responder ahora las preguntas **b-g** que siguen sobre el documento migratorio de la Persona 4. Pero si nos da la información ahora, puede ayudarnos a procesar más rápido su solicitud de cobertura de salud.

b. Fecha en que se le otorgó este estatus: _____

c. Tipo de documento migratorio: _____ **Número de tarjeta o documento:** _____

d. Fecha de expiración del documento: _____ **N° de A o USCIS:** _____

e. Si la Persona 4 es un Residente legal permanente (LPR), ¿tuvo alguna vez uno de los siguientes estatus?:

- Refugiado Asilado Amerasiático – Vietnamita Inmigrante cubano o haitiano o admitido condicional cubano o haitiano Con admisión condicional como refugiado o asilado Inmigrante especial iraquí o afgano Víctima de tráfico (*visa T*)

f. ¿Ingresó la Persona 4 a los EE. UU. antes del 22 de agosto de 1996? Sí NO

g. ¿Es la Persona 4, su cónyuge (*vivo o fallecido*) o uno de sus padres un veterano retirado con honores o un miembro en servicio activo del ejército de los EE. UU.? Sí NO

★ **h. ¿Ha recibido la Persona 4 aprobación para Aplazamiento de expulsión o Deportación aplazada?**

Sí NO

Si tiene más información y no le alcanza el espacio que le dimos para ponerla, agregue una hoja a su solicitud. Recuerde que la hoja debe tener su nombre y fecha de nacimiento.

Importante: el envío de comprobantes puede ayudarnos a procesar su información más rápido. Consulte la *Guía de solicitud* para saber qué tipos de comprobantes puede enviar.

★ 1. ¿Alguien en su unidad familiar tiene:

- **ingresos de un empleador?** Díganos cuánto ganan de cada empleador en salarios brutos (*antes de impuestos y deducciones*). No se olvide de incluir propinas y comisiones. Algunos ejemplos de ingresos de un empleador son: salarios, trabajo-estudio, propinas y trabajadores de cuidado en el hogar pagados por el estado. Díganos cuánto ganan en cada trabajo en salarios brutos y propinas.
- **ingresos de trabajo por cuenta propia?** Díganos cuánto es el ingreso bruto de trabajo por cuenta propia para cada persona. El ingreso bruto es la cantidad de dinero que se gana antes de deducir los costos, gastos u otras deducciones. Enumere los costos de trabajo por cuenta propia, gastos y otras deducciones en la **pregunta 3** (*página 21*). Algunos ejemplos de trabajo por cuenta propia son: ser dueño de un negocio, donar plasma, ser un contratista independiente y hacer trabajos ocasionales por dinero.

Sí, denos la información a continuación. NO, pase a la pregunta 2.

a. **Nombre / apellido:** _____ **Fecha de nacimiento:** _____

b. **Fuente de ingreso** — Nombre del empleador: _____
 Si trabaja por cuenta propia, escriba el tipo de trabajo: _____

c. **Su ingreso bruto (*antes de impuestos y deducciones*) y frecuencia con que le pagan esa cantidad:**
 \$ _____ Semanal Dos veces por mes Mensual
 Trimestral. *Fecha de la última cantidad recibida:* _____
 Anual. *Fecha de la última cantidad recibida:* _____
 Cada dos semanas Por única vez – cantidad fija
 Otro: _____

d. **Ingreso de este trabajo:** Continúa Comenzó en los últimos 3 meses. *Fecha del primer pago:* _____
 Terminó o termina este mes. *Fecha del último pago:* _____

a. **Nombre / apellido:** _____ **Fecha de nacimiento:** _____

b. **Fuente de ingreso** — Nombre del empleador: _____
 Si trabaja por cuenta propia, escriba el tipo de trabajo: _____

c. **Su ingreso bruto (*antes de impuestos y deducciones*) y frecuencia con que le pagan esa cantidad:**
 \$ _____ Semanal Dos veces por mes Mensual
 Trimestral. *Fecha de la última cantidad recibida:* _____
 Anual. *Fecha de la última cantidad recibida:* _____
 Cada dos semanas Por única vez – cantidad fija
 Otro: _____

d. **Ingreso de este trabajo:** Continúa Comenzó en los últimos 3 meses. *Fecha del primer pago:* _____
 Terminó o termina este mes. *Fecha del último pago:* _____

★ 2. **Alguna de las personas de la unidad familiar, ¿recibe dinero de fuentes diferentes al trabajo?**

Por ejemplo, beneficios de desempleo, beneficios de Seguro Social para jubilados o sobrevivientes (SSB) o por discapacidad (SSDI), intereses o dividendos, jubilación, pensión alimenticia o beneficios tribales. Recuerde que debe decirnos qué tipo de ingreso es en el punto “b” a continuación. Consulte la *Guía de solicitud* para las instrucciones especiales sobre pensión alimenticia y más ejemplos de otros ingresos.

Sí, denos la información a continuación. NO, pase a la pregunta 3.

Ingresos tribales: algunas personas reciben ingresos de una tribu. Algunos tipos de ingresos tribales no se cuentan para el OHP. Si tiene ingresos de una tribu, denos detalles sobre los ingresos en la sección “tipo de otro ingreso”. Por ejemplo, puede escribir: pagos per cápita de un casino; O pagos per cápita de tierras designadas como tierras fiduciarias indígenas. Si conoce la ley pública de la que proviene el ingreso, inclúyala. Determinaremos si su ingreso tribal cuenta para ver el OHP en función de lo que escriba en la sección “Tipo de otro ingreso”.

a. **Nombre / apellido:** _____ **Fecha de nacimiento:** _____

b. **Tipo de otro ingreso:** _____

c. **Su ingreso bruto (antes de impuestos y deducciones) y frecuencia con que recibe esa cantidad:**

\$ _____ Semanal Dos veces por mes Mensual
 Trimestral. *Fecha del último pago recibido:* _____
 Anual. *Fecha del último pago recibido:* _____
 Cada dos semanas Por única vez – cantidad fija
 Otro: _____

d. **Este ingreso:** Continúa Comenzó en los últimos 3 meses. *Fecha del primer pago:* _____
 Terminó o termina este mes. *Fecha del último pago:* _____

e. **¿Es este ingreso por pensión alimenticia?** Sí NO
 Si contestó Sí, fecha en que se aprobó el acuerdo de divorcio o separación: _____

a. **Nombre / apellido:** _____ **Fecha de nacimiento:** _____

b. **Tipo de otro ingreso:** _____

c. **Su ingreso bruto (antes de impuestos y deducciones) y frecuencia con que recibe esa cantidad:**

\$ _____ Semanal Dos veces por mes Mensual
 Trimestral. *Fecha del último pago recibido:* _____
 Anual. *Fecha del último pago recibido:* _____
 Cada dos semanas Por única vez – cantidad fija
 Otro: _____

d. **Este ingreso:** Continúa Comenzó en los últimos 3 meses. *Fecha del primer pago:* _____
 Terminó o termina este mes. *Fecha del último pago:* _____

e. **¿Es este ingreso por pensión alimenticia?** Sí NO
 Si contestó Sí, fecha en que se aprobó el acuerdo de divorcio o separación: _____

★ **3. ¿Tiene alguien en la unidad familiar un gasto que podría deducirse en la declaración de impuestos federales?** Esto incluye los gastos de trabajo por cuenta propia que se pueden incluir en la declaración de impuestos federales.

Las deducciones permitidas son gastos que se pueden incluir en una declaración de impuestos federales para calcular el ingreso bruto ajustado. Por ejemplo: gastos de un educador, intereses de préstamos estudiantiles y contribuciones a un IRA deducibles de impuestos. Puede informarnos sobre una deducción aunque no piense presentar una declaración de impuestos federales. Una deducción de impuestos puede reducir la cantidad de ingresos que contamos. Una deducción fiscal no es lo mismo que un crédito fiscal. Para más información, consulte la *Guía de solicitud*.

*No podemos responder preguntas sobre cómo llenar sus formularios de impuestos. Para preguntas sobre formularios de impuestos, deducciones o gastos permitidos, visite **IRS.gov**. También puede hablar con un profesional de impuestos.*

Sí, denos la información a continuación. NO, pase a la pregunta 4.

<p>a. Nombre / apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____</p> <p>b. Tipo de deducción: _____</p> <p>c. Díganos cuánto paga y con qué frecuencia paga esta cantidad: \$ _____ <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Dos veces por mes <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral. <i>Fecha del último pago recibido:</i> _____ <input type="checkbox"/> Anual. <i>Fecha del último pago recibido:</i> _____ <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Por única vez – cantidad fija <input type="checkbox"/> Otro: _____</p> <p>d. Esta deducción: <input type="checkbox"/> Continúa <input type="checkbox"/> Comenzó en los últimos 3 meses. <i>Fecha del primer pago:</i> _____ <input type="checkbox"/> Terminó o termina este mes. <i>Fecha del último pago:</i> _____</p>
<p>a. Nombre / apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____</p> <p>b. Tipo de deducción: _____</p> <p>c. Díganos cuánto paga y con qué frecuencia paga esta cantidad: \$ _____ <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Dos veces por mes <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral. <i>Fecha del último pago recibido:</i> _____ <input type="checkbox"/> Anual. <i>Fecha del último pago recibido:</i> _____ <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Por única vez – cantidad fija <input type="checkbox"/> Otro: _____</p> <p>d. Esta deducción: <input type="checkbox"/> Continúa <input type="checkbox"/> Comenzó en los últimos 3 meses. <i>Fecha del primer pago:</i> _____ <input type="checkbox"/> Terminó o termina este mes. <i>Fecha del último pago:</i> _____</p>
<p>a. Nombre / apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____</p> <p>b. Tipo de deducción: _____</p> <p>c. Díganos cuánto paga y con qué frecuencia paga esta cantidad: \$ _____ <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Dos veces por mes <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral. <i>Fecha del último pago recibido:</i> _____ <input type="checkbox"/> Anual. <i>Fecha del último pago recibido:</i> _____ <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Por única vez – cantidad fija <input type="checkbox"/> Otro: _____</p> <p>d. Esta deducción: <input type="checkbox"/> Continúa <input type="checkbox"/> Comenzó en los últimos 3 meses. <i>Fecha del primer pago:</i> _____ <input type="checkbox"/> Terminó o termina este mes. <i>Fecha del último pago:</i> _____</p>

★ 4. **¿Respondió sí a las preguntas 1, 2 o 3 o ha tenido algún ingreso este año?**

Sí, denos la información a continuación. NO, vaya al **Paso 4** (página 23).

Si usted gana más del límite de ingresos mensual, podríamos usar su ingreso anual. Ponga a continuación los ingresos y gastos anuales de todas las personas que figuran en la solicitud. La cantidad anual que nos informe debe incluir todos los ingresos y gastos esperados para este año calendario. Esto incluye todos los ingresos y gastos de este año, aunque ya no tenga el mismo trabajo. Por ejemplo, si tenía un trabajo en enero pero consiguió otro trabajo en agosto, la cantidad del ingreso anual debe incluir el ingreso de ambos trabajos.

Si hay gastos de trabajo por cuenta propia, inclúyalos en la cantidad de deducciones de impuestos / gastos permitidos.

No incluya manutención de niños, pagos de veteranos o el Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI) en sus ingresos no derivados del trabajo. No cuentan para calcular su ingreso anual.

<p>a. Nombre / apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____</p> <p>b. Sus ingresos / gastos anuales:</p> <p>Ingreso ganado y de trabajo por cuenta propia: \$ _____</p> <p>Beneficios del Seguro Social (SSB) o Seguro de Discapacidad del Seguro Social (SSDI): \$ _____</p> <p>Otros ingresos no ganados (<i>no incluya los ingresos de SSB / SSDI</i>): \$ _____</p> <p>Deducciones / gastos permitidos en sus impuestos: \$ _____</p>
<p>a. Nombre / apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____</p> <p>b. Sus ingresos / gastos anuales:</p> <p>Ingreso ganado y de trabajo por cuenta propia: \$ _____</p> <p>Beneficios del Seguro Social (SSB) o Seguro de Discapacidad del Seguro Social (SSDI): \$ _____</p> <p>Otros ingresos no ganados (<i>no incluya los ingresos de SSB / SSDI</i>): \$ _____</p> <p>Deducciones / gastos permitidos en sus impuestos: \$ _____</p>
<p>a. Nombre / apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____</p> <p>b. Sus ingresos / gastos anuales:</p> <p>Ingreso ganado y de trabajo por cuenta propia: \$ _____</p> <p>Beneficios del Seguro Social (SSB) o Seguro de Discapacidad del Seguro Social (SSDI): \$ _____</p> <p>Otros ingresos no ganados (<i>no incluyen los ingresos de SSB / SSDI</i>): \$ _____</p> <p>Deducciones / gastos permitidos en sus impuestos: \$ _____</p>
<p>a. Nombre / apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____</p> <p>b. Sus ingresos / gastos anuales:</p> <p>Ingreso ganado y de trabajo por cuenta propia: \$ _____</p> <p>Beneficios del Seguro Social (SSB) o Seguro de Discapacidad del Seguro Social (SSDI): \$ _____</p> <p>Otros ingresos no ganados (<i>no incluyen los ingresos de SSB / SSDI</i>): \$ _____</p> <p>Deducciones / gastos permitidos en sus impuestos: \$ _____</p>

★ 1. ¿Todas las personas en esta solicitud viven en Oregón? Esto incluye vivir en Oregón para buscar trabajo.

Sí NO, nombre a continuación a todas las personas que no viven en Oregón.

Nombre / apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre / apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____

★ 2. ¿Alguien en esta solicitud vive en un domicilio diferente al del contacto principal (*usted mismo*)?

Sí, llene la(s) sección(es) siguientes(s). NO, pase a la pregunta 3.

a. ¿Quién vive en un domicilio diferente?

Nombre / apellido				Fecha de nacimiento	
Domicilio (<i>incluya el número de apartamento</i>)					
Ciudad			Estado		C. postal
Condado			País		

Marque todo lo que corresponda:

Esta persona vive en otro domicilio, pero comparte un grupo de impuestos con alguien en esta solicitud.

Esta persona está temporalmente fuera. Motivo:

Asiste a la escuela En un hogar de ancianos Hospitalizado En Jobs Corps Detenido o preso Centro de cuidado comunitario Otro: _____

b. ¿Alguien más vive en otro domicilio? Sí, llene la sección siguiente. NO, pase a la pregunta 3.

Nombre / apellido				Fecha de nacimiento	
Domicilio (<i>incluya el número de apartamento</i>)					
Ciudad			Estado		C. postal
Condado			País		

Marque todas las que corresponda:

Esta persona vive en otra dirección, pero comparte un grupo de impuestos con alguien en esta solicitud.

Esta persona está temporalmente fuera. Motivo:

Asiste a la escuela En un hogar de ancianos Hospitalizado En Jobs Corps Detenido o preso Centro de cuidado comunitario Otro: _____

Si necesita incluir más personas, adjunte más hojas.

★ 3. ¿Alguien en esta solicitud está embarazada? Sí, dé los nombres a continuación. NO

Para la "fecha de parto", haga el mejor cálculo que pueda, aunque todavía no haya visto a un médico.

Nombre	Apellido	Fecha de nacimiento	Fecha del parto	¿Cuántos niños espera? <i>Deje en blanco si no sabe</i>

PASO 4 Más preguntas sobre su unidad familiar. Continuación

★ = Requerido

- ★ 4. ¿Alguien en esta solicitud tuvo una terminación del embarazo por nacimiento o pérdida en los últimos 3 meses? Puede ser elegible para cobertura o servicios adicionales si estuvo embarazada recientemente.
 Sí, escriba el nombre a continuación. NO

Nombre	Apellido	Fecha de nacimiento	Fecha en que terminó el embarazo

5. ¿Necesita escapar de una situación abusiva o peligrosa? Sí NO
 6. ¿Su pareja le provoca miedo mediante amenazas, gritos o lesiones físicas a usted o a sus hijos? Sí NO

Responda las preguntas 7–15 solo para las personas en su solicitud y que solicitan los beneficios del OHP.

- ★ 7. ¿Alguien está actualmente en prisión / cárcel O fue liberado en los últimos 3 meses?
 Sí, escriba el nombre a continuación. NO

Nombre	Apellido	Fecha de nacimiento	Fecha de entrada	Fecha en que salió o saldrá	¿Espera una decisión sobre las acusaciones?
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO

- ★ 8. ¿Alguien tiene 18 años y estudia en la preparatoria a tiempo completo? Sí, nombre a continuación. NO
 Nombre / apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Nombre / apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____

- ★ 9. ¿Alguien recibe Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI)? SSI es un programa gubernamental que brinda beneficios a las personas de bajos ingresos que tienen 65 años o más, son ciegas o discapacitadas.
 Sí, escriba el nombre a continuación. NO
 Nombre / apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Nombre / apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____

- ★ 10. Cualquier persona que solicite OHP deberá solicitar y utilizar otros beneficios para los que pueda ser elegible. Los siguientes son ejemplos de otros beneficios:
- Compensación por desempleo
 - Beneficios para veteranos
 - Compensación para trabajadores
 - Anualidades
 - Seguridad Social para jubilados, sobrevivientes o por discapacidad
 - Lesiones personales sin culpa por las que puede obtener un pago (*pueden ocurrir en el trabajo, en el hogar o en un vehículo*)

- ★ ¿Es alguien potencialmente elegible para alguno de los beneficios antes mencionados?
 Sí, llene la siguiente tabla. NO, pase a la pregunta 11.

Nombre / apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____

Tipo de beneficio: _____

¿Esta persona ya solicitó este beneficio o ya se aprobó la demanda de pago? Sí NO

Nombre / apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____

Tipo de beneficio: _____

¿Esta persona ya solicitó este beneficio o ya se aprobó la demanda de pago? Sí NO

★ **11. ¿Hay alguien ciego o permanentemente discapacitado?** Sí, nómbrelo(s) a continuación. NO

Nombre / apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____

Esta persona es: Ciega Permanentemente discapacitada Ciega y permanentemente discapacitada

Nombre / apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____

Esta persona es: Ciega Permanentemente discapacitada Ciega y permanentemente discapacitada

★ **12. ¿Alguien necesita ayuda con cosas como caminar, ir al baño, bañarse o vestirse?** Esto excluye a los niños que solo necesitan ayuda debido a su edad. Sí, nómbrelo(s) a continuación. NO

Nombre / apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre / apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____

★ **13. ¿Estaba alguien en cuidado de crianza en Oregón cuando cumplió 18 años?** Los jóvenes que estaban en cuidado de crianza pueden obtener OHP hasta los 26 años, sin importar la cantidad de ingresos que tengan. Sí, nómbrelos a continuación. NO

Nombre / apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre / apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____

14. Indíquenos qué Organización de atención coordinada (CCO) prefiere para cada persona. Una CCO es un plan de salud local en su área. Las CCO le ayudan a usar el OHP en su área. Tienen un grupo de proveedores como médicos, consejeros, enfermeras y dentistas que trabajan juntos cerca de usted.

No es necesario que elija ahora. Sin embargo, si no elige ahora, seleccionaremos una CCO según el lugar donde usted viva (*a menos que se apliquen excepciones tribales de la Guía de solicitud en su caso*). Consulte la *Guía de solicitud* para obtener más información sobre cómo elegir una CCO en su área.

Nombre	Apellido	Fecha de nacimiento	Preferencia de CCO

★ 15. ¿Alguien menor de 19 años tiene un padre/madre que no está incluido en la solicitud?

Sí, responda las siguientes preguntas. NO, vaya al **Paso 5** (página 27).

Si solicita beneficios para cualquier persona menor de 19 años que tiene un padre/madre que no está incluido en la solicitud, debe cooperar con el Programa de Manutención de Niños de Oregón. Este programa le pedirá más información sobre el padre/madre del niño.

No tiene que cooperar con el Programa de Manutención de Niños de Oregón si cree que el hacerlo será peligroso para usted, el niño u otros miembros de la unidad familiar. Puede decirnos si esto es peligroso a continuación en “b”.

a. Nombre y apellido del menor que tiene por lo menos un padre/madre no incluido en esta solicitud:

Fecha de nacimiento: _____

b. ¿Cree que este padre puede causarle daño a usted o al niño si el Programa de Manutención de hijos intenta establecer la paternidad u obtener manutención de niños? SÍ NO

a. Nombre y apellido del menor que tiene por lo menos un padre/madre no incluido en esta solicitud:

Fecha de nacimiento: _____

b. ¿Cree que este padre/madre puede causarle daño a usted o al niño si el Programa de Manutención de Niños intenta establecer la paternidad u obtener manutención de niños? SÍ NO

- ★ 1. ¿Alguien en la unidad familiar es un adulto (*mayor de 18 años*) que solicita asistencia médica o un menor que tiene:
- **cobertura o una oferta de cobertura de seguro de salud, o es elegible para tenerla (*incluyendo cobertura dental*)?** (*Responda aunque no solicite cobertura para esa persona.*) Marque **SÍ**, aunque no se haya inscrito debido al costo, la calidad de la cobertura u otro motivo. No marque **SÍ** si la única cobertura que tiene es la del el Plan de Salud de Oregón (OHP).
 - **seguro de salud que terminó en los últimos 3 meses?**
 - **Medicare o derecho a recibir Medicare?**
- SÍ**, denos la información a continuación. **NO**, vaya al **Paso 6** (*página 29*).

Otra cobertura de salud 1

- a. **Nombre / apellido:** _____ **Fecha de nacimiento:** _____
- b. **Tipo de seguro de salud:** Privado Empleador COBRA Medicare TRICARE Peace Corps
 Programas de atención de la salud de la Administración de veteranos (*incluyendo CHAMPVA*)
 Plan de salud de jubilados Medicaid/CHIP de otro estado
- c. **Información del plan:** Nombre de la compañía del seguro de salud: _____
 Dirección de la compañía: _____
 Número de teléfono de la compañía: _____
 Número de póliza: _____ Número ID del grupo: _____
 Nombre del asegurado: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Parentesco con el asegurado: _____
- d. **¿Está esta persona inscrita en este plan?** **SÍ**, fecha de inicio: _____ **NO**, fecha de terminación: _____
- e. **¿Esta persona no puede usar el seguro?**
 SÍ, debido a: Preocupaciones de seguridad Distancia de los proveedores **NO**
- f. **¿Es este un seguro de salud patrocinado por el empleador?**
 SÍ, llene el Anexo B — Cobertura del empleador (*página 45*) **NO**
- g. **¿Alguien en su unidad familiar recibió Medicaid en otro estado en los últimos 3 meses?**
 SÍ, ¿en qué estado? _____ Fecha en que terminó o terminará: _____ **NO**

Otra cobertura de salud 2

- a. **Nombre / apellido:** _____ **Fecha de nacimiento:** _____
- b. **Tipo de seguro de salud:** Privado Empleador COBRA Medicare TRICARE Peace Corps
 Programas de atención de la salud de la Administración de veteranos (*incluyendo CHAMPVA*)
 Plan de salud de jubilados Medicaid/CHIP de otro estado
- c. **Información del plan:** Nombre de la compañía del seguro de salud: _____
 Dirección de la compañía: _____
 Número de teléfono de la compañía: _____
 Número de póliza: _____ Número ID del grupo: _____
 Nombre del asegurado: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Parentesco con el asegurado: _____
- d. **¿Está esta persona inscrita en este plan?** **SÍ**, fecha de inicio: _____ **NO**, fecha de terminación: _____
- e. **¿Esta persona no puede usar el seguro?**
 SÍ, debido a: Preocupaciones de seguridad Distancia de los proveedores **NO**
- f. **¿Es este un seguro de salud patrocinado por el empleador?**
 SÍ, llene el Anexo B — Cobertura del empleador (*página 45*) **NO**
- g. **¿Alguien en su unidad familiar recibió Medicaid en otro estado en los últimos 3 meses?**
 SÍ, ¿en qué estado? _____ Fecha en que terminó o terminará: _____ **NO**

Otra cobertura de salud 3

- a. **Nombre / apellido:** _____ Fecha de nacimiento: _____
- b. **Tipo de seguro de salud:** Privado Empleador COBRA Medicare TRICARE Peace Corps
 Programas de atención de la salud de la Administración de veteranos (*incluyendo CHAMPVA*)
 Plan de salud de jubilados Medicaid/CHIP de otro estado
- c. **Información del plan:** Nombre de la compañía del seguro de salud: _____
Dirección de la compañía: _____
Número de teléfono de la compañía: _____
Número de póliza: _____ Número ID del grupo: _____
Nombre del asegurado: _____ Fecha de nacimiento: _____
Parentesco con el asegurado: _____
- d. **¿Está esta persona inscrita en este plan?** Sí, fecha de inicio: _____ NO, fecha de terminación: _____
- e. **¿Esta persona no puede usar el seguro?**
 Sí, debido a: Preocupaciones de seguridad Distancia de los proveedores NO
- f. **¿Es este un seguro de salud patrocinado por el empleador?**
 Sí, llene el Anexo B — Cobertura del empleador (*página 45*) NO
- g. **¿Alguien en su unidad familiar recibió Medicaid en otro estado en los últimos 3 meses?**
 Sí, ¿en qué estado? _____ Fecha en que terminó o terminará: _____ NO

Otra cobertura de salud 4

- a. **Nombre / apellido:** _____ Fecha de nacimiento: _____
- b. **Tipo de seguro de salud:** Privado Empleador COBRA Medicare TRICARE Peace Corps
 Programas de atención de la salud de la Administración de veteranos (*incluyendo CHAMPVA*)
 Plan de salud de jubilados Medicaid/CHIP de otro estado
- c. **Información del plan:** Nombre de la compañía del seguro de salud: _____
Dirección de la compañía: _____
Número de teléfono de la compañía: _____
Número de póliza: _____ Número ID del grupo: _____
Nombre del asegurado: _____ Fecha de nacimiento: _____
Parentesco con el asegurado: _____
- d. **¿Está esta persona inscrita en este plan?** Sí, fecha de inicio: _____ NO, fecha de terminación: _____
- e. **¿Esta persona no puede usar el seguro?**
 Sí, debido a: Preocupaciones de seguridad Distancia de los proveedores NO
- f. **¿Es este un seguro de salud patrocinado por el empleador?**
 Sí, llene el Anexo B — Cobertura del empleador (*página 45*) NO
- g. **¿Alguien en su unidad familiar recibió Medicaid en otro estado en los últimos 3 meses?**
 Sí, ¿en qué estado? _____ Fecha en que terminó o terminará: _____ NO

PASO 6

Preguntas demográficas para ayudarnos a servirle mejor — OPCIONAL

Estas preguntas son opcionales. Las respuestas no afectan su elegibilidad para la cobertura de salud. Las hacemos para que nos ayuden a garantizar que todos los miembros reciban el cuidado de la mejor calidad y el mejor servicio. También usamos esta información para abordar las diferencias en la atención. Responda las siguientes preguntas demográficas opcionales sobre todos los que soliciten beneficios del OHP. Si no las quiere responder, marque “Se niega a contestar”.

Persona 1 Nombre / apellido: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

1. ¿Necesita esta persona un intérprete de lenguaje hablado?

Sí, responda a–b a continuación. NO No sabe Se niega a contestar

a. Si está disponible, ¿un empleado del DHS o de la OHA que hable su idioma con fluidez cubrirá sus necesidades? Sí NO

b. Díganos más sobre las necesidades de intérprete de lenguaje hablado de esta persona: _____

2. ¿Necesita esta persona un intérprete de lenguaje de señas o un subtitulador?

Sí, responda a–c a continuación. NO No sabe Se niega a contestar

a. Díganos qué tipo de intérprete o subtitulador de lenguaje de señas necesita:

- Lenguaje Americano de Señas (ASL) Inglés Pidgin por Señas (PSE) Señas del Inglés Exacto (SEE)
 Subtitulado/CART Dispositivo de asistencia auditiva (*FM, Loop*) Otro tipo de intérprete de lenguaje de señas
 Táctil (*para personas sordociegas*)

b. Díganos más sobre el tipo de interpretación de lenguaje de señas o subtitulado que necesita la persona:

c. Si hay alguno disponible, ¿será suficiente un empleado de DHS/OHA que pueda comunicarse bien usando su tipo preferido de interpretación o subtitulado para cubrir sus necesidades? Sí NO

3. ¿Qué tan bien habla inglés esta persona? Muy bien Bien No bien No sabe Se niega a contestar

4. ¿Es esta persona sordomuda o tiene serias dificultades para oír?

Sí, ¿a qué edad comenzó? _____ NO No sabe Se niega a contestar

5. ¿Es esta persona ciega o tiene serias dificultades para ver, incluso cuando usa anteojos?

Sí, ¿a qué edad comenzó? _____ NO No sabe Se niega a contestar

6. Si esta persona tiene 5 años o más, ¿tiene serias dificultades para concentrarse, recordar, comprender o tomar decisiones debido a una condición física, mental o emocional?

Sí, ¿a qué edad comenzó? _____ NO No sabe Se niega a contestar

7. Si esta persona tiene 5 años o más, ¿tiene serias dificultades para caminar o subir escaleras?

Sí, ¿a qué edad comenzó? _____ NO No sabe Se niega a contestar

8. Si esta persona tiene 5 años o más, ¿tiene dificultades para vestirse o bañarse?

Sí, ¿a qué edad comenzó? _____ NO No sabe Se niega a contestar

9. Si esta persona tiene 15 años o más, ¿tiene dificultades para hacer ciertas cosas sin ayuda? Visitar el consultorio de un médico o ir de compras, por ejemplo. ¿Se debe esto a una condición física, mental o emocional?

Sí, ¿a qué edad comenzó? _____ NO No sabe Se niega a contestar

PASO 6

Preguntas demográficas para ayudarnos a servirle mejor — OPCIONAL

10. ¿Está esta persona limitada de alguna manera en alguna actividad debido a problemas físicos, mentales o emocionales?

Sí NO No sabe Se niega a contestar

11. ¿Cómo identifica esta persona su raza, etnia, afiliación tribal, país de origen o ascendencia?

Persona 1, continúa de la página anterior.

12. ¿Cuál es la identidad étnica o racial de la Persona 1? Marque todas las que corresponda.

Indígena americano o nativo de Alaska: Indígena americano Nativo de Alaska Inuit, Metis o First Nation canadiense
 Indígena mexicano, centroamericano o sudamericano

Asiático:

Chino Vietnamita Coreano Hmong Laosiano Filipino
 Japonés Sudasiático Indio asiático Otros asiáticos

Negro o

afroamericano:

Afroamericano Africano (negro)
 Caribeño Otro negro

Hispano o latino:

Mexicano Centroamericano Sudamericano Otro hispano o latino

Nativo de Hawái o

Islas del Pacífico:

Nativo de Hawái Guamaniano o Chamorro Samoano
 Micronesio Tongano De otras islas del Pacífico

Blanco:

Europeo occidental Europeo oriental Eslavo De Medio oriente
 Nofranciano Otro blanco

Otro: _____ No sabe Se niega a contestar

Si se elige más de una identidad étnica o racial, por favor marque con un CÍRCULO la que mejor represente la identidad principal de esta persona.

PASO 6

Preguntas demográficas para ayudarnos a servirle mejor — OPCIONAL

Persona 2 Nombre / apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____

1. ¿Necesita esta persona un intérprete de lenguaje hablado?

Sí, responda a–b a continuación. NO No sabe Se niega a contestar

a. Si está disponible, ¿un empleado del DHS o de la OHA que hable su idioma con fluidez cubrirá sus necesidades? Sí NO

b. Díganos más sobre las necesidades de intérprete de lenguaje hablado de esta persona: _____

2. ¿Necesita esta persona un intérprete de lenguaje de señas o un subtitulador?

Sí, responda a–c a continuación. NO No sabe Se niega a contestar

a. Díganos qué tipo de intérprete o subtitulador de lenguaje de señas necesita:

Lenguaje Americano de Señas (ASL) Inglés Pidgin por Señas (PSE) Señas del Inglés Exacto (SEE)

Subtitulado/CART Dispositivo de asistencia auditiva (*FM, Loop*) Otro tipo de intérprete de lenguaje de señas

Táctil (*para personas sordociegas*)

b. Díganos más sobre el tipo de interpretación de lenguaje de señas o subtitulado que necesita la persona: _____

c. Si hay alguno disponible, ¿será suficiente un empleado de DHS/OHA que pueda comunicarse bien usando su tipo preferido de interpretación o subtitulado para cubrir sus necesidades? Sí NO

3. ¿Qué tan bien habla inglés esta persona? Muy bien Bien No bien No sabe Se niega a contestar

4. ¿Es esta persona sorda o tiene serias dificultades para oír?

Sí, ¿a qué edad comenzó? _____ NO No sabe Se niega a contestar

5. ¿Es esta persona ciega o tiene serias dificultades para ver, incluso cuando usa anteojos?

Sí, ¿a qué edad comenzó? _____ NO No sabe Se niega a contestar

6. Si esta persona tiene 5 años o más, ¿tiene serias dificultades para concentrarse, recordar, comprender o tomar decisiones debido a una condición física, mental o emocional?

Sí, ¿a qué edad comenzó? _____ NO No sabe Se niega a contestar

7. Si esta persona tiene 5 años o más, ¿tiene serias dificultades para caminar o subir escaleras?

Sí, ¿a qué edad comenzó? _____ NO No sabe Se niega a contestar

8. Si esta persona tiene 5 años o más, ¿tiene dificultades para vestirse o bañarse?

Sí, ¿a qué edad comenzó? _____ NO No sabe Se niega a contestar

9. Si esta persona tiene 15 años o más, ¿tiene dificultades para hacer ciertas cosas sin ayuda? Visitar el consultorio de un médico o ir de compras, por ejemplo. ¿Se debe esto a una condición física, mental o emocional?

Sí, ¿a qué edad comenzó? _____ NO No sabe Se niega a contestar

10. ¿Está esta persona limitada de alguna manera en alguna actividad debido a problemas físicos, mentales o emocionales?

Sí NO No sabe Se niega a contestar

11. ¿Cómo identifica esta persona su raza, etnia, afiliación tribal, país de origen o ascendencia?

PASO 6

Preguntas demográficas para ayudarnos a servirle mejor — OPCIONAL

Persona 2, continúa de la página anterior.

12. ¿Cuál es la identidad étnica o racial de la Persona 2? Marque todas las que corresponda.

Indígena americano o nativo de Alaska: Indígena americano Nativo de Alaska Inuit, Metis o First Nation canadiense
 Indígena mexicano, centroamericano o sudamericano

Asiático: Chino Vietnamita Coreano Hmong Laosiano Filipino
 Japonés Sudasiático Indio asiático Otros asiáticos

Negro o afroamericano: Afroamericano Africano (negro)
 Caribeño Otro negro

Hispano o latino: Mexicano Centroamericano Sudamericano Otro hispano o latino

Nativo de Hawái o Islas del Pacífico: Nativo de Hawái Guamaniano o Chamorro Samoano
 Micronesio Tongano De otras islas del Pacífico

Blanco: Europeo occidental Europeo oriental Eslavo De Medio oriente
 Nofranciano Otro blanco

Otro: _____ No sabe Se niega a contestar

Si se elige más de una identidad étnica o racial, por favor marque con un CÍRCULO la que mejor represente la identidad principal de esta persona.

Persona 3 Nombre / apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____

1. ¿Necesita esta persona un intérprete de lenguaje hablado?

Sí, responda a–b a continuación. NO No sabe Se niega a contestar

a. Si está disponible, ¿un empleado del DHS o de la OHA que hable su idioma con fluidez cubrirá sus necesidades? Sí NO

b. Díganos más sobre las necesidades de intérprete de lenguaje hablado de esta persona: _____

2. ¿Necesita esta persona un intérprete de lenguaje de señas o un subtitulador?

Sí, responda a–c a continuación. NO No sabe Se niega a contestar

a. Díganos qué tipo de intérprete o subtitulador de lenguaje de señas necesita:

- Lenguaje Americano de Señas (ASL) Inglés Pidgin por Señas (PSE) Señas del Inglés Exacto (SEE)
 Subtitulado CART Dispositivo de asistencia auditiva (*FM, Loop*) Otro tipo de intérprete de lenguaje de señas
 Táctil (*para personas sordociegas*)

b. Díganos más sobre el tipo de interpretación de lenguaje de señas o subtitulado que necesita la persona: _____

c. Si hay alguno disponible, ¿será suficiente un empleado de DHS/OHA que pueda comunicarse bien usando su tipo preferido de interpretación o subtitulado para cubrir sus necesidades? Sí NO

3. ¿Qué tan bien habla inglés esta persona? Muy bien Bien No bien No sabe Se niega a contestar

4. ¿Es esta persona sorda o tiene serias dificultades para oír?

Sí, ¿a qué edad comenzó? _____ NO No sabe Se niega a contestar

5. ¿Es esta persona ciega o tiene serias dificultades para ver, incluso cuando usa anteojos?

Sí, ¿a qué edad comenzó? _____ NO No sabe Se niega a contestar

6. Si esta persona tiene 5 años o más, ¿tiene serias dificultades para concentrarse, recordar, comprender o tomar decisiones debido a una condición física, mental o emocional?

Sí, ¿a qué edad comenzó? _____ NO No sabe Se niega a contestar

7. Si esta persona tiene 5 años o más, ¿tiene serias dificultades para caminar o subir escaleras?

Sí, ¿a qué edad comenzó? _____ NO No sabe Se niega a contestar

8. Si esta persona tiene 5 años o más, ¿tiene dificultades para vestirse o bañarse?

Sí, ¿a qué edad comenzó? _____ NO No sabe Se niega a contestar

9. Si esta persona tiene 15 años o más, ¿tiene dificultades para hacer ciertas cosas sin ayuda? Visitar el consultorio de un médico o ir de compras, por ejemplo. ¿Se debe esto a una condición física, mental o emocional?

Sí, ¿a qué edad comenzó? _____ NO No sabe Se niega a contestar

10. ¿Está esta persona limitada de alguna manera en alguna actividad debido a problemas físicos, mentales o emocionales?

Sí NO No sabe Se niega a contestar

11. ¿Cómo identifica esta persona su raza, etnia, afiliación tribal, país de origen o ascendencia?

PASO 6

Preguntas demográficas para ayudarnos a servirle mejor — OPCIONAL

Persona 3, continúa de la página anterior.

12. ¿Cuál es la identidad étnica o racial de la Persona 3? Marque todas las que corresponda.

Indígena americano o nativo de Alaska: Indígena americano Nativo de Alaska Inuit, Metis o First Nation canadiense
 Indígena mexicano, centroamericano o sudamericano

Asiático: Chino Vietnamita Coreano Hmong Laosiano Filipino
 Japonés Sudasiático Indio asiático Otros asiáticos

Negro o afroamericano: Afroamericano Africano (negro)
 Caribeño Otro negro

Hispano o latino: Mexicano Centroamericano Sudamericano Otro hispano o latino

Nativo de Hawái o Islas del Pacífico: Nativo de Hawái Guamaniano o Chamorro Samoano
 Micronesio Tongano De otras islas del Pacífico

Blanco: Europeo occidental Europeo oriental Eslavo De Medio oriente
 Nofranciano Otro blanco

Otro: _____ No sabe Se niega a contestar

Si se elige más de una identidad étnica o racial, por favor marque con un CÍRCULO la que mejor represente la identidad principal de esta persona.

PASO 6

Preguntas demográficas para ayudarnos a servirle mejor — OPCIONAL

Persona 4 Nombre / apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____

1. ¿Necesita esta persona un intérprete de lenguaje hablado?

Sí, responda a–b a continuación. NO No sabe Se niega a contestar

a. Si está disponible, ¿un empleado del DHS o de la OHA que hable su idioma con fluidez cubrirá sus necesidades? Sí NO

b. Díganos más sobre las necesidades de intérprete de lenguaje hablado de esta persona: _____

2. ¿Necesita esta persona un intérprete de lenguaje de señas o un subtitulador?

Sí, responda a–c a continuación. NO No sabe Se niega a contestar

a. Díganos qué tipo de intérprete o subtitulador de lenguaje de señas necesita:

Lenguaje Americano de Señas (ASL) Inglés Pidgin por Señas (PSE) Señas del Inglés Exacto (SEE)

Subtitulado CART Dispositivo de asistencia auditiva (*FM, Loop*) Otro tipo de intérprete de lenguaje de señas

Táctil (*para personas sordociegas*)

b. Díganos más sobre el tipo de interpretación de lenguaje de señas o subtitulado que necesita la persona: _____

c. Si hay alguno disponible, ¿será suficiente un empleado de DHS/OHA que pueda comunicarse bien usando su tipo preferido de interpretación o subtitulado para cubrir sus necesidades? Sí NO

3. ¿Qué tan bien habla inglés esta persona? Muy bien Bien No bien No sabe Se niega a contestar

4. ¿Es esta persona sordomuda o tiene serias dificultades para oír?

Sí, ¿a qué edad comenzó? _____ NO No sabe Se niega a contestar

5. ¿Es esta persona ciega o tiene serias dificultades para ver, incluso cuando usa anteojos?

Sí, ¿a qué edad comenzó? _____ NO No sabe Se niega a contestar

6. Si esta persona tiene 5 años o más, ¿tiene serias dificultades para concentrarse, recordar, comprender o tomar decisiones debido a una condición física, mental o emocional?

Sí, ¿a qué edad comenzó? _____ NO No sabe Se niega a contestar

7. Si esta persona tiene 5 años o más, ¿tiene serias dificultades para caminar o subir escaleras?

Sí, ¿a qué edad comenzó? _____ NO No sabe Se niega a contestar

8. Si esta persona tiene 5 años o más, ¿tiene dificultades para vestirse o bañarse?

Sí, ¿a qué edad comenzó? _____ NO No sabe Se niega a contestar

9. Si esta persona tiene 15 años o más, ¿tiene dificultades para hacer ciertas cosas sin ayuda? Visitar el consultorio de un médico o ir de compras, por ejemplo. ¿Se debe esto a una condición física, mental o emocional?

Sí, ¿a qué edad comenzó? _____ NO No sabe Se niega a contestar

10. ¿Está esta persona limitada de alguna manera en alguna actividad debido a problemas físicos, mentales o emocionales?

Sí NO No sabe Se niega a contestar

11. ¿Cómo identifica esta persona su raza, etnia, afiliación tribal, país de origen o ascendencia?

PASO 6

Preguntas demográficas para ayudarnos a servirle mejor — OPCIONAL

Persona 4, continúa de la página anterior.

12. ¿Cuál es la identidad étnica o racial de la Persona 4? Marque todas las que corresponda.

Indígena americano o nativo de Alaska: Indígena americano Nativo de Alaska Inuit, Metis o First Nation canadiense
 Indígena mexicano, centroamericano o sudamericano

Asiático: Chino Vietnamita Coreano Hmong Laosiano Filipino
 Japonés Sudasiático Indio asiático Otros asiáticos

Negro o afroamericano: Afroamericano Africano (negro)
 Caribeño Otro negro

Hispano o latino: Mexicano Centroamericano Sudamericano Otro hispano o latino

Nativo de Hawái o Islas del Pacífico: Nativo de Hawái Guamaniano o Chamorro Samoano
 Micronesio Tongano De otras islas del Pacífico

Blanco: Europeo occidental Europeo oriental Eslavo De Medio oriente
 Nofrancés Otro blanco

Otro: _____ No sabe Se niega a contestar

Si se elige más de una identidad étnica o racial, por favor marque con un CÍRCULO la que mejor represente la identidad principal de esta persona.

PASO 7

Otras preguntas — OPCIONAL

Responder estas preguntas es opcional. Sus respuestas no afectarán la decisión sobre sus beneficios.

1. **Si no está registrado para votar donde vive ahora, ¿le gustaría registrarse hoy para votar?** El registrarse o negarse a hacerlo no afectará la cantidad de asistencia que le brindará esta agencia.

Sí NO

Si cree que alguien ha interferido con su derecho a registrarse para votar o a negarse a hacerlo, su derecho a la privacidad al decidir si se registra o solicita registrarse para votar, o su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, puede presentar una queja ante el Secretario de Estado de Oregón llamando al 503-986-1518 o enviando un correo electrónico a elections.sos@state.or.us.

2. **¿Alguien en su unidad familiar es actualmente miembro del servicio militar o sirvió en las fuerzas armadas?** Sí, escriba el nombre a continuación. NO

Nombre / apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____

Si contestó Sí, ¿querría esta persona que el Departamento de Asuntos de Veteranos se ponga en contacto con él o ella para informarle sobre otros recursos que puedan estar disponibles? Sí NO

Nombre / apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____

Si contestó Sí, ¿querría esta persona que el Departamento de Asuntos de Veteranos se ponga en contacto con él o ella para informarle sobre otros recursos que puedan estar disponibles? Sí NO

Sus derechos y responsabilidades

Esta sección le explica sus derechos y responsabilidades. “Derechos” son las cosas que el Departamento de Servicios Humanos (DHS) de Oregón y la Autoridad de Salud de Oregón (OHA) se comprometen a hacer por usted. “Responsabilidades” son las cosas que usted se compromete a hacer cuando solicita asistencia médica.

Lea esta información con atención. Puede pedir explicaciones al personal del DHS. Si hay algo que no entiende, pregunte. Puede llamar al **1-800-699-9075** (TTY 711) para hacer preguntas. Cuando usted (*y su familia*) reciben beneficios del DHS o de la OHA, usted se compromete a hacer ciertas cosas. Puede perder esos beneficios o tener que reembolsarlos al DHS o a la OHA si recibe más de lo que le corresponde.

En la *Guía de solicitud*, encontrará más información sobre sus derechos y responsabilidades. La *Guía de solicitud* fue incluida en el sobre donde le enviamos esta solicitud. También puede pedir una copia llamando al **1-800-699-9075 (TTY 711)** o buscarla en línea en <http://bit.ly/ohpguia>.

Sus derechos (lo que usted puede esperar del DHS y de la OHA):

- El DHS y la OHA lo tratarán con respeto y de manera justa y amable.
- Mantendremos en privado lo que le diga al DHS o a la OHA. Puede ver nuestro “Aviso de prácticas de privacidad” en el Anexo C de esta solicitud.
- Puede pedir ayuda para solicitar beneficios, llenar formularios o informar cambios en su idioma de preferencia.
- El DHS y la OHA le darán información en un formato o idioma que usted pueda entender.
- El DHS y la OHA harán todo lo posible para satisfacer sus necesidades especiales si usted tiene una discapacidad. El DHS y la OHA respetan la Ley de Norteamericanos con Discapacidades y la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación.
- **Su derecho de audiencia:**
 - » Si no está de acuerdo con alguna decisión tomada por la OHA o el DHS sobre su derecho a recibir cobertura de salud, usted tiene derecho a solicitar una audiencia.
 - » Puede solicitar una audiencia si no recibe una decisión de nuestra parte en un plazo de 45 días.
 - » Tiene derecho a elegir un representante autorizado para que actúe en su nombre durante el proceso de audiencia.
 - » Puede solicitar una audiencia por escrito o llamando al 1-800-699-9075 (TTY 711).
 - » Si desea una audiencia, debe solicitarla en un plazo de 90 días a partir de la fecha indicada en el aviso de elegibilidad que recibirá (*por correo postal o electrónico*). El plazo para solicitar una audiencia no cambia aunque usted se comunique con nosotros.
 - » Si recibe cuidados basados en el hogar o en la comunidad, o cuidados en un hogar de ancianos, no tiene derecho a una audiencia por una demanda de recuperación de patrimonio. Para más información sobre el Programa de Recuperación de Patrimonio, vea la sección correspondiente en la *Guía de solicitud*.

Sus responsabilidades (lo que usted debe hacer):

Usted debe:

- Proporcionar información verdadera, correcta y completa al DHS y a la OHA.
- Presentar pruebas de ciertas cosas que informa. Si no puede conseguirlas, debe permitir que nos comuniquemos con otras personas o agencias para obtener esas pruebas.
- Permitir que el personal del DHS y de la OHA visiten su hogar para obtener información sobre su caso.
- Informar cambios al DHS y a la OHA.
- Ayudar al DHS y a la OHA a conseguir pruebas si su caso se elige para una revisión. Los casos a revisar se eligen al azar.
- Autorizar a la División de Manutención de Niños del Departamento de Justicia a divulgar sus registros de manutención de niños al DHS y a la OHA, a menos que tenga un motivo justificatorio para no hacerlo.
- Solicitar y usar ciertos beneficios o dinero que tenga derecho a recibir. Puede ver ejemplos de estos beneficios o dinero en la *Guía de solicitud*.

PASO 8 Lea y firme, continuación

- Informar ciertos cambios de los datos que nos dio en la solicitud. Cuando se aprueben sus beneficios, el aviso le dirá qué es lo que debe informar y cuándo debe hacerlo. Lea más sobre la forma de informar cambios en la *Guía de solicitud*.
- Informar a los proveedores médicos (*médico, clínica, farmacia u hospital*) si tiene alguna otra cobertura de salud antes de recibir atención. Para más información, vea la *Guía de solicitud*.
- Informar a la Unidad de Retenciones por Lesiones Personales en un plazo de 10 días si **usted o alguien de su familia**:
 - » Recibe beneficios de asistencia médica o del Plan de Salud de Oregón (OHP); **y**
 - » Tiene una demanda contra alguien que le causó una lesión.
- Otorgar automáticamente al DHS y a la OHA el derecho a recibir pagos de otras partes que tenían obligación legal de pagar cualquiera de sus gastos médicos. Esto aplica a cualquier persona que esté recibiendo cobertura de salud del DHS o de la OHA. Esto recibe el nombre de “asignación de pagos” al DHS o a la OHA y a las CCO. Lea más sobre la asignación de pagos en la *Guía de solicitud*.

Información adicional

Uso del número de Seguro Social (SSN)

Las siguientes leyes y regulaciones federales disponen que toda persona que solicite beneficios médicos debe proporcionar un SSN, si lo tiene: Leyes federales - 42 USC 1320b-7(a), 7 USC 2011-2036, 42 CFR 435.910, 42 CFR 435.920, 42 CFR 457.340(b). Al escribir su SSN en la solicitud, usted autoriza a la Autoridad de Salud de Oregón (OHA) o al Departamento de Servicios Humanos (DHS) a usarlo e informar a otros sobre el mismo por estas razones:

- El DHS y la OHA usarán su SSN para decidir si usted tiene derecho a recibir beneficios. Usaremos su SSN para:
 - » Verificar otros activos
 - » Verificar sus ingresos
 - » Comparar otros registros estatales y federales, tales como:
 - Servicio de Impuestos Internos (IRS)
 - Administración del Seguro Social
 - Medicaid
 - Beneficios del seguro de desempleo
 - Manutención de niños
 - Otros programas de asistencia pública
- El DHS y la OHA pueden usar su SSN para preparar un compendio de datos o informes que las fuentes de financiamiento de los programas solicitan cuando usted pide o recibe beneficios.
- El DHS y la OHA pueden usar o divulgar su SSN:
 - » Si lo necesitamos para administrar el programa del que usted solicita o recibe beneficios.
 - » Para realizar evaluaciones de calidad y otras actividades de mejora de los programas.
 - » Para verificar la cantidad correcta de pagos y recuperar beneficios pagados en exceso.
 - » Para verificar que nadie reciba beneficios en más de una unidad familiar.

Si alguien no tiene SSN y quiere tenerlo, debe visitar www.ssa.gov para obtener información sobre la forma de solicitarlo.

Verificación de ingresos y activos

La información sobre ingresos y activos que usted dio en este formulario puede ser revisada y verificada por funcionarios federales, estatales y locales. Para determinar si usted tiene derecho a recibir asistencia médica, el DHS y la OHA usan lo siguiente:

- Centro de Servicios de Datos Federales (FDSH)
- Sistema de Verificación de Activos (AVS)
- Sistema de Verificación de Ingresos y Elegibilidad (IEVS)

Para más información sobre la verificación de ingresos y activos, consulte la *Guía de solicitud*.

Programa de Manutención de Niños

Cuando usted recibe cobertura de salud, puede tener que cooperar con el Programa de Manutención de Niños del estado si tiene un hijo con un padre/madre ausente. Hay excepciones si tiene justificación. Para más información sobre la forma de cooperar con el Programa de Manutención de Niños y lo que se considera motivo justificatorio, consulte la *Guía de solicitud*.

Programa de recuperación de patrimonio

Cuando fallece una persona que recibió servicios de cuidado a largo plazo, el DHS o la OHA pueden solicitar dinero de su patrimonio para pagar los servicios y apoyos que dicha persona recibió. Hay muchas excepciones para la recuperación de patrimonio. Vea la sección de Recuperación de patrimonio de la *Guía de solicitud* para más información.

Penalidad por transferencia de activos

Si usted transfiere un activo por menos de su valor, puede perder su derecho a recibir cierta cobertura de salud. Si regala o vende un activo, decimos que usted transfiere el activo. Para obtener más información sobre las penalidades relacionadas con la transferencia de activos, vea la *Guía de solicitud*.

Nuestra política de no discriminación

El Departamento de Servicios Humanos (DHS) y la Autoridad de Salud de Oregón (OHA) no discriminan a persona alguna. Esto significa que el DHS y la OHA ayudan a todas las personas que tienen derecho a recibir sus servicios. El DHS y la OHA no darán diferente trato a persona alguna por las siguientes razones:

- Edad
- Nacionalidad
- Discapacidad
- Raza
- Sexo
- Orientación sexual*
- Color
- Religión
- Estado civil

Puede presentar una queja si cree que el DHS o la OHA le dio diferente trato por alguna de estas razones. Para hacerlo, llame o escriba a la Oficina de Defensa del Gobernador:

Governor's Advocacy Office
500 Summer Street NE, E17
Salem, OR 97301
503-945-6904
1-800-442-5238, TTY 711
Correo electrónico: DHS.info@dhsaha.state.or.us

¡La igualdad de oportunidades es la ley!

Trabajamos con el Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA) y Servicios Humanos y de Salud de los EE. UU. (HHS). Ambos son proveedores y empleadores que ofrecen igualdad de oportunidades. Hay ayudas y servicios auxiliares para las personas con discapacidades que los soliciten.

Para presentar una queja ante el USDA o el HHS, lea el formulario "Información sobre quejas por discriminación del cliente" (DHS 9001, <https://apps.state.or.us/forms/served/ds9001.pdf>).

**La orientación sexual está protegida por las leyes estatales, pero no por las leyes federales.*

Al firmar esta solicitud, declaro estar de acuerdo con lo siguiente:

- Firmo esta solicitud bajo pena de perjurio. Esto significa que, a mi leal saber y entender, he dado respuestas verdaderas, correctas y completas a todas las preguntas de este formulario. Sé que puedo ser objeto de sanciones o ser responsable por el reembolso de sobrepagos bajo la ley federal si doy información falsa o no verdadera.
- Entiendo y estoy de acuerdo con los derechos y responsabilidades tal como se explican en esta solicitud y en la *Guía de solicitud*.
- Entiendo y estoy de acuerdo con la información de la sección “Lea y firme” de esta solicitud (**Paso 8**) y de la sección “Lea y firme” de la *Guía de solicitud*.
- He leído y estoy de acuerdo con el formulario Aviso de Prácticas de Privacidad de OHA que se encuentra en el **Anexo C**.
- El DHS y la OHA pueden revisar mi caso, lo que puede incluir una visita a mi hogar por parte del DHS.
- El DHS y la OHA usarán bases de datos y sistemas informáticos estatales y federales para verificar la información que proporcioné en este formulario.
- El DHS y la OHA pueden divulgar la información incluida en este formulario a:
 - » Agencias federales y estatales que llevan a cabo revisiones.
 - » Agencias federales y estatales, y agencias de cobranza privadas, si tengo que devolver beneficios al DHS o a la OHA.
- El DHS y la OHA pueden usar mi información para administrar otros programas de asistencia pública que recibo del DHS o de la OHA.
- Confirmando que tengo el consentimiento de todas las personas de mi unidad familiar, tanto para proporcionar su información como para recibir comunicaciones sobre su elegibilidad e inscripción.

Declaración y firma

Mediante mi firma en este formulario, confirmo que:

- He leído y entiendo la información de la sección Lea y firme que se encuentra arriba y la información de la sección “Lea y firme” de la *Guía de solicitud (formulario OHP 9025)*.
- Si usted es un representante autorizado, puede firmar aquí solo si usted y el solicitante llenaron y firmaron el formulario de representante autorizado (<http://bit.ly/authrep1>).

Nombre en letra de imprenta ★	Firma ★	Fecha de hoy (MM/DD/AAAA) ★
----------------------------------	------------	--------------------------------

¿Alguien en su unidad familiar que solicita beneficios:

- está recibiendo o es elegible para Medicare?
 - tiene 65 años o más?
 - solicita servicios de atención a largo plazo?
- Sí NO

Si contestó SÍ, es posible que debamos revisar la elegibilidad para programas según la edad o por ser ciego o discapacitado. Necesitaremos la información en este anexo si revisamos esos programas. No tiene que responder estas preguntas ahora, pero si lo hace puede acelerar el proceso de solicitud.

- 1. Recursos de usted y los miembros de su unidad familiar.** Los recursos pueden ser: dinero en efectivo, dinero que otros guardan para usted, cuenta(s) de cheques, cuenta(s) de ahorros, acciones, bonos, dinero en una caja de seguridad, contratos de venta, fondos patrimoniales, fondos de jubilación, certificado de depósitos a plazos fijos, fondos personales / incidentales, valores, cuentas de fideicomiso y anualidades, y fondos fiduciarios.

Recurso	Lugar y número de cuenta	¿A nombre de quién está?	Cantidad o valor
			\$
			\$
			\$

- 2. ¿Alguien en la unidad familiar posee un vehículo?** Incluya automóviles, camionetas, motocicletas, botes, autocaravanas, otros vehículos motorizados, remolques, equipos agrícolas o comerciales. Sí NO

Tipo (marca, modelo y año)	Dueño	Valor actual	Cantidad que debe
		\$	\$
		\$	\$
		\$	\$
		\$	\$

- 3. ¿Alguien en la unidad familiar posee una propiedad?** La propiedad puede ser la casa en la que vive, una propiedad comercial o de alquiler o una propiedad de vacaciones.

- Sí, enumérelas a continuación. Si hay varias propiedades, haga una copia de esta página para enumerar más propiedades.
- NO

Tipo de propiedad:					
Domicilio de la propiedad:					
Ciudad:		Estado:		C. postal:	
		Condado:			
<p>a. Valor actual: _____ Cantidad que debe: _____ Pagos mensuales: _____</p> <p>b. Impuestos a la propiedad (si la cantidad no está incluida en los pagos mensuales): _____</p> <p>c. Seguro contra incendios (si la cantidad no está incluida en los pagos mensuales): _____</p> <p>d. Dueño: _____</p> <p>e. Uso de la propiedad (negocio, casas de vacaciones, alquiler, etc.): _____</p> <p>f. ¿Es esta propiedad un dominio vitalicio? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO</p>					

- 4. Transferencia de bienes:** ¿Usted, u otros solicitantes, vendieron, intercambiaron, regalaron o transfirieron (incluyendo desde o a un fideicomiso) alguno de los siguientes: bienes personales, dinero en efectivo, bienes inmuebles (terrenos o edificios, o participación en un dominio vitalicio) o los ingresos de un préstamo con garantía hipotecaria en los últimos 60 meses (5 años)?

Sí, indique a continuación. NO

Descripción de la propiedad	Fecha de la transferencia	Valor en la transferencia	Cantidad recibida	Cantidad que le deben	Cantidad recibida por mes
		\$	\$	\$	\$
		\$	\$	\$	\$
		\$	\$	\$	\$
		\$	\$	\$	\$

¿Alguna de estas transferencias de propiedad fue causada por un divorcio? Sí NO

Si la transferencia fue a un fideicomiso o desde este, ¿puede revocarse el fideicomiso? Sí NO

Nombre del abogado: _____ Número de teléfono: _____

- 5. ¿Alguien en la unidad familiar tiene un entierro o funeral prepago?** Sí NO

<p>Nombre y apellido de la persona con un entierro prepago: _____</p> <p>Casa funeraria y ubicación: _____</p> <p>¿Cuál es el valor actual del plan funerario / de entierro? \$ _____</p> <p>¿Cómo se financia el acuerdo de entierro prepago? <input type="checkbox"/> Seguro de entierro <input type="checkbox"/> Fideicomiso irrevocable</p> <p><input type="checkbox"/> Proveedor funerario autorizado <input type="checkbox"/> Fideicomiso revocable <input type="checkbox"/> Fondo de entierro</p>
<p>Nombre y apellido de la persona con un entierro prepago: _____</p> <p>Casa funeraria y ubicación: _____</p> <p>¿Cuál es el valor actual del plan funerario / de entierro? \$ _____</p> <p>¿Cómo se financia el acuerdo de entierro prepago? <input type="checkbox"/> Seguro de entierro <input type="checkbox"/> Fideicomiso irrevocable</p> <p><input type="checkbox"/> Proveedor funerario autorizado <input type="checkbox"/> Fideicomiso revocable <input type="checkbox"/> Fondo de entierro</p>

- 6. ¿Alguien en la unidad familiar posee una póliza de seguro de vida o de entierro?** Sí NO

<p>Nombre y apellido de la persona asegurada: _____</p> <p>Tipo de seguro (de vida, a plazo, entierro): _____</p> <p>¿Cuál es el valor nominal de este plan de seguro? \$ _____</p>
<p>Nombre y apellido de la persona asegurada: _____</p> <p>Tipo de seguro (de vida, a plazo, entierro): _____</p> <p>¿Cuál es el valor nominal de este plan de seguro? \$ _____</p>

7. ¿Usted o alguien en su unidad familiar paga los costos de vivienda? Sí NO

a. Si contestó SÍ, total del pago: \$ _____

• ¿Cuánto paga usted? \$ _____

• ¿Quién más paga? _____ ¿Cantidad que paga esta persona? \$ _____

b. ¿Están los servicios públicos incluidos en ese costo?

Sí, díganos qué servicios públicos no están incluidos en la cantidad anterior. NO

Agua y cloacas: \$ _____ Basura: \$ _____ Electricidad: \$ _____

Gas: \$ _____ Otros servicios: _____ Cantidad: \$ _____

c. ¿Paga calefacción o aire acondicionado además de la vivienda? Sí NO

d. ¿Alguien en su unidad familiar paga parte de los servicios públicos donde vive? Sí NO

Persona que paga	Servicio público	Frecuencia	Cantidad
			\$
			\$
			\$
			\$

8. ¿Alguien en su unidad familiar paga por un gasto médico? No tiene que informarnos sobre sus gastos médicos, pero el hacerlo puede reducir lo que se paga por los servicios de cuidado a largo plazo. Estos gastos pueden ser los costos de medicamentos recetados, las primas de seguros de salud, los copagos, etc.

Sí, denos la información en el siguiente cuadro NO

Persona que paga	Tipo de gasto	Frecuencia	Cantidad
			\$
			\$
			\$
			\$

9. Si tratamos de determinar la elegibilidad para cuidado a largo plazo o para programas médicos con base en la edad, la ceguera o la discapacidad de una persona, nos fijaremos en el Sistema de Verificación de Activos (AVS) de toda persona que deba informarnos sobre sus recursos. **Usted debe darnos permiso para hacer esto.** Adjuntamos a esta solicitud el formulario MSC 2639, que usted puede llenar y firmar para darnos permiso. Está impreso en papel verde y su título es "Autorización para verificación electrónica de recursos". No tiene que firmar y enviar este formulario ahora, pero si lo hace puede acelerar el trámite de su solicitud.

¿Llenó el formulario verde (MSC 2639) que se le envió con esta solicitud? Sí NO

Completar este formulario es opcional y no afectará la decisión sobre sus beneficios. Complete la siguiente información para cada empleador que ofrece cobertura de salud. Puede ofrecer esta página a su empleador para ayudarlo a responder preguntas sobre la cobertura que ofrece.

1. ¿Quién trabaja para este empleador?

Nombre / apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____

2. Información del empleador:**a. Nombre del empleador:** _____**b. Persona a quien podemos contactar en la oficina de su empleador sobre esta cobertura de salud:**

Nombre: _____

Teléfono: _____ Ext: _____ Correo electrónico: _____

3. ¿Ofrecerá este empleador cobertura de salud este año? Sí NO**4. ¿Cuánto pagaría esta persona en primas para inscribirse en el plan de menor costo que cumpla con el estándar de valor mínimo* ofrecido solo a los empleados (no incluya planes familiares)?** Si el empleador tiene programas preventivos, indique la prima que pagaría el empleado con el descuento máximo para programas para dejar de fumar, pero no otros descuentos de programas preventivos.Cantidad de la prima: \$ _____ No sabeFrecuencia: Semanal Cada dos semanas Mensual Dos veces por mes Otra: _____**5. ¿Está esta persona actualmente inscrita en esta cobertura de salud?** Sí NO**6. ¿Ofrece este empleador cobertura de cónyuge / dependientes?** Sí NO**7. ¿Cambiará esta cobertura el próximo año?** Sí, díganos cómo. NO No sé si este empleador hará cambios El empleador ya no ofrecerá cobertura El empleador cambiará el costo de las primas. La prima para inscribirse en el plan de menor costo que cumpla con el estándar de valor mínimo* ofrecido solo a los empleados (no incluya planes familiares) será:Cantidad de la prima: \$ _____ No sabeFrecuencia: Semanal Cada dos semanas Mensual Dos veces por mes Otra: _____¿Cuándo será efectivo este cambio? _____ No sabe**8. ¿Se inscribirá esta persona en la cobertura del empleador el próximo año?** Sí, ¿cuándo? _____ NO**9. ¿Espera esta persona dejar la cobertura del empleador el próximo año?** Sí, ¿cuándo? _____ NO

* El "estándar de valor mínimo" se cumple si el plan del empleador paga el 60% o más de la parte de los costos totales permitidos que le corresponde pagar al plan. (Sección 36B (c)(2)(C)(ii) del Código de Rentas Internas de 1986).

**Su información.
Sus derechos.
Nuestras responsabilidades.**

Este aviso describe la manera en que podemos usar y divulgar la información sobre usted, y la manera en que usted puede acceder a dicha información. **Léalo con detenimiento.**

**Sus
derechos**

Usted tiene derecho a:

- Recibir una copia de sus expedientes médicos y de reclamaciones
 - Corregir sus expedientes médicos y de reclamaciones
 - Solicitar que la comunicación sea confidencial
 - Pedimos que restrinjamos la información que divulgamos
 - Obtener una lista de las personas/entidades a quienes hayamos divulgado dicha información
 - Recibir una copia de este aviso de privacidad
 - Elegir a alguien para que actúe en su nombre
 - Presentar una queja si cree que sus derechos de privacidad fueron violados
- » **En la página 47** encontrará más información sobre estos derechos y sobre cómo ejercerlos

**Sus
opciones**

Usted tiene opciones sobre la forma en que usamos y divulgamos su información cuando:

- Respondemos preguntas sobre cobertura hechas por sus familiares y amigos
 - Brindamos ayuda en casos de desastre
 - Comercializamos nuestros servicios y vendemos su información
- » **En las páginas 47 y 48** encontrará más información sobre estas opciones y la manera de ejercerlas

**Uso y
divulgación
de nuestra
parte**

Podemos utilizar y divulgar su información cuando:

- Ayudamos a gestionar el tratamiento médico que usted recibe de nuestra parte
 - Dirigimos nuestra organización
 - Pagamos sus servicios de salud
 - Administramos su plan de salud
 - Ayudamos con asuntos de salud y seguridad pública
 - Investigamos
 - Respetamos la ley
 - Respondemos a solicitudes de donación de órganos y tejidos y colaboramos con médicos forenses o con directores de funerarias
 - Abordamos las solicitudes de indemnización de trabajadores, la aplicación de la ley y otras solicitudes gubernamentales
 - Respondemos demandas legales y acciones judiciales
- » **En las páginas 48 y 49** encontrará más información sobre estas opciones y la manera de ejercerlas

● Sus derechos

Con respecto a su información médica, usted goza de ciertos derechos.

En esta sección se explican sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle.

Recibir una copia de sus registros médicos y de reclamaciones

- Puede pedir que le dejemos ver o le demos una copia de sus registros médicos y de reclamaciones y otra información médica que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Le daremos una copia o un resumen de sus registros médicos y de reclamaciones, por lo general dentro de los 30 días de su solicitud. Podríamos cobrarle una tarifa razonable basada en el costo del fotocopiado.

Pedirnos que corrijamos sus registros médicos y de reclamaciones

- Puede pedirnos que corrijamos sus registros médicos y de reclamaciones si cree que están errados o incompletos. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Podríamos denegar su solicitud, pero le explicaremos por qué, por escrito, en un plazo de 60 días.

Solicitar comunicación confidencial

- Puede pedirnos que lo contactemos de una manera especial (por ejemplo, al teléfono de su casa o de su oficina) o que le enviemos correspondencia a otra dirección.
- Consideraremos todos los pedidos razonables y tendremos que conceder su pedido si nos dice que usted correría peligro si no lo hacemos.

Pedirnos que limitemos lo que usamos o lo que divulgamos

- Puede pedirnos que no usemos o que no divulguemos cierta información médica para el tratamiento, pago o nuestras operaciones.
- No tenemos obligación de acceder a su pedido y podemos decirle que no si este pudiera afectar el cuidado que usted recibe.

Recibir la lista de las personas/ entidades a quienes dimos su información

- Puede pedirnos la lista (que rindamos cuentas) de las veces en que su información médica fue divulgada en los seis años previos a la fecha de su solicitud, así como a quién y el porqué.
- Incluiremos todas las divulgaciones salvo las que se relacionen con el tratamiento, pago y operaciones de la atención médica y algunas otras divulgaciones (por ejemplo las divulgaciones que usted nos indicó hacer). Le rendiremos cuentas una vez al año, de

forma gratuita, pero le cobraremos una cuota razonable, basada en el costo, si usted nos pide otra lista en el mismo periodo de 12 meses.

Recibir una copia de este aviso de privacidad

- Puede pedirnos una copia impresa del presente aviso en cualquier momento, incluso si accedió a recibir el aviso de forma electrónica. Le facilitaremos la copia impresa sin demoras.

Elegir a alguien para que actúe en su nombre

- Si usted le dio un poder médico legal a alguien, o si alguien es su tutor legal, dicha persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones respecto a su información médica.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de proceder.

Presentar una queja si cree que se violaron sus derechos

- Si cree que hemos violado sus derechos, puede comunicarse con nosotros para presentar una queja. Nuestra información de contacto se encuentra en la página 4.
- Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando por teléfono al 1-877-696-6775, o visitando: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.
- No tomaremos represalias en su contra por haber presentado una queja.

● Sus opciones

En el caso de cierta información médica, usted puede indicarnos sus opciones sobre lo que divulgamos.

Si tiene alguna preferencia marcada sobre la manera en que divulgamos su información en las situaciones descritas a continuación, háganoslo saber. Díganos qué quiere que hagamos y nosotros seguiremos sus indicaciones.

En estos casos, usted tiene el derecho y la opción de indicarnos que:

- Divulguemos información a sus familiares, amigos íntimos y otras personas involucradas en el pago de la atención que usted recibe
- Divulguemos información en caso de desastres
Si usted no puede decirnos sus preferencias, por ejemplo si ha perdido el conocimiento, podríamos divulgar su información si consideramos que es lo mejor para usted. Asimismo, podríamos divulgar su información cuando ésta sea necesaria para aminorar una amenaza grave e inminente a su salud o seguridad.

Continúa en la página siguiente.

Sus opciones, continuación

En estos casos, jamás divulgamos su información a menos que usted nos dé su permiso por escrito:

- Fines comerciales
- La venta de su información
- La mayoría de los apuntes psicoterapéutico

● Nuestro uso y divulgación

¿De qué manera usamos o divulgamos su información de salud?

En general, utilizamos o divulgamos su información médica de las maneras siguientes.

Para gestionar el tratamiento que usted recibe

- Podemos usar su información médica y compartirla con los profesionales que le están dando tratamiento.

Ejemplo: un médico nos envía información sobre su diagnóstico y plan de tratamiento para que nosotros podamos coordinar servicios adicionales.

Administrar nuestra organización

- Podemos usar y divulgar su información para manejar nuestra organización y comunicarnos con usted cuando sea necesario.
- **Tenemos prohibido usar información genética para decidir si conceder o no cobertura médica y el costo de dicha cobertura.** Esto no se aplica a los planes de cuidado a largo plazo.

Ejemplo: usamos la información médica sobre usted para desarrollar mejores servicios para usted.

Pagar por los servicios médicos que recibe

- Podemos usar y divulgar su información médica cuando pagamos por los servicios médicos que usted recibe.

Ejemplo: divulgamos información sobre usted a su plan dental para coordinar el servicio dental que recibe.

Administrar su plan

- Podemos divulgar su información de salud al patrocinador de su plan de salud para la administración del plan.

Ejemplo: Su compañía nos contrata para que le proporcionemos a usted un plan de salud y nosotros le proporcionamos ciertos datos estadísticos a su compañía para explicar las primas que cobramos.

¿De qué otra manera podemos usar o divulgar su información médica?

Tenemos permitido o se nos exige divulgar su información de otras maneras que por lo general contribuyen al bienestar público, tal como la salud pública y la investigación. Para poder divulgar su información para tales fines debemos cumplir con varias condiciones impuestas por ley. Para obtener más información, visite: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html

Ayuda con asuntos de salud y seguridad públicas

- Podemos divulgar información médica sobre usted en ciertas situaciones, tales como para:
 - » Prevenir enfermedades
 - » Ayudar a retirar productos del mercado
 - » Informar reacciones adversas a medicamentos
 - » Denunciar sospechas de maltrato, descuido o violencia doméstica
 - » Prevenir o aminorar una amenaza grave a la salud o seguridad de cualquier persona.

Investigar

- Podemos usar y divulgar su información médica para investigaciones sobre salud.

Respetamos la ley

- Divulgaremos información sobre usted si las leyes estatales o federales así lo exigen. Esto incluye al Departamento de Salud y Servicios Humanos si este desea revisar la información para cerciorarse de que estemos cumpliendo con la ley federal sobre privacidad.

Responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos y colaborar con médicos forenses o directores de funerarias

- Podemos divulgar información médica sobre usted a organizaciones de obtención de órganos.
- Cuando muere una persona, podemos divulgar su información médica al médico forense, médico legista o director de una funeraria.

Continúa en la página siguiente.

El uso y la divulgación por parte nuestra, continuación

Abordamos las solicitudes de indemnización de trabajadores, la aplicación de la ley y otras solicitudes gubernamentales

- Podemos usar o divulgar información médica sobre usted
 - » En reclamaciones de indemnización por accidentes de trabajo
 - » Para fines del cumplimiento de la ley o a un agente de las fuerzas del orden
 - » A las agencias de supervisión sanitaria para actividades autorizadas por la ley
 - » Para funciones gubernamentales especiales como servicios de protección militares, de seguridad nacional y presidenciales.

Responder a demandas y acciones legales

- Podemos divulgar información médica sobre usted como respuesta a una orden judicial o administrativa.
- I. La OHA puede utilizar o divulgar la información médica amparada (protected health information o PHI) de los formularios de

inscripción para determinar los programas para los cuales usted es elegible o el tipo de cobertura que debe recibir.

- II. La OHA cumple con los requisitos de las leyes de privacidad federales y estatales, incluidas las leyes sobre el abuso de alcohol y drogas y su tratamiento, así como las leyes relacionadas con las afecciones de salud mental y su tratamiento.
- III. La OHA puede usar o divulgar los registros de abuso de sustancias únicamente si la persona o la empresa que recibe los registros tiene un contrato especial con la OHA.
- IV. Si la OHA divulga información a otra persona con la aprobación del paciente (usted), la información no estará amparada por las reglas de privacidad y la persona que reciba la información podría no tener que proteger esa información. Dicha persona podrá divulgar su información a otra persona sin la aprobación de usted.

● **Nuestras responsabilidades**

- La ley nos exige que veamos por la privacidad y la seguridad de su información médica protegida.
- Le informaremos de inmediato si se produce alguna infracción que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos cumplir con las obligaciones y prácticas de privacidad descritas en este aviso y entregarle una copia.
- No usaremos ni divulgaremos su información a no ser de las maneras descritas en este aviso, a menos que usted nos indique, por escrito, que podemos hacerlo. Si nos indica que podemos hacerlo, podrá cambiar de parecer en cualquier momento. Si cambia de parecer, infórmenos al respecto por escrito.

Para más información visite: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

Cambios a los términos de este aviso

Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible a pedido, en nuestro sitio web, y le enviaremos una copia por correo. *Apobado por Suzanne Hoffman, COO 2-14-2014*

EEste Aviso de prácticas de privacidad se aplica a la Autoridad de Salud de Oregon y a sus empresas socias, tales como el Departamento de Servicios Humanos de Oregon.

Para usar cualquier parte de los derechos de privacidad antes indicados, comuníquese con la oficina local de la OHA.

Para solicitar el presente aviso en otro idioma, letra grande, Braille o en otro formato, llame al 503-378-3486, Fax 503-373-7690 o TTY 503-378-3523. Está disponible en inglés y traducido al español, ruso, vietnamita, somalí, árabe, birmano, bosnio, camboyano, coreano, laosiano, portugués, chino, letra grande y Braille.

Oregon
Health
Authority
MEDICAL ASSISTANCE AND
PREMIUM ASSISTANCE PROGRAMS

AUTORIDAD DE SALUD DE OREGON

Privacy Compliance Officer
3991 Fairview Industrial Dr SE
Salem, OR 97302

Número de teléfono de la oficina de privacidad: 503-945-5780

Correo electrónico para ayuda con temas de privacidad: dhs.privacyhelp@state.or.us

MSC 2090A (02/14) Spanish



www.OHP.Oregon.gov
1-800-699-9075 (TTY 711)