



Renovación de beneficios del Plan de Salud de Oregón – PARTE 2

Solo use la Parte 2 si no tiene ningún cambio en su *Resumen de renovación médica*. Los cambios pueden ser cosas como personas que se mudan a o de su casa, comenzar un nuevo trabajo o tener una nueva dirección. Consulte [Renovación médica: parte 1](#) para obtener una lista completa de los cambios.

Se envió una *Guía para la solicitud de renovación* con este formulario. La guía contiene información útil sobre cómo responder las preguntas en cada sección. También puede encontrar la guía en www.OHP.Oregon.gov.

Índice

Paso 1 — Cambios en la unidad familiar	3
Paso 2 — Más preguntas sobre su unidad familiar	6
Paso 3	10
Estatus de la declaración impositiva, 10	
Ingresos por trabajo, 11	
Ingresos de otras fuentes, 12	
Deducciones, 13	
Ingreso anual, 14	
Paso 4 — Otra cobertura de seguro de salud	15
Paso 5 — Preguntas demográficas para ayudarnos a servirle mejor (OPCIONAL)	17
Paso 6 — Otras preguntas	19
Paso 7 — Lea y firme	20
Anexo A — Ancianos y personas con discapacidades (OPCIONAL)	24
Anexo B — Cobertura del empleador	27

Beneficios del Plan de Salud de Oregón

Renovación — PARTE 2



Información requerida — Las preguntas marcadas con una estrella “★” son obligatorias.
Si no las contesta, su solicitud se demorará.

★ **¿Cuál es el número de su caso?** Su número de caso figura en la carta que recibió con este formulario.

Número de caso:

Nombre legal:

Apellido legal:

Fecha de nacimiento: / /

★ **Alguien en mi unidad familiar (marque todo lo que corresponda):**

- Está embarazada
- Tiene una necesidad médica o de comportamiento urgente
- En estos momentos está en prisión / cárcel
- Cumple con uno de los siguientes:
 - Necesita ayuda con las actividades de la vida diaria (*como bañarse, vestirse, etc.*); 0
 - Vive en un centro médico u hogar de ancianos
- Cumple con uno de los siguientes:
 - Es miembro inscrito de una tribu reconocida federalmente o accionista en una corporación regional de nativos de Alaska; 0
 - Recibe atención de Servicios de salud indígena, Clínicas de salud tribales o Clínicas indígenas urbanas

Junto con este formulario se le envió una *Guía para la solicitud de renovación*. La guía contiene información útil sobre cómo responder las preguntas en cada sección. También puede encontrar la guía en **www.OHP.Oregon.gov**.

Si necesita incluir a más de una persona, copie el Paso 1 y adjunte más páginas.

★ 1. ¿Está agregando o quitando a alguien de su unidad familiar o está solicitando beneficios para alguien de su unidad familiar que no está recibiendo beneficios?

- NO, vaya al **Paso 2** (página 6)
- Sí, denos la información de la persona a continuación. *Escriba el nombre como aparece en la tarjeta de Seguro Social, si la tiene.*

Nombre legal:

Apellido legal:

Inicial del segundo nombre: **Nombre que prefiere usar:**

★ 2. Fecha de nacimiento: / /

- 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. La persona nombrada en la pregunta 1:

- Ya está en mi unidad familiar y quiere solicitar beneficios.** Vaya al **Paso 2** (página 6).
- Ya no está más en mi unidad familiar.** Si esta persona ya no es parte de su hogar, díganos por qué y luego vaya al **Paso 2** (página 6). No incluya a alguien que esté temporalmente afuera (*por ejemplo, motivo escolar, militar, laboral o si está hospitalizado*) y que tiene la intención de regresar. **Razón:**
 - Se mudó o se fue para siempre del hogar (*debido a divorcio u otros motivos*)
 - Fallecimiento
 - Está en la cárcel o en prisión, pero volverá cuando quede en libertad:

Fecha de entrada: / /

Fecha esperada de salida: / /
- Se sumó a mi unidad familiar** (*incluidas las personas que usted pone en su declaración de impuestos federales*). Si esta persona se unió a su hogar, responda las siguientes preguntas y luego pase a la **pregunta 6**.
 - Sexo en el acta de nacimiento original:** Hombre Mujer
 - ¿Cuál es la relación de esta persona con usted y con los demás miembros de la unidad familiar** (*por ejemplo, Tim es el hermano de John, Tim es el hijo de Gene, etc.*):

- ★ 5. **Si esta persona 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 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 esta persona?

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

6. **¿Necesita esta persona materiales escritos en diferente formato?** Sí, marque uno de los siguientes: NO
- Letra grande Cinta de audio Braille Disco de computadora Presentación oral

- ★ 7. **¿En qué idioma quiere esta persona que:**
le escribamos? _____
le hablemos? _____

- ★ 8. **¿Solicita OHP esta persona?**

- Sí, vaya a la pregunta 10.
- NO. Vaya al **Paso 2** (página 6).

- ★ 9. **¿Es esta persona 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: _____

- ★ 10. **¿Está esta persona recibiendo atención en Servicios de salud indígena, Clínicas de salud tribales, o Clínicas indígenas urbanas?** Sí NO

- ★ 11. **¿Tiene esta persona 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

- ★ 12. **¿Es esta persona ciudadano o nacionalizado de EE.UU.?**

- Sí, vaya al **Paso 2** (página 6). NO, vaya a la pregunta 14.

- ★ 13. **¿Es esta persona un ciudadano naturalizado o derivado?**

- Sí, denos la siguiente información y vaya al **Paso 2** (página 6). NO, vaya a la pregunta 15.

N° A, N° USCIS, o N° de certificado: _____

★ 14. ¿Tiene esta persona 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:** _____

Esta persona 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 esta persona 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 esta persona a los EE. UU. antes del 22 de agosto de 1996?** Sí NO

g. **¿Es esta persona, 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 esta persona aprobación para Aplazamiento de expulsión o Deportación aplazada?**

Sí NO

Para los Pasos 2–7, denos la siguiente información de las personas:

- Nombradas en su carta de *Renovación OHP – Parte 1 (adjunta)* que están en su unidad familiar; y
- Que usted está agregando a su unidad familiar.

PASO 2 Más preguntas sobre su unidad familiar.

★ = **Requerido**

★ 1. **¿Todas las persons en su unidad familiar viven en Oregon?** Esto incluye vivir en Oregon para buscar trabajo.

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

Nombre y apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre y apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____

★ 2. **¿Cambió su domicilio?** Sí, escriba a continuación el nuevo domicilio. NO

Calle (incluya el número de apartamento)					
Ciudad	Estado	Código Postal	Condado		

★ 3. **¿Cambió la dirección postal?** Sí, escriba a continuación la nueva dirección. NO

Calle (incluya el número de apartamento)					
Ciudad	Estado	Código Postal	Condado		

★ 4. **¿Cambió su número de teléfono?** Sí, escriba el nuevo número a continuación. NO

Teléfono principal: (___ ___) ___ ___ - ___ ___ Casa Trabajo Celular

Teléfono secundario: (___ ___) ___ ___ - ___ ___ Casa Trabajo Celular

Autorizo a DHS / OHA a dejar un mensaje de alerta en mi: Teléfono principal Teléfono secundario

Autorizo a DHS / OHA a enviar mensaje de texto de alerta a mi (celular): Teléfono principal Teléfono secundario

★ 5. **¿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 6.

¿Quién vive en una dirección diferente?

Nombre / apellido	Fecha de nacimiento	
Domicilio (incluya el número de apartamento)		
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 afuera. Motivo:

Asistiendo a la escuela En una hogar de ancianos Hospitalizado En Jobs Corps

Detenido o preso Centro de cuidado comunitario Otro: _____

Si necesita incluir más personas, adjunte más hojas.

- ★ 6. ¿Alguien está embarazada? Sí, escriba el nombre a continuación. NO

Para la "fecha de parto", haga su mejor estimación, aunque la persona aún no haya visto a un médico.

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

- ★ 7. ¿Alguien en esta solicitud tuvo una terminación de embarazo por nacimiento o pérdida en los últimos 3 meses? Esta persona 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

- ★ 8. ¿Necesita escapar de una situación abusiva o peligrosa? Sí NO

- ★ 9. ¿Su pareja le provoca miedo mediante amenazas, gritos o lesiones físicas a usted o a sus hijos?
 Sí NO

Responda las preguntas 10–18 solo para las personas que figuran en su solicitud que solicitan o renuevan los beneficios del OHP.

- ★ 10. ¿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

- ★ 11. ¿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: _____

- ★ 12. ¿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: _____

★ **13. 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 14.

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

★ **14. ¿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

★ **15. ¿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: _____

★ **16. ¿Estaba alguien en cuidado de crianza en Oregon cuando cumplió 18 años?** Los jóvenes que estaban en cuidado de crianza pueden obtener OHP hasta los 26 años, sin importar el ingreso que tengan.

Sí, nómbrelos a continuación. NO

Nombre / apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre / apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____

- ★ 17. **¿Desea cambiar la organización de atención coordinada (CCO) que prefiere cada persona?** Si ha agregado a alguien a su unidad familiar, puede seleccionar una CCO para esta persona aquí. También puede elegir una nueva CCO para las personas que ya están inscritas. 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 haya excepciones tribales que se apliquen a su caso en la Guía para la solicitud de renovación*). Consulte la *Guía para la solicitud de renovación* para obtener más información sobre cómo elegir una CCO en su área.

Nombre	Apellido	Fecha de nacimiento	Preferencia de CCO

- ★ 18. **¿Alguien menor de 19 años tiene un padre que no está incluido en la solicitud?**

Sí, conteste las siguientes preguntas. NO, vaya al **Paso 3** (página 10).

Si solicita beneficios para cualquier persona menor de 19 años que tiene un padre que no está incluido en la solicitud, debe cooperar con el Programa de Manutención de hijos de Oregón. El Programa de Manutención de hijos le solicitará más información sobre el padre de este menor.

No tiene que cooperar con el Programa de Manutención de hijos 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 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 hijos? SÍ NO

a. Nombre y apellido del menor que tiene por lo menos un padre 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 hijos? SÍ NO

★ 1. **¿Alguien debe informar un cambio en su declaración de impuestos?**

Sí, conteste a–c en la siguiente tabla. NO, vaya a la pregunta 3.

★ 2. **¿Está agregando a alguien en su unidad familiar?** Sí, conteste a–c en la siguiente tabla. NO, vaya a la pregunta 3.

Un cambio es cualquier cosa diferente de lo que nos dijo antes. Por ejemplo: pasar de una declaración conjunta de casado(a) a una declaración como soltero(a), declarar un número mayor o menor de dependientes, o dejar de ser un dependiente en la declaración de impuestos de otra persona.

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

b. **¿Piensa esta persona declarar impuestos federales por los ingresos que reciba este año?**

Sí, llene i–ii. NO

i. **¿Cuál será el estatus de contribuyente de esta persona en su declaración de impuestos?**

Soltero/a Casado/a - declaración conjunta Casado/a - declaración separada Viudo/a
 Jefe de la unidad familiar

ii. **¿Tiene esta persona 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 y apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre y apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____

c. **¿Figura esta persona como dependientes de alguien en la declaración de impuestos federales de este año?** Sí, llene i–ii. NO

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

ii. **¿Qué parentesco tiene esta persona con el contribuyente?** _____

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

b. **¿Piensa esta persona declarar impuestos federales por los ingresos que reciba este año?**

Sí, llene i–ii. NO

i. **¿Cuál será el estatus de contribuyente de esta persona en su declaración de impuestos?**

Soltero/a Casado/a - declaración conjunta Casado/a - declaración separada Viudo/a
 Jefe de la unidad familiar

ii. **¿Tiene esta persona 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 y apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre y apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____

c. **¿Figura esta persona como dependientes de alguien en la declaración de impuestos federales de este año?** Sí, llene i–ii. NO

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

ii. **¿Qué parentesco tiene esta persona con el contribuyente?** _____

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

- ★ 3. **¿Alguien necesita informar un cambio en su empleo O está agregando a alguien a su unidad familiar que gana dinero de un empleo o trabajo por cuenta propia?**
- **¿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, gastos y otras deducciones de trabajo por cuenta propia en la pregunta 5 (*página 13*). 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 4.

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:* _____

★ 4. **¿Alguien en el hogar que recibe dinero de fuentes distintas al trabajo necesita informar un cambio O usted está agregando a alguien a su unidad familiar que recibe dinero de una fuente distinta 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 para la solicitud de renovación* para las instrucciones especiales sobre pensión alimenticia y más ejemplos de otros ingresos.

Sí, denos la información a continuación. NO, pase a la pregunta 5.

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 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. **Díganos cuánto recibe (antes de impuestos y deducciones) y con qué frecuencia recibe esta 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 finalizó el divorcio o el acuerdo de separación: _____

- a. **Nombre / apellido:** _____ **Fecha de nacimiento:** _____
- b. **Tipo de otro ingreso:** _____
- c. **Díganos cuánto recibe (antes de impuestos y deducciones) y con qué frecuencia recibe esta 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 finalizó el divorcio o el acuerdo de separación: _____

- ★ 5. ¿Alguien en el hogar necesita informar un cambio en las deducciones que nos informaron O está agregando a alguien que reclama una deducción permitida? 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 para la solicitud de renovación*.

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

Sí, denos la información a continuación. NO, pase a la pregunta 6.

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

b. Tipo de deducción: _____

c. Díganos cuánto paga y con qué frecuencia paga esta 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. Esta deducción: 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. Tipo de deducción: _____

c. Díganos cuánto paga y con qué frecuencia paga esta 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. Esta deducción: Continúa Comenzó en los últimos 3 meses. Fecha del primer pago: _____

Terminó o termina este mes. Fecha del último pago: _____

★ **6. ¿Necesita reportar un cambio en la cantidad de ingreso anual de alguien en su unidad familiar O está agregando a alguien a su unidad familiar que tiene algún ingreso este año?**

Sí, denos la información a continuación. NO, vaya al **Paso 4** (página 15).

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 / gastos permitidos en sus impuestos.

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. Ingresos / gastos anuales de esta persona:</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. Ingresos / gastos anuales de esta persona:</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. Ingresos / gastos anuales de esta persona:</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. Ingresos / gastos anuales de esta persona:</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>

PASO 4

Otra cobertura de seguro de salud

★ = Requerido

- ★ 1. ¿Algún adulto (*mayor de 18 años*) que solicita o está recibiendo asistencia médica, o algún niño de la unidad familiar tiene:

- **cobertura o una oferta de cobertura de seguro de salud, o es elegible para recibirla (*incluyendo cobertura dental*)?**

Marque Sí, aunque esa(s) persona(s) no se haya(n) inscrito por razones de costo, calidad de la cobertura u otro motivo. No marque Sí si la única cobertura que tiene(n) es la del 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 5** (*página 17*).

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 27*) 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

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 27*) 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

- 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 27*) 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

- 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 27*) 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 5

Preguntas demográficas para ayudarnos a servirle mejor — OPCIONAL

Estas preguntas son opcionales. El responder estas preguntas no afectará las decisiones sobre su elegibilidad para la cobertura de beneficios de salud. Hacemos estas preguntas para ayudarnos a garantizar que todos los miembros reciban cuidado de la más alta calidad y el mejor servicio. También utilizamos esta información para ocuparnos de las diferencias en el cuidado. Conteste las siguientes preguntas demográficas opcionales sobre todas las personas que están solicitando beneficios del OHP. Si no quiere contestar estas preguntas, marque “Se niega a contestar”.

Si necesita incluir a más de una persona, copie el **Paso 5** y adjunte hojas adicionales.

Nombre y 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 hay alguno disponible, ¿será suficiente un empleado de DHS/OHA que hable bien su idioma para cubrir sus necesidades? Sí NO

b. Díganos más sobre las necesidades de interpretación de esta persona:

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

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

a. Díganos qué tipo de intérprete o subtítulo 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 subtítulo 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 subtítulo 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 5

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?

Continuación de la página anterior.

12. ¿Cuál es la identidad étnica o racial de esta persona? Marque todas las que correspondan.

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
 Norafricano 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

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 llenar una solicitud para registrarse para votar hoy? Su decisión 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, nómbrelo(s). 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 para la solicitud de renovación*, encontrará más información sobre sus derechos y responsabilidades. La *Guía para la solicitud de renovación* estaba 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/ohprenovacion>.

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.
- Puede ver nuestro “Aviso de prácticas de privacidad” en <https://apps.state.or.us/Forms/Served/ms2090.pdf> o expuesto en un lugar visible en las oficinas del DHS.
- 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 para la solicitud de renovación*.

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 Hijos del Departamento de Justicia a divulgar sus registros de manutención de hijos al DHS y a la OHA, a menos que tenga un motivo justificatorio para no hacerlo.

PASO 7 Lea y firme, continuación

- Solicitar y usar ciertos beneficios o dinero que tenga derecho a recibir. Puede ver ejemplos de estos beneficios o dinero en la *Guía para la solicitud de renovación*.
- 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 para la solicitud de renovación*.
- 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 para la solicitud de renovación*.
- 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 para la solicitud de renovación*.

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 sus ingresos » Verificar otros activos
 - » Comparar otros registros estatales y federales, tales como:
 - Servicio de Impuestos Internos (IRS)
 - Medicaid
 - Manutención de hijos
 - Administración del Seguro Social
 - Beneficios del seguro de desempleo
 - 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 para la solicitud de renovación*.

Programa de Manutención de Hijos

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

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 para la solicitud de renovación* 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 para la solicitud de renovación*.

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 para la solicitud de renovación*.
- Entiendo y estoy de acuerdo con la información de la sección “Lea y firme” de esta solicitud (**Paso 7**) y de la sección “Lea y firme” de la *Guía para la solicitud de renovación*.
- 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 para la solicitud de renovación (formulario OHP 9325)*.
- 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) ★
----------------------------------	------------	--------------------------------

ANEXO A Ancianos y personas con discapacidades — OPCIONAL

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 renovación.

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:	
a. Valor actual: _____		Cantidad que debe: _____		Pagos mensuales: _____			
b. Impuestos a la propiedad (si la cantidad no está incluida en el pago mensual): _____							
c. Seguro contra incendios (si la cantidad no está incluida en el pago mensual): _____							
d. Dueño: _____							
e. Uso de la propiedad (negocio, casas de vacaciones, alquiler, etc.): _____							
f. ¿Es esta propiedad un dominio vitalicio? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO							

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

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

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

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

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 incluidas 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
			\$
			\$
			\$
			\$

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 sabe

Frecuencia: 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 sabe

Frecuencia: 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).



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

OHP 7310 (04/20) Spanish