



Guía de solicitud

Su guía para llenar la solicitud de beneficios del Plan de Salud de Oregón

Para más información sobre el Plan de Salud de Oregón o para llenar la solicitud en línea, visitet www.OHP.Oregon.gov

Do you need materials in this packet in a different format or language? We can help. Please call us at **1-800-699-9075** (TTY 711) or you can email your request to altformat.app@state.or.us. Alternative formats include large print, Braille, audio recordings, web-based communications and other electronic formats.

¿Necesita los materiales de este paquete en otro formato o idioma? Podemos ayudarle. Llámenos al 1-800-699-9075 (TTY 711) o envíenos un mensaje a altformat.app@state.or.us con su pedido. Entre los formatos alternativos se hallan: letra grande, Braille, grabaciones de audio, comunicaciones basadas en Internet y otros formatos electrónicos.

Если материалы данного пакета нужны вам в другом формате или на другом языке, мы можем помочь. Пожалуйста, звоните нам по телефону **1-800-699-9075** (телетайп для слабослышащих - 711). Вы также можете выслать ваш запрос на эл. ящик: altformat.app@state.or.us. Альтернативный формат – это документы, напечатанные крупным шрифтом, шрифтом Брайля, в аудио записи, общение по интернету или других электронных форматах.

Quý vị có cần tài liệu trong tập hồ sơ này bằng một hình thức hoặc ngôn ngữ khác? Chúng tôi có thể giúp đỡ. Xin gọi điện thoại cho chúng tôi tại số **1-800-699-9075** (TTY- điện thoại dành cho người điếc hoặc khuyết tật về phát âm-711) hoặc quý vị có thể email yêu cầu của quý vị về altformat.app@state.or.us. Hình thức thay thế bao gồm in khổ chữ lớn, chữ nổi Braille, băng thâu âm, truyền tin trên trang mạng và các hình thức điện tử khác.

Índice

¿Para qué le puede servir esta guía?	3
¿Necesita ayuda para llenar su solicitud?	3
¿Qué es el Plan de Salud de Oregón (OHP)?	3
¿Cuándo sabré qué beneficios tengo derecho a recibir?	3
Preguntas requeridas	3
PASO 1 — Información sobre usted	4
Nombre legal y nombre preferido	4
Identidad de género	4
Número de Seguro Social (SSN)	4
Dirección de correo electrónico	4
Domicilio, dirección postal	4
Representante autorizado y beneficiarios alternativos	5
Preguntas sobre la declaración de impuestos	5
Servicios médicos anteriores	5
Programas según la edad o por ser ciego o discapacitado	5
Solicitud de beneficios o continuación de beneficios	5
Información sobre tribus	5
Estatus migratorios	6
PASO 2 — Otros miembros de la unidad familiar	7
Relación de los miembros de la unidad familiar con usted	7
Cuidadores de los miembros de la unidad familiar	7
STEP 3 — Ingresos y deducciones	8
Ingresos por trabajo	8
Ingresos de otras fuentes	8
Deducciones	8
Ingresos anuales	8
PASO 4 — Más preguntas sobre su unidad familiar	9
Otras direcciones de miembros de la unidad familiar	9
Embarazo	9
Ciego o permanentemente discapacitado	9
Elija un plan de salud local, también llamado plan de CCO	10
PASO 5 — Seguro de salud actual	11
PASO 8 — Lea y firme	11
Sus derechos y responsabilidades	11
Informes de cambios	13
Si tiene otro seguro	13
Asignación de pagos y gravámenes	13
Otra información	14
Verificación de ingresos y activos	14
Penalidad por transferencia de activos	15
Declaración y firma	16
ANEXO A — Ancianos y personas con discapacidades (Medicare)	17

¿Para qué le puede servir esta guía?

Esta guía le proporciona información e instrucciones sobre la mayoría de las secciones de la *Solicitud de beneficios del Plan de Salud de Oregón*. Si tiene preguntas sobre alguna sección que no figure en esta guía, llame al **1-800-699-9075** (TTY 711).

¿Necesita ayuda para llenar su solicitud?

Los socios comunitarios locales pueden ayudarle a llenar la solicitud. El servicio es gratuito.

Vaya a **www.OregonHealthCare.gov** para encontrar socios comunitarios en su área.

O llámenos al **1-800-699-9075** (TTY 711) para recibir ayuda o para pedirnos la lista de socios comunitarios. También puede pedir ayuda en otro idioma.

¿Qué es el Plan de Salud de Oregón (OHP)?

El Plan de Salud de Oregón (OHP), también conocido como Medicaid, cubre atención médica, dental y de salud mental, y tratamiento de abuso de sustancias para adultos y niños en Oregón.

Para más información sobre el OHP, visite **www.OHP.Oregon.gov** o llámenos al **1-800-699-9075** (TTY 711).

¿Cuándo sabré qué beneficios tengo derecho a recibir?

Después de procesar su solicitud, nos comunicaremos con usted y le informaremos los beneficios para los que califica. Si necesitamos más información para tomar una decisión, le enviaremos una carta que le dirá qué información falta y cómo enviarla.

Si tiene una necesidad médica urgente o está embarazada, llámenos al **1-800-699-9075** (TTY 711) en cualquier momento después de enviar la solicitud.

★ Preguntas requeridas

Las preguntas requeridas están marcadas con una estrella azul (★), y es obligatorio contestarlas. Si no contesta alguna de ellas, el trámite de su solicitud se podría demorar.

Si necesitamos más información para decidir si tiene derecho a recibir cobertura de salud, le enviaremos un aviso para informarle qué necesitamos.

PASO 1 — Información sobre usted

En el **Paso 1**, pedimos información básica sobre usted. Usted será nuestro contacto principal. Llene el Paso 1 aunque solo esté solicitando beneficios para otros miembros de la unidad familiar.

1. Nombre legal y nombre preferido

Su nombre legal es el que usa la Administración del Seguro Social o el que se proporcionó a la Administración del Seguro Social en una solicitud. El nombre legal también puede aparecer en documentos migratorios, documentos de identidad emitidos por el gobierno o actas de nacimiento.

Usamos bases de datos electrónicas para verificar la información que usted da en la solicitud y, para hacerlo, usamos su nombre legal. Puede leer más sobre las bases de datos que utilizamos en la sección “Lea y firme” que comienza en la página 11.

Cuando le enviemos avisos, usaremos su nombre legal.

Cuando nos comuniquemos con usted, usaremos su nombre preferido. No utilizaremos su nombre preferido en avisos.

3. Identidad de género

El OHP le pregunta sobre su identidad de género porque esta información nos ayuda a brindarle la atención que mejor se adapte a sus necesidades. Usted no tiene obligación de dar su identidad de género al OHP. El hacerlo es opcional y no afectará su elegibilidad para recibir servicios.

4. Si solicita beneficios del OHP para usted, ¿tiene 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 solicita beneficios y no tiene SSN, indíquenos por qué no lo tiene. Si desea que le ayudemos a solicitar un SSN, llámenos al 1-800-699-9075.

Los miembros de la unidad familiar que no solicitan beneficios no tienen obligación de darnos su SSN ni de decirnos por qué no lo tienen, pero el hacerlo puede acelerar el proceso de solicitud. El SSN nos ayuda a verificar la información que nos dio, como por ejemplo la cantidad de sus ingresos.

5. Dirección de correo electrónico

Puede pedirnos que le enviemos avisos electrónicos. Para esto, debe configurar una cuenta en línea en **OHP. Oregon.gov** y decirnos si quiere recibir los avisos por correo electrónico o por mensaje de texto. Después de registrarse para recibir avisos electrónicos, le enviaremos una carta con más información sobre cómo recibir los avisos electrónicos y qué avisos todavía se envían por correo normal.

8. Domicilio

Proporcione un domicilio, si lo tiene. No olvide incluir el código postal, ya que lo necesitamos para garantizar que usted se inscriba en un plan de salud que atiende en su área.

Si no tiene una dirección física, solo díganos el condado, el estado y el código postal donde pasa la mayor parte de su tiempo.

9. Dirección postal

Proporcione una dirección postal si:

- No recibe correspondencia en su domicilio.
- No tiene domicilio.
- Le preocupa su seguridad, incluyendo la violencia doméstica.

12. ¿Le gustaría elegir un representante autorizado o uno o más beneficiarios alternativos?

Un representante autorizado puede ayudarlo, entre otras cosas, a llenar solicitudes y a informar cambios.

Un beneficiario alternativo es una persona u organización que puede recibir y usar beneficios en su nombre. El beneficiario alternativo usa los beneficios por usted cuando usted no puede hacerlo o si usted quiere que él o ella lo haga. Los beneficiarios alternativos no pueden usar para sí mismos sus beneficios médicos o los beneficios que reciben en su nombre. Los beneficios que ellos pueden usar en su nombre incluyen cosas como un pago para ayudar a instalar una rampa para silla de ruedas.

14-15. Preguntas sobre la declaración de impuestos

Estas preguntas ayudarán a decidir la información de quién, incluyendo ingresos, se debe usar para determinar los beneficios que tiene derecho a recibir. No podemos responder preguntas específicas sobre cómo llenar sus declaraciones de impuestos. Si tiene preguntas al respecto, vaya a **www.irs.gov** o consulte a un profesional impositivo.

17. Servicios médicos anteriores

Puede avisarnos si necesita ayuda para pagar cuentas médicas de los últimos tres meses. Decidiremos si usted es elegible para recibir cobertura de salud para los meses en los que debe dinero. Le enviaremos un aviso si es elegible para recibir cobertura para esos meses. Si lo es, podrá pedirle al proveedor que envíe las facturas al OHP por los servicios que usted recibió.

18. Programas según la edad o por ser ciego o discapacitado

Cuando usted solicita cobertura de salud, nos fijamos en todos los programas médicos para los cuales podría ser elegible. Algunos de estos se basan en la edad o en el hecho de que la persona sea ciega o discapacitada. Si investigamos estos programas médicos, le enviaremos una carta para programar una entrevista con usted. La información que necesitaremos en la entrevista se encuentra en el **Anexo A**.

19. ¿Solicita beneficios del OHP para usted? Si tiene OHP ahora, ¿desea seguir recibiendo los beneficios?

Si alguna persona de su unidad familiar ya tiene cobertura, usted tal vez no tenga que llenar una solicitud completa. Puede ingresar en su cuenta en línea o llamar al **1-800-699-9075** (TTY 711) si necesita hacer cualquiera de estas cosas:

- Agregar a alguien a su caso.
 - Renovar su cobertura.
 - Informar un cambio..
-

20-22. Información sobre tribus

Con esta información nos ayudará a determinar si califica para ciertos derechos de inscripción (*vea la página 10*).

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

Usamos la información de esta pregunta para decidir el nivel de cobertura que usted tiene derecho a recibir.

Para las preguntas b-g, podemos usar estas respuestas para verificar la información que usted nos da sobre su estatus migratorio. No es obligatorio que las responda al llenar la solicitud, pero si lo hace puede ayudarnos a procesarla más rápido.

Tipo de documento migratorio y número de tarjeta o documento

Consulte la siguiente lista para ver algunos tipos comunes de documentos y sus números. Aunque el documento que usted tiene no esté en la lista, puede escribir el nombre. Si no tiene toda la información, puede dejar respuestas en blanco. De ser necesario, le enviaremos una carta para recibir más información.

Si tiene este tipo de documento:	Dé estos números de tarjeta o documento:
Tarjeta de residente permanente, “Tarjeta verde” (I-551)	Número de registro de inmigrante Número de tarjeta
Permiso de reingreso (I-327)	Número de registro de inmigrante
Documento de viaje para refugiado (I-571)	Número de registro de inmigrante
Tarjeta de autorización para trabajar (I-766)	Número de registro de inmigrante Número de tarjeta Fecha de vencimiento Código de categoría
Visa de inmigrante legible por máquina (<i>con texto de I-551 temporal</i>)	Número de registro de inmigrante Número de pasaporte
Sello temporal de I-551 (en el pasaporte o en el I-94/I-94A)	Número de registro de inmigrante
Registro de llegada o salida (I-94/I-94A)	Número de I-94
Registro de llegada o salida en un pasaporte extranjero (I-94)	Número de I-94 Número de pasaporte Fecha de vencimiento País de emisión
Pasaporte extranjero	Número de pasaporte Fecha de vencimiento País de emisión
Certificado de elegibilidad para el estatus de estudiante no inmigrante (I-20)	ID de SEVIS
Certificado de elegibilidad para el estatus de visitante de intercambio (DS2019)	ID de SEVIS
Aviso de acción (I-797)	Número de registro de inmigrante o número de I-94
Otro	Número de registro de inmigrante o número de I-94 Descripción del tipo o nombre del documento

Para ver otros documentos migratorios aceptables, vaya a la página siguiente.

También puede dar estos documentos:

- Un documento que indique que usted es miembro de una tribu indígena reconocida federalmente o un indígena americano nacido en Canadá
- Carta de elegibilidad de la Oficina de Reubicación de Refugiados (Office of Refugee Resettlement u ORR)
- Un documento que indique la suspensión de la repatriación
- Orden administrativa de suspensión temporal de la repatriación emitida por el Departamento de Seguridad Nacional (Department of Homeland Security o DHS)
- Certificado de la Oficina de Reubicación de Refugiados (ORR) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. (HHS)
- Inmigrante cubano o haitiano
- Residente de Samoa Americana

PASO 2 — Otros miembros de la unidad familiar

En el **Paso 2**, pedimos información básica sobre otros miembros de su unidad familiar. Para ver información sobre las preguntas que también hicimos sobre el contacto principal, vea la sección anterior de esta *Guía de solicitud*.

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

Necesitamos saber qué relación tiene esta persona con el contacto principal. Algunos ejemplos de parentesco son: padre, madre, padrastro, madrastra, hijo, hijastro, hermano, abuelo/a, tío/a, y primo/a. Si no tiene parentesco puede escribir “sin parentesco”.

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

El cuidador principal es una persona relacionada con un niño y que asume la responsabilidad primaria de su cuidado.

No tiene que contestar esta pregunta si el contacto principal es el padre, madre, padrastro o madrastra del niño. Tampoco tiene que contestarla si la Persona 2 tiene 19 años o más.

PASO 3 — Ingresos y deducciones

En el **Paso 3**, pedimos información sobre sus ingresos y deducciones.

1. Ingresos por trabajo

- Díganos cuánto ganan usted y los miembros de su unidad familiar por trabajo. El dinero puede provenir de un empleador o de trabajo por cuenta propia.
- Si tiene un empleador, díganos la cantidad de ingresos “brutos” que gana, o sea la cantidad que recibe antes de descontar impuestos y otras deducciones.
- Si trabaja por cuenta propia, anote la cantidad de ganancias en bruto que recibe, o sea la cantidad que gana antes de descontar los gastos de su negocio. Puede leer más sobre el trabajo por cuenta propia, los ingresos brutos y los gastos que se pueden deducir en www.irs.gov/individuals/Self-Employed. En la pregunta 3 de esta sección nos dará información sobre sus gastos de negocios.
- No deje de informarnos si su ingreso comenzó o terminó este mes. Esto es importante para determinar su elegibilidad para recibir beneficios.

2. Ingresos de otras fuentes

Indique si recibe ingresos de fuentes distintas al trabajo. En la solicitud se dan algunos ejemplos. Otros ejemplos pueden ser: estipendios, ingresos de un fideicomiso, ingresos educativos y pago militar. Hay muchos tipos de otros ingresos. Dé la mayor cantidad posible de información en la sección “tipo de ingreso” para que sepamos si se deben tener en cuenta o no para el OHP.

Si recibe ingresos por pensión alimenticia, estos podrían no contar para el OHP. Sus respuestas a las preguntas adicionales sobre pensión alimenticia nos ayudarán a decidir si esos ingresos se deben contar o no para el OHP.

3. Deducciones

Dé información sobre las deducciones y los gastos de trabajo por cuenta propia que puede incluir en su declaración de impuestos federales. En general, si va a solicitar un crédito impositivo en su declaración de impuestos federales, no puede también deducir ese gasto en el mismo año fiscal. No podemos aconsejarle en temas impositivos, pero puede visitar www.irs.gov o hablar con un profesional impositivo para obtener más información sobre su situación específica.

4. Ingresos anuales

Para algunos programas médicos, podemos fijarnos en la cantidad de ingresos que usted recibe o piensa recibir en el año completo. No se olvide de informarnos sobre todos los ingresos que reciben o esperan recibir los miembros de la unidad familiar para el año completo. No olvide incluir los ingresos recibidos en los meses anteriores del año, aunque ya no se estén recibiendo ahora.

Por ejemplo, usted recibió compensación por desempleo en enero, pero empezó a trabajar en febrero. Al iniciar su empleo, dejó de recibir la compensación. Usted debe incluir la cantidad de compensación por desempleo que recibió en la sección “Otros ingresos no derivados del trabajo”.

PASO 4 — Más preguntas sobre su unidad familiar

En el **Paso 4**, responda las preguntas 1 a 6 para todas las personas que figuran en la solicitud, soliciten o no cobertura de salud, aunque la respuesta sea no.

2. ¿Alguien en esta solicitud vive en una dirección diferente de la del contacto principal (usted mismo)?

Si alguien no vive en la misma casa que el contacto principal, necesitamos saber dónde vive. Las otras preguntas nos dicen por qué usted lo incluyó en la solicitud y nos ayudan a saber si debemos usar su información para determinar si usted califica para recibir cobertura de salud.

Los siguientes son algunos lugares donde una persona está cuando se ausenta temporalmente:

- Una institución de cuidado basada en la comunidad certificada por el Departamento de Servicios Humanos para brindar cuidado a largo plazo. Algunos ejemplos de estas instituciones son:
 - » Cuidado de acogida para adultos
 - » Instituciones de cuidado residencial
 - » Instituciones de vida asistida, y
 - » Hogares de cuidado grupales.
- Un asilo de ancianos es un lugar que ofrece un hogar donde las personas pueden vivir y recibir atención médica.
- Si un miembro de la unidad familiar está en el Hospital Estatal de Oregón, usted debe marcar el casillero que se encuentra junto a “Hospitalizado”.

3. ¿Alguien en esta solicitud está embarazada?

Si no conoce su fecha de parto, haga el mejor cálculo que pueda sobre la fecha. Si sabe cuántos bebés espera, anote ese número. Si no sabe, déjelo en blanco y determinaremos su elegibilidad con base en “1”. Si la fecha de parto o el número de bebés que está esperando cambia, puede llamarnos y avisarnos.

4. ¿Alguien en esta solicitud tuvo una terminación de embarazo por nacimiento o pérdida en los últimos 3 meses?

El OHP brinda cobertura dental y oftalmológica extra para mujeres embarazadas. La cobertura extra también está disponible durante los dos meses siguientes a la terminación del embarazo. Hacemos esta pregunta para asegurar que usted reciba los beneficios adecuados.

Responda las preguntas 7-15 solo para las personas de su solicitud que solicitan cobertura de salud en su unidad familiar.

11-12. ¿Hay alguien ciego o permanentemente discapacitado? ¿Alguien necesita ayuda para caminar, ir al baño, bañarse o vestirse?

Algunas personas ciegas, permanentemente discapacitadas o que necesitan ayuda adicional para las cosas antes mencionadas califican para cobertura de salud adicional. Si responde estas preguntas nos ayudará a determinar si usted podría tener derecho a recibir esta cobertura de salud adicional.

14. Díganos qué organización de atención coordinada (CCO) prefiere para cada persona:

Elija un plan de CCO local

¿Qué es una CCO?

El OHP tiene planes de salud locales que le ayudan a usar sus beneficios. Estos planes se llaman organizaciones de atención coordinada (Coordinated Care Organizations o CCO). Un plan de CCO tiene un grupo de proveedores locales como médicos, consejeros y dentistas que trabajan en conjunto para que usted se mantenga sano.

Todos los planes de CCO ofrecen los mismos beneficios básicos del Plan de Salud de Oregon. El OHP cubre la atención médica, dental y de salud mental. También cubre ayuda para adicciones.

¿Cuáles son los planes de CCO en mi área?

La mayoría de las áreas del estado tienen una CCO. Algunas tienen más de una. Vea las CCO disponibles en su área en www.bit.ly/CCOplans.

¿Hay más de un plan de CCO en su área? Aquí le explicamos cómo elegir uno:

1. Vaya a www.bit.ly/CCOplans para ver la lista de las CCO.
2. Compare los planes de CCO y considere lo que ofrece cada plan.
3. Fíjese en los proveedores de salud, farmacias, hospitales y servicios de cada plan.
4. No todos los proveedores trabajan con la CCO de su área. Si ya tiene un proveedor, pregúntele con qué plan de CCO trabaja. Puede ver la lista de proveedores de cada CCO, llamada "Directorio de proveedores".
5. Decida qué CCO es la indicada para usted y su familia.

¿Está listo para elegir una CCO?

Vaya al Paso 4, pregunta 14 de la solicitud del OHP. Si no elige una CCO, lo haremos por usted.

Algunos miembros del OHP no estarán en una CCO

Usted puede no estar en un plan de CCO porque tiene otro seguro o porque tiene un motivo médico para no usar una CCO. Esto a veces se denomina tarjeta abierta o tarifa por servicio.

¿No tiene CCO? No hay problema. Puede llamar al **800-562-4620** para que le ayuden a encontrar un proveedor o para preguntar sobre lo que debe hacer para recibir atención.

Los miembros con Medicare tienen otras opciones

Usted no tiene que recibir atención de la salud física a través de un plan de CCO. Si no quiere una CCO para la atención de su salud física, hable con la oficina local del DHS para hacer el cambio. Encontrará una lista de oficinas en www.oregon.gov/dhs/offices. Haga clic en "Ancianos y personas con discapacidades". También puede preguntar sobre los planes de Medicare que trabajan junto con las CCO.

Los indígenas americanos y nativos de Alaska deben solicitar una CCO

Si usted es indígena americano o nativo de Alaska, tiene que solicitar un plan de CCO. No recibirá una CCO automáticamente.

Los indígenas americanos y nativos de Alaska que usan el OHP no tienen obligación de ser parte de un plan de CCO. Usted puede recibir atención de un proveedor de atención de la salud indígena, como por ejemplo una clínica tribal o una institución de Servicios de Salud Indígena (*Indian Health Service* o IHS). Puede cambiar o salir de su plan de CCO en cualquier momento.

La mayoría de los proveedores de atención de la salud indígena trabajan con las CCO. Estos planes pueden resultar útiles porque conectan su atención física, dental y de salud mental.

Definimos a los indígenas americanos o nativos de Alaska como uno de los siguientes:

- Un miembro de una tribu, banda o grupo indígena reconocido federalmente.
- Un esquimal o aleutiano u otro nativo de Alaska inscrito por el Secretario del Interior conforme a la Ley de Arbitraje de las Reclamaciones de los Indígenas de Alaska (*Alaska Native Claims Settlement Act*), 43 U.S.C. 1601.
- Una persona a quien el Secretario del Interior considera indígena para cualquier fin.

PASO 5 — Seguro de salud actual

Este paso trata sobre la cobertura de salud que no se recibe de un programa del OHP. Infórmenos si algún miembro adulto del grupo familiar (*de 19 años o mayor*) que solicita beneficios, o algún niño que vive en el hogar, tiene seguro médico. También díganos si alguien tiene una oferta de seguro de salud o es elegible para recibirla. Por ejemplo, si alguien tiene un empleador que ofrece cobertura de seguro de salud, pero no se inscribió en ese seguro porque el precio es muy alto. A veces podemos ayudar a pagar la prima.

No olvide informarnos sobre:

- Seguro de salud privado pagado por usted u otra persona, tal como un seguro ordenado por un tribunal.
- Seguro que se reciba o se pueda recibir a través de un empleador.
- Seguro proporcionado por un empleador después de haber dejado de trabajar.
- Seguro proporcionado por un padre / madre que no vive con usted.
- Seguro que recibe como un beneficio de retiro (*militar, por ejemplo*).
- Seguro que recibe a través de la escuela.
- Cualquier seguro que lo cubra, aunque no pueda acceder al mismo en el área donde vive.
- Seguro de salud similar al OHP que reciba de otro estado. Esto se denomina Medicaid / CHIP.

PASO 8 — Lea y firme

Al firmar la solicitud, usted declara estar de acuerdo con todas las declaraciones del **Paso 8**.

Sus derechos y responsabilidades

La información de esta sección enumera 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, que son sus “derechos”. También enumera las cosas que usted se compromete a hacer cuando solicita o recibe asistencia médica, que son sus “responsabilidades”.

Lea esta información con atención. Puede pedir explicaciones al personal del DHS. Si hay algo que no entiende, pregunte. 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.

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.
- Tiene derecho a preguntar sobre cualquier programa del DHS o la OHA, y a solicitarlos. También podemos derivarlo a otros servicios que necesite.
- Puede pedir un recibo por cualquier formulario que entregue en una oficina del DHS o de la OHA.
- Puede solicitar una reunión con un trabajador. También puede pedir hablar con una persona a cargo.
- 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.
- Puede pedir ver las declaraciones sobre usted en el expediente de su caso.
- Si tiene un “motivo justificado”, puede pedir que no le exijan cooperar con manutención de hijos. Un motivo justificado significa que el cobro de manutención representaría un peligro para usted o sus hijos. El DHS y la OHA le darán

formularios que explican lo que se entiende por motivo justificado/ Estos formularios le explican la forma en que el Programa de Manutención de Hijos de Oregón puede ayudarle a recibir manutención de hijos, incluso manutención médica en efectivo, sin que usted o sus hijos corran riesgos. El DHS y la OHA también pueden contestar las preguntas que usted pueda tener sobre lo que se considera un motivo justificado.

- La información que usted dé al DHS o a la OHA se mantendrá en privado. Nuestro “Aviso de prácticas de privacidad” se encuentra en línea en <https://apps.state.or.us/Forms/Served/me2090.pdf> y en un lugar visible en todas las oficinas del DHS.
- El DHS y la OHA le dirán si puede recibir beneficios en los siguientes plazos:
 - » 90 días para una decisión médica basada en una discapacidad (excepto en circunstancias inusuales).
 - » 45 días para otros beneficios de salud.
- Si no está de acuerdo con alguna decisión tomada por el DHS o la OHA, puede solicitar una audiencia.
- Un miembro del personal del DHS puede ayudarle a llenar la solicitud de audiencia. Si recibe cuidado basado en el hogar o la comunidad, o en un hogar de ancianos, no hay derecho de audiencia sobre una demanda de recuperación de patrimonio. Puede obtener más información en la sección Programa de recuperación de patrimonio. La solicitud de audiencia se debe presentar a más tardar a los 90 días de la fecha en que se tomó la decisión.

Sus responsabilidades (lo que usted debe hacer):

Si participa en algún programa del DHS o de la OHA, usted debe:

- Dar información verdadera, correcta y completa al DHS y a la OHA.
- Presentar pruebas de ciertas cosas que informa. Si no puede conseguir pruebas, debe permitir que nos comuniquemos con otras personas o agencias para obtenerlas.
- 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 para revisión 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 motivo justificado para no hacerlo.
- Solicitar y usar ciertos beneficios o dinero que tenga derecho a recibir. Estos pueden ser:
 - » Seguro Social
 - » Seguro de compensación por accidentes de trabajo
 - » Retiro ferroviario
 - » Seguro de cuidado a largo plazo
 - » Beneficios de veteranos
 - » Seguro médico
 - » Beneficios de logias y sindicatos
 - » Medicare
 - » Seguro por lesión personal sin culpa, que se encuentra en todos los seguros de vehículos motorizados
- Hacerse los exámenes médicos necesarios para llenar su solicitud de asistencia médica.
- Informar a los proveedores médicos si tiene alguna otra cobertura de salud. Por ejemplo:
 - » Medicare
 - » Seguro por lesión personal sin culpa, que se encuentra en todos los seguros de vehículos motorizados
 - » Beneficios de veteranos
 - » Otra cobertura de salud
 - » Seguro de compensación por accidentes de trabajo
- Los proveedores deben facturar por la atención médica que usted recibe a los otros seguros antes de enviar facturas al DHS o a la OHA. Dé el número de su identificación médica emitida por el estado antes de recibir servicios.
- Si se requiere, haga los pagos mensuales para seguir recibiendo los beneficios médicos y de servicios. La cantidad del pago puede cambiar si cambia su situación económica.
- Informar a la Unidad de Retenciones por Lesión Personal 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).
 - » Tiene una demanda contra alguien que le causó una lesión.

Informes de cambios

Si recibe beneficios del DHS o de la OHA, debe informar ciertos cambios que afectan su situación o la de otras personas que reciben beneficios con usted. Si no cumple con este requisito, puede recibir un exceso de beneficios. Cualquier persona de su unidad familiar que tenga 18 años o más puede tener que devolver los beneficios recibidos en exceso.

Cuando se aprueban sus beneficios, el aviso le indica lo que debe informar y cuándo debe hacerlo. Cada programa tiene distintos requisitos de información, por lo que puede variar lo que necesita informar y cuándo debe hacerlo según el programa.

Cuando usted informa un cambio, el trabajador le indicará si tiene que presentar comprobantes. Si el cambio afecta otros beneficios que usted recibe, la agencia se lo informará. Si no está seguro si debe informar un cambio, puede preguntarle a un trabajador.

Si tiene otro seguro

Si usted o un miembro de su familia tiene otro seguro médico, infórmele al proveedor (*médico, clínica, farmacia u hospital*) antes de recibir atención. Si tiene seguro de vehículo motorizado y sufre una lesión en un accidente automovilístico, infórmele al proveedor sobre su seguro de vehículo motorizado. Los proveedores deben facturar a la otra compañía de seguros antes de enviar facturas a la OHA. Si el DHS o la OHA paga una factura médica que debería haber sido pagada por un seguro, el DHS o la OHA tomarán medidas para recuperar el dinero. Por ejemplo:

- Si el DHS o la OHA paga una factura que debería haber sido pagada por un seguro privado, el DHS o la OHA tratarán de recuperar el dinero de la compañía de seguros.
- Si el DHS o la OHA paga una factura médica y el proveedor también recibe el pago de una compañía de seguros, el DHS o la OHA tratarán de recuperar el dinero del proveedor.
- Si el DHS o la OHA paga una factura médica y usted recibe un cheque de una compañía de seguros, el DHS o la OHA tratarán de recuperar el dinero que usted recibió.

Asignación de pagos y gravámenes

Para calificar para recibir asistencia médica, usted debe otorgar al DHS, a la OHA y a su CCO el derecho a recibir el dinero que:

- Usted u otras personas que reciben asistencia médica con usted reciban o tengan derecho a recibir de otras partes que tenían obligación legal de pagar por gastos médicos o por lesiones pagados por la asistencia médica.

Esto incluye dinero proveniente de:

- Seguro de salud privado
- Seguro de automóvil
- Personas
- Otras fuentes

Esto recibe el nombre de “asignación de pagos” al DHS o a la OHA y a las CCO. La asignación de pagos es automática para todas las personas que reciben asistencia médica. Para seguir recibiendo estos beneficios, usted y los demás miembros de su familia (*incluidos los hijos que nacerán en el futuro*) deben ayudar al DHS o a la OHA a encontrar y recibir estos pagos en cualquiera de las siguientes formas:

- Informar al DHS, a la OHA y a su CCO en un plazo de 10 días si un tercero le causó lesiones a usted o a un miembro de su familia.
- Proporcionar información sobre las partes que causaron la lesión.
- Ayudar con cualquier información que se les solicite, incluyendo información sobre seguros.

El dinero que el DHS o la OHA pueden tomar tiene un límite. No puede ser más de lo pagado por los gastos médicos que la otra parte tiene obligación legal de pagar.

Podríamos poner un gravamen al dinero pagado por una parte con obligación legal de pagar para garantizar el pago al DHS, a la OHA o a una CCO.

Usted debe autorizar a las siguientes partes a divulgar sus registros médicos a las compañías de seguros:

- Proveedores médicos
- Hospitales
- Empleadores
- Agencias gubernamentales

Esto incluye registros suyos y de otros miembros de la familia que estén recibiendo asistencia médica, y solo se hará para que el DHS y la OHA recuperen el dinero.

Otra información

Uso del número de Seguro Social (SSN)

Las siguientes leyes y normas disponen que toda persona que solicite beneficios en efectivo o de comida debe proporcionar su número de Seguro Social (SSN) al DHS o a la OHA::

- Leyes federales (42 USC 1320b-7(a) y (b), 7 USC 2011-2036, 42 CFR 435.910, 42 CFR 435.920 y 42 CFR 457.340(b))
- Norma Administrativa de Oregón (OAR 461-120-0210)

El proporcionar un SSN puede acelerar el proceso de solicitud. Si alguien no tiene SSN, visite **www.ssa.gov** para obtener información sobre la forma de solicitarlo.

- 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 sus datos con otros registros estatales y federales, tales como:
 - * Servicio de Impuestos Internos (IRS)
 - * Administración del Seguro Social
 - * Medicaid
 - * Beneficios del seguro de desempleo
 - * Manutención de hijos
 - * 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 requieren cuando usted solicita 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.

Verificación de ingresos y activos

La información que usted dio en la solicitud estará sujeta a revisión y verificación por parte de funcionarios federales, estatales y locales. Para determinar si usted tiene derecho a recibir asistencia médica, el DHS y la OHA usan lo siguiente:

- Sistema de Verificación de Ingresos y Elegibilidad (IEVS)
- Sistema de Verificación de Activos (AVS)

El AVS busca la siguiente información sobre usted y cualquier persona que deba proporcionar información financiera cuando usted solicita y recibe asistencia médica. El AVS busca los siguientes datos, ya sea que usted los haya informado o no:

- Instituciones financieras:
 - » Cuentas bancarias
 - » Cuentas de cooperativa de crédito
- Registros de bienes raíces:
 - » Casas
 - » Terrenos
- Registros de vehículos:
 - » Vehículos

Programa de recuperación de patrimonio

El programa de recuperación de patrimonio es complejo y aplica a lo siguiente:

- Asistencia médica
- Programa de Ingresos Suplementarios de Oregón
- Asistencia general
- Ciertas personas que recibieron Medicare y Asistencia médica al mismo tiempo

El propósito de la recuperación de patrimonio es conseguir reembolso a partir de los activos de un beneficiario fallecido. Parte del dinero vuelve al gobierno federal. El resto se usa para financiar programas para otras personas necesitadas. Hay muchas excepciones para la recuperación de patrimonio.

El derecho del estado a recuperar beneficios de su patrimonio

El DHS y la OHA pueden demandar dinero de su patrimonio (*tal como se define en ORS 416.350*) después de su fallecimiento en los siguientes casos:

- Si ocurrió lo siguiente, la cantidad de beneficios médicos podría pagarse de su patrimonio:
 - » Usted recibió beneficios médicos del estado después del 1º de octubre de 2013.
 - » Usted tenía más de 54 años y recibió beneficios de cuidado a largo plazo.

Esto incluye pagos que el Plan de Salud de Oregón hizo en su nombre a un plan de atención administrada o a una CCO.

- Si ocurrió lo siguiente, la cantidad de beneficios médicos podría pagarse de su patrimonio:
 - » Usted recibió beneficios médicos del estado después del 1º de octubre de 2013.
 - » Usted tenía más de 54 años, o tiene ciertos tipos de fideicomisos:
 - * Fideicomisos de necesidades especiales
 - * Fideicomisos de límite de ingresos
- Puede haber una demanda sobre su patrimonio si usted recibió beneficios de alguna de estas formas:
 - » Programa de Ingresos Suplementarios de Oregón
 - » Cierta asistencia general
 - » El estado tuvo que pagar una contribución mensual porque usted recibió tanto asistencia médica como Medicare Parte D.

El DHS y la OHA aplazarán una demanda de dinero si su cónyuge sigue con vida.

El DHS y la OHA no demandarán este dinero de su patrimonio si algunos de estos miembros de su familia siguen con vida:

- Hijos biológicos o adoptados menores de 21 años. Nota: los hijastros no están incluidos.
- Hijo biológicos o adoptados de cualquier edad si son ciegos o discapacitados según lo definido en los criterios del Seguro Social.

Nota: Las leyes y normas sobre demandas contra el patrimonio pueden cambiar sin previo aviso.

Toda persona que reciba activos del patrimonio de un cliente puede solicitar al DHS o la OHA que renuncie a la recuperación del patrimonio si cumplen con los requisitos de una exención por dificultades. Las instrucciones para solicitar una exención por dificultades se encuentran en la información que la Unidad de Administración Patrimonial envía cuando comienza el proceso de recuperación.

Comuníquese con la Unidad de Administración del Patrimonio a:

PO Box 14021

Salem, OR 97309-5024

Teléfono: 503-378-2884

1-800-826-5675 (*solo en Oregón*)

Fax: 503-378-3137

Penalidad por transferencia de activos

Si usted transfiere un activo por menos de su valor, puede perder su derecho a recibir algunos beneficios. Si regala o vende un activo, decimos que usted transfiere el activo. Los activos son ingresos y objetos de valor, por ejemplo:

- Casas
- Vehículos
- Bienes
- Dinero

Hable con su trabajador antes de vender o regalar cualquier activo.

Si transfiere un activo, puede perder el derecho a recibir los siguientes beneficios:

- Servicios de cuidado a largo plazo (LTC):
 - » Hogares de acogida para adultos
 - » Instituciones de vida asistida
 - » Servicios en el hogar
 - » Instituciones para ancianos
 - » Otros entornos de cuidado
- Asistencia médica para refugiados

Investigamos lo que sucedió antes de su solicitud para ver si hay alguna transferencia de activos que resulte en una penalidad:

- Para los servicios de cuidado a largo plazo (LTC), investigamos los 5 años anteriores.
- Para la asistencia médica para refugiados, investigamos los 3 años anteriores.

La penalidad por transferencia de activos comienza cuando usted solicita beneficios y tiene derecho a recibirlos, y solo se aplicará a los beneficios antes mencionados. La penalidad consistirá en el rechazo de su solicitud para ese beneficio. Si usted transfiere un activo mientras recibe beneficios, también habrá una penalidad. Esta consistirá en la suspensión de dicho beneficio durante un tiempo. Si sus beneficios de LTC terminan, sus otros beneficios médicos se pueden reducir o cancelar.

Declaración y firma

Mediante su firma en esta solicitud, usted confirma que:

- Entiende que, para verificar la información que usted proporcionó en este formulario, el DHS y la OHA usarán bases de datos y sistemas informáticos estatales y federales que tienen información sobre sus ingresos, otros seguros de salud (incluyendo Medicare), seguro social, y estatus de ciudadanía y migratorio.
- Entiende que algunos servicios y equipos médicos requieren autorización previa (AP) y usted tiene la AP del DHS, la OHA, la Organización de atención coordinada (CCO) o el plan de atención coordinada antes de poder recibirlos.
- Usted y su cónyuge aceptan que el DHS y la OHA se convertirán en beneficiarios de cualquier anualidad que usted informe.
- Entiende que el DHS y la OHA no usarán los siguientes gastos para calcular los beneficios de su cuidado a largo plazo si no los informa:
 - » Vivienda
 - » Médicos
 - » Cuidado de niños
 - » Manutención de hijos ordenada por un tribunal
- Entiende y acepta la información de la sección “Lea y firme” de la solicitud (Paso 8) y de la sección “Lea y firme” de esta Guía de solicitud.

ANEXO A — Ancianos y personas con discapacidades (Medicare)

Tal vez tengamos que determinar la elegibilidad para programas para personas de cierta edad, o ciegos o discapacitados si alguien en su unidad familiar solicita beneficios y:

- Está recibiendo o es elegible para recibir Medicare
- Tiene 65 años o más
- Solicita servicios de cuidado a largo plazo

Necesitaremos la información del Anexo A si revisamos la elegibilidad para esos programas. No tiene que responder las preguntas del Anexo A ahora, pero si lo hace puede acelerar el proceso de solicitud. Si revisamos esos programas, necesitaremos tener una entrevista con usted. Le enviaremos una carta para planificar la entrevista. Cuando venga a la entrevista, repasaremos las preguntas del Anexo A.