

Oregon^{one}eligibility



PLAN DE SALUD DE OREGON (OHP)

GUÍA DE LA SOLICITUD DE ONE

GUÍA DE LA SOLICITUD DE ONE

Su guía para solicitar el Plan de Salud de Oregon a través de ONE

El Portal para Solicitantes de Elegibilidad de Oregon (ONE) es el lugar donde puede encontrar todo lo que necesita para solicitar el Plan de Salud de Oregon (OHP, por sus siglas en inglés). Si solicitó por primera vez o renovó su OHP el 1.º de diciembre de 2015 o en una fecha posterior, también puede usar el Portal para Solicitantes para renovar su cobertura del OHP y reportar cambios en el hogar.

El Portal para Solicitantes está disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana.

CONTENIDO

Antes de empezar	3	Empecemos	6
¿Quién puede usar el Portal para Solicitantes? ...	3	Acerca de un representante autorizado	6
A quién debe incluir en su solicitud	3	Obtenga ayuda local	7
¿Desea que le ayuden a llenar su solicitud?	4	¿Qué está solicitando?	7
¿Qué es el Plan de Salud de Oregon (OHP)?	4	Información sobre su hogar	8
¿Cuánto se demorarán en informarme de los beneficios para los que soy elegible?	4	Información del solicitante	8
Información básica	5	Información personal	10
Parte 1 — Ingrese y confirme la solicitud	5	Situación fiscal y relaciones familiares	11
Solicitante primario — Información básica	5	Relaciones familiares	11
Comience a llenar su solicitud	6	Información sobre la declaración de impuestos	12

Detalles del hogar	13
Información tribal	13
Información sobre el estatus de prisión/cárcel	13
Información de la discapacidad	13
Cómo comunicarnos con usted.....	14
Ingreso del hogar	15
Ingresos de trabajo	15
Ingreso por trabajo por cuenta propia	16
Otros ingresos	17
Gastos.....	18
Información del empleador	19
Detalles sobre la cobertura de salud	19
Detalles acerca de usted y su hogar.....	19
Más acerca del embarazo	20
Información sobre la cobertura y los beneficios de la atención de salud	21

Pérdida de cobertura médica	22
Gastos médicos.....	23
Información sobre manutención médica.....	24
Revisar	25
Antes de enviar su solicitud	25
Parte 2 – Revisar y enviar elegibilidad	27
Preguntas post-elegibilidad	27
Pantallas de verificación	28
Resultados de la elegibilidad	29
Parte 3 – Seleccionar y administrar planes	30
Elección de Organización de Atención Coordinada (CCO, por sus siglas en inglés)...	30
Página del Resumen	31
¡Felicidades!.....	31

ANTES DE EMPEZAR

¿QUIÉN PUEDE USAR EL PORTAL PARA SOLICITANTES?

Cualquier persona que haya solicitado el Plan de Salud de Oregon (OHP, por sus siglas en inglés) por primera vez el 1.º de diciembre de 2015, o en una fecha posterior, puede usar ONE.

Si alguno de los miembros de su hogar es miembro actual del OHP que solicitó o renovó su OHP antes del 1.º de diciembre de 2015, usted no puede usar el Portal para Solicitantes para renovar la cobertura del OHP en este momento.

- ▶ Cuando las personas en su hogar necesiten renovar su cobertura del OHP, le enviaremos una carta que le indique cómo renovar.
- ▶ Si alguien en su hogar no tiene OHP y desea solicitarlo, usted puede enviarnos una nueva solicitud del OHP para su hogar por correo postal, PDF o teléfono; o esa persona puede usar ONE para solicitarla por sí misma.

A QUIÉN DEBE INCLUIR EN SU SOLICITUD

Será necesario que nos brinde información sobre usted y todas las demás personas de su hogar. Su hogar está compuesto de las personas siguientes si viven con usted:

- ▶ Usted
- ▶ Su cónyuge (esposo/a) ante la ley
- ▶ Sus hijos. Incluya a los hijos que usted incluya como dependientes en su declaración de impuestos (*sin importar su edad*).
- ▶ La pareja con la que usted vive (*solo si tienen un hijo juntos*)

Incluya también a cualquier otra persona que usted incluya en su declaración federal de impuestos, incluso si esa persona no vive con usted.

Importante: Cualquier persona que viva con usted que no esté incluida en la lista antes mencionada y que desea cobertura de salud, debe llenar una solicitud por separado.

¿DESEA QUE LE AYUDEN A LLENAR SU SOLICITUD?

Socios comunitarios locales pueden ayudarle a llenar la solicitud. Esta ayuda es gratuita. Visite [OregonHealthCare.gov](https://www.oregonhealthcare.gov) para encontrar socios comunitarios en su área. O bien, llámenos al 1-800-699-9075 (TTY 711) para obtener ayuda o pedirnos la lista de socios comunitarios. También puede solicitar ayuda en otro idioma.

¿QUÉ ES EL PLAN DE SALUD DE OREGON (OHP)?

El Plan de Salud de Oregon cubre la atención médica, dental, de salud mental y el tratamiento ambulatorio para el uso de sustancias para las personas adultas y menores de edad en Oregon. El OHP es el programa de Medicaid y del Seguro de Salud Infantil del estado.

Para obtener más información sobre el OHP, diríjase a [OHP.oregon.gov](https://www.ohp.oregon.gov), llámenos al 1-800-699-9075 o marque 711 (TTY, para personas con problemas auditivos).

¿CUÁNTO SE DEMORARÁN EN INFORMARME DE LOS BENEFICIOS PARA LOS QUE SOY ELEGIBLE?

En la mayoría de los casos, usted sabrá para qué beneficios es elegible tan pronto como envíe su solicitud a través de ONE. Después de que procesemos su solicitud y recibamos todos los documentos requeridos, también le enviaremos una carta que le explique para qué beneficios es elegible. Si no recibe respuesta nuestra en un plazo de 45 días después del envío de su solicitud, puede solicitar una audiencia.

Si tiene una necesidad médica urgente o está embarazada, llámenos al 1-800-699-9075 (TTY, para personas con problemas auditivos, 711), en cualquier momento después de haber enviado su solicitud. Estamos disponibles para ayudarle de lunes a viernes, de las 7 a. m. a las 6 p. m., hora del Pacífico.

INFORMACIÓN BÁSICA

Se deben llenar todos los campos marcados con un asterisco (*). Haga clic en el botón **“Siguiente”** para continuar con su solicitud. También puede hacer clic en el botón **“Volver”** si necesita retroceder y hacer correcciones.

En algunas pantallas que le piden mucha información, también hay un botón **“Guardar”**. Siempre haga clic en **“Guardar”** antes de hacer clic en **“Siguiente”**.

PARTE 1 — INGRESE Y CONFIRME LA SOLICITUD

SOLICITANTE PRIMARIO — INFORMACIÓN BÁSICA

Esta es la persona a la que llamaremos si tenemos preguntas sobre cualquier información que haya ingresado en esta solicitud. Esto incluye cualquier pregunta que tengamos sobre otros miembros del hogar que incluya en la solicitud.

- ▶ Canal: elija **“Otro”**.
- ▶ Email address (dirección de correo electrónico): ingrese la dirección de correo electrónico que le gustaría usar para que la Autoridad de Salud de Oregon (OHA, por sus siglas en inglés) se comunique con usted. Si usted nos dice que desea [recibir avisos de la OHA por correo electrónico](#), usaremos esta dirección para enviárselos.

Solicitante primario - Información básica * = Campo obligatorio

A continuación, ingrese la información personal para el solicitante primario de esta solicitud.

* Nombre	In. 2º	* Apellido	Sufijo
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	--seleccionar--
* Nacimiento (MM/DD/AAAA)	* Sexo	* Canal	
<input type="text"/>	<input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino	--seleccionar--	

No se requiere proporcionar un número de Seguro Social en este momento. Sin embargo, si el solicitante primario tiene un número de Seguro Social y está presentando una solicitud para cobertura, se requerirá que lo ingrese más adelante. Proporcionar el número ahora puede disminuir la cantidad de pasos que tiene que completar más adelante.

Email

SSN Confirmar el número de seguro social (SSN)

COMIENCE A LLENAR SU SOLICITUD

Empecemos

Para poder empezar, usted necesita marcar las casillas “**Entiendo**” y “**Autorizo**” al final de la página.

- ▶ Cuando marca esas casillas le da permiso continuo a la Autoridad de Salud de Oregon (OHA, por sus siglas en inglés) de acceder a los datos sobre sus ingresos.
- ▶ Use el menú desplegable para decirnos durante cuánto tiempo le otorga este permiso a la OHA.

Si opta por otorgar dicho acceso, puede desautorizarlo en cualquier momento llamándonos al 1-800-699-9075. Asimismo, puede actualizar en cualquier momento la información relativa a ingresos que proporcione en esta solicitud.

- * Entiendo que OHA tendrá acceso a mi información personal en las bases de datos estatal y federal.
- * Autorizo a OHA a acceder a las bases de datos estatal y federal para renovaciones hasta años.

¿Listo para empezar? Presione el botón “Comenzar”. Recuerde, utilice los botones que se encuentran en la parte inferior de cada página. No use los botones Retroceder, Avanzar o Interrumpir del navegador de su computadora.

Salir Inicio

Acerca de un representante autorizado

Un representante autorizado es una persona a la que usted le pide que tome decisiones por usted respecto a su cobertura médica. Esto incluye ayudarlo a llenar una solicitud y hablar con la OHA al respecto.

Si desea nombrar a un representante autorizado, haga clic en el botón “**Sí**”.

- ▶ La OHA le enviará un formulario por correo postal que usted y el representante autorizado deben llenar, firmar y devolver a la OHA.
- ▶ Al llenar este formulario, el representante autorizado entiende que si cualquier información que incluya o no incluya en la solicitud provoca que la OHA lo haga elegible a usted de forma incorrecta para la cobertura de atención de salud, el representante debe reembolsar lo que la OHA pagó mientras usted estaba cubierto/a.

1 Ingresar y confirmar solicitud 2 Revisar y aceptar elegibilidad 3 Seleccionar y administrar planes

Acerca de un Representante Autorizado *=-Campo obligatorio

Un representante autorizado es una persona a la que usted le pide que tome decisiones por usted respecto a su cobertura médica. Puede elegir a un representante autorizado para que hable con la Autoridad de Salud de Oregon. Si elige a un representante autorizado le enviaremos a usted un formulario que usted y el representante autorizado deben completar y firmar. Si le gustaría elegir a un representante autorizado, tendrá la oportunidad de informarnos que quiere uno durante el proceso de solicitud.

Si no necesita un representante autorizado, pero sí necesita que alguien lo ayude a llenar esta solicitud, por favor visite nuestra página [Socio de la Comunidad se](#) . Es gratis. Los socios de la comunidad están capacitados para responder sus preguntas y usted puede reunirse con ellos en persona o por teléfono. También puede llamar al Servicio al Cliente del OHP si tiene preguntas sobre esta solicitud al 1-800-699-9075 (711 TTY).

Presione "Siguiente" para continuar.

*¿Le gustaría nombrar a un representante autorizado para su cuenta?

Sí No

Obtenga ayuda local

Si le gustaría recibir ayuda para esta solicitud de un socio comunitario en persona:

- ▶ Elija **“Sí”** en esta página.
- ▶ En una nueva ventana del navegador, vaya a www.OregonHealthCare.gov para elegir un socio comunitario cerca de usted.
- ▶ Regrese a esta pantalla e ingrese el nombre y la organización del socio comunitario que eligió, luego haga clic en **“Buscar”**.
- ▶ Elija el socio comunitario que desea al hacer clic en el círculo que está junto al nombre del socio, luego haga clic en **“Agregar”**.

Asegúrese de ponerse en contacto con el socio comunitario para hacerle saber que lo eligió. También programe una cita para llenar la solicitud juntos. Puede guardar esta solicitud para completar más tarde al hacer clic en **“Guardar y salir”**.

Haga clic en **“Siguiente”** para continuar con su solicitud.

¿Qué está solicitando?

Haga clic en **“Siguiente”**. No hay elecciones en esta página.

Socios de la comunidad

¡Genial! Usted ha añadido con éxito un Socio de la Comunidad se a su cuenta. Puede llamar al número que se indica abajo, o proporcionar su número de teléfono a continuación y su Socio de la Comunidad se comunicará con usted.

Su elección Community Partner:

Organización de Community Partner : INT3 OHA Org

Socio de la Comunidad se Nombre : Dorian Gray

Socio de la Comunidad se Teléfono :

Su número de teléfono :

Si desea dejar de llenar su solicitud hasta poder hablar con su Socio de la Comunidad se, presione **“Guardar y salir”**. Si desea continuar, presione **“Siguiente”**.

Socios de la comunidad

Socio Comunitario Nombre Socio Comunidad Apellido Organización socios de la Comunidad

 gray

Buscar

	Nombre	organización	Teléfono	Correo electrónico
<input checked="" type="radio"/>	Dorian Gray	INT3 OHA Org		TRN_N_COMM_PARTNER_0008@mailinator.com
<input type="radio"/>	Maura Grayson	INT3 OHA Org		tm_n_comm_partner_0015@mailinator.com

Agregar

Guardar y salir

◀ Volver

Siguiente ▶

INFORMACIÓN SOBRE SU HOGAR

Información del solicitante

Complete esta sección para el primer miembro de su hogar, luego haga clic en **“Agregar miembro”** y complete esta sección para cada miembro adicional.

Si hace clic en **“Siguiente”** antes de hacer clic en **“Agregar miembro”**, usted no podrá agregar ningún miembro. Si hace esto, usted necesitará hacer clic en **“Volver”** para regresar a la pantalla anterior y hacer clic en **“Agregar miembro”**.

- ▶ Puede agregar más de una raza y grupo étnico por cada miembro. Si hace esto, también puede decirnos cuál es su raza/grupo étnico principal.
- ▶ Si agrega personas mayores de 65 años de edad, también necesitará proporcionar su información actual de inscripción a Medicare.

Información del solicitante

*=Campo obligatorio

Es hora de empezar a darnos su información. Recuerde que debe contestar todas las preguntas.

Háblenos de usted y de las demás personas en su hogar. Incluya lo siguiente:

- Su cónyuge, sus hijos y su pareja, si usted y su pareja tienen un hijo en común.
- Cualquier persona que figure en su declaración de impuestos federales, aunque no viva en su hogar.
- Cualquier persona que esté temporalmente ausente, pero que piense regresar a su casa. Alguien, por ejemplo, que esté lejos por razones de estudio o de trabajo, o porque está en la cárcel / prisión. Si su casa es la residencia permanente de estas personas, ellas son parte de su grupo familiar.

Si necesita informar un cambio en su grupo familiar y no puede hacerlo aquí, llame a Servicios para Clientes del OHP al 1-800-699-9075 (TTY 711).

Miembro de la familia 1 of 2

* Primer nombre In. 2º * Apellido Sufijo

* Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) * Género Masculino Femenino

Raza y origen étnico (Seleccione todas las que apliquen)

¿Cuál es su raza y la etnia ?

Hispano, latino - Centroamericano hispano o latinoX

Hispano, latino - Hispano o latino de otro origenX

Se han elegido más de una raza o identidad étnica. ¿Le gustaría elegir uno como su identidad primaria ?

Si alguien en su hogar falleció recientemente: si tenían facturas médicas en los últimos tres meses, puede agregar a esta persona como miembro del hogar. Usaremos esta información para ver si podemos ayudarle a pagar alguna de sus facturas médicas.

Información del solicitante

*=Campo obligatorio

Si usted ha perdido a un miembro de la familia hace poco, es posible que tenga facturas médicas que pagar. Si se agrega a este miembro de la familia a continuación, vamos a comprobar para ver si puede obtener ayuda para pagar esas facturas. Tenga en cuenta que sólo podemos ayudar a pagar las facturas que ha recibido en los tres meses antes de la fecha que usted envíe esta solicitud.

* ¿Algún miembro del hogar falleció hace poco tiempo?

Sí No

Miembro de su hogar fallecido (1)

[Eliminar miembro](#)

* Primer nombre	In. 2º	* Apellido	Sufijo
<input type="text" value="JOSE"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="PEREZ"/>	--seleccione--
* Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	* Fallecimiento (mm/dd/aaaa)	* Sexo	
<input type="text" value="01/01/1921"/>	<input type="text" value="09/30/2016"/>	<input checked="" type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino	

Raza y origen étnico (Seleccione todas las que apliquen)

¿Cuál es su raza y la etnia ?

Hispano, latino - Centroamericano hispano o latino

[Agregar miembro](#)

[Guardar y salir](#)

[◀ Volver](#)

[Siguiente ▶](#)

Información personal

Necesitará decirnos lo siguiente sobre cada miembro del hogar.

- ▶ ¿Están solicitando cobertura de salud?
 - ¿Tienen un Número del Seguro Social (SSN, por sus siglas en inglés)? Toda persona que solicite cobertura de salud debe presentar su SSN si lo tiene o puede obtener uno. Si bien el SSN es opcional para otras personas, puede ayudar a agilizar el trámite de la solicitud. Si no proporciona un SSN, necesitará darnos una razón por la que no está proporcionando uno.
- ▶ ¿Son ciudadanos estadounidenses?
 - Si la respuesta es “No”, también necesitará responder preguntas sobre la ciudadanía, condición de militar y situación migratoria.
 - Si su estatus específico no está incluido en las elecciones que aparecen, elija “Ninguno/Otro”. Podrían ser elegibles para cobertura de emergencia (*como CAWEM*), la cual incluye costos relacionados con el embarazo y el parto.
 - Siempre elija “Ninguno/Otro” para los miembros que no tengan situación migratoria con documentos. **No** elija “No inmigrante” (*esta opción requiere que envíe pruebas del estatus migratorio*).

- Muchos de los no ciudadanos elegibles tienen que esperar 5 años antes de poder obtener cobertura del OHP. Sin embargo, este periodo de espera no aplica para los no ciudadanos elegibles que hayan vivido en Estados Unidos desde el 22 de agosto de 1996, o que sean veteranos retirados con honores o miembros activos del ejército (*o hijos o cónyuges de alguien que lo sea*).

Cuando termine de ingresar la información de la última persona de su hogar, el botón **“Siguiente”** le llevará a la página “Situación fiscal y relaciones familiares”.

Agregar información de otros miembros

Después de ingresar su información, use la flecha que está a la derecha de su pantalla para ir al siguiente miembro del hogar, o haga clic en su nombre.

Si más de una persona tienen el mismo nombre, **coloque su cursor sobre la pestaña de los nombres**. Así podrá ver el nombre y la edad de la persona.



SITUACIÓN FISCAL Y RELACIONES FAMILIARES

Relaciones familiares

Para cada miembro, necesitaremos decirnos lo siguiente:

- ▶ Su relación con el resto de los miembros del hogar. Los miembros aparecen en el mismo orden que en la parte superior de la pantalla.
- ▶ Quién es el cuidador principal (*para miembros menores de 18 años*).

Use las flechas para seleccionar a otros miembros del hogar.

Cuando termine de ingresar la información de la última persona del hogar, el botón **“Siguiente”** le llevará a la página “Información sobre la declaración de impuestos”.

Relaciones familiares

*=Campo obligatorio

Díganos cuál es la relación entre los miembros de su familia.



Relaciones de JUAN

- * Relación con JOSE PEREZ
- * Relación con MARIA PEREZ
- * Relación con MARICELA PEREZ
- * Relación con JUAN PEREZ

Marque aquí si está relacionado con este individuo y son su cuidador principal

Información sobre la declaración de impuestos

Estas preguntas nos ayudarán a decidir qué información —incluidos los ingresos— debe usarse para determinar los beneficios para los cuales son ustedes elegibles. No podemos contestar preguntas específicas sobre cómo debe llenar sus formularios de impuestos. Para tratar preguntas sobre cómo llenar las declaraciones de impuestos, visite www.IRS.gov o consulte con un profesional tributario.

Para cada miembro, necesitará decirnos lo siguiente sobre el año fiscal actual:

- ▶ Estatus en la declaración de impuestos (*por ejemplo, soltero o casado con declaración conjunta*)
- ▶ Para los adultos, todos los miembros del hogar que declararán como dependientes en su declaración de impuestos. No puede declarar a su cónyuge como dependiente.
- ▶ Para los menores, de quién son dependientes.

Use las flechas para seleccionar a otros miembros del hogar.

Cuando termine de ingresar la información de la última persona del hogar, el botón **“Siguiente”** le llevará a la página “Detalles del hogar”.

Información sobre la declaración de impuestos

*=Campo obligatorio



Cuéntenos más sobre JUAN PEREZ

*¿Cómo declarará JUAN sus impuestos de 2015?

--- Seleccionar ---

Por favor, revise todos los miembros del hogar que JUAN va a reclamar como dependientes en his 2015 declaración de impuestos.

JOSE MARIA

MARICELA JUAN

*¿Tendrá JUAN el mismo estatus de declaración de impuestos en 2016 que en 2015?

Sí No

Guardar y salir

◀ Volver

Siguiente ▶

DETALLES DEL HOGAR

Información tribal

Informarnos sobre su estado tribal nos ayudará a asegurarnos de que, a los indígenas estadounidenses, a los indígenas de Alaska y a las personas que tienen acceso a la atención a través de los Servicios de Salud Indígena, no se les inscriba de forma automática en una Organización de Atención Coordinada (CCO, por sus siglas en inglés). Solo se les inscribirá en una CCO si eligen una.

Información para indígenas americanos, nativos de Alaska 

*=Campo obligatorio

* ¿Es algún miembro de su familia un indígena americano o nativo de Alaska?

Sí No

* ¿Tiene alguno un padre, madre, abuelo o abuela que esté inscripto como miembro de una tribu, banda o pueblo reconocido a nivel federal o que sea parte interesada en una corporación o aldea regional de nativos de Alaska Y/O hay alguien que reciba o que reúna los requisitos para recibir servicios de los Servicios de Salud para Indígenas, Clínicas de Salud Tribales o Clínicas Indígenas Urbanas?

Sí No

Guardar y salir

◀ Volver

Siguiente ▶

Información sobre el estatus de prisión/cárcel

Ingrese esta información solo para aquellos miembros que aún estén en prisión o en la cárcel, o que hayan sido liberados en los últimos tres meses. No ingrese una fecha de liberación para los miembros que sigan en prisión o en la cárcel.

Información de la discapacidad

Algunas personas con discapacidades son elegibles para una cobertura de salud mayor. Estas preguntas nos ayudarán a determinar si alguien en su hogar podría ser elegible para esta cobertura adicional.

Si usted está recibiendo Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés) o Medicare, o si tiene más de 65 años de edad, el programa de Ancianos y Personas con Discapacidades (APD, por sus siglas en inglés) podría enviarle información sobre otros beneficios.

También puede ponerse en contacto con su oficina local del APD para preguntar sobre otros beneficios. Para encontrar su oficina local, visite www.oregon.gov/DHS/Offices/Pages/Seniors-Disabilities.aspx.

Cómo comunicarnos con usted

Si todos tienen la misma información de contacto, por favor, marque la casilla que así lo indica. Así solo tendrá que ingresar la información de contacto una vez.

Díganos lo siguiente:

- ▶ Dirección permanente, si tienen una
- ▶ Una dirección postal para la ciudad, condado y código postal donde pasan la mayor parte de su tiempo, si no tienen una dirección permanente
- ▶ Si planean vivir y permanecer en Oregon
- ▶ Si recogen su correspondencia en una dirección diferente a donde viven (*y la dirección postal*)
- ▶ Dirección de correo electrónico, si tienen una
- ▶ Teléfono principal y tipo de teléfono, si tienen uno
- ▶ Idioma hablado preferido
- ▶ Idioma escrito preferido
- ▶ Si necesitan materiales escritos en un formato alternativo y, si es así, de qué tipo. “Presentación oral” quiere decir que alguien le llamará y le leerá la información.

Debajo de “¿Cómo le gustaría que nos comuniquemos con usted?”, usted puede elegir recibir avisos por correo electrónico y mensaje de texto (SMS). Si no elige una opción aquí, continuaremos enviándole únicamente avisos impresos.

¿Cómo le gustaría que nos comuniquemos con usted?

¿Cuál es la mejor forma en que podemos notificarle que tiene un nuevo aviso en su centro de mensajes?

--seleccionar--

Los avisos sobre esta cuenta siempre serán enviados en papel. Si desea recibir una versión electrónica del aviso por separado, marque el casillero a continuación

Por favor enviar copias electrónicas de los avisos por correo electrónico

* Idioma oral preferido

--seleccionar--

* Idioma escrito preferido

--seleccionar--

¿Necesita los materiales escritos en un formato alternativo?

Sí No

Cuando termine, el botón “**Siguiente**” le llevará a la página “Ingreso del hogar”.

INGRESO DEL HOGAR

En esta sección, indique los ingresos que su hogar recibe o espera recibir durante el mes en el que está presentando su solicitud. Por ejemplo, si dejó de trabajar el mes anterior, recibió su último cheque este mes y sigue sin trabajar, usted ingresaría su último cheque como su ingreso para este mes.

Hay tres tipos de ingresos:

1. Ingresos de trabajo: pagos de un empleador
2. Ingresos por trabajo por cuenta propia: pagos de sus clientes
3. Otros ingresos

ONE mostrará un ingreso anual basado en lo que usted ingresó. Por ejemplo, multiplicará el ingreso mensual por 12, y multiplicará el ingreso semanal por 52.

Sin embargo, cuando ONE reciba su elegibilidad, primero revisará su ingreso para este mes y para el mes siguiente para ver si es elegible.

Para cualquier ingreso que sea intermitente, o solo en ocasiones, ingréselo como una cantidad “anual”.

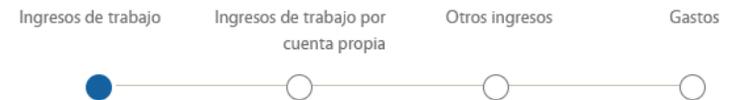
Ingresos de trabajo

Deberá describir el empleo e ingresar el ingreso semanal o mensual de dicho empleo de cada persona que marque en esta pantalla. Haga clic en “**Siguiente**” para reportar el ingreso.

Ingreso del hogar total ingresado \$0.00

Ingresos de la familia – Ingresos de trabajo ?

Progreso del generador de ingresos familiares:



Marque la casilla junto a cada persona en su hogar que esté ganando dinero por trabajo. No incluya el trabajo por cuenta propia en este paso.

Miembro de la familia	Tiene ingresos de trabajo
JUAN	<input type="checkbox"/>
JOSE	<input type="checkbox"/>
MARIA	<input type="checkbox"/>
MARICELA	<input type="checkbox"/>
JUAN	<input type="checkbox"/>

Guardar y salir

◀ Volver

Siguiente ▶

Para cada miembro que tenga un ingreso de trabajo:

- ▶ Haga clic en **“Agregar ingreso”** para ingresar la fuente (*por ejemplo, nombre del empleador*), el monto bruto ganado (*antes de los impuestos*) y la frecuencia con la que le pagan, luego haga clic en **“Guardar”**. ONE usará este ingreso para mostrar un “Ingreso anual”.
- ▶ También nos puede decir más adelante si solo recibe este ingreso parte del año, tal como un empleo estacional.
- ▶ Puede agregar más de un empleo por cada miembro.

Miembro	Ingresos de trabajo	
JUAN	Fuente	Ingreso anual
	The Workplace	\$ 15,600.00
		Editar ✕
	Agregar ingreso	
	* Fuente	<input type="text"/>
	* Ingreso bruto \$	<input type="text"/>
	* ¿Con qué frecuencia?	--selecci <input type="text"/>
		Cancelar Guardar
MARIA	Fuente	Ingreso anual
	Agregar ingreso	
MARICELA	Fuente	Ingreso anual
	Agregar ingreso	

Cuando termine de agregar empleos, haga clic en **“Siguiete”** para ir a la página “Ingreso por trabajo por cuenta propia”.

Ingreso por trabajo por cuenta propia

Necesitará describir el tipo de trabajo por cuenta propia de cada persona que usted marque en esta pantalla y mencionar si los ingresos son semanales, mensuales o anuales.

Ingresos de trabajo
 Ingresos del trabajo por cuenta propia
 Otros ingresos
 Gastos

Marque la casilla de las personas que actualmente tengan trabajo por cuenta propia.

Miembro de la familia	Tiene ingreso por trabajo por cuenta propia
JUAN	<input type="checkbox"/>
JOSE	<input type="checkbox"/>
MARIA	<input type="checkbox"/>
MARICELA	<input type="checkbox"/>
JUAN	<input type="checkbox"/>

Si trabaja por cuenta propia, ingrese los ingresos “brutos” (la cantidad que gana antes de descontar todos los costos empresariales). Luego ingrese sus costos empresariales en el campo “Gastos del trabajo por cuenta propia”. Su ingreso bruto, menos los costos empresariales, se usarán para descubrir si usted es elegible.

Puede leer más acerca del trabajo por cuenta propia y los costos que pueden descontarse en www.IRS.gov/individuals/Self-Employed.

Para cada miembro con ingresos provenientes del trabajo por cuenta propia:

- ▶ Haga clic en **“Agregar fuente de ingreso”** para ingresar el tipo de trabajo, la cantidad bruta ganada, los gastos y qué tan seguido le pagan, y luego haga clic en **“Guardar”**. ONE usará este ingreso para mostrar un “Ingreso anual”.
- ▶ Para trabajos únicos o a corto plazo, también incluya las fechas de inicio y finalización.
- ▶ Puede agregar más de una fuente de ingreso para cada miembro.

Miembro	Ingresos del trabajo por cuenta propia	
MARICELA	<u>Tipo de trabajo</u>	<u>Ingresos menos gastos</u>
	Auto-empleo	\$ 300.00 Editar ✖
	Agregar fuente de ingreso	
	* Tipo de trabajo	<input type="text"/>
	Fecha de inicio	<input type="text"/>
	Fecha de finalización	<input type="text"/>
	* Los ingresos y los gastos ocurren con base en	--seleccionar-- <input type="button" value="v"/>
	lo siguiente	
	* Ingreso bruto	\$ <input type="text"/>
	Gastos del trabajo por cuenta propia	\$ <input type="text"/>
	Cancelar Guardar	

Cuando termine de agregar ingresos, haga clic en **“Guardar”** y luego haga clic en **“Siguiente”** para ir a la página “Otros ingresos”.

Otros ingresos

Por favor, lea esta pantalla con cuidado. Aquí se describen todos los tipos de ingresos que debe reportar. Usted necesita describir y reportar los “Otros ingresos” de cada persona que marque en esta pantalla.

Para cada miembro que tenga “Otros ingresos”:

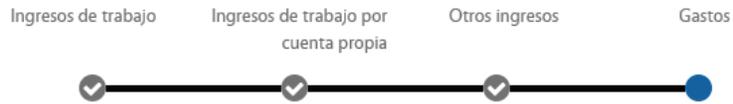
- ▶ Haga clic en **“Agregar fuente de ingreso”** para ingresar la fuente de ingreso, cantidad bruta ganada y con qué frecuencia le pagan y cuándo. Luego haga clic en **“Guardar.”** ONE usará este ingreso para mostrar un “Ingreso anual”.
- ▶ Puede agregar más de una fuente de ingreso para cada miembro.

Miembro	Otros ingresos	
JOSE	<u>Fuente</u>	<u>Ingreso anual</u>
	Lump Sum	\$ 200.00 Editar ✖
	Agregar fuente de ingresos	
	* Fuente	--seleccionar-- <input type="button" value="v"/>
	* Importe \$	<input type="text"/>
	* ¿Con qué frecuencia?	--selecci <input type="button" value="v"/>
	Fecha de inicio	<input type="text"/>
	Fecha de finalización	<input type="text"/>
	Cancelar Guardar	

Cuando termine de agregar ingresos, haga clic en **“Siguiente”** para ir a la página “Gastos”.

Gastos

Por cada persona que marque en esta pantalla, necesitará decirnos las deducciones que declararán en su declaración de impuestos federal. Esta pantalla les llama “Gastos” a estas deducciones.



Si alguna persona en su hogar paga por determinadas cosas que pueden deducirse en una declaración de impuesto a la renta, mencionarlas aquí puede hacer que el costo del seguro de salud sea un poco más bajo.

- ✓ Pensión para ex cónyuge
- ✓ Interés por préstamo estudiantil
- ✓ Matrícula y tarifas de centros de estudio
- ✓ Gastos de educador
- ✓ Deducciones de ingresos tribales AIAN

Marque la casilla junto a todas las personas en su hogar que actualmente pagan uno de los gastos que se mencionaron antes.

Miembro de la familia	Tiene gastos
JUAN	<input type="checkbox"/>
JOSE	<input type="checkbox"/>
MARIA	<input type="checkbox"/>
MARICELA	<input type="checkbox"/>

No incluya costos que ya ingresó en la página “Ingresos de trabajo por cuenta propia”.

En general, si se reclama un crédito en la declaración de impuestos federales sobre la renta, no se pueden descontar los mismos gastos en el mismo año gravable. Visite www.IRS.gov para obtener más información relacionada con su situación específica.

Para cada miembro que tenga gastos:

- ▶ Haga clic en **“Agregar gasto”** para ingresar la fuente (*tipo de gasto*), cantidad gastada y qué tan seguido paga este gasto, luego haga clic en **“Guardar”**. ONE usará este ingreso para mostrar un “Gasto anual”.
- ▶ Puede agregar más de un gasto por cada miembro.

Miembro	Gastos	
JUAN	Fuente	Gasto anual
	<input type="button" value="Agregar gasto"/>	
	* Fuente	--seleccionar-- <input type="checkbox"/>
	* Monto de gastos \$	<input type="text"/>
	* ¿Con qué frecuencia?	--selecci <input type="checkbox"/>
	<input type="button" value="Cancelar"/> <input type="button" value="Guardar"/>	

Cuando termine de agregar gastos, haga clic en **“Guardar”** y luego haga clic en **“Siguiente”** para ir a la página “Información del empleador”.

Información del empleador

En esta página, usted necesitará ingresar la información de contacto de cualquier empleador que haya mencionado en la sección “Ingresos de trabajo” de su solicitud. Por favor, ingrese tanta información como sea posible. Esto nos ayudará a procesar su solicitud con mayor rapidez.

Haga clic en “**Siguiente**” para ir a la página “Detalles sobre la cobertura de salud”.

DETALLES SOBRE LA COBERTURA DE SALUD

Datos acerca de usted y su hogar

Algunas personas que necesitan ayuda con las actividades de la vida cotidiana son elegibles para cobertura de salud adicional. Contestar esta pregunta nos ayudará a determinar si alguien en su hogar podría ser elegible para esta cobertura adicional.

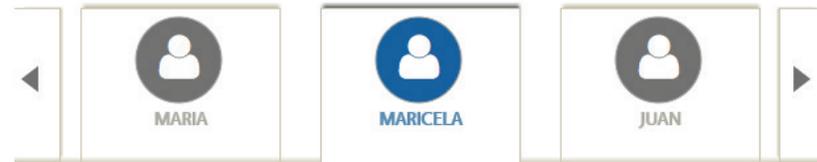
Si usted recibe SSI o Medicare o si tiene más de 65 años de edad, el programa de Ancianos y Personas con Discapacidades (APD, por sus siglas en inglés) podría enviarle información sobre otros beneficios.

También puede ponerse en contacto con su oficina local del APD para preguntar sobre otros beneficios. Para encontrar su oficina local, visite www.oregon.gov/DHS/Offices/Pages/Seniors-Disabilities.aspx.

Datos acerca de usted y su hogar

*=Campo obligatorio

Responda las preguntas para cada persona en su solicitud.



Cuéntenos más sobre MARICELA PEREZ

*¿Necesita el individuo que está solicitando cobertura de salud en esta solicitud ayuda con las actividades de la vida diaria (como por ejemplo, para bañarse, vestirse, etc.) o vive en una instalación médica o residencia para ancianos?

Sí No

*¿Estaba MARICELA recibiendo cuidado de crianza en Oregón cuando cumplió 18 años?

Sí No

Más información sobre el embarazo

Si alguien en su hogar está embarazada, marque todos los miembros de su hogar que están embarazadas, luego indique el número de niños que esperan y la(s) fecha(s) prevista(s) del nacimiento.

- ▶ Si no conoce la fecha prevista, denos una fecha aproximada. **Si sabe cuántos bebés esperan, indique dicho número.** Si no lo sabe, **ingrese “1”**.
- ▶ Si la fecha prevista o el número esperado de bebés cambia para cualquier miembro de su hogar, puede llamarnos para informarnos al respecto.

Más información sobre el embarazo

*=Campo obligatorio

*¿Hay alguien en su hogar embarazada ahora?

Sí No

¿Quién está embarazada?

MARIA

MARICELA

Información sobre el embarazo de MARICELA

* ¿Cuántos bebés espera MARICELA en este embarazo?

* ¿En qué fecha se espera que MARICELA tenga el bebé?

Información sobre la cobertura y los beneficios de la atención de salud

¿Alguien en su hogar tiene actualmente otra cobertura de atención de salud, o se le ha ofrecido o es elegible para la misma? Responda **“Sí”** aunque hayan decidido no inscribirse debido al costo, calidad de la cobertura u otra razón.

Otra cobertura puede ser:

- ▶ Un seguro de salud privado que usted u otra persona costean, incluidos los seguros ordenados por un tribunal
- ▶ Un seguro que tiene actualmente o que pueda obtener a través de un empleador
- ▶ Un seguro proporcionado por un padre ausente
- ▶ Un seguro que recibe a manera de prestación de jubilación (*tal como de las Fuerzas Armadas*);
- ▶ Un seguro que recibe a través de un centro educativo
- ▶ Cualquier tipo de seguro incluso si no tiene acceso a él en su zona de residencia
- ▶ Beneficios de Medicaid o del Programa de Seguro Médico Infantil (*como el Plan de Salud de Oregon*)

Si existe cualquier otro recurso de cobertura de salud, marque **“Sí”** y cuéntenos al respecto. Haga clic en **“Agregar plan”** si necesita agregar más de un plan.

Haga clic en **“Siguiente”** para ir a la página de **“Pérdida de cobertura médica”**.

Información sobre cobertura de atención de salud y beneficios

*=Campo obligatorio

* ¿Alguien en su hogar tiene actualmente cobertura de atención de salud, incluida cobertura dental, que no sea Medicaid o CHIP?

Sí No

Otro seguro de salud 1

[Eliminar plan](#)

Puede encontrar esta información en su tarjeta de seguro de salud

* ¿Qué tipo de cobertura de atención de salud es este?

¿Cuál es el nombre de la compañía de cobertura de atención de salud?

Dirección - Línea 1

Dirección - Línea 2

Ciudad Estado Cód. postal

¿Cuál es el Nº de póliza?

¿Cuál es el número de grupo?

¿Cuál fue la fecha de inicio de la cobertura?

¿Usted sabe cuándo finaliza esta cobertura?

* ¿Quién es el titular de la póliza?

* ¿Quién tiene cobertura en este plan?

- JUAN
- JOSE
- MARIA
- MARICELA
- JUAN

[Agregar plan](#)

[Guardar y salir](#)

[◀ Volver](#)

[Siguiente ▶](#)

Pérdida de cobertura médica

Si alguien en el hogar ha perdido la cobertura de salud en los últimos 90 días, díganos qué cobertura perdió (incluso si cuenta con cobertura de salud en este momento).

- ▶ Si se perdió más de un tipo de cobertura, haga clic en **“Agregar otra pérdida de cobertura”** para agregar otro tipo.

Haga clic en **“Siguiente”** para ir a la página de “Gastos médicos”.

Pérdida de cobertura médica

*=Campo obligatorio

* ¿Alguien en su hogar perdió la cobertura de atención de salud en los últimos 90 días? Incluya en su respuesta la pérdida de Medicaid o CHIP. Tenga en cuenta: Indique la pérdida de cobertura de salud en los últimos 90 días, incluso si la persona actualmente tiene cobertura de salud.

Sí No

¿Quién perdió cobertura médica hace poco tiempo?

JUAN

MARICELA

JOSE

JUAN

MARIA

Pérdida de cobertura de JUAN

* Fecha en que se perdió cobertura

* Tipo de cobertura que se perdió

* Motivo por el que se perdió

cobertura

[Agregar otra pérdida de cobertura](#)

[Guardar y salir](#)

[◀ Volver](#)

[Siguiente ▶](#)

Gastos médicos

Si califica para el OHP y tiene facturas médicas sin pagar o si recibió servicios médicos gratis en los últimos tres meses, podríamos cubrir esas facturas. También podríamos iniciar su cobertura del OHP antes de la fecha de su solicitud.

Nos pondremos en contacto con usted para obtener más información y determinar si es elegible para cobertura previa.

Gastos médicos

*=Campo obligatorio

*¿Cualquier miembro de su unidad familiar que está solicitando cobertura tiene cualquier factura médica de los últimos tres meses con la que necesita ayuda para pagar O cualquier persona ha recibido servicios médicos gratis en los últimos tres meses?

Por facturas médicas entendemos el monto que tiene que pagar por:

- visitas al médico o al dentista
- audífonos, anteojos u otros dispositivos médicos durables
- medicamentos con receta médica
- visitas al hospital
- primas de seguro médico, tarifas, copagos, deducibles y otros pagos
- transporte a citas médicas

Sí No

¿Quién necesita ayuda para pagar?

JUAN

MARICELA

JOSE

JUAN

MARIA

Facturas médicas de JOSE

*Marcar la casilla junto a los meses en los que JOSE tiene facturas

septiembre

agosto

julio

Guardar y salir

◀ Volver

Siguiente ▶

Información sobre manutención médica

Identifique a la persona responsable en su hogar de ayudar al Programa de Manutención Infantil estatal a establecer o hacer cumplir la manutención infantil de cada menor de edad que no tenga a un padre o madre viviendo en su hogar.

Si esa persona no acepta ayudar al Programa de Manutención Infantil de esta forma, **explique la razón en la casilla “Comentario”**.

- ▶ Importante: puede pedir no trabajar con el Programa de Manutención Infantil si trabajar con dicho programa podría representar un peligro para usted o para sus hijos. A esto se le llama “razón justificable”.
- ▶ Le entregaremos formularios que explican el concepto de “razón justificable”. Dichos formularios explican la manera en que el Programa de Manutención Infantil de Oregon (Oregon Child Support Program) podría ayudarle a obtener manutención infantil y seguir conservándoles a usted y a sus hijos a salvo.
- ▶ Si necesita hablar sobre “razón justificable” o tiene preguntas, sírvase llamarnos al 1-800-699-9075 (TTY 711).

Cuando termine de ingresar la información de los menores en su hogar, el botón **“Siguiente”** le llevará a la página “Revisar”.

Información sobre Manutención Médica

*=Campo obligatorio

Parece que uno de los padres de JUAN no vive en su casa. A continuación dé los detalles sobre su voluntad de cooperar con el Cumplimiento de la Manutención Médica.



Cooperación con Manutención Médica

Al aceptar los beneficios de Asistencia Médica, usted cede (da) al Programa de Manutención de Niños del Estado el derecho de hacer cumplir la manutención médica del padre o padres ausente(s) del niño. Usted debe ayudar al Programa de Manutención de Niños a encontrar al padre o padres ausente(s) a menos que haya una buena razón para no hacerlo, tal como la violencia doméstica. Si se decide que usted debe cooperar con el Programa de Manutención de Niños para establecer o hacer cumplir la manutención de niños y usted no lo hace, puede perder la asistencia médica

*¿Quién es responsable de cooperar con el Programa de Manutención de

Niños?

* ¿Se compromete esta persona a cooperar con el Programa de

Manutención de Niños?

Comentario

Guardar y salir

◀ Volver

Siguiente ▶

REVISAR

Antes de enviar su solicitud

Haga clic en cada fila para revisar la información que ingresó en su solicitud. Si necesita cambiar alguna parte de la solicitud, haga clic en **“Editar”** en la sección que necesita cambiar.

Haga clic en **“Siguiente”** para ir a la página **“Firmar y enviar”**.

Sección	Editar
Comience su solicitud	
<input type="radio"/> Representante Autorizado	Editar
<input type="radio"/> Community Partners	Editar
Crear su hogar	
<input checked="" type="radio"/> Quién forma parte de su hogar	Editar
	Nombre: JUAN Apellido: PEREZ Fecha de nacimiento: 08/28/1968 Sexo: Masculino
	Nombre: MARIA Apellido: PEREZ Fecha de nacimiento: 10/10/1970 Sexo: Femenino
	Nombre: MARICELA Apellido: PEREZ Fecha de nacimiento: 12/12/1995 Sexo: Femenino
	Nombre: JUAN Apellido: PEREZ Fecha de nacimiento: 11/12/2002 Sexo: Masculino
<input type="radio"/> Miembros del hogar fallecidos	Editar
<input type="radio"/> Información personal y de impuestos	Editar
<input type="radio"/> Información de indígena estadounidense / nativo de Alaska	Editar
<input type="radio"/> Información sobre el estatus de prisión / cárcel	Editar
<input type="radio"/> Información de la Discapacidad	Editar
<input type="radio"/> Información de contacto	Editar
<input type="radio"/> Relaciones en el hogar	Editar
Ingreso del hogar	
<input type="radio"/> Ingreso del hogar (calculadora de ingreso)	Editar
<input type="radio"/> Información del empleador	Editar

Firmar y enviar

Para firmar su solicitud, **marque la casilla que dice:** “Al ingresar mi nombre abajo, firmo electrónicamente mi solicitud”. **Luego escriba su nombre.** Su nombre y apellido deben coincidir de forma precisa con la información que ingresó en la página “Solicitante primario”. El segundo nombre puede ser una inicial.

Al hacer esto, usted está aceptando todos los enunciados incluidos en la casilla “Firmar y enviar”. **Haga clic en el botón “Enviar” para enviarnos su solicitud.**

Firmar y enviar

*=Campo obligatorio

Firmo esta solicitud bajo protesta de decir la verdad, lo cual significa que he proporcionado respuestas verdaderas a todas las preguntas de este formulario según mi leal saber y entender. Sé que puedo quedar sujeto a penalidades o ser responsable por sobrepagos de acuerdo con la ley federal si proporciono información falsa y/o no verdadera.

Sé que debo informar a la Autoridad de Salud de Oregón (OHA) si hay alguna modificación y algo es diferente a lo que escribí en esta solicitud. Puedo llamar al **1-800-699-9075** para informar cualquier cambio. Comprendo que un cambio en mi información podría afectar la elegibilidad para los miembros de mi familia.

Sé que conforme a la ley federal, no se permite la discriminación con base en la raza, color, nacionalidad, sexo, edad, orientación sexual, identidad de género o discapacidad. Puedo presentar una queja por discriminación visitando la página www.hhs.gov/ocr/office/file.

JUAN PEREZ Firma electrónica

* Al ingresar mi nombre abajo, firmo electrónicamente mi solicitud.

Consentido por teléfono.

* Primer nombre

In. 2º

* Apellido

Sufijo

Nota: El nombre que aparece en el campo de la firma debe ser el nombre del solicitante.

◀ Volver

Enviar

PARTE 2 — REVISAR Y ENVIAR ELEGIBILIDAD

Si usted es elegible para el OHP con base en la información que ingresó, ONE le hará más preguntas y le dirá qué documentos necesita enviar para que la OHA pueda terminar de revisar su solicitud.

PREGUNTAS POST-ELEGIBILIDAD

ONE le preguntará si desea registrarse para votar; si algún miembro del hogar sirvió en las fuerzas armadas de EE. UU.; y acerca de algún padre o madre ausente.

PANTALLAS DE VERIFICACIÓN

Esta pantalla menciona los documentos que usted debe enviar para completar su solicitud.

- ▶ Si solo necesita enviar pruebas de su estatus migratorio, su cobertura comenzará en este momento. Pero si no envía las pruebas a más tardar en la fecha indicada en esa pantalla, usted perderá su cobertura después de esa fecha.
- ▶ Si necesita enviar otros documentos, como prueba de ingresos, su cobertura comenzará hasta después de que los envíe. Si le aprueban, su cobertura comenzará el primer día del mes en que presentó su solicitud.

La forma más rápida de obtener su cobertura es subir los documentos en esta pantalla. Hay un límite de 2 MB para cada documento que suba.

- ▶ Si elige “Subiré los documentos a internet ahora mismo”, puede subirlos de forma electrónica a su cuenta de ONE.
- ▶ Si elige “Subiré los documentos más tarde”, podría iniciar sesión desde su smartphone (teléfono inteligente). Así, podría tomar fotos de sus documentos y subirlas usando su teléfono.

Gracias

Gracias por llenar su solicitud.

Su número de solicitud es 730001302. Tenga este número a mano. Le aconsejamos que imprima una copia de su solicitud, haciendo clic en Imprimir solicitud.



[Imprimir la solicitud](#)

Resultados de la verificación

El cuadro que se presenta abajo le indica lo que no pudimos confirmar en su solicitud.

Usted y sus dependientes	Resultados de la verificación	Requiere más evidencia	Ejemplos de documentos que se pueden utilizar como evidencia (Usted sólo tiene que enviar 1 documento para cada área que requiera evidencia)	Fecha de vencimiento
JUAN	✘	Número de Seguro Social	Tarjeta del Seguro Social Información adicional para fines de la verificación	01/12/2017
JUAN	✘	Verificación de ingresos	Talones de salario Registros personales que muestran ingreso Declaración de impuesto a la renta Declaración del empleador Haga clic aquí para ver la lista completa	11/13/2016

Necesitamos que nos envíe documentos para completar la verificación

Tiene hasta la fecha indicada para enviarnos los documentos. Seleccione cómo le gustaría entregarnos esos documentos (por internet, fax, correo o en persona) a continuación. Revisaremos los documentos y le informaremos su nuevo estatus de verificación. Si piensa que tal vez ingresó información errónea en la solicitud, presione “Volver” para retroceder y hacer los cambios pertinentes. Si no sabe qué documentos presentar o si quiere saber más sobre el proceso de verificación, haga clic [para atención a clientes](#) para el centro de atención a clientes.

- Subiré los documentos a internet ahora mismo.
- Enviaré los documentos por fax al 503-373-7493 antes de la fecha indicada en la tabla anterior.
- Enviaré los documentos por correo a Servicio al Cliente del OHP, P.O. Box 14520 Salem, OR 97309-5044.
- Entregaré los documentos en persona en una oficina local 'XXXX' antes de las fechas indicadas en la tabla anterior.

- ▶ En esta pantalla hay otras opciones para enviar documentos.

Cuando envíe los documentos, asegúrese de que cada documento sea para una sola persona.

- ▶ Por ejemplo, si usted necesita enviar pruebas de ingresos para tres personas, entonces debe enviar tres documentos por separado (*uno por persona*).

Por favor, imprima su solicitud para guardarla en sus registros.

RESULTADOS DE LA ELEGIBILIDAD

Esta página confirma la cobertura para la cual califica.

- ▶ “Pendiente” quiere decir que necesitamos más información para averiguar si usted califica.
- ▶ Si usted califica para OHP Plus, puede hacer clic en el enlace **“OHP Plus”** para leer sobre los beneficios del OHP.

Haga clic en **“Siguiete”** para continuar con su solicitud y elegir una Organización de Atención Coordinada (CCO, por sus siglas en inglés).

Programas para los cuales reúne los requisitos

Abajo se incluye un resumen de los beneficios para los cuales usted califica. Estos resultados están basados en la información que usted nos proporcionó en su solicitud.

Miembro de la familia	Nombre del programa	Nivel de beneficios	Resultados
 JUAN		OHP Plus	No reúne los requisitos
		CAWEM Plus	No reúne los requisitos
	CAWEM Adult	CAWEM	Pendiente
 MARIA	Parent or Other Caretaker Relative	OHP Plus	Pendiente
		CAWEM Plus	No reúne los requisitos
		CAWEM	No reúne los requisitos
 MARICELA	Adult	OHP Plus	Pendiente
		CAWEM Plus	No reúne los requisitos
		CAWEM	No reúne los requisitos
 JUAN	Child, age 1 through 18	OHP Plus	Pendiente
		CAWEM Plus	No reúne los requisitos
		CAWEM	No reúne los requisitos

PARTE 3 — SELECCIONAR Y ADMINISTRAR PLANES

ELECCIÓN DE ORGANIZACIÓN DE ATENCIÓN COORDINADA (CCO, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)

Una CCO es una red de proveedores que usted puede visitar cuando cuenta con el OHP. Diferentes CCO atienden diferentes áreas. Todas ofrecen los mismos beneficios básicos requeridos. Sin embargo, algunas CCO podrían ofrecer beneficios adicionales.

Esta pantalla menciona las CCO a las que se puede inscribir. Para elegir una CCO, marque el botón junto al nombre de la CCO. Elija una CCO para cada miembro del hogar y luego haga clic en **“Enviar”**.

Para conocer más sobre cada CCO, haga clic en el enlace **“Conozca más”** que está junto al nombre. Esto le llevará al sitio web de la CCO.

Si no elige una CCO en esta pantalla, la OHA elegirá una CCO local para usted a menos que usted:

- ▶ También tenga Medicare
- ▶ Sea indígena estadounidense o indígena de Alaska
- ▶ Cuente con otro seguro médico, incluyendo seguro médico privado u operadores federales, como Champ VA o Tricare/Triwest

Elección de CCO

La mayoría de los miembros del Plan de Salud de Oregón (OHP) son parte de una organización de cuidado coordinado (CCO). Una CCO es un plan de salud local que administra sus servicios de salud. Todas las CCO tienen proveedores del cuidado de la salud, como por ejemplo médicos, enfermeros, consejeros y más. En lugar de solamente tratarlo cuando se enferma, las CCO trabajan con usted para mantenerlo saludable y administrar cualquier problema de salud actual.

• Elegibilidad actual

Esta página le muestra los beneficios para los que calificó cada uno de los miembros de su familia. Si usted califica para recibir el Plan de Salud de Oregón, puede elegir un plan de salud (denominado una Organización de Cuidado Coordinado o CCO). Algunas áreas sólo tienen una CCO disponible.

Nota: Si usted es indígena americano o nativo de Alaska, no está obligado a inscribirse en una CCO. Si decide inscribirse en una CCO, puede aún recibir servicios en cualquier instalación de Servicios de Salud para Indígenas.

Individuo	Elegibilidad	Selección de CCO
JUAN PEREZ	Medicaid 11/01/2016 -	No se encontró CCO
MARICELA PEREZ	Medicaid 11/01/2016 -	No se encontró CCO
JUAN PEREZ	Medicaid 11/01/2016 -	No se encontró CCO
MARIA PEREZ	Medicaid 11/01/2016 -	No se encontró CCO

Presentar

Cuando haga clic en “Enviar”, verá esta pantalla (ya sea que elija una CCO o no lo haga):



Haga clic en **“Siguiente”** para regresar a su página de “Resumen de ONE”.

PÁGINA DEL RESUMEN

Esta página ahora muestra su solicitud completada y los documentos que aún necesita enviar.

- ▶ También puede revisar sus elecciones de CCO en esta página al hacer clic en **“View/Edit Enrollments”**.
- ▶ Puede cambiar la forma en que recibe avisos de la OHA por correo electrónico al hacer clic en **“Config”**, y luego editar sus “Preferencias de comunicación”.

¡FELICIDADES!

Ha completado con éxito su solicitud del OHP usando ONE. Si necesita ayuda o tiene preguntas, por favor, llámenos al 1-800-699-9075 o 711 (TTY, para personas con problemas auditivos).

Una vez que tenga cobertura, debe informarnos si ocurre algún cambio en el ingreso de su hogar, tamaño de la familia o cambio de dirección. Puede actualizar todo lo anterior en su página “Resumen de ONE”.

Si tiene más preguntas sobre su cobertura, no dude en comunicarse con su CCO.

The screenshot displays the 'Resumen' (Summary) page of the ONE portal. The navigation bar includes 'Resumen', 'Solicitudes', 'Planes y programas', 'Mensajes', 'Asistentes', and 'Config'. The main content area is divided into several sections:

- Enlaces rápidos** (Quick Links):
 - Centro de mensajes**: [Bandeja de entrada](#)
 - Avisos y alertas**: [Validación de la dirección](#)
 - Solicitud**: [Descargar una nueva solicitud](#), [Preevaluación de la solicitud](#)
 - Información de contacto**: [Información del centro de atención telefónica](#)
- Información sobre el miembro**:
 - Número del caso: 730001302
 - [View/Edit Enrollments](#)

Miembro del grupo familiar	Número de identificación del cliente
JUAN PEREZ	SK600D0X
MARIA PEREZ	TK600D9A
MARICELA PEREZ	TK600D9B
JUAN PEREZ	TK600D9C
JOSE PEREZ	SK600D0Y
- Solicitudes en curso**: No hay solicitudes en curso.
- Solicitar información**: [Ver mis documentos](#), [Cargar](#)

A continuación se enumeran los documentos pendientes que todavía deben cargarse y enviarse, o que el encargado de elegibilidad aún está revisando.

Tipo de documentación	Nombre de la persona	Fecha necesaria
Ciudadanía de los Estados Unidos	JUAN PEREZ	01/17/2017
Número de Seguro Social	JUAN PEREZ	01/12/2017
Ciudadanía de los Estados Unidos	MARIA PEREZ	01/17/2017
Número de Seguro Social	MARIA PEREZ	01/12/2017
Verificación de ingresos	MARIA PEREZ	11/13/2016
Ciudadanía de los Estados Unidos	MARICELA PEREZ	01/17/2017

PLAN DE SALUD DE OREGON (OHP) GUÍA DE LA SOLICITUD DE ONE

La Autoridad de Salud de Oregon (OHA, por sus siglas en inglés) cumple con las leyes estatales y federales sobre los derechos civiles. No discrimina con base en la raza, color, discapacidad, nacionalidad, religión, sexo, orientación sexual, identidad de género, estado civil ni edad.

Puede obtener este documento en otros idiomas, en tipografía grande o en un formato que usted prefiera. Comuníquese con el Departamento de Atención al Cliente del Plan de Salud de Oregon (OHP, por sus siglas en inglés) al 1-800-699-9075. Aceptamos llamadas de retransmisión o puede llamar al 711.