



# Guía para la solicitud de renovación

## Utilice esta guía para llenar el formulario de *Renovación de beneficios de OHP - Parte 2*

**Para más información sobre el Plan de Salud de Oregón o para llenar la solicitud de renovación en línea, visite [www.OHP.Oregon.gov](http://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](mailto: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 [personas con problemas auditivos] 711) o envíenos un mensaje a **[altformat.app@state.or.us](mailto: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](mailto: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](mailto:altformat.app@state.or.us)**. Hình thức thay thế bao gồm in khổ chữ lớn, chữ nổi Braille, băng đầu âm, truyền tin trên trang mạng và các hình thức điện tử khác.

# Índice

¿Para qué le puede servir esta guía? .....	3
<b>Consejos para completar su solicitud de renovación .....</b>	<b>3</b>
¿Necesita ayuda para llenar su solicitud de renovación? .....	3
¿Dónde puedo encontrar el número de identificación de mi caso? .....	3
<b>Preguntas requeridas .....</b>	<b>3</b>
<b>PASO 1 — Cambios en la unidad familiar .....</b>	<b>4</b>
¿Está agregando o quitando a alguien de su unidad familiar o solicitando beneficios para alguien en su unidad familiar que actualmente no recibe beneficios? .....	4
Nombre legal y fecha de nacimiento .....	4
Número de Seguro Social (SSN) .....	4
Información tribal .....	5
Estatus migratorio .....	5
<b>PASO 2 — Más preguntas sobre su unidad familiar .....</b>	<b>6</b>
Domicilio .....	6
Dirección postal .....	6
Otras direcciones de miembros de la unidad familiar .....	6
Embarazo .....	7
Ciego o permanentemente discapacitado .....	7
Elija un plan de salud local también llamado organización de atención coordinada o CCO .....	8
<b>PASO 3 — Estatus de la declaración impositiva, ingreso y deducciones .....</b>	<b>9</b>
¿Alguien ha tenido un cambio en su estatus de declaración de impuestos? .....	9
Si alguien se agregó a su unidad familiar ¿cuál es el estatus de su declaración impositiva? .....	9
Ingresos por trabajo .....	9
Ingresos de otras fuentes .....	9
Deducciones .....	10
Ingresos anuales .....	10
<b>PASO 4 — Otra cobertura de seguro de salud .....</b>	<b>10</b>
<b>PASO 7 — Lea y firme .....</b>	<b>11</b>
Sus derechos y responsabilidades .....	11
Informes de cambios .....	12
Si tiene otro seguro .....	12
Asignación de pagos y gravámenes .....	13
Otra información .....	13
Verificación de ingresos y activos .....	14
Penalidad por transferencia de activos .....	15
Declaración y firma .....	15
<b>Anexo A — Ancianos y personas con discapacidades (Medicare) .....</b>	<b>16</b>

---

## ¿Para qué le puede servir esta guía?

Esta guía le proporciona información e instrucciones sobre la mayoría de las secciones de la *Solicitud de Renovación de Beneficios del Plan de Salud de Oregón — PARTE 2*. Si tiene preguntas sobre alguna sección que no figure en esta guía, llame al **1-800-699-9075** (TTY 711).

---

## Consejos para completar su solicitud de renovación

- Firme la solicitud de renovación antes de enviarla.
  - Escriba claramente en letra de molde.
  - Compruebe sus respuestas.
  - Asegúrese de responder a todas las preguntas requeridas.
  - Escriba todas las fechas en el formato correcto. Por ejemplo, MM/DD/AAAA.
  - Nunca use "?" como respuesta.
- 

## ¿Necesita ayuda para llenar su solicitud de renovación?

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

Vaya a [www.OregonHealthCare.gov](http://www.OregonHealthCare.gov) para encontrar socios comunitarios que puedan ayudarle 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.

---

## ¿Dónde puedo encontrar el número de identificación de mi caso?

El número de identificación de su caso se encuentra en la carta que vino con este paquete. Lo encontrará en el recuadro de la primera página:

**Importante**

Este es el número de su caso: XXXXXXXXX  
Escriba este número en todos los papeles que nos envíe. Sin este número, su trámite se puede demorar.

---

## ★ 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 — Cambios en la unidad familiar

En el **Paso 1**, denos la información de todas las personas:

- **que usted esté agregando a su unidad familiar.** Estas serían personas que no figuran en su *Resumen de renovación médica*. Por ejemplo, usted se casó o tuvo un bebé después de solicitar el OHP el año pasado; 0
- **que usted esté quitando de su unidad familiar.** Esto significa que desea remover a alguien de su unidad familiar que figura en su *Resumen de renovación médica*. Por ejemplo, usted se divorció después de solicitar el OHP el año pasado; 0
- **que formen parte de su unidad familiar ahora, pero que no estén recibiendo beneficios.** Esto significa que figura en su *Resumen de renovación médica*, pero que actualmente no reciben los beneficios del OHP. Por ejemplo, el año pasado usted solicitó cobertura solo para sus hijos, pero ahora también quiere recibir los beneficios del OHP para usted.

### 1. ¿Está agregando o quitando a alguien de su unidad familiar o solicitando beneficios para alguien de su unidad familiar que actualmente no recibe beneficios?

Usted recibió un *Resumen de renovación médica* con esta guía. El *Resumen de renovación médica* muestra información sobre las personas que sabemos que están actualmente en su unidad familiar. Las siguientes personas deben estar incluidas en su unidad familiar.

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

#### Nombre legal y fecha de nacimiento

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

Usamos bases de datos electrónicas para verificar la información que usted nos dio en la solicitud. Cuando verificamos estas bases de datos electrónicas, usamos su nombre legal. Puede leer más sobre estas bases de datos en la sección "Lea y firme", que comienza en la página 15.

Su nombre legal es el nombre que usaremos cuando le enviemos avisos.

### 6. Si esta persona solicita beneficios del OHP, ¿tiene esta persona un número de Seguro Social (SSN)?

El SSN se requiere para todas las personas que solicitan beneficios de salud y que lo tienen. Si está solicitando beneficios y no tiene un SSN, díganos por qué. Si necesita ayuda para obtener un SSN, podemos ayudarle. Puede llamarnos al **1-800-699-9075**. También puede visitar **www.socialsecurity.gov** o llamar a la Administración del Seguro Social al **1-800-772-1213** (TTY 1-800-325-0778).

Los miembros de la unidad familiar que no solicitan beneficios no necesitan darnos un SSN o decirnos por qué no lo tienen. Pero, darnos un SSN puede acelerar el proceso de solicitud. Usamos su SSN para verificar la información que nos proporcionó, como la cantidad de sus ingresos.

## 9-11. Información tribal

Proporcionar esta información nos ayudará a determinar si califica para ciertos derechos de inscripción (*consulte la página 8*).

## 14. ¿Tiene esta persona uno de los siguientes estatus migratorios?

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

Para las preguntas b – g, podemos usar estas respuestas para verificar la información que nos brinda sobre su estado migratorio. No tiene que responderlas cuando llene su solicitud, pero el hacerlo podría ayudar a acelerar el proceso de renovación.

### Tipo de documento de inmigración y número de tarjeta o documento

Consulte esta lista para ver algunos tipos de documentos comunes y su número. Si el documento que tiene no figura en la lista, aún puede escribir su nombre. Si no tiene toda la información, puede dejar las preguntas en blanco. Si es necesario, le enviaremos una carta para obtener más información.

Si tiene este tipo de documento:	Use el número de tarjeta o documento:
Tarjeta de residente permanente, “Tarjeta verde” (I-551)	Número de registro extranjero Número de tarjeta
Permiso de reingreso (I-327)	Número de registro extranjero
Documento de refugiado para viajar (I-571)	Número de registro extranjero
Tarjeta de autorización para empleo (I-766)	Número de registro extranjero Número de tarjeta Fecha de caducidad Código de categoría
Visa de inmigrante de lectura mecánica ( <i>con lenguaje temporal I-551</i> )	Número de registro extranjero Número de pasaporte
Sello temporal I-551 (en pasaporte o en I-94/I-94A)	Número de registro extranjero
Registro de llegada / partida (I-94/I-94A)	Número de I-94
Registro de llegada / partida) en pasaporte extranjero (I-94)	Número de I-94 Número de pasaporte Fecha de caducidad País de emisión
Pasaporte extranjero	Número de pasaporte Fecha de caducidad País de Emisión
Certificado de elegibilidad para estatus de estudianto no-inmigrante (I-20)	Identificación SEVIS
Certificado de elegibilidad para estatus de visitante de intercambio (DS2019)	Identificación SEVIS
Aviso de medida (I-797)	Número de registro de extranjero o un número de I-94
Otro	Número de registro de extranjero o un número de I-94 Descripción del tipo o nombre del documento.

**Consulte la página siguiente para otros documentos de inmigración elegibles.**

**También puede presentar estos documentos:**

- Documento que indica que es miembro de una tribu indígena reconocida federalmente o que es indígena americano nacido en Canadá
- Carta de elegibilidad de la Oficina de Reasentamiento de Refugiados (ORR)
- Documento que indica la retención de remoción
- Orden administrativa de suspensión de expulsión emitida por el Departamento de Seguridad Nacional (DHS)
- Certificación de la Oficina de Reasentamiento de Refugiados (ORR) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (HHS)

## **PASO 2 — Más preguntas sobre su unidad familiar**

**2. ¿Cambió su domicilio?**

Si cambió de domicilio, denos su nueva dirección, si la tiene. Asegúrese de incluir el código postal. Necesitamos el código postal de su domicilio para asegurar que se inscriba en un plan de salud que atiende en su área.

Si no tiene domicilio, díganos el estado, el código postal y el condado donde pasa la mayor parte del tiempo.

**3. ¿Cambió su dirección postal?**

Si cambió su dirección postal, denos su nueva dirección, si la tiene. Denos una dirección postal si:

- No recibe correspondencia en su domicilio; o
- No tiene domicilio; o
- Tiene problemas de seguridad, incluida la violencia doméstica.

**Nota:** su dirección postal puede ser cualquier dirección donde pueda recibir correspondencia. Esta podría ser la dirección de un amigo, un familiar o una organización, etc.

**5. ¿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”.

---

**6. ¿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.

---

**7. ¿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 10-18 solo para las personas de su solicitud que solicitan cobertura de salud en su unidad familiar.**

**14-15. ¿Hay alguien ciego o permanentemente discapacitado? ¿Alguien necesita ayuda para caminar, ir al baño, bañarse o vestirse?**

Algunas personas ciegas, con discapacidad permanente o que necesitan ayuda adicional con las cosas enumeradas anteriormente, califican para una cobertura médica adicional. Responder estas preguntas nos ayuda a determinar si usted podría calificar para esta cobertura de salud adicional.

---

---

**17. ¿Quiere cambiar la organización de atención coordinada (CCO) que prefiere para cada persona?**

**¿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 Oregón. 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](http://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](http://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, las farmacias, los hospitales y los 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 o quiere cambiar de CCO?**

Vaya al Paso 2, pregunta 17 de la *Solicitud de Renovación de Beneficios del Plan de Salud de Oregón — Parte 2* y díganos qué CCO prefiere.

**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](http://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, una banda o un 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 3 — Estatus de la declaración impositiva, ingresos y deducciones

### En el paso 3, preguntas 1-2, por favor díganos:

- Si alguien ha tenido un cambio en su estatus de declaración de impuestos
  - El estatus de declaración de impuestos de cualquier persona que se haya agregado a su hogar
- Consulte la página 4 de esta guía para obtener información sobre a quién incluir en su unidad familiar.

Un cambio es cualquier cosa que sea diferente de lo que nos dijo antes. Por ejemplo: un cambio entre casados que presentan una declaración conjunta y los que presentan una declaración como solteros; reclamar más o menos dependientes que antes; alguien era dependiente en la declaración de impuestos de otra persona pero ya no lo será.

No podemos responder preguntas específicas sobre cómo debe llenar sus formularios de impuestos. Para esta información, visite [IRS.gov](http://IRS.gov) o consulte a un profesional de impuestos.

### ¿Está usted separado de su cónyuge y no sabe cómo él o ella va a declarar sus impuestos?

Aunque haya presentado una declaración de impuestos como "casado que presenta una declaración conjunta" en el pasado, responda a estas preguntas sobre impuestos de la manera en que usted mismo presentará los impuestos de este año. Si no va a presentar una declaración de impuestos por su cuenta, díganoslo.

Si sabe que su cónyuge lo incluirá en su declaración de impuestos federales, entonces usted y su cónyuge comparten un grupo de declaración de impuestos. Debe incluir en su solicitud a todas las personas que forman parte de su grupo de presentación de impuestos.

### En el paso 3, preguntas 3-6, necesitamos:

- Información sobre cualquier cambio en los ingresos o las deducciones de cualquier persona en su unidad familiar.
- Información sobre los ingresos y las deducciones de cualquier persona que esté agregando a su unidad familiar.

### 3. 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](http://www.irs.gov/individuals/Self-Employed). En la pregunta 5 de esta sección, nos dará información sobre sus gastos de negocios.

### 4. 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.

---

## 5. 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](http://www.irs.gov) o hablar con un profesional impositivo para obtener más información sobre su situación específica.

---

## 6. 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 — Otra cobertura de seguro de salud

El **Paso 4** es sobre cobertura de salud que no proviene de un programa OHP. Díganos si algún miembro adulto del hogar (*19 años o más*) que esté solicitando, o algún niño del hogar, tiene cobertura de salud. Además, díganos si hay alguien que tiene una oferta de seguro de salud o es elegible para esta. Por ejemplo, una persona tiene un empleador que ofrece cobertura de seguro de salud, pero no está inscrito porque cuesta demasiado. En algunas ocasiones, podemos ayudar a pagar la prima.

Los ejemplos de otra cobertura médica incluyen:

- 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 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 7 — Lea y firme

Cuando firma la solicitud de renovación, acepta todas las declaraciones del **Paso 7**.

### 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; estos son sus “derechos”. También enumera las cosas que usted se compromete a hacer cuando solicita o recibe asistencia médica; estas 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 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 de cualquiera de los siguientes:

- 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 asistencia médica, usted y los demás miembros de su familia (*incluidos los hijos que nazcan 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](http://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)
    - \* Medicaid
    - \* Manutención de hijos
    - \* Administración del Seguro Social
    - \* Beneficios del seguro de desempleo
    - \* Otros programas de asistencia pública.

- El DHS y la OHA pueden usar su SSN para preparar un compendio de datos o informes que las fuentes de financiamiento de los programas 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 los 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:        | • Registros de bienes raíces: | • Registros de vehículos: |
| » Cuentas bancarias                 | » Casas                       | » Vehículos               |
| » Cuentas de cooperativa de crédito | » Terrenos                    |                           |

## Programa de recuperación de patrimonio

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

- Asistencia médica
- Asistencia general
- Programa de Ingresos Suplementarios de Oregón
- 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
  - » Hogares de ancianos
  - » Instituciones de vida asistida
  - » Otros entornos de cuidado
  - » Servicios en el hogar
- 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 (*incluido Medicare*), seguro social, y estatus de ciudadanía y de inmigración.
- 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
  - » Gastos 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 necesitemos revisar la elegibilidad para programas con base en edad o en el hecho de que la persona sea ciega o discapacitada si alguna persona de su unidad familiar solicita o está recibiendo 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.

Si ya está recibiendo beneficios de esos programas, es posible que ya haya recibido una carta pidiéndole una entrevista.

Cuando venga a la entrevista, repasaremos las preguntas del Anexo A.

---



¿Tiene preguntas? Visite [www.OHP.Oregon.gov](http://www.OHP.Oregon.gov)  
o llame al **800-699-9075** (TTY 711).