

Autorización para recibir ayuda de un socio comunitario



1. Nombre de la organización socia comunitaria:	2. Nombre del ayudante para la solicitud:	3. Número de identificación del ayudante:
4. Nombre del solicitante (<i>primer nombre, segundo nombre, apellido</i>):	5. Fecha de nacimiento del solicitante:	6. Número de teléfono del solicitante:
7. Nombre y fechas de nacimiento de otros adultos en mi solicitud:		
8. Número total de miembros del grupo familiar:	9. Número de miembros del grupo familiar de 19 años de edad o más:	

Solicitante:

Acepto que la organización socia comunitaria y el ayudante de solicitud antes mencionados pueden ver y usar mi información. Esto me ayudará a solicitar cobertura de salud.

<p>Quiero solicitar, inscribirme a, continuar con o cambiar una de las siguientes coberturas de salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plan de Salud de Oregon (OHP, por sus siglas en inglés) • Atención médica de emergencia para extranjeros sin requisito de ciudadanía (CWM, por sus siglas en inglés) • CWM Plus, o • Cobertura Calificada (QHP, por sus siglas en inglés). 	<p>Les permitiré a la Autoridad de Salud de Oregon (OHA, por sus siglas en inglés), al Departamento de Servicios Humanos de Oregon (ODHS, por sus siglas en inglés) y al Mercado de Seguros de Salud de Oregon (OHIM, por sus siglas en inglés) compartir la siguiente información, según sea necesario, con mi organización socia comunitaria y ayudante para la solicitud:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mi solicitud • Detalles de la inscripción • Estado de inscripción • Beneficios del plan • Información de Salud Protegida (PHI, por sus siglas en inglés)
--	---

Nota: Las organizaciones antes mencionadas **deben** proteger y mantener privada mi información.

Les permitiré a la OHA y al ODHS agregar a esta organización socia comunitaria y a este ayudante para la solicitud a mi expediente del caso.

Entiendo que:

- Mi organización socia comunitaria y mi ayudante para la solicitud:
 - Me informarán sobre la cobertura de salud y la ayuda económica para las cuales puedo ser elegible;
 - Me ayudarán a inscribirme en un plan de salud pública o plan de cobertura calificada (QHP, por sus siglas en inglés) y a divulgar la información de mi solicitud a los mismos; y
 - Me ayudarán en el idioma que prefiero o me remitirán a otros socios que puedan ayudarme en el idioma que hablo, entiendo o prefiero.
- Mi organización socia comunitaria y mi ayudante para la solicitud **no pueden**:
 - Cobrarme una cuota por ayudarme, o
 - Elegir o recomendar:
 - Una Organización de Atención Coordinada (CCO, por sus siglas en inglés), o
 - Un plan de seguro de salud para mí.
- Debo incluir información correcta en mi solicitud.
- Debo responder a cualquier aviso de información faltante o incorrecta, cuando me lo soliciten.
- En cualquier momento, puedo cancelar mi autorización para que mi organización socia comunitaria me ayude:
 - Si estoy inscrito(a) en un plan de salud pública, y
 - Si lo solicito **de una de las siguientes formas**:
 - Teléfono: 1-800-699-9075, o
 - Fax: 503-378-5628.

Nota: La cancelación no aplicaría a la información que ya se compartió.

- La OHA/EI ODHS puede compartir la información que reciba con mi organización socia comunitaria o con mi ayudante de solicitud. A su vez, ellos podrán compartir dicha información.
- La OHA/EI ODHS no compartirá información sobre lo siguiente sin primero obtener una autorización:
 - Salud mental

- VIH o SIDA
- Tratamiento para el consumo de drogas y alcohol, o
- Pruebas genéticas.

Firma del solicitante:	Fecha:
------------------------	--------

Mi autorización es válida a partir de la fecha de mi firma y hasta que:

- Le informe a la OHA o al ODHS que ya no deseo trabajar con este socio comunitario, o
- Le pida ayuda a otro socio comunitario.

Socios comunitarios, devuelvan esta autorización de una de las siguientes formas:

- Correo electrónico: CP.Support@odhsoha.oregon.gov
- Fax: 503-378-5628
- Correo: ONE Customer Service, P.O. Box 14015, Salem, OR 97309-5032

Puede obtener este documento en otros idiomas, letra grande, braille o en otro formato que prefiera. Comuníquese con el Programa de Difusión de Socios Comunitarios de la OHA al 1-833-647-3678 o por correo electrónico a community.outreach@odhsoha.oregon.gov. Aceptamos llamadas de retransmisión o puede llamar al 711.