

SOLICITUD DE COBERTURA DE SALUD

y ayuda económica para reducir los costos



USAR HASTA SEPTIEMBRE DE 2015



Utilice esta solicitud para saber si su familia califica para:

- Cobertura de salud sin costo del Plan de Salud de Oregon (*Oregon Health Plan*) o *Healthy Kids*
- Seguro de salud privado, integral y económico
- Ayuda económica para reducir las primas de su seguro de salud privado o los costos que pagará de su bolsillo, como los copagos



¿Necesita ayuda para llenar esta solicitud?

Reciba ayuda experta **sin costo** de un agente de seguros certificado, socio comunitario o representante del Centro de Atención al Cliente:

- Vea la lista de agentes y socios comunitarios que pueden ayudarle a llenar la solicitud en www.Oregonhealthcare.gov.
- Llame al Centro de Atención al Cliente del OHP al **1-800-699-9075** para solicitar ayuda o la lista de agentes y socios comunitarios de su zona. También puede solicitar ayuda en otro idioma.



Información que deberá proporcionar en esta solicitud:

Necesitará proveer la siguiente información de todas las personas de su grupo familiar:

- Número de seguro social de todos los que tengan este número y soliciten cobertura
- Número de residente permanente extranjero de todos los que tengan este número y soliciten cobertura (algunas personas pueden ser elegibles aunque no lo tengan)
- Fecha de nacimiento
- Ingresos y deducciones (por ejemplo, talones de pago o formularios W-2)
- Información sobre los seguros de salud que usted tenga a través de un empleador

DESPUÉS DE LLENAR SU SOLICITUD, ENVÍELA POR CORREO POSTAL O FAX A:

Correo:

OHP Customer Service
P.O. Box 14520
Salem, OR 97309-5044

Fax:

503-373-7493

Cerciórese de llenar todas las páginas necesarias y de **FIRMAR** la solicitud antes de enviarla.

OFFICE USE ONLY

Date of request	Received	Program	Branch	Case no.	Worker ID
		Case name			Route to
		Prime no.		SSN	App status
		Office use			



¿Cómo utilizamos su información?

Pedimos información sobre ingresos y otra información para determinar el tipo de cobertura que cada persona tiene derecho a recibir y saber si puede obtener ayuda para pagar la cobertura.

Toda la información que usted proporcione es confidencial, como lo exige la ley. Para más información, vea nuestra política de privacidad en la *Guía para la solicitud*.



Cuáles personas debe incluir en esta solicitud

Queremos garantizar que todas las personas de su grupo familiar reciban en lo posible el seguro de salud de mejor calidad y precio. Por ello, necesitamos que nos brinde información sobre usted y todas las demás personas de su grupo familiar. En primer lugar, le haremos unas preguntas sencillas sobre cada integrante. Después le preguntaremos sobre su seguro de salud actual, sus ingresos, ascendencia tribal y discapacidades.

Proporcione información sobre estas personas: (aquellas que conforman su “grupo familiar”)

- Usted
- Su cónyuge
- Sus hijos. No incluya a sus hijos mayores de 18 años ni aquellos que declaran impuestos por separado si usted no los declara como dependientes en sus impuestos.
- La pareja con quien usted vive (si tienen algún hijo juntos)
- Cualquier otra persona que usted incluya en su declaración federal de impuestos a los ingresos

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.

Escriba con letra clara y proporcione toda la información posible de cada persona cuando llene esta solicitud.

Si presenta una solicitud para más de cuatro personas, sírvase hacer copias de las páginas 5 y 6 y complételas para dichas personas.

PASO 1



INFORMACIÓN PERSONAL (Usted será nuestro contacto principal).

1. Nombre legal (1er y 2do nombre, apellido y sufijo)		2. Nombre de soltera u otros nombres usados (primero, segundo, apellido)	
3. Número de seguro social (SSN) - Se necesita el SSN de todas las personas que lo tengan y soliciten un seguro de salud. El SSN es opcional en otros casos, pero proporcionar un SSN puede acelerar el proceso de solicitud. <input type="checkbox"/> No tengo SSN <input type="checkbox"/> He solicitado un SSN			
4. Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	5. Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	6. Teléfono <input type="checkbox"/> Residencia <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular ()	
7. ¿Vive en Oregon? Incluye vivir en Oregon para buscar trabajo o debido a un trabajo. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		8. Correo electrónico	
9. Domicilio (si no lo tiene, pase al punto N° 15)			10. # de Apartamento/unidad
11. Ciudad	12. Condado	13. Estado	14. Cód. postal

2

¿NECESITA AYUDA? Llámenos al **1-800-699-9075**/TTY 711. Lunes a viernes de 7 a.m. a 6 p.m.
Spanish OHA 7210 (Rev 11/15/14)

15. Si no tienen domicilio físico, indíquenos dónde pasa la mayor parte del tiempo y provea una dirección de correspondencia (Nº 16). Condado: _____ Estado: _____ Cód. postal: _____

16. Dirección postal (solo se necesita si es diferente al domicilio) _____ 17. # de Apartamento/unidad _____

18. Ciudad _____ 19. Estado _____ 20. Cód. postal _____

21. ¿En qué idioma desea que le hablemos?

22. ¿En qué idioma desea que le escribamos?

23. ¿Necesita materiales escritos en un formato alterno? Sí No Si respondió que sí, ¿en cuál?
 Braille Presentación oral Disco de PC Cinta de audio Letra grande

24. ¿Está usted o cualquier otra persona en su hogar embarazada? Sí No

25. ¿Usted, el contacto principal, planea hacer una declaración federal de impuestos a los ingresos de 2015 en 2016? Responda "sí" si planea presentar una declaración, aunque no adeudará impuestos o si recibirá un reembolso. Puede solicitar un seguro de salud, incluido el Plan de Salud de Oregon (OHP), aun si no planea declarar impuestos. Sin embargo, si desea solicitar el crédito tributario, deberá declarar impuestos del año 2015. Si está casado, deben declarar impuestos conjuntos para poder acceder al crédito tributario.

Sí. Si respondió que sí, **complete los puntos a al d a continuación.**

NO. Si respondió que no, **pase al punto c a continuación.**

a. ¿Cómo piensa declarar los impuestos de 2015?

Soltero Cabeza de familia Viuda(o) calificable Casado en declaración: Conjunta Independiente

De estar casado, ¿cuál es el nombre de su cónyuge? _____

b. ¿Tiene dependientes en sus impuestos? Sí No

Si respondió que sí, indique el nombre completo y fecha de nacimiento de cada dependiente: _____

c. ¿Usted aparecerá como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona? Sí No

Si respondió que sí, indique el nombre completo y fecha de nacimiento del declarante: _____

¿Cuál es su relación con el declarante? _____

d. ¿Su estado para declarar impuestos en el 2014 es el mismo al arriba listado para el 2015?

Sí. Si respondió que sí, **pase al punto B.** NO. Si respondió que no, **llene los puntos A. al C.**

A. Estado de declaración en la declaración de impuestos de 2014:

No declarará Soltero Cabeza de familia Viuda(o) calificable

Casado en declaración: Conjunta Independiente

¿Cuál es el nombre de su cónyuge? _____

B. ¿Tuvo algún dependiente de impuestos en su declaración de impuestos de 2014? Sí No

Si respondió que sí, indique el nombre completo y fecha de nacimiento de cada dependiente: _____

C. ¿A usted se le declaró como dependiente en la declaración de impuestos de 2014 de alguien más?

Sí No

Si respondió que sí, indique el nombre completo y fecha de nacimiento del declarante: _____

¿Cuál es su relación con el declarante? _____



26. Si es hispano o latino (marque todos los que correspondan)

- Mexicano Mexicano Americano Chicano/a Puertorriqueño Cubano Otro
 Prefiere no contestar

27. Raza (marque todos los que correspondan)

- Indígena americano o nativo de Alaska Indígena asiático Negro o afroamericano Chino
 Filipino Guameño o chamorro Japonés Coreano Nativo de Hawái Otro origen asiático
 Otras islas del Pacífico Samoano Vietnamita Blanco Prefiere no contestar

28. ¿Solicita un seguro de salud para usted? Puede presentar su solicitud aun si ya tiene seguro de salud; es posible que pueda obtener un seguro mejor o de menor costo.

- Sí. Si respondió que sí, **pase al punto N° 29.** NO. Si respondió que no, **pase al Paso 2.**

29. ¿Es usted ciudadano o nacional de EE.UU.? Sí No

30. Si no es ciudadano o nacional de EE.UU., ¿tiene un estatus inmigratorio elegible? Solo utilizamos esta información para determinar su elegibilidad. Sí. Si respondió que sí, **llene los puntos a al f.**

NO. Si respondió que no, **pase al punto N° 31.**

a. Tipo de documento de inmigración: _____

b. # del documento de identificación: _____

c. Estatus inmigratorio: _____

d. Fecha cuando se obtuvo el estatus: _____

e. ¿Ha vivido en EE.UU. desde 1996? Sí No

f. ¿Es usted, su cónyuge o padre veterano o miembro en servicio activo de las fuerzas armadas de los EE.UU.? Sí No

31. ¿Es usted el cuidador principal de niños menores de 19 años que: 1) viven con usted y 2) tienen una relación con usted pero no son sus propios hijos? Por ejemplo, un abuelo que es el cuidador principal de su nieto. Sí No

Si respondió que sí, indique el primer nombre y apellido del menor o menores. No incluya a sus hijos adoptados, biológicos o hijastros: _____

1. Nombre legal (1er y 2do nombre, apellido y sufijo)	2. Nombre de soltera u otros nombres usados (primero, segundo, apellido)
---	--

3. Parentesco con usted

4. Número de seguro social (SSN) - Se necesita el SSN de todas las personas que lo tengan y soliciten un seguro de salud. El SSN es opcional en otros casos, pero proporcionar un SSN puede acelerar el proceso de solicitud. No tengo SSN He solicitado un SSN

5. Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	6. Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
-------------------------------------	---

7. ¿Vive Persona 2 en Oregon? *Incluye vivir en Oregon para buscar trabajo o debido a un trabajo.* Sí No

8. ¿Vive Persona 2 en la misma dirección que usted? Sí No

a. Si respondió que no, ¿por qué? (*Elija una opción*)

Centro de rehabilitación para alcohólicos o drogadictos Crianza temporal Encarcelado

Trabajo Atención médica a largo plazo Centro de salud mental Fuerzas armadas

Otro centro Escuela Domicilio separado Atención médica a corto plazo Sin domicilio

b. De no ser así, indique el domicilio: _____

9. ¿Planea la Persona 2 hacer una declaración federal de impuestos sobre los ingresos de 2015 en 2016? Responda "sí" si la Persona 2 planea presentar una declaración, aunque no adeudará impuestos o si recibirá un reembolso. Persona 2 puede solicitar un seguro de salud, incluido el Plan de Salud de Oregon (OHP), aun si no planea declarar impuestos. Sin embargo, si Persona 2 desea solicitar el crédito tributario, debe pensar en declarar impuestos de 2015. Si Persona 2 está casada, deben declarar impuestos conjuntos para poder acceder al crédito tributario.

Sí. Si respondió que sí, **complete los puntos a al d a continuación.**

NO. Si respondió que no, **pase al punto c a continuación.**

a. ¿Cómo piensa Persona 2 declarar los impuestos de 2015?

Soltero Jefe de familia Viuda(o) calificable Casado en declaración: Conjunta Independiente

Si está casado(a) ¿el nombre de su cónyuge? _____

b. ¿Tiene la Persona 2 dependientes de impuestos? Sí No

Si respondió que sí, indique el nombre completo y fecha de nacimiento de cada dependiente: _____

c. ¿Aparecerá la Persona 2 como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona? Sí No

Si respondió que sí, indique el nombre completo y fecha de nacimiento del declarante: _____

¿Cuál es la relación de Persona 2 con el declarante? _____

d. ¿Es el estado para declarar impuestos en el 2014 de la Persona 2 el mismo al arriba listado para el 2015?

Sí. Si respondió que sí, **pase al punto B.** NO. Si respondió que no, **llene los puntos del A al C.**

A. Estado de declaración en la declaración de impuestos de 2014:

No declarará Soltero Jefe de familia Viuda(o) calificable

Casado en declaración: Conjunta Independiente

¿Nombre de su cónyuge? _____

B. ¿Tuvo la Persona 2 algún dependiente de impuestos en su declaración de impuestos de 2014? Sí No

Si respondió que sí, indique el nombre completo y fecha de nacimiento de cada dependiente: _____

C. ¿Se declaró a la Persona 2 como dependiente en la declaración de impuestos de 2014 de alguien más? Sí No

Si respondió que sí, indique el nombre completo y fecha de nacimiento del declarante: _____

¿Cuál es la relación de Persona 2 con el declarante? _____

10. Si es hispano o latino (marque todos los que correspondan)

- Mexicano Mexicano Americano Chicano/a Puertorriqueño Cubano Otro
 Prefiere no contestar

11. Raza (marque todos los que correspondan)

- Indígena americano o nativo de Alaska Indígena asiático Negro o afroamericano Chino
 Filipino Guameño o chamorro Japonés Coreano Nativo de Hawái Otro origen asiático
 Otras islas del Pacífico Samoano Vietnamita Blanco Prefiere no contestar

12. ¿Solicita la Persona 2 seguro de salud? Persona 2 puede presentar su solicitud aun si ya tiene seguro de salud; es posible que pueda obtener un seguro mejor o de menor costo.

- SÍ. Si respondió que sí, **pase al punto N° 13.**
 NO. Si respondió que no y hay otra persona que usted necesita incluir en esta solicitud, **pase a la página 7.** Si no hay otra persona a la que necesita incluir en esta solicitud, **pase al Paso 3.**

13. ¿Es la Persona 2 ciudadano o nacional de EE.UU.? SÍ NO

14. Si la Persona 2 no es ciudadano o nacional de EE.UU., ¿tiene la Persona 2 un estatus inmigratorio elegible? Solo utilizamos esta información para determinar su elegibilidad. SÍ. Si respondió que sí, **llene los puntos a. al f.** NO. Si respondió que no, **pase al punto N° 15.**

- a. Tipo de documento de inmigración: _____
b. # del documento de identificación _____
c. Estatus inmigratorio: _____
d. Fecha cuando se obtuvo el estatus: _____
e. ¿La Persona 2 ha vivido en EE.UU. desde 1996? SÍ No
f. ¿Es Persona 2, su cónyuge o padre veterano o miembro en servicio activo de las fuerzas armadas de los EE.UU.? SÍ No

15. ¿Es Persona 2 el cuidador principal de un niño menor de 19 años que: 1) vive con Persona 2 y 2) tiene relación con Persona 2 pero no es su propio hijo? Por ejemplo, un abuelo que es el cuidador principal de su nieto. SÍ No

Si respondió que sí, indique el primer nombre y apellido del menor o menores. No incluya a los hijos adoptados, biológicos o hijastros de la Persona 2: _____

1. Nombre legal (1er y 2do nombre, apellido y sufijo)	2. Nombre de soltera u otros nombres usados (primero, segundo, apellido)
---	--

3. Parentesco con usted

4. Número de seguro social (SSN) - Se necesita el SSN de todas las personas que lo tengan y soliciten un seguro de salud. El SSN es opcional en otros casos, pero proporcionar un SSN puede acelerar el proceso de solicitud. No tengo SSN He solicitado un SSN

5. Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	6. Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
-------------------------------------	---

7. ¿Vive Persona 3 en Oregon? *Incluye vivir en Oregon para buscar trabajo o debido a un trabajo.* Sí No

8. ¿Vive Persona 3 en la misma dirección que usted? Sí No

a. Si respondió que no, ¿por qué? (Elija una opción)

Centro de rehabilitación para alcohólicos o drogadictos Crianza temporal Encarcelado
 Trabajo Atención médica a largo plazo Centro de salud mental Fuerzas armadas
 Otro centro Escuela Domicilio separado Atención médica a corto plazo Sin domicilio

b. De no ser así, indique el domicilio: _____

9. ¿Planea la Persona 3 hacer una declaración federal de impuestos sobre los ingresos de 2015 en 2016? Responda "sí" si la Persona 3 planea presentar una declaración, aunque no adeudará impuestos o si recibirá un reembolso. Persona 3 puede solicitar un seguro de salud, incluido el Plan de Salud de Oregon (OHP), aun si no planea declarar impuestos. Sin embargo, si Persona 3 desea solicitar el crédito tributario, debe pensar en declarar impuestos de 2015. Si Persona 3 está casada, deben declarar impuestos conjuntos para poder acceder al crédito tributario.

Sí. Si respondió que sí, **complete los puntos a al d a continuación.**
 NO. Si respondió que no, **pase al punto c a continuación.**

a. ¿Cómo piensa Persona 3 declarar los impuestos de 2015?
 Soltero Jefe de familia Viuda(o) calificable Casado en declaración: Conjunta Independiente
Si está casado(a) ¿el nombre de su cónyuge? _____

b. ¿Tiene la Persona 3 dependientes de impuestos? Sí No
Si respondió que sí, indique el nombre completo y fecha de nacimiento de cada dependiente: _____

c. ¿Aparecerá la Persona 3 como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona? Sí No
Si respondió que sí, indique el nombre completo y fecha de nacimiento del declarante: _____

¿Cuál es la relación de Persona 3 con el declarante? _____

d. ¿Es el estado para declarar impuestos en el 2014 de la Persona 3 el mismo al arriba listado para el 2015?
 Sí. Si respondió que sí, **pase al punto B.** NO. Si respondió que no, **llene los puntos del A al C.**

A. Estado de declaración en la declaración de impuestos de 2014:
 No declarará Soltero Jefe de familia Viuda(o) calificable
Casado en declaración: Conjunta Independiente
¿Nombre de su cónyuge? _____

B. ¿Tuvo la Persona 3 algún dependiente de impuestos en su declaración de impuestos de 2014? Sí No
Si respondió que sí, indique el nombre completo y fecha de nacimiento de cada dependiente: _____

C. ¿Se declaró a la Persona 3 como dependiente en la declaración de impuestos de 2014 de alguien más? Sí No Si respondió que sí, indique el nombre completo y fecha de nacimiento del declarante: _____
¿Cuál es la relación de Persona 3 con el declarante? _____

10. Si es hispano o latino (marque todos los que correspondan)

- Mexicano Mexicano Americano Chicano/a Puertorriqueño Cubano Otro
 Prefiere no contestar

11. Raza (marque todos los que correspondan)

- Indígena americano o nativo de Alaska Indígena asiático Negro o afroamericano Chino
 Filipino Guameño o chamorro Japonés Coreano Nativo de Hawái Otro origen asiático
 Otras islas del Pacífico Samoano Vietnamita Blanco Prefiere no contestar

12. ¿Solicita la Persona 3 seguro de salud? Persona 3 puede presentar su solicitud aun si ya tiene seguro de salud; es posible que pueda obtener un seguro mejor o de menor costo.

- SÍ. Si respondió que sí, **pase al punto N° 13.**
 NO. Si respondió que no y hay otra persona que usted necesita incluir en esta solicitud, **pase a la página 9.** Si no hay otra persona a la que necesita incluir en esta solicitud, **pase al Paso 3.**

13. ¿Es la Persona 3 ciudadano o nacional de EE.UU.? SÍ NO

14. Si la Persona 3 no es ciudadano o nacional de EE.UU., ¿tiene la Persona 3 un estatus inmigratorio elegible? Solo utilizamos esta información para determinar su elegibilidad. SÍ. Si respondió que sí, **llene los puntos a. al f.** NO. Si respondió que no, **pase al punto N° 15.**

- a. Tipo de documento de inmigración: _____
b. # del documento de identificación _____
c. Estatus inmigratorio: _____
d. Fecha cuando se obtuvo el estatus: _____
e. ¿La Persona 3 ha vivido en EE.UU. desde 1996? SÍ No
f. ¿Es Persona 3, su cónyuge o padre veterano o miembro en servicio activo de las fuerzas armadas de los EE.UU.? SÍ No

15. ¿Es Persona 3 el cuidador principal de un niño menor de 19 años que: 1) vive con Persona 3 y 2) tiene relación con Persona 3 pero no es su propio hijo? Por ejemplo, un abuelo que es el cuidador principal de su nieto. SÍ No

Si respondió que sí, indique el primer nombre y apellido del menor o menores. No incluya a los hijos adoptados, biológicos o hijastros de la Persona 3: _____

1. Nombre legal (1er y 2do nombre, apellido y sufijo)	2. Nombre de soltera u otros nombres usados (primero, segundo, apellido)
---	--

3. Parentesco con usted

4. Número de seguro social (SSN) - Se necesita el SSN de todas las personas que lo tengan y soliciten un seguro de salud. El SSN es opcional en otros casos, pero proporcionar un SSN puede acelerar el proceso de solicitud. No tengo SSN He solicitado un SSN

5. Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	6. Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
-------------------------------------	---

7. ¿Vive Persona 4 en Oregon? *Incluye vivir en Oregon para buscar trabajo o debido a un trabajo.* Sí No

8. ¿Vive Persona 4 en la misma dirección que usted? Sí No

a. Si respondió que no, ¿por qué? *(Elija una opción)*

Centro de rehabilitación para alcohólicos o drogadictos Crianza temporal Encarcelado
 Trabajo Atención médica a largo plazo Centro de salud mental Fuerzas armadas
 Otro centro Escuela Domicilio separado Atención médica a corto plazo Sin domicilio

b. De no ser así, indique el domicilio: _____

9. ¿Planea la Persona 4 hacer una declaración federal de impuestos sobre los ingresos de 2015 en 2016? Responda "sí" si la Persona 4 planea presentar una declaración, aunque no adeudará impuestos o si recibirá un reembolso. Persona 4 puede solicitar un seguro de salud, incluido el Plan de Salud de Oregon (OHP), aun si no planea declarar impuestos. Sin embargo, si Persona 4 desea solicitar el crédito tributario, debe pensar en declarar impuestos de 2015. Si Persona 4 está casada, deben declarar impuestos conjuntos para poder acceder al crédito tributario.

Sí. Si respondió que sí, **complete los puntos a al d a continuación.**
 NO. Si respondió que no, **pase al punto c a continuación.**

a. ¿Cómo piensa Persona 4 declarar los impuestos de 2015?
 Soltero Jefe de familia Viuda(o) calificable Casado en declaración: Conjunta Independiente
Si está casado(a) ¿el nombre de su cónyuge? _____

b. ¿Tiene la Persona 4 dependientes de impuestos? Sí No
Si respondió que sí, indique el nombre completo y fecha de nacimiento de cada dependiente: _____

c. ¿Aparecerá la Persona 4 como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona? Sí No
Si respondió que sí, indique el nombre completo y fecha de nacimiento del declarante: _____

¿Cuál es la relación de Persona 4 con el declarante? _____

d. ¿Es el estado para declarar impuestos en el 2014 de la Persona 4 el mismo al arriba listado para el 2015?
 Sí. Si respondió que sí, **pase al punto B.** NO. Si respondió que no, **llene los puntos del A al C.**

A. Estado de declaración en la declaración de impuestos de 2014:
 No declarará Soltero Jefe de familia Viuda(o) calificable
Casado en declaración: Conjunta Independiente
¿Nombre de su cónyuge? _____

B. ¿Tuvo la Persona 4 algún dependiente de impuestos en su declaración de impuestos de 2014? Sí No
Si respondió que sí, indique el nombre completo y fecha de nacimiento de cada dependiente: _____

C. ¿Se declaró a la Persona 4 como dependiente en la declaración de impuestos de 2014 de alguien más? Sí No Si respondió que sí, indique el nombre completo y fecha de nacimiento del declarante: _____
¿Cuál es la relación de Persona 4 con el declarante? _____

10. Si es hispano o latino (marque todos los que correspondan)

- Mexicano Mexicano Americano Chicano/a Puertorriqueño Cubano Otro
 Prefiere no contestar

11. Raza (marque todos los que correspondan)

- Indígena americano o nativo de Alaska Indígena asiático Negro o afroamericano Chino
 Filipino Guameño o chamorro Japonés Coreano Nativo de Hawái Otro origen asiático
 Otras islas del Pacífico Samoano Vietnamita Blanco Prefiere no contestar

12. ¿Solicita la Persona 4 seguro de salud? Persona 4 puede presentar su solicitud aun si ya tiene seguro de salud; es posible que pueda obtener un seguro mejor o de menor costo.

- SÍ. Si respondió que sí, **pase al punto N° 13.**
 NO. Si respondió que no, **pase al Paso 3.**

13. ¿Es la Persona 4 ciudadano o nacional de EE.UU.? SÍ NO

14. Si la Persona 4 no es ciudadano o nacional de EE.UU., ¿tiene la Persona 4 un estatus inmigratorio elegible? Solo utilizamos esta información para determinar su elegibilidad. SÍ. Si respondió que sí, **llene los puntos a. al f.** NO. Si respondió que no, **pase al punto N° 15.**

- a. Tipo de documento de inmigración: _____
b. # del documento de identificación _____
c. Estatus inmigratorio: _____
d. Fecha cuando se obtuvo el estatus: _____
e. ¿La Persona 4 ha vivido en E.U. desde 1996? SÍ No
f. ¿Es Persona 4, su cónyuge o padre veterano o miembro en servicio activo de las fuerzas armadas de los EE.UU.? SÍ No

15. ¿Es Persona 4 el cuidador principal de un niño menor de 19 años que: 1) vive con Persona 4 y 2) tiene relación con Persona 4 pero no es su propio hijo? Por ejemplo, un abuelo que es el cuidador principal de su nieto. SÍ No

Si respondió que sí, indique el primer nombre y apellido del menor o menores. No incluya a los hijos adoptados, biológicos o hijastros de la Persona 4: _____



Llene el Paso 3 con la información de los miembros del grupo familiar que tengan ingresos o deducciones.

Ninguna persona del grupo familiar tiene ingresos; **pase al Paso 4.**

1. ¿Quiénes tienen ingresos y/o deducciones? Si más de una persona tiene información de ingresos, favor de nombrar a una persona por página:

Nombre y apellido _____ Fecha de nacimiento _____

2. **INGRESOS POR EMPLEOS:** *Si es empleado de otra persona:* Informe cuánto gana esta persona en salarios y propinas (antes de impuestos) en cada empleo. Adjunte otra hoja si esta persona tiene más de tres empleos. *Si es trabajador independiente:* Marque la(s) siguiente(s) casillas e indique cuáles son los ingresos netos de esta persona (ingresos después de haber deducido todos los costos empresariales). Escriba N/A si nadie recibe ingresos de un trabajo.

	Nombre y dirección de la empresa <i>En las casillas a continuación, indique el nombre y dirección de la empresa (incluya la ciudad y el estado) y conteste las preguntas adicionales.</i>	Este mes	Próximo mes	Cálculo de ingresos totales durante este año
EMPLEO 1	Fecha de inicio en el empleo (MM/AAAA): _____ <input type="checkbox"/> ¿Trabajo independiente? Tipo de trabajo: _____	\$	\$	\$
EMPLEO 2	Fecha de inicio en el empleo (MM/AAAA): _____ <input type="checkbox"/> ¿Trabajo independiente? Tipo de trabajo: _____	\$	\$	\$
EMPLEO 3	Fecha de inicio en el empleo (MM/AAAA): _____ <input type="checkbox"/> ¿Trabajo independiente? Tipo de trabajo: _____	\$	\$	\$

3. **OTROS INGRESOS:** Algunas personas reciben ingresos de otras fuentes. Informe si la persona recibe ingresos de alguna de las siguientes fuentes. No incluya pagos de manutención de menores ni de veteranos ni el ingreso complementario del seguro social (SSI) porque no son gravables. Escriba N/A si nadie recibe otros ingresos.

	Este mes	Próximo mes	Cálculo de ingresos totales durante este año
Desempleo. Nombre del estado o empleador que paga: _____	\$	\$	\$
Jubilación o pensión	\$	\$	\$
Ganancias de capital	\$	\$	\$
Inversiones	\$	\$	\$
Ingresos netos por alquileres o regalías	\$	\$	\$
Ingresos netos por actividades agrícolas o pesca	\$	\$	\$
Premios/indemnizaciones/juegos de azar	\$	\$	\$
Manutención conyugal	\$	\$	\$

	Este mes	Próximo mes	Cálculo de ingresos totales durante este año
Pagos per cápita de casinos	\$	\$	\$
Ingresos tribales gravables	\$	\$	\$
Otros ingresos gravables	\$	\$	\$
Seguro social/SSDI <i>(incluya las cantidades imponibles y las no imponibles)</i>	\$	\$	\$

4. **DEDUCCIONES:** Algunas personas pueden deducir ciertas cosas que pagan en su declaración sobre la renta federal. Informe las siguientes deducciones que esta persona declara en sus impuestos (esto podría reducir el costo del seguro de salud). No incluya costos que ya fueron deducidos del ingreso por trabajo independiente en la página anterior. Escriba N/A si nadie tuvo deducciones.

	Este mes	Próximo mes	Cálculo de deducciones totales durante este año
Manutención conyugal pagada	\$	\$	\$
Intereses de préstamos educativos	\$	\$	\$
Gastos de educador	\$	\$	\$
Contribuciones a IRA	\$	\$	\$
Matrícula y cuotas	\$	\$	\$
Otras deducciones	\$	\$	\$

5. ¿Solicita antes del 1º de enero de 2015? Si está presentando una solicitud antes del 1º de enero de 2015, díganos sobre sus ingresos y deducciones esperados para el año 2015. Incluya el ingreso de todas las fuentes mencionadas en el Paso 3.

- Sí. Si respondió que sí, **complete los puntos a al c** para el año 2015.
- NO. Si respondió que no, **pase al Paso 4.**

	Total pronosticado para 2015
a. Ingresos totales esperados de un empleo o trabajo independiente:	\$
b. Otros ingresos totales esperados <i>(incluyendo Seguro Social y SSDI sujetos a impuestos o no):</i>	\$
c. Deducciones totales esperadas:	\$

¡ESTAMOS PARA AYUDARLE!

Llámenos al 1-800-699-9075

Utilice la página 13 para agregar los ingresos o deducciones de otra persona. Pase a la página 15 si ninguna otra persona tiene ingresos o deducciones.



Si más de dos personas tienen ingresos, haga una copia de la parte delantera y trasera de esta página antes de llenarla e inclúyala con su solicitud.

1. ¿Quiénes tienen ingresos y/o deducciones? (una persona por página):

Nombre y apellido _____ Fecha de nacimiento _____

2. **INGRESOS POR EMPLEOS:** *Si es empleado de otra persona:* Informe cuánto gana esta persona en salarios y propinas (antes de impuestos) en cada empleo. Adjunte otra hoja si esta persona tiene más de tres empleos. *Si es trabajador independiente:* Marque la(s) siguiente(s) casillas e indique cuáles son los ingresos netos de esta persona (ingresos después de haber deducido todos los costos empresariales). Escriba N/A si nadie recibe ingresos de un empleo.

	Nombre y dirección de la empresa <i>En las casillas a continuación, indique el nombre y dirección de la empresa (incluya la ciudad y el estado) y conteste las preguntas adicionales.</i>	Este mes	Próximo mes	Cálculo de ingresos totales durante este año
EMPLEO 1	Fecha de inicio en el empleo (MM/AAAA): _____ <input type="checkbox"/> ¿Trabajo independiente? Tipo de trabajo: _____	\$	\$	\$
EMPLEO 2	Fecha de inicio en el empleo (MM/AAAA): _____ <input type="checkbox"/> ¿Trabajo independiente? Tipo de trabajo: _____	\$	\$	\$
EMPLEO 3	Fecha de inicio en el empleo (MM/AAAA): _____ <input type="checkbox"/> ¿Trabajo independiente? Tipo de trabajo: _____	\$	\$	\$

3. **OTROS INGRESOS:** Algunas personas reciben ingresos de otras fuentes. Informe si la persona recibe ingresos de alguna de las siguientes fuentes. No incluya pagos de manutención de menores ni de veteranos ni el ingreso complementario del seguro social (SSI) porque no son gravables. Escriba N/A si nadie recibe otros ingresos.

	Este mes	Próximo mes	Cálculo de ingresos totales durante este año
Desempleo. Nombre del estado o empleador que paga: _____	\$	\$	\$
Jubilación o pensión	\$	\$	\$
Ganancias de capital	\$	\$	\$
Inversiones	\$	\$	\$
Ingresos netos por alquileres o regalías	\$	\$	\$
Ingresos netos por actividades agrícolas o pesca	\$	\$	\$
Premios/indemnizaciones/juegos de azar	\$	\$	\$

	Este mes	Próximo mes	Cálculo de ingresos totales durante este año
Manutención conyugal	\$	\$	\$
Pagos per cápita de casinos	\$	\$	\$
Ingresos tribales gravables	\$	\$	\$
Otros ingresos gravables	\$	\$	\$
Seguro social/SSDI (incluya las cantidades imponibles y las no imponibles)	\$	\$	\$

4. **DEDUCCIONES:** Algunas personas pueden deducir ciertas cosas que pagan en su declaración sobre la renta federal. Informe las siguientes deducciones que esta persona declara en sus impuestos (esto podría reducir el costo del seguro de salud). No incluya costos que ya fueron deducidos del ingreso por trabajo independiente en la página anterior. Escriba N/A si nadie tuvo deducciones.

	Este mes	Próximo mes	Cálculo de deducciones totales durante este año
Manutención conyugal pagada	\$	\$	\$
Intereses de préstamos educativos	\$	\$	\$
Gastos de educador	\$	\$	\$
Contribuciones a IRA	\$	\$	\$
Matrícula y cuotas	\$	\$	\$
Otras deducciones	\$	\$	\$

5. ¿Solicita antes del 1º de enero de 2015? Si está presentando una solicitud antes del 1º de enero de 2015, díganos sobre sus ingresos y deducciones esperados para el año 2015. Incluya el ingreso de todas las fuentes mencionadas en el Paso 3.

- Sí. Si respondió que sí, **complete los puntos a al c** para el año 2015.
- NO. Si respondió que no, **pase al Paso 4**

	Total pronosticado para 2015
a. Ingresos totales esperados de un empleo o trabajo independiente:	\$
b. Otros ingresos totales esperados (incluyendo Seguro Social y SSDI sujetos a impuestos o no):	\$
c. Deducciones totales esperadas:	\$

**Continúe con el Paso 4
si ninguna otra persona tiene ingresos.
¡YA CASI FINALIZA SU SOLICITUD!**

PASO 4

PREGUNTAS SOBRE LOS MIEMBROS ADICIONALES DEL GRUPO FAMILIAR

Sírvase responder las preguntas del 1 al 4 para cada persona en su grupo familiar, ya sea que soliciten seguro de salud o no, aunque la respuesta sea no. Si necesita más espacio, saque copias de esta página antes de llenarla y adjúntelas a su solicitud.

1. ¿Alguna persona está embarazada? Sí. Si respondió que sí, bríndenos su información. NO.

Para “fecha prevista del parto”, denos su mejor suposición, aunque todavía no haya consultado con un doctor.

Nombre/Apellido	Fecha de nacimiento	Fecha prevista del parto	¿Cuántos bebés se esperan? Deje en blanco si no se sabe

2. ¿Alguna persona está inscrita en una tribu, banda o pueblo reconocido a nivel federal o tiene intereses en una corporación regional o pueblo de nativos de Alaska? Sí. Si respondió que sí, bríndenos su información. NO.

Nombre/Apellido	Fecha de nacimiento	Nombre de la tribu

3. ¿Alguna persona tiene padres o abuelos inscritos en una tribu, banda o pueblo reconocido a nivel federal o tiene intereses en una corporación regional o pueblo de nativos de Alaska **Y/O** está recibiendo o tiene derecho a recibir atención de servicios de salud para indígenas, clínicas de salud para tribus o clínicas indígenas urbanas? Sí. Si respondió que sí, bríndenos su información. NO.

Nombre/Apellido	Fecha de nacimiento

4. ¿Alguna persona está en la cárcel? Sí. Si respondió que sí, bríndenos su información. NO.

Nombre/Apellido	Fecha de nacimiento	Fecha esperada de puesta en libertad

PASO 4**PREGUNTAS ADICIONALES SOBRE EL GRUPO FAMILIAR, continuación**

Sírvase responder las preguntas del 5 al 9 para cada persona en su grupo familiar, ya sea que soliciten seguro de salud o no, aunque la respuesta sea no.

5. ¿Alguna persona es legalmente ciega? Sí. Si respondió que sí, brínden su información. NO.

Nombre/Apellido	Fecha de nacimiento

6. ¿Alguna persona tiene una discapacidad que durará más de 12 meses **Y/O** necesita ayuda con sus actividades diarias como caminar, comer o recordar? Sí. Si respondió que sí, brínden su información. NO.

Nombre/Apellido	Fecha de nacimiento

7. ¿Alguna persona tiene derecho a recibir o está recibiendo Ingresos Complementarios de Seguro Social (SSI)? Sí. Si respondió que sí, brínden su información. NO.

Nombre/Apellido	Fecha de nacimiento

8. ¿Alguna persona tiene 18 años y es estudiante de tiempo completo de preparatoria? Sí. Si respondió que sí, brínden su información. NO.

Nombre/Apellido	Fecha de nacimiento

9. ¿Alguna persona tiene facturas médicas sin pagar en los últimos 3 meses **O** ha recibido servicios médicos gratuitos en los últimos 3 meses? Sí. Si respondió que sí, brínden su información. NO.

Nombre/Apellido	Fecha de nacimiento

Complete el Paso 5 para cada persona en su grupo familiar que esté solicitando seguro de salud

¿Alguna de las personas que están solicitando seguro de salud está cubierta, se le ofrece o es elegible para seguro de salud? Cualquier persona que está solicitando seguro de salud está cubierta, se le ofrece o es elegible para seguro de salud? Responda afirmativamente incluso si decidieron no inscribirse debido a costos, calidad de la cobertura u otros motivos.

SÍ. Si respondió que sí, **complete los números del 1 al 3 para cada persona.**

NO. Si respondió que no, **pase al Paso 6.**

Nombre y apellido _____ Fecha de nacimiento _____

1. Indique el seguro de salud por el que está cubierta esta persona, que se le ofrece o para el que es elegible:

a. Tipo de seguro: Privado Empleador COBRA Medicare TRICARE Peace Corps
 Programas de atención de salud de VA Plan de salud para jubilados

b. De saberlo, se espera: Fecha de inicio: _____ Fecha de vencimiento: _____

c. ¿Está inscrita esta persona en el plan? SÍ. Si respondió que sí, brinde la información siguiente. NO.

Nombre de la compañía de seguros: _____ Identificación de la póliza: _____

Nombre del titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____

2. ¿Está cubierta esta persona por seguro de salud pero no puede usar sus beneficios de salud?

Sí, debido a: Inquietudes de seguridad Distancia a proveedores Otras razones No

3. ¿Esta persona está inscrita en Medicaid o CHIP en cualquier estado (p.ej., Plan de Salud de Oregon o Healthy Kids en Oregon)?

SÍ. Si respondió que sí, ¿en qué estado? _____ Fecha de vencimiento esperada: _____

No

Nombre y apellido _____ Fecha de nacimiento _____

1. Indique el seguro de salud por el que está cubierta esta persona, que se le ofrece o para el que es elegible:

a. Tipo de seguro: Privado Empleador COBRA Medicare TRICARE Peace Corps
 Programas de atención de salud de VA Plan de salud para jubilados

b. De saberlo, se espera: Fecha de inicio: _____ Fecha de vencimiento: _____

c. ¿Está inscrita esta persona en el plan? SÍ. Si respondió que sí, brinde la información siguiente. NO.

Nombre de la compañía de seguros: _____ Identificación de la póliza: _____

Nombre del titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____

2. ¿Está cubierta esta persona por seguro de salud pero no puede usar sus beneficios de salud?

Sí, debido a: Inquietudes de seguridad Distancia a proveedores Otras razones No

3. ¿Esta persona está inscrita en Medicaid o CHIP en cualquier estado (p.ej., Plan de Salud de Oregon o Healthy Kids en Oregon)?

SÍ. Si respondió que sí, ¿en qué estado? _____ Fecha de vencimiento esperada: _____

No

Nombre y apellido _____ Fecha de nacimiento _____

1. Indique el seguro de salud por el que está cubierta esta persona, que se le ofrece o para el que es elegible:

a. Tipo de seguro: Privado Empleador COBRA Medicare TRICARE Peace Corps
 Programas de atención de salud de VA Plan de salud para jubilados

b. De saberlo, se espera: Fecha de inicio: _____ Fecha de vencimiento: _____

c. ¿Está inscrita esta persona en el plan? Sí. Si respondió que sí, brinde la información siguiente. NO.

Nombre de la compañía de seguros: _____ Identificación de la póliza: _____

Nombre del titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____

2. ¿Está cubierta esta persona por seguro de salud pero no puede usar sus beneficios de salud?

Sí, debido a: Inquietudes de seguridad Distancia a proveedores Otras razones No

3. ¿Esta persona está inscrita en Medicaid o CHIP en cualquier estado (p.ej., Plan de Salud de Oregon o Healthy Kids en Oregon)?

Sí. Si respondió que sí, ¿en qué estado? _____ Fecha de vencimiento esperada: _____

No

Nombre y apellido _____ Fecha de nacimiento _____

1. Indique el seguro de salud por el que está cubierta esta persona, que se le ofrece o para el que es elegible:

a. Tipo de seguro: Privado Empleador COBRA Medicare TRICARE Peace Corps
 Programas de atención de salud de VA Plan de salud para jubilados

b. De saberlo, se espera: Fecha de inicio: _____ Fecha de vencimiento: _____

c. ¿Está inscrita esta persona en el plan? Sí. Si respondió que sí, brinde la información siguiente. NO.

Nombre de la compañía de seguros: _____ Identificación de la póliza: _____

Nombre del titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____

2. ¿Está cubierta esta persona por seguro de salud pero no puede usar sus beneficios de salud?

Sí, debido a: Inquietudes de seguridad Distancia a proveedores Otras razones No

3. ¿Esta persona está inscrita en Medicaid o CHIP en cualquier estado (p.ej., Plan de Salud de Oregon o Healthy Kids en Oregon)?

Sí. Si respondió que sí, ¿en qué estado? _____ Fecha de vencimiento esperada: _____

No

Firmo esta solicitud bajo pena de perjurio, lo que significa que, a mi leal saber y entender, he dado respuestas verdaderas a todas las preguntas de este formulario. Sé que se me puede someter a sanciones o que puedo ser responsable por pagos en exceso bajo la ley federal si brindo información falsa o no verdadera.

Sé que debo informar a la Autoridad de Salud de Oregon si cambia alguno de los datos que escribí en esta solicitud y es diferente. Puedo llamar al **1-800-699-9075** para reportar cualquier cambio. Entiendo que un cambio en mi información podría afectar el derecho de los integrantes de mi grupo familiar a un seguro de salud.

Sé que, según las leyes federales, está prohibido discriminar por raza, color, nacionalidad, sexo, edad, orientación sexual, identidad de género o discapacidad. Puedo presentar una queja por discriminación en www.hhs.gov/ocr/office/file.

He leído la *Guía para la solicitud* y estoy de acuerdo con todas las secciones. (Puede encontrar la *Guía para la solicitud* en Internet en www.OHP.oregon.gov).

Si tiene derecho al Plan de Salud de Oregon o Healthy Kids:

La ley estatal establece que si usted, o cualquier otra persona, recibe cobertura del Plan de Salud de Oregon (Oregon Health Plan: OHP)/Healthy Kids (HK) entonces usted o las otras personas le otorgan automáticamente a la OHA el derecho a pagos de otros que eran responsables legalmente de pagar parte o la totalidad de sus gastos médicos. Esto incluye otro seguro de salud, seguro de responsabilidad civil o a otras personas. También incluye cualquier pago que se le adeuda a usted debido a que otra persona lo lesionó. El derecho al pago no excederá la cantidad pagada por el OHP/HK u organización de atención coordinada.

Me comprometo a notificar a la OHA (o a la persona que designe) y a mi organización de atención coordinada (CCO) si presento una demanda contra cualquier persona que me haya causado lesiones a mí o a cualquier otro familiar que esté recibiendo el OHP/HK, y a proveer la información necesaria para obtener los reembolsos.

Otorgo a OHA el derecho a solicitar y obtener manutención médica de mi cónyuge, padre o madre.

Conozco que me pueden pedir que trabaje con el Programa de Manutención Infantil si tengo un hijo que 1) tiene derecho a recibir cobertura y 2) tiene un padre ausente (consulte la *Guía para la solicitud* para obtener más información sobre este requisito).

¿Cualquier menor en esta solicitud tiene a un padre o madre que vive fuera del hogar? Sí No

¿Piensa que dicho padre o madre puede lastimarle a usted o al menor si intentamos averiguar sobre la paternidad o cobertura de salud?

Sí No

- Si piensa que cooperar para cobrar apoyo médico le lastimaría a usted o a sus hijos, puede informárselo a la OHA y tal vez no tenga que cooperar.

USO DEL NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (SSN)

Las leyes federales a continuación dicen que cualquier persona que solicite beneficios médicos debe brindar un Número de Seguro Social (SSN): Leyes federales - 42 USC 1320b-7(a), 7 USC 2011-2036, 42 CFR 435.910, 42 CFR 435.920, 42 CFR 457.340(b). Cuando escriba su SSN en la solicitud quiere decir que le da permiso a la OHA y a Cover Oregon para usarlo e informar a otros sobre el mismo para las razones siguientes:

- Ayudar a determinar si usted reúne ciertos criterios para recibir beneficios. Usaremos los SSN que nos brinde para asegurar que los ingresos y bienes que indique en esta solicitud sean correctos. Compararemos la información de otros registros estatales y federales, tales como el Servicio de Impuestos Internos (IRS), Departamento de Ingresos, Medicaid, manutención infantil, Seguro Social y beneficios de desempleo.
- Redactar informes sobre el Plan de Salud de Oregon o Cover Oregon.
- Administrar el programa para el que presente una solicitud o del que recibe beneficios, de ser necesario.
- Ayudarnos a mejorar los programas mediante evaluaciones de la calidad y otras actividades.
- Asegurarnos de que le hemos otorgado la cantidad correcta de beneficios y para recuperar dinero si hemos pagado beneficios en exceso.

¿RECIBÍ AYUDA DE UN AGENTE O SOCIO COMUNITARIO?

Si un agente de seguros certificado o socio comunitario le ayudó con esta solicitud, indique su información a continuación.

Nombre del agente o socio comunitario	Nombre de la organización	Identificación del agente u organización
---------------------------------------	---------------------------	--

Fecha de la solicitud (Uso oficial exclusivo)

ACCESO A INFORMACIÓN DE INGRESOS EN AÑOS FUTUROS

Para ver si califica para ayuda económica para reducir el costo del seguro de salud en años futuros, puede brindarle permiso continuo al intercambio federal de salud para tener acceso a sus datos de ingresos (incluyendo sus declaraciones de impuestos, en algunos casos). Si elije hacer esto, puede retirar su permiso en cualquier momento al comunicarse con el intercambio federal de salud. También puede actualizar en cualquier momento la información de ingresos que proveyó en esta solicitud. ¿Le gustaría permitirle al intercambio federal de salud tener acceso a su información de ingresos en años futuros? Sí No

SU DERECHO A UNA AUDIENCIA

Si no está de acuerdo con las decisiones que la OHA tome respecto a su elegibilidad para seguro de salud y/o ayuda económica o no recibe una decisión de nuestra parte dentro de 45 días, tiene el derecho a solicitar una audiencia. Asimismo, tiene derecho a elegir un representante autorizado para que actúe en su nombre durante el proceso de audiencia.

Le animamos que nos llame al **1-800-699-9075** para preguntarnos sobre su elegibilidad o el proceso, o proveernos con información adicional sobre usted y/o su grupo familiar.

Si desea presentar una apelación, debe hacerlo dentro de los 90 días a partir de la fecha que se encuentra en la notificación de elegibilidad que recibirá (por correo postal o electrónico). El plazo límite para solicitar una audiencia no cambia aunque se comunique con nosotros.

FIRME ESTA SOLICITUD

El contacto principal que llenó el Paso 1 debe firmar esta solicitud. Al firmarla, usted confirma que tiene permiso de todas las personas cuya información aparece en la solicitud tanto para presentar tal información como para recibir comunicaciones sobre su elegibilidad e inscripción.

Si tiene un representante autorizado, dicha persona puede firmar por usted. Si usted es representante autorizado, puede firmar aquí solamente si usted y el solicitante han llenado y firmado el formulario de Representante autorizado (**Anexo B**).

Nombre en letra de molde	Firma	Fecha (MM/DD/AAAA)
--------------------------	-------	--------------------

PÁGINAS COMPLEMENTARIAS: ANEXOS A Y B

- Utilice el **Anexo A** para seleccionar una organización de atención coordinada o plan dental mediante OHP/HK. Si no selecciona una CCO ahora y es elegible para el OHP/HK, se le inscribirá automáticamente en un plan en su zona.
- Utilice el **Anexo B** para seleccionar e informar quién es su representante autorizado. Necesitará completar este formulario antes de que su representante autorizado pueda firmar la solicitud y/o hablar con la OHA a su nombre.

CÓMO ENVIAR SU SOLICITUD

Envíenos su solicitud firmada por correo postal o por fax.

Correo: OHP Customer Service
P.O. Box 14520
Salem, OR 97309-5044

Fax: 503-373-7493

¡FELICITACIONES! HA TERMINADO. ¿QUÉ SUCEDE A CONTINUACIÓN?

Pronto le informaremos los programas a los que tienen derecho usted y su familia. Si no recibe nuestra respuesta dentro de 45 días, llame al **1-800-699-9075**. **Llenar esta solicitud no lo obliga a comprar un seguro de salud.**

¿NO ESTÁ INSCRITO PARA VOTAR EN DONDE AHORA VIVE?

Si no está inscrito para votar en su zona de residencia actual, ¿le gustaría registrarse hoy para votar?

Sí No

Se registre o no, ello no afectará la cantidad de asistencia que reciba de esta agencia.

PLAN DE SALUD DE OREGON/HEALTHY KIDS

Cómo elegir una organización de atención coordinada (CCO) o un plan dental

Es posible que algunas personas tengan derecho al Plan de Salud de Oregon (OHP) o al programa Healthy Kids (HK). La mayoría de los miembros del OHP están inscritos en una CCO y/o en un plan dental en su zona.

Una CCO es una red local de todo tipo de proveedores de atención de salud que incluye a proveedores de salud física, adicciones y salud mental y, a veces, atención dental. Dichos proveedores colaboran en sus comunidades para servir a los miembros del OHP.

A continuación, podrá indicar su primera y segunda opción de CCO y planes dentales si considera que una persona de su grupo familiar puede tener derecho al OHP o HK. Si desea ver una lista de los planes de OHP/HK del área donde usted vive y obtener más información sobre ellos, ingrese a www.ohp.oregon.gov. Le recomendamos que le pregunte a sus proveedores cuáles planes de salud aceptan. Asimismo, las personas que reciben Medicare tienen diversas opciones de inscripción en una CCO o plan dental. Consulte la *Guía de solicitudes* para obtener más información si recibe Medicare.

Nota: Información para indígenas con derecho a OHP/HK

Sírvase notar lo siguiente para cualquier miembro de su grupo familiar que: 1) sea un miembro tribal inscrito, 2) tiene un padre, madre o abuelo que es un miembro tribal inscrito, y/o 3) es elegible para servicios en Servicios de Salud Indígenas, Clínicas de Salud Tribales y Clínicas Indígenas Urbanas:

- Si tiene derecho a OHP/HK, tendrá cobertura mediante una tarjeta abierta, **SALVO QUE** opte por inscribirse en un plan de OHP/HK (donde esté disponible) al ingresar un CCO o un plan dental en las siguientes casillas. Si no desea inscribirse en un plan de OHP/HK, no ingrese nada en las siguientes casillas.
- Aún puede recibir atención a través de servicios de salud para indígenas, clínicas de salud para tribus y clínicas indígenas urbanas si está inscrito en un plan de OHP/HK o tiene una tarjeta abierta.

SELECCIONE UN CCO O UN PLAN DENTAL

Si considera que tiene derecho al OHP/HK, puede indicar en las siguientes casillas cuáles CCO/planes dentales prefiere. No debe seleccionar un CCO o plan dental ahora. Sin embargo, si tiene derecho al OHP/HK y no toma ninguna decisión ahora, seleccionaremos un plan de acuerdo con el lugar donde viva (salvo que las excepciones para tribus señaladas anteriormente se apliquen en su caso).

Si no están disponibles sus opciones, lo podrá contactar otro CCO o plan dental.

CCO – 1ra opción:	CCO – 2da opción:
Plan dental – 1ra opción:	Plan dental – 2da opción:

Consulte la *Guía para la solicitud* para obtener más información sobre cómo seleccionar un plan.

REPRESENTANTE AUTORIZADO

Puede seleccionar a un representante autorizado para que hable con la Autoridad de Salud de Oregon. Si desea elegir un representante autorizado, indique en este formulario los datos de la persona que ha elegido. Usted y su representante autorizado deben firmar este formulario para confirmar y aprobar el representante autorizado. Si designó a un representante autorizado en el pasado, la persona que nombre a continuación lo reemplazará.

1. Usted puede elegir a una persona u organización para que sea su representante autorizado. Si su representante autorizado es una: Persona, **complete el punto a.** Organización, **complete el punto b.**

a. **Persona:** Nombre legal (primero, segundo, apellido y sufijo) _____

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) _____

b. **Organización:** Nombre de la organización _____

Nombre del contacto de la organización (primero, segundo, apellido y sufijo) _____

Fecha de nacimiento del contacto de la organización (MM/DD/AAAA) _____

2. Dirección postal

3. # de apartamento/unidad

4. Ciudad

5. Estado

6. Cód. postal

7. Correo electrónico

8. Fecha de inicio y vencimiento de la autorización:

Inicio: _____ Vencimiento: _____

9. Díganos sobre quién puede obtener información el representante autorizado:

- Todas las personas nombradas en mi solicitud
 Contacto principal Persona 2 Persona 3 Persona 4

10. Díganos qué es lo que puede hacer el representante autorizado por dichas personas seleccionadas en el #9 (marque todo lo que corresponda):

- Firmar una solicitud a su nombre Completar y presentar un formulario de renovación
 Actuar a nombre de dichas personas en cualquier y todo asunto con la Agencia
 Recibir copias de avisos y otras comunicaciones de la Agencia para dichas personas

11. Cómo está relacionado con el representante autorizado:

- Carta poder Abogado Tutoría legal Representante de atención de salud
 Socio comunitario (ayudantes para solicitudes) Otro: _____

12. Nombre del solicitante en letra imprenta

13. Fecha de nacimiento del solicitante

14. Firma del solicitante

15. Fecha

REPRESENTANTE AUTORIZADO: Al firmar a continuación, entiendo que soy responsable de pagar un pago en exceso si a sabiendas omito o brindo información incorrecta o incompleta. Asimismo, entiendo que debo respetar la confidencialidad de la información proporcionada por la Autoridad de Salud de Oregon, con respecto al solicitante y a cualquier persona que se indique en la solicitud.

16. Nombre del representante autorizado en letra de molde

17. Firma del representante autorizado

Fecha

Puede adjuntar este formulario a su solicitud o enviarlo por separado:

- Por fax a 503-373-7493 o
- Por correo postal a OHP Customer Service, PO Box 14520, Salem, OR 97309-5044

SP OHA 0232 (11/14)