



Verificación de la residencia

Nombre del/de la cliente: _____ Número del/de la cliente: _____

Correo electrónico del/de la cliente: _____

Solo para los clientes que:

- A. No tienen una dirección fija o no tienen hogar; **O**
- B. Tienen una dirección fija, pero no tienen documentación.

Elija una opción (A o B) en la siguiente tabla y explique:

A. <input type="checkbox"/> No tengo una dirección fija:
Estoy viviendo en la ciudad de:
Me quedo con más frecuencia en los siguientes lugares:
Dirección postal:
B. <input type="checkbox"/> Tengo una dirección fija y no puedo proporcionar documentación:
Explique por qué no puede proporcionar la documentación requerida (<i>vive en una vivienda de transición, no tiene un contrato de arrendamiento, etc.</i>):
Domicilio particular:
Dirección postal (<i>si es diferente al domicilio particular</i>):

Soy residente de Oregon y todas las declaraciones relacionadas con mi situación de vivienda son verdaderas. Entiendo que la información falsa o incorrecta puede resultar en la cancelación de la inscripción beneficios con la Autoridad de Salud de Oregon (OHA, por sus siglas en inglés), los Programas de Atención y Tratamiento del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), incluyendo CAREAssist.

Firma del/de la cliente

Fecha

Envío seguro

Este formulario puede contener su información personal. Si usted envía este formulario por correo electrónico, existe el riesgo de que pudiera ser interceptado por alguien a quien no estaba dirigido. Puede usar el sistema de correo electrónico seguro del ODHS/OHA para enviar su formulario a CareAssist de forma segura. Para obtener acceso al sistema de correo electrónico seguro, envíenos un mensaje a care.assist@dhsoha.state.or.us o visite <https://apps.state.or.us/forms/served/me3702.pdf> para averiguar cómo registrarse para una cuenta.