

Instrucciones para llenar la solicitud de CAREAssist

Información general:

El programa CAREAssist ayuda a los habitantes de Oregón VIH positivos que necesitan tener acceso a tratamientos y atención médica relacionados con el VIH. CAREAssist no es un seguro de salud, pero le ayuda a pagar el seguro de salud y otros costos médicos relacionados.

1. Primas de seguro

CAREAssist paga primas de seguro de salud, tales como políticas de continuación del programa COBRA, planes nivel plata comprados dentro o fuera de *Cover Oregon*, seguro colectivo a través de empleadores, Plan de Salud de Oregón (*Oregon Health Plan* u OHP) y planes de Medicare Parte D. CAREAssist es la cobertura que se usa como "último recurso", por lo que los servicios deben ser efectivos en cuanto a su costo. Esto significa que CAREAssist puede tener requisitos sobre el tipo de seguro de salud que usted usa.

2. Drogas recetadas

CAREAssist paga los montos deducibles o el copago de todas las drogas recetadas cubiertas por su seguro.

3. Montos deducibles y copagos por servicios médicos (*no farmacéuticos*)

Si usted tiene montos deducibles o copagos por servicios médicos, aunque no estén relacionados con el VIH, CAREAssist puede ayudarlo a pagar muchos de ellos, por un monto de hasta \$6.350 por año.

4. Servicios para personas sin seguro

Para las personas que no pueden obtener seguro de salud fuera de períodos de inscripción abierta, CAREAssist puede ayudar a pagar una cantidad limitada de servicios médicos y medicamentos necesarios para continuar el tratamiento por VIH. Las personas inscritas en este programa también deben estar inscritas en el programa comunitario Ryan White de gestión de casos de VIH y mantenerse en contacto con el programa CAREAssist para garantizar la obtención de un seguro de salud continuo en cuanto lo tengan disponible, ya sea por cambios del nivel de ingresos, empleo o cualquier otra circunstancia. Aquí se aplican las políticas de recertificación y costos compartidos.

Información sobre elegibilidad:

CAREAssist debe verificar que usted es **VIH positivo, vive en Oregón y cumple con los requisitos de elegibilidad por ingresos de acuerdo con el Nivel Federal de Pobreza (*Federal Poverty Level* o FPL)**. La elegibilidad por ingresos corresponde a un FPL de 400% o menos.

Debe llenar la solicitud por completo. No deje ninguna sección en blanco. Si la respuesta a alguna pregunta es "0", "Ninguno/a", "No corresponde" o "No sé", escriba dichas respuestas en el espacio correspondiente. **Si necesita ayuda para llenar esta solicitud, hable con el gerente de su caso de VIH o llame al programa CAREAssist al 971-673-0144.**

El proceso de solicitud puede llevar como mínimo 20 días hábiles. Usted deberá pagar todos los gastos en que incurra hasta que se complete su inscripción en CAREAssist.

Parte 1: Datos del solicitante

- **Nombre legal completo:** Dé el nombre reconocido legalmente por el estado y confirmado en su partida de nacimiento, licencia de conducir, tarjeta del seguro social, pasaporte u otro documento de identidad legal. No use su sobrenombre ni el nombre que prefiere.
- **Nombre que prefiere usar:** Un sobrenombre o versión abreviada de su nombre.
- **Fecha de nacimiento:** Su fecha de nacimiento completa (*mes/día/año*).
- **Edad:** Su edad en el momento de llenar esta solicitud.
- **Número de seguro social (SSN):** Usted no está obligado a dar su SSN. Sin embargo, la mayoría de las aseguradoras y farmacias usan los SSN para identificar políticas y registros. El dar su SSN facilitará la verificación de cobertura de seguro y el procesamiento de esta solicitud. Si no tiene SSN, escriba "Ninguno."
- **Etnia u origen, raza y sexo:** Marque el casillero que mejor represente su raza, etnia y sexo. Sólo usted puede dar esta información a CAREAssist.
- **Idioma que prefiere usar:** Indique en qué idioma prefiere hablar y leer.

Parte 2a: Datos de contacto

Dirección postal: Para que CAREAssist pueda procesar su solicitud, debe darnos una dirección postal. En todos los casos, **usted es responsable de responder a tiempo a las solicitudes que le enviemos por correo. Notifique de inmediato a CAREAssist de cualquier cambio en sus datos de contacto.**

Domicilio: Si su domicilio es el mismo que su dirección postal, marque el casillero correspondiente. El domicilio es el lugar físico donde usted vive (*es decir, donde duerme regularmente todas las noches*).

Información telefónica: Indique los números de teléfono de su hogar, trabajo y/o celular. CAREAssist debe tener siempre información de contacto actualizada para poder comunicarse con usted sobre los servicios que usted recibe. Para cada número, indique si CAREAssist puede dejarle mensajes detallados. CAREAssist mantendrá la confidencialidad de su condición de VIH. Si CAREAssist necesita comunicarse con usted en su trabajo, sólo nos identificaremos por nombre y número de teléfono, y nunca le dejaremos mensajes detallados. No indique un número telefónico de trabajo si no trabaja, no le permiten recibir llamadas telefónicas personales en el trabajo, no tiene número de teléfono en el trabajo o no desea recibir nuestras llamadas telefónicas en el trabajo.

Dirección de correo electrónico: Cuando CAREAssist le envía un correo electrónico, dicho mensaje se considera igual que una carta enviada por correo regular. CAREAssist usará el correo electrónico como otra forma de comunicarse con usted para darle información importante sobre su elegibilidad.

Amigo o familiar: Indique si tiene algún amigo o familiar con quien CAREAssist puede hablar sobre los servicios que usted recibe. Indique el número de teléfono y su relación con esa persona. Los nombres y números de teléfono que nos dé estarán vigentes hasta que usted pida a CAREAssist que cancele a dichas personas de contacto.

Parte 3: Comprobante de domicilio

Junto con esta solicitud, usted debe presentar comprobante de residencia en Oregon. El siguiente cuadro contiene los documentos aceptables para comprobar residencia. Usted debe presentar un documento del Tipo 1, o dos documentos del Tipo 2. Si usted no tiene hogar o no tiene documentos que verifiquen dónde vive, deberá presentar el formulario de Verificación de residencia.

Tipo 1 (<i>seleccione 1 de los siguientes documentos</i>)	Tipo 2 (<i>seleccione 2 de los siguientes documentos</i>)
<input type="checkbox"/> Licencia de conducir vigente de Oregon. <input type="checkbox"/> Documento de identidad vigente del estado de Oregon. <input type="checkbox"/> Documento de identidad tribal vigente. <input type="checkbox"/> Factura reciente de algún servicio público (<i>no se aceptan facturas de teléfono celular</i>). <input type="checkbox"/> Contrato vigente de alquiler, renta o hipoteca. <input type="checkbox"/> Último documento del impuesto inmobiliario.	<input type="checkbox"/> Copia de la carta de adjudicación de SSI/SSDI. <input type="checkbox"/> Copia de documento de asistencia pública (<i>SNAP, OHP, etc.</i>). <input type="checkbox"/> Tarjeta vigente de registro de votante de Oregon. <input type="checkbox"/> Carta de compañero de cuarto arrendatario. <input type="checkbox"/> Talones de cheques de pago con el domicilio del empleado. <input type="checkbox"/> Documentos emitidos por una entidad financiera (<i>tales como un resumen de cuenta bancaria o de tarjeta de crédito</i>). <input type="checkbox"/> Comprobante de identidad de un tribunal correccional. <input type="checkbox"/> Cuota de una asociación de propietarios. <input type="checkbox"/> Documento de identidad de militares o veteranos. <input type="checkbox"/> Tarjeta de registro de título vehicular de Oregon. <input type="checkbox"/> Carta aprobada del Hospital Estatal de Oregon, de un refugio para personas sin techo o de un proveedor de servicios de transición.

Parte 4: Información sobre familia y dependientes

Llene la información sobre familia y dependientes de todos los miembros de su familia que viven con usted. Esta información permite a CAREAssist calcular correctamente sus ingresos y determinar los beneficios que tiene derecho a recibir.

Tamaño de la familia: CAREAssist usa los mismos criterios que el Plan de Salud de Oregon (*Oregon Health Plan* u OHP) para definir el término "familia". Una familia de dos o más personas es un grupo de personas relacionadas por nacimiento, matrimonio, adopción o tutela legal que viven juntos. Los siguientes son ejemplos de la forma de contar la cantidad de personas en su familia:

- Las parejas casadas que viven juntas se consideran una familia de **dos**. Las parejas del mismo sexo casadas legalmente también se incluyen en este grupo. Debe presentar documentación sobre los ingresos de su cónyuge.
- Si usted tiene un concubino/a, pareja o compañero/a de habitación (*y no tienen hijos en común*), usted se considera una familia de **uno**.
- Si usted tiene un hijo biológico o adoptado y vive con el otro padre biológico (*aunque no estén casados*), se considera que usted es parte de una familia de **tres**. Debe presentar documentación sobre los ingresos de ambos padres.
- Si usted vive solamente con sus hijos biológicos, se considera que su familia es de **tantos hijos como tenga más usted**. (*Para verificación, puede tener que documentar la relación legal con sus hijos mediante, por ejemplo, partidas de nacimiento*).
- Si usted reclama como dependiente a alguna persona que no se encuentra dentro de las definiciones anteriores, deberá presentar un comprobante de que usted adoptó legalmente a dicha persona o tiene la tutela legal sobre dicha persona. Todos los dependientes que usted reclame deberán figurar en sus últimas declaraciones juradas del impuesto federal y estatal a las ganancias.

Parte 5a: Información sobre ingresos

Junto con esta solicitud, usted debe presentar comprobantes de todas las fuentes de ingresos de todos los miembros de su familia y dependientes. Si no sabe bien qué enviarnos, llámenos. Nos reservamos el derecho de solicitar información adicional sobre sus ingresos, ya que cumplimos pautas estrictas sobre ingresos. Sin embargo, interpretaremos sus ingresos de la manera más favorable posible. Si usted presenta declaraciones juradas del impuesto a las ganancias, deberá incluir una copia de su declaración del último año. CAREAssist verificará los ingresos que usted recibe de sus registros de empleo o cualquier otro registro del estado de Oregón y también podemos pedirle que obtenga más información del Servicio de Recaudación Nacional (*Internal Revenue Service* o IRS), como por ejemplo una declaración resumida de impuestos que contenga todos sus salarios e ingresos. Usted tendrá que enviar esa información a CAREAssist. Si no proporciona información correcta sobre sus ingresos a CAREAssist, su solicitud puede ser denegada.

Receptor de SSI/SSDI: Si usted recibe Ingresos Complementarios de Seguridad (*Supplemental Security Income* o SSI) o Seguro por Discapacidad de Seguridad Social (*Social Security Disability Insurance* o SSDI), incluya una copia de la carta de adjudicación de Seguridad Social de este año. Si no tiene esa carta, llame a la oficina local de Seguridad Social o al número gratuito nacional 1-800-772-1213 y solicite que le envíen una carta que muestre el monto de beneficios que usted recibe.

Solicitantes que trabajan por cuenta propia: Si usted nos envía la última declaración jurada de impuestos federales y ésta incluye un Anexo C (*si lo presentó*), la suma de sus ingresos brutos se dividirá por la cantidad de meses que reclama, y luego dicho monto se dividirá por la mitad. Si tiene alguna pregunta sobre esto, no dude en llamarnos. Una vez al año, su comprobante de ingresos deberá incluir una copia de su declaración jurada de impuestos federales, y una copia del Anexo C. CAREAssist también puede pedirle que obtenga una declaración resumida de impuestos del IRS u otros documentos que requiera el programa.

Parte 5b: Declaración de ausencia de ingresos

Si usted no tiene ingresos habituales, llene y firme la sección 5b "Declaración de ausencia de ingresos". Deberá indicar cómo cubre sus necesidades básicas y cómo se mantiene (*beneficios de comida, asistencia para renta o refugios, recolección de botellas, trabajos varios, regalos ocasionales de familiares o amigos, etc.*). Si los ingresos que recibe son regulares (*es decir, los ingresos son predecibles y constantes*) debe informarlos en la sección 5a.

Parte 6: Información sobre empleo

Indique si tiene empleo o no, y el nombre de su empleador actual. También debe indicar si tiene la opción de inscribirse en un seguro de salud a través de su empleador, ya sea que haya aceptado o no dicho seguro de salud.

Parte 7: Consumo de tabaco

Indique si usted consume productos a base de tabaco, tales como cigarrillos o tabaco sin humo. Si desea dejar de usar el tabaco, CAREAssist puede darle información y derivarlo al programa *Oregon Quitline*, u ofrecerle parches, goma de mascar o medicamentos para ayudarlo a dejar el tabaco.

Parte 8a: Seguro de salud

Marque el casillero correspondiente a su situación de seguro de salud. Si contestó "Sí", incluya un resumen de beneficios y una copia de su tarjeta de seguro de salud. El resumen de beneficios es una guía breve que indica lo que paga su seguro de los servicios médicos que usted recibe y de las drogas que le recetan, y los montos deducibles, copagos o coseguros que usted debe pagar. Puede tener que llamar a su compañía de seguro de salud para recibir una copia de este documento.

Tipo de seguro de salud: Indique el tipo de seguro de salud que usted tiene: Plan de Salud de Oregón (*OHP o Medicaid*), un Plan de Salud Restringido a través de *Cover Oregon*, un plan privado comprado fuera de *Cover Oregon*, una póliza colectiva a través de un empleador, Medicare y pólizas COBRA (*COBRA es una continuación del seguro del empleador que se ofrece a los empleados después de dejar de sus empleos*). Debe incluir el número de su póliza, el número del seguro colectivo y el nombre del titular principal de la póliza. Si actualmente no tiene seguro, comuníquese con CAREAssist.

Información sobre primas: Si usted pide que CAREAssist pague las primas de su seguro de salud, deberá incluir la información de contacto de la oficina de pagos del seguro. Puede encontrar esta información en una factura reciente o llamar al proveedor de su seguro. Junto con su solicitud deberá presentar una declaración de prima. Si usted tiene OHP, **indique su Organización de Atención Coordinada (*Coordinated Care Organization o CCO*)**.

Parte 8b: Solicitud de seguro de salud

Si usted no tiene seguro de salud en este momento, pero recientemente presentó una solicitud de seguro de salud, dé el nombre de la compañía de seguros y la fecha en que presentó la solicitud.

Parte 9: Cobertura de drogas recetadas

Si usted tiene seguro de salud, debe llenar esta sección. Según el seguro que tenga, tal vez deba usar una farmacia de la red de CAREAssist, como una farmacia que se maneja con órdenes por correo o una farmacia dentro de una tienda, como *Safeway*. **Recibirá más información sobre los servicios de farmacia una vez que esté aceptado en CAREAssist.** Para ver más información sobre el sistema de farmacias de CAREAssist, vaya a www.healthoregon.org/careassist.

Parte 10: Gerente de casos de VIH

Los gerentes de casos son profesionales capacitados que ayudan a los clientes VIH positivos a gozar de mejor salud. Pueden ayudarlo a solicitar programas de asistencia, obtener seguro de salud, llenar los papeles para recibir ingresos por discapacidad, llenar los papeles de CAREAssist y otros servicios. Puede encontrarlos en el consultorio de su médico, el departamento de salud del condado o una organización comunitaria. Si todavía no tiene un gerente para su caso, le recomendamos que se inscriba en un programa de gestión de casos. Si no tiene seguro de salud, deberá inscribirse en el programa de gestión de casos de VIH Ryan White. Si no sabe cómo encontrar un gerente para su caso, llame a nuestro programa o visite nuestro sitio en Internet, www.healthoregon.org/hiv.

Parte 11: Proveedores de atención de la salud

Dé el nombre de su especialista en VIH, si lo tiene. Éste es el médico o doctor que lo trata por su VIH.

Parte 12: Autorización

Lea, firme y ponga la fecha en la sección que se encuentra al pie de la autorización.

Parte 13: Verificación de VIH

El programa CAREAssist debe confirmar su condición de VIH para poder procesar su solicitud. Usted y su proveedor médico matriculado deben llenar el formulario de confirmación de VIH/SIDA (OHA 8406B). Pida a su proveedor de atención de la salud que envíe el formulario directamente al programa CAREAssist. El número de fax de CAREAssist es 971-673-0177.

Lista de verificación

Verifique que su solicitud esté completa y que incluya todos los documentos requeridos. Lea la lista de verificación para confirmar que incluyó todos los papeles necesarios. Si presenta una solicitud incompleta, el procesamiento puede retrasarse. Si tiene preguntas sobre los requisitos de la solicitud, no dude en comunicarse con el programa CAREAssist por teléfono al 971-673-0144 o por correo electrónico a care.assist@state.or.us.

Lista de verificación: Para que la solicitud esté completa, debe adjuntar toda la información.

- Comprobante de ingresos de todas las fuentes, tanto de usted como de todos los miembros de su familia.
- Comprobante de residencia en Oregón (*documentos Tipo 1 o Tipo 2*) o formulario de verificación de residencia.
- Copia de la declaración jurada del impuesto federal a las ganancias del año pasado (*si la presentó*).
- Resumen de beneficios médicos y de drogas recetadas (*si tiene seguro*).
- Declaración de primas (*si desea que CAREAssist pague las primas de su seguro*).
- Copia de su tarjeta de seguro, frente y dorso (*si tiene seguro*) o documentación de la solicitud a través de *Cover Oregon*.
- Verifique que su proveedor de atención de la salud haya completado el formulario de confirmación de VIH/SIDA (OHA 8406B) y lo haya enviado a CAREAssist.
- Solicitud completa y firmada.
- Envíe esta solicitud a:
CAREAssist
PO Box 14450
Portland, OR 97293
*Correo electrónico: care.assist@state.or.us
Fax: 971-673-0177

*Este formulario puede incluir su información personal. Si usted envía el formulario por correo electrónico, hay cierto riesgo de que sea interceptado por alguien a quien usted no lo envió. Si no sabe cómo enviar un correo electrónico seguro, considere la posibilidad de enviar el formulario por correo regular o por fax.