

## Solicitud confidencial de CAREAssist

[Enlace a las instrucciones](#)

### Parte 1: Información del/de la solicitante

**Nombre legal completo**

(primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido): \_\_\_\_\_

**Nombre que prefiere utilizar:** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Edad:** \_\_\_\_

**Núm. del Seguro Social (SSN)** – (si corresponde):

				-											
--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(mes/día/año)

Si no está **registrado(a) para votar** en donde vive actualmente, ¿le gustaría registrarse para votar hoy?  Sí  No  
Ya sea que se registre para votar o no, esto no afectará la cantidad de asistencia que esta agencia le proporcionará.

**Grupo étnico u origen**

- Hispano/latino<sup>1</sup>  
 No hispano/no latino

- Raza:**  Blanca  Asiática<sup>2</sup>  Indígena de Hawái/de las Islas del Pacífico<sup>3</sup>  
 Negra o afroestadounidense  Indígena estadounidense o de Alaska  
 Otra:

**Sexo asignado al momento de nacer:**  Masculino  Femenino

**Género:**  Hombre  Mujer  Hombre transgénero (mujer a hombre)  Mujer transgénero (hombre a mujer)

<sup>1</sup>Si es hispano(a)/latino(a):

- Mexicano, mexicano estadounidense o chicano  Puertorriqueño  Cubano  De otro origen hispano

<sup>2</sup>Si es asiático(a):

- Indoasiático  Chino  Filipino  Japonés  Coreano  Vietnamita  De otro origen asiático

<sup>3</sup>Indígena de Hawái/de las Islas del Pacífico:

- Indígena de Hawái  Guameño o chamorro  Samoano  Indígena de las islas del Pacífico de otro origen

**Díganos si necesita:**

**Un intérprete** El idioma que hablo:  Inglés  Español  Otro: \_\_\_\_\_

**Un intérprete de lengua de señas**

**Materiales escritos traducidos a (qué idioma):**  Inglés  Español  Otro: \_\_\_\_\_

**Materiales en:**  Braille  Letra grande  Cinta de audio  Disco para computadora  Presentación oral

### Parte 2: Información de contacto

Todos los clientes deben proporcionar una dirección postal y constancia de residencia. Consulte la tabla en la Parte 3a para ver los documentos que se aceptan.

Los cambios de dirección deben reportarse inmediatamente al Programa CAREAssist.

**Dirección postal:**

Dirección 1: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Condado: \_\_\_\_\_

**Dirección particular:**

Igual a la anterior

Dirección 2: \_\_\_\_\_

Para obtener información o asistencia, llame al 971-673-0144 o al 1-800-805-2313, o visite nuestro sitio web en:

[www.healthoregon.org/careassist](http://www.healthoregon.org/careassist).

Nombre legal completo: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

**Teléfono/correo electrónico:**

Teléfono de su casa: \_\_\_\_\_

Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

**¿Podemos enviarle mensajes?**

Sí  No

Sí  No

Sí  No

Sí  No

**Amigo o familiar con quien CAREAssist también puede hablar sobre sus servicios de CAREAssist:**

Nombre: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

**Parte 3: Constancia de domicilio particular**

Usted debe proporcionar una constancia de residencia en Oregon. Los documentos deben estar vigentes y **deben coincidir con el domicilio particular** que incluyó en la Parte 2. En la siguiente tabla, marque la casilla que indique el tipo de documentación que va a enviar con esta solicitud.

No tengo un domicilio particular ni constancia de residencia. Si marcó esta casilla, complete el formulario de Verificación de Residencia (OHA 8485).

**Lista de documentos que se aceptan como constancia de residencia en Oregon**

- Licencia de conducir de Oregon vigente
- Identificación del Estado de Oregon vigente
- Identificación tribal vigente
- Factura reciente de un servicio público (*no se aceptan facturas de teléfono celular*)
- Contrato de alquiler, arrendamiento o hipoteca
- Documento de impuesto inmobiliario más reciente
- Copia de carta de adjudicación de SSI/SSDI
- Copia de documento de asistencia pública (*de SNAP, OHP, etc.*)
- Tarjeta electoral de Oregon vigente
- Carta de compañero de vivienda a cuyo nombre esté el contrato de alquiler
- Recibos de sueldo que incluyan el domicilio particular del empleado
- Documentos emitidos por una institución financiera (*como un estado de cuenta bancaria o una factura de tarjeta crédito*)
- Comprobante de identidad de tribunal correccional
- Cuota de la asociación de propietarios de vivienda
- Identificación emitida por las Fuerzas Armadas o la Administración de Veteranos
- Tarjeta de registro de título vehicular emitida por Oregon
- Carta de aprobación del Hospital Estatal de Oregon, de un albergue de personas sin hogar o de un proveedor de servicios de transición

Para obtener información o asistencia, llame al 971-673-0144 o al 1-800-805-2313, o visite nuestro sitio web en:  
[www.healthoregon.org/careassist](http://www.healthoregon.org/careassist).

Nombre legal completo: \_\_\_\_\_

**Parte 4: Información de familiares o dependientes**

Debe incluir información sobre los familiares que viven con usted. Esta información permite a CAREAssist calcular correctamente sus ingresos y determinar los beneficios para los que es elegible. Consulte la definición de "familia" en las instrucciones de la solicitud.

Número de integrantes de la familia: \_\_\_\_\_

Nombre legal completo de su cónyuge o pareja de hecho	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento	Sexo/Género	Relación	¿Es cliente actual de CAREASSIST ?	¿Está inscrito(a) actualmente en su plan de seguro de salud?
		/ /				

Otros familiares nombre legal completo	Fecha de nacimiento	Sexo/Género	Relación	¿Es cliente actual de CAREASSIST?	¿Está inscrito(a) actualmente en su plan de seguro de salud?
	/ /				
	/ /				
	/ /				
	/ /				
	/ /				
	/ /				
	/ /				

Nombre legal completo: \_\_\_\_\_

### Parte 5a: Información de ingresos

Debe presentar un comprobante de ingresos brutos (*antes de cualquier impuesto o deducción*) para todos los familiares antes mencionados. Consulte las instrucciones para ver la definición del tamaño de la familia. Los ingresos se definen como cualquier dinero recibido de forma periódica y/o predecible y del que se depende para satisfacer las necesidades personales. Si no proporciona información correcta sobre los ingresos de todas las fuentes, esta solicitud puede ser denegada y se le puede impedir volver a presentar una solicitud durante un periodo de hasta seis meses. Si declara impuestos, debe incluir una copia de su declaración de impuestos del año más reciente. Si no tiene ningún ingreso regular, debe completar y firmar la Parte 5b, *Declaración de no existencia de ingresos*.

Tipo de ingreso	Elija sí o no para cada fuente		Cantidad mensual bruta	Documentación requerida
Ingreso laboral ( <i>salarios, propinas, comisiones</i> )	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	\$	Recibos de sueldos actuales, para dos meses consecutivos, de TODOS los empleos
Ingreso por trabajo por cuenta propia	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	\$	Declaración de impuestos federales del año pasado, incluyendo el Anexo C ("Schedule C") ( <i>si se presentó</i> ) Y Estados de cuentas bancarias de los últimos seis meses que muestren los depósitos ( <i>todas las cuentas</i> )
Seguro de desempleo	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	\$	Recibos/carta de adjudicación
Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	\$	La carta de adjudicación anual del presente año
Seguro de Discapacidad del Seguro Social (SSDI)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	\$	La carta de adjudicación anual del presente año
Jubilación/pensión	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	\$	Declaración anual de beneficios
Discapacidad a corto/largo plazo	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	\$	Carta de adjudicación
Beneficios para veteranos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	\$	Carta de adjudicación de beneficios
Pensión alimentaria/manutención infantil	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	\$	Carta de adjudicación de beneficios u otra documentación oficial
Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	\$	Declaración de pago o aviso de beneficios más reciente
Acciones, bonos, dividendos en efectivo, fideicomiso, ingresos por inversión, regalías	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	\$	Documentación de una institución financiera que muestre los ingresos recibidos, valores, términos y condiciones
Ingresos de su cónyuge legal o pareja de hecho	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	\$	Consulte lo anterior para ver los documentos requeridos por tipo de ingreso. <i>Revise las instrucciones en la Parte 4: Información de familiares o dependientes para averiguar cuándo incluir ingresos de una pareja de hecho.</i>
Ingresos de propiedades alquiladas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	\$	<i>Declaración de impuestos federales más reciente, incluyendo Anexo E ("Schedule E") o depósitos bancarios por tres meses consecutivos</i>
Otros ingresos:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	\$	depende de la fuente; llame a CAREAssist al 971-673-0144.

Para obtener información o asistencia, llame al 971-673-0144 o al 1-800-805-2313, o visite nuestro sitio web en: [www.healthoregon.org/careassist](http://www.healthoregon.org/careassist).

Nombre legal completo: \_\_\_\_\_

### Parte 5b: Declaración de no existencia de ingresos

Declaro que no recibo ingresos de **NINGUNA** de las fuentes antes mencionadas. Uso los siguientes recursos para ayudar a cubrir las necesidades básicas, como alimentos, vivienda, transporte, etc.

\_\_\_\_\_  
Firma del/de la solicitante/tutor(a) legal (*firmo **solo** si no hay ingresos de ninguna fuente*)

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
(mes/día/año)

### Parte 6: Información de empleo

Si tiene empleo actualmente, proporcione lo siguiente:

Nombre del/de los empleador(es): \_\_\_\_\_

Fecha de contratación: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
(mes/día/año)

¿Le han ofrecido seguro de salud a través de su empleador?  Sí  No

Si contestó "Sí", ¿cuándo podrá inscribirse en el seguro a través de su empleador? \_\_\_\_\_  
(Mes)

### Parte 7: Consumo de tabaco

¿Consume actualmente productos derivados del tabaco?  Sí  No

¿Le gustaría dejar de fumar?  Sí  No

Comuníquese con CAREAssist si desea una remisión a los recursos para dejar de fumar.

Nombre legal completo: \_\_\_\_\_

### Parte 8a: Seguro de salud

¿Tiene usted seguro de salud?  Sí  No

**Si contestó "Sí"**, complete la siguiente sección y entregue un *Resumen de Beneficios* y una copia de su tarjeta de seguro (frente y reverso) con esta solicitud. Si desea que CAREAssist pague su prima, incluya una información de primas.

**Si contestó "No"**, complete la Parte 8b, *Solicitud de cobertura de salud*.

¿Es elegible para una póliza de grupo (a través de su empleador o del empleador de su cónyuge/padre/madre)?  Sí  No

### Tipo de seguro de salud

- Oregon Health Plan (OHP), también conocido como Medicaid
- Plan de Cobertura calificada a través del Intercambio de Seguro de Salud: \_\_\_\_\_  
Nivel de metal (*marque uno*):  Bronce  Plata  Oro  Platino
- Póliza de seguro de salud privado/individual  
 Póliza de grupo (a través de su empleador o del empleador de su cónyuge/pareja): \_\_\_\_\_
- Administración de Veteranos (VA)
- Medicare (*marque todas las opciones que correspondan*):  
 Medicare Parte A  Medicare Parte B  Medicare Parte D (PDP)  Medicare Advantage (MAPD)

Compañía de seguros: \_\_\_\_\_

Nombre del plan/de la CCO: \_\_\_\_\_

Número de identificación de póliza: \_\_\_\_\_ Número del grupo de la póliza: \_\_\_\_\_

Nombre del titular principal de la póliza: \_\_\_\_\_ Núm. de identificación de las recetas médicas (si es diferente): \_\_\_\_\_

¿Desea que CAREAssist pague sus primas del seguro de salud?  Sí  No

### ¿A quién debe enviarse el pago de las primas?

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Nombre del contacto: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Número de identificación fiscal federal del beneficiario: \_\_\_\_\_ Monto de la prima: \$ \_\_\_\_\_

La prima se paga:  Mensualmente  Trimestralmente  Bimestralmente (*cada dos meses*)

Otro: \_\_\_\_\_

Su cobertura de salud está pagada hasta el: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Su próxima prima se debe pagar el: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
(mes/día/año) (mes/día/año)

Nombre legal completo: \_\_\_\_\_

### 8b: Solicitud de cobertura de salud

Si solicitó seguro de salud, incluya la compañía de seguro de salud y la fecha en que presentó su solicitud. Si no ha solicitado seguro, escriba N/A.

Nombre de la compañía de seguros/plan de salud: \_\_\_\_\_

Fecha en que presentó la solicitud: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(mes/día/año)

### Parte 9: Cobertura de medicamentos de venta con receta

¿Está tomando actualmente medicamentos recetados para el VIH? (Antirretrovirales)  Sí  No

**Nota:** Usted recibirá información adicional sobre el sistema de farmacias de CAREAssist una vez que lo(a) acepten para CAREAssist. Esta información se incluirá en su paquete de bienvenida. Para obtener más información sobre nuestros servicios de farmacia, visite nuestro sitio web en: [www.healthoregon.org/careassist](http://www.healthoregon.org/careassist).

¿Su seguro de salud requiere que usted use una farmacia en particular (por ejemplo, Medco, Kaiser o pedido por correo específico)?  Sí  No

Si contestó "Sí", proporcione el *Resumen de Beneficios* (con la información de la farmacia) del proveedor de seguro y la siguiente información sobre su farmacia.

Nombre/número de la farmacia: \_\_\_\_\_

### Parte 10: Coordinador(a) de caso de VIH

Su administrador(a) de casos de VIH es:

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

### Parte 11: Proveedor(es) de atención de salud

El proveedor de atención de salud que trata su VIH es: \_\_\_\_\_  
(nombre del médico, enfermero practicante u otro proveedor de atención)

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre legal completo: \_\_\_\_\_

## Parte 12: Autorización

Estoy presentando una solicitud para recibir asistencia económica por parte del programa de la Autoridad de Salud de Oregon (OHA, por sus siglas en inglés) (*en adelante, el "Programa CAREAssist"*). Al firmar esta autorización, declaro que he leído esta solicitud y que entiendo las condiciones para mi participación:

1. El Programa CAREAssist revisará mi elegibilidad al menos cada seis meses.
2. Si dejo de ser elegible para la asistencia económica y/o recibo reembolsos del seguro, de las farmacias o de proveedores médicos, le avisaré a CAREAssist de inmediato y le reembolsaré a CAREAssist el dinero que haya recibido incorrectamente.
3. El Programa CAREAssist puede hablar sobre esta solicitud con mi médico, farmacéutico, otros proveedores de atención de salud y/o mi administrador de casos.
4. Si el Programa CAREAssist está ayudando a pagar las primas de mi seguro de salud, puede comunicarse con el beneficiario sobre el pago de estas primas, quien podría ser mi empleador.
5. El Programa CAREAssist puede compartir mi nombre, información de contacto y otra información limitada con las compañías que ayudan a proporcionar los servicios del Programa CAREAssist. Estas compañías han acordado mantener esta información de forma confidencial.
6. El Programa CAREAssist tendrá acceso a mi información sobre el reclamo de seguros mientras yo participe en el programa. Esto puede incluir información sobre las compañías de seguro privado u otras entidades públicas.
7. Entiendo que el Programa CAREAssist puede pedirme más información sobre mi tratamiento o servicios relacionados. Estoy de acuerdo en proporcionar dicha información o hacer arreglos para que alguien la proporcione.
8. Entiendo que el Programa CAREAssist recopilará información sobre mí durante mi participación. El Programa CAREAssist usará esta información para hacer planes para el programa y para evaluarlo. Ninguna información que pueda identificarme se publicará ni se divulgará a terceras partes que no estén directamente involucradas en proporcionar los servicios de CAREAssist.
9. Entiendo que la persona de contacto que he incluido en la Parte 2 (*amigo o familiar con quien CAREAssist también puede hablar sobre su servicio de CAREAssist*) seguirá siendo válida hasta que le entregue a CAREAssist un cambio por escrito sobre esta información.
10. Entiendo que el Programa CAREAssist depende completamente de los fondos públicos. Si se reduce o elimina la financiación, el Programa CAREAssist puede reducir o interrumpir la asistencia económica que me proporcionan. Asimismo, entiendo que las prioridades del Programa CAREAssist pueden cambiar con el tiempo, lo cual podría afectar mi elegibilidad para la asistencia.
11. Entiendo que el Programa CAREAssist es el pagador de último recurso. Esto puede significar que me pidan que use cualquier otro programa disponible (*como el Oregon Health Plan*) antes y junto con la asistencia económica de CAREAssist.
12. Entiendo que me eliminarán del programa por un periodo de 6 meses y que pueden pedirme que reembolse los costos de los servicios que el programa proporcionó por dar información falsa a CAREAssist de forma intencional.
13. Responderé a las solicitudes del Programa CAREAssist dentro de los plazos requeridos. Entiendo que si no respondo dentro del plazo solicitado, pueden cancelar mi inscripción al programa.
14. CAREAssist requiere que los miembros mantengan un seguro. Entiendo que pueden cancelar mi inscripción o restringir mi acceso al programa si mi seguro de salud se cancela debido a mi inacción y no hay una cobertura comparable. La

Para obtener información o asistencia, llame al 971-673-0144 o al 1-800-805-2313, o visite nuestro sitio web en:

[www.healthoregon.org/careassist](http://www.healthoregon.org/careassist).



Nombre legal completo: \_\_\_\_\_

inacción puede incluir (*entre otras cosas*) no informar al Programa CAREAssist de forma oportuna sobre un cambio en la cantidad de una prima, una nueva póliza o seguro que me han otorgado o cuando/si me vuelvo elegible para recibir asistencia del Oregon Health Plan (Medicaid) y/o Medicare.

15. Entiendo que el Programa CAREAssist tiene procedimientos de quejas que están disponibles si los solicito. Entiendo que presentar una queja no afectará mis servicios de forma adversa.
16. Todas las declaraciones relacionadas con mis ingresos son verdaderas. Entiendo que el Programa CAREAssist usará otros sistemas estatales de datos y otra información para verificar mis ingresos, según lo declarado en esta solicitud, y que puede pedirme que obtenga otros datos sobre los ingresos del IRS si son necesarios para determinar la exactitud de mis ingresos reportados. Entiendo que debo reportar cualquier cambio en los ingresos a CAREAssist.
17. Soy residente de Oregon y todas las declaraciones relacionadas con mi situación de vivienda son verdaderas.
18. Soy responsable de todos los costos médicos incurridos hasta que esté totalmente inscrito(a) en CAREAssist. Entiendo que puede tomar hasta 14 días hábiles procesar una solicitud completada.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha:      /      /       
(mes/día/año)

Nombre del/de la solicitante: (*imprimir*) \_\_\_\_\_

### Parte 13: Verificación de VIH

El programa CAREAssist debe confirmar su estatus de VIH para procesar su solicitud. Usted y un proveedor médico con licencia deben completar el ["Formulario de confirmación de VIH/SIDA" \(OHA 8406B\)](#). Por favor, pídale a su proveedor de atención médica que lo envíe directamente al programa CAREAssist.

#### Lista de verificación – Debe tener toda la información adjunta para una solicitud completa

- Constancia de ingresos de todas las fuentes para usted y todos los miembros de su familia
- Constancia de residencia en Oregon o formulario de Verificación de Residencia
- Una copia de la declaración federal de impuestos del año pasado (*si declaró impuestos*)
- Resumen de beneficios médicos y de medicamentos recetados (*si tiene seguro en la actualidad*)
- Una información de primas (*si desea que CAREAssist pague su prima de seguro*)
- Copia de su tarjeta de seguro, frente y dorso (*si usted tiene seguro de salud en la actualidad*) O documentación de solicitud a través del Intercambio de Seguro de Salud
- Compruebe que su proveedor de atención de salud haya completado el "Formulario de confirmación de VIH/SIDA" (OHA 8406B) y nos lo haya enviado
- Solicitud completa y firmada
- Envíe esta solicitud a:  
CAREAssist  
PO Box 14450  
Portland, OR 97293  
\*Correo electrónico a: [care.assist@dhsosha.state.or.us](mailto:care.assist@dhsosha.state.or.us)  
Por fax: 971-673-0177

Este formulario puede contener su información personal. Si devuelve el formulario por medio de correo electrónico, existe el riesgo de que pudiera ser interceptado por alguna persona a quien no se lo envió. Si no está seguro sobre cómo enviar un mensaje de correo electrónico seguro, considere usar correo postal o fax.

[Regrese a la página 1 de la solicitud](#)

Para obtener información o asistencia, llame al 971-673-0144 o al 1-800-805-2313, o visite nuestro sitio web en:  
[www.healthoregon.org/careassist](http://www.healthoregon.org/careassist).