



Nombre legal completo: _____

ID del solicitante: _____

Solicitud confidencial de CAREAssist

[Enlace a las instrucciones](#)

Parte 1: Información del/de la solicitante			
Nombre legal completo (<i>primer nombre, segundo nombre, apellido</i>): _____			
Nombre en el seguro (nombre, segundo nombre, apellido): _____			
Nombre que prefiere utilizar: _____		Fecha de nacimiento _____	Edad: _____
Número del Seguro Social (SSN) – (<i>si corresponde</i>): _____		(mes/día/año)	
Si no está registrado(a) para votar en donde vive actualmente, le gustaría registrarse para votar hoy? Si No			
Ya sea que se registre para votar o no, esto no afectará la cantidad de asistencia que esta agencia le proporcionará.			
Orientación sexual: _____		Sexo asignado al nacer: Masculino Femenino	
Género:	_____		
Pronombre(s):	_____		
Grupo étnico u origen:	Hispano/Latino	No Hispano/No Latino	
Raza:			
Indígena americano/nativo de Alaska. _____			
Si es asiático(a): _____			
Negro o afroamericano _____			
Si es hispano(a)/latino(a): _____			
Originario del Medio Oriente o del Norte de África _____			
Indígena de Hawái/de las Islas del Pacífico _____			
Blanco _____			
Otra raza _____			
Si hay más de una raza principal? _____			

Díganos si necesita:	Un intérprete	Tipo de intérprete: _____	
Materiales en:	Braille	Letra grande	Otro: _____
El idioma que habla:	Inglés	Español	Otro: _____
Materiales escritos traducidos a (qué idioma): Inglés Español Otro: _____			
Infórmenos si tiene alguna de las siguientes condiciones:			
Sordo o con grave dificultad auditiva?		Ciego o con dificultad visual grave	Dificultad para vestirse o bañarse
Dificultad grave para realizar mandados		Dificultad grave para concentrarse, recordar o tomar decisiones	
Cualquier condición limitante, física, mental o emocional.		Dificultad grave para caminar o subir escaleras	



Nombre legal completo: _____
ID del solicitante: _____

Parte 2a: Información de contacto

Todos los clientes deben proporcionar una dirección postal y comprobante de residencia de Oregon. Consulte la tabla en la Parte 3 para ver los documentos que se aceptan. Los cambios de dirección deben reportarse inmediatamente al Programa CAREAssist.

Dirección postal: Dirección 1: _____
Dirección 2: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Condado: _____

Dirección particular: Igual a la anterior
Dirección 1: _____
Dirección 2: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Condado: _____

Teléfono/correo electrónico:	Está bien el mensaje de texto (SMS)?		Podemos enviarle mensajes?	
Teléfono de su casa:	_____	Sí No	Sí No	
Teléfono celular:	_____	Sí No	Sí No	
Teléfono del trabajo:	_____	Sí No	Sí No	
Otro Teléfono:	_____	Sí No	Sí No	
Dirección de correo electrónico:	_____		Sí No	
Adopta el formato digital?	Sí No			

Parte 2b: Persona de contacto alternativa con la que CAREAssist también puede hablar sobre sus servicios de CAREAssist:

Nombre: _____
Relación: _____ Número de teléfono: _____
Los mensajes están bien? _____ Sí No _____ Está bien el mensaje de texto (SMS)? _____ Sí No _____

Parte 3: Comprobante de domicilio particular

Usted debe proporcionar una comprobante 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 comprobante de residencia. Si marcó esta casilla, complete el formulario de Verificación de Residencia en la página 4.

Se proporcionó comprobante de domicilio? _____ Sí No _____
Tipo de comprobante de domicilio: _____



Nombre legal completo: _____
ID del solicitante: _____

Lista de documentos que se aceptan como comprobante 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



Nombre legal completo: _____
ID del solicitante: _____

Verificación de la residencia

(Omita esta página si tiene la comprobante de residencia de la página 3).

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. ☐ No tengo una dirección fija:
Estoy viviendo en la ciudad de:
Me quedo con más frecuencia en los siguientes lugares:
Dirección postal:
B. ☐ 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 terminación de mis 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 cliente/de la cliente: _____ Fecha: _____
(mes/día/año)

Nombre legal completo: _____
ID del solicitante: _____

Parte 4: Información de familiares o dependientes

Número de integrantes de la familia:

Nombre legal completo de su cónyuge o pareja de hecho	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento	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	Relación	Comprobante de inscripción escolar?	Comprobante de dependiente legal?	En CAREAssist?

[Información adicional sobre la familia y los dependientes se encuentra al final 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.

Nombre legal completo: _____

ID del solicitante: _____

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

Fuente de ingreso	Nombre del empleador/negocio	Tipo de ingreso	Monto mensual	Fecha de inicio laboral	Fecha de término	Tipo de comprobante
			\$			
			\$			
			\$			
			\$			
			\$			
			\$			

Tipos de ingreso: (Vea la lista de posibles tipos de ingreso al final de la solicitud)

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.

Fecha: _____

Firma del/de la solicitante/tutor(a) legal (firme solo si no hay ingresos de ninguna fuente)

(mes/día/año)

Nombre legal completo: _____

ID del solicitante: _____

Part 6a: 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.

Tipos de seguro de salud

- Plan de Salud de Oregon (OHP), también conocido como Medicaid
- Plan de salud autorizado a través del Intercambio de Seguro de Salud
- 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)
- COBRA (continuación de cobertura médica)

Medicare (marque todas las opciones que correspondan): Medicare Parte A Medicare Parte B Medicare Parte D (PDP) Medicare Advantage (MAPD)

Parte 6b: Información de la póliza de seguro de salud

Prioridad	Tipo de seguro	Nivel metálico	Fecha de inicio	Fecha de finalización	Nombre del titular de la póliza:	Número de grupo de la póliza	Número de identificación de pago
1							
Prestador:		Plan/CCO:			Titular de la póliza:		
2							
Prestador:		Plan/CCO:			Titular de la póliza:		
3							
Prestador:		Plan/CCO:			Titular de la póliza:		

Parte 6c: Primas: Desea que CAREAssist pague sus primas del seguro de salud? ☐ Sí ☐ No

CAREAssist solo pagará las primas de su seguro primario.

A quién debe enviarse el pago de las primas?

Nombre: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Nombre de contacto _____ Teléfono: _____

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: _____
ID del solicitante: _____

Parte 6d: Otras personas cubiertas por el seguro:			
Nombre (Nombre, Apellido)	Fecha de nacimiento	Relación	Número de póliza

Parte 7: 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. Su seguro de salud requiere que usted use una farmacia en particular (por ejemplo, Medco, Kaiser o pedido por correo específico)? ☐ Sí ☐ No ☐ No sé 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.		
Farmacias		
Prioridad	Nombre/número de la farmacia	Teléfono
Primaria		
Secundaria		

Parte 8: Administrador(a) de caso de VIH	
Tiene un(a) administrador(a) de caso de VIH?	☐ Sí ☐ No
Nombre _____	Número de teléfono: _____
Me gustaría que me recomendaran a un administrador de casos de VIH:	☐ Sí ☐ No

Parte 9: Proveedor(es) de atención de salud	
Tiene un proveedor de atención médica para el VIH?	☐ Sí ☐ No
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: _____

ID del solicitante: _____

Parte 10: Autorización

Solicito ayuda financiera del programa CAREAssist (en adelante, el Programa) de la Autoridad de Salud de Oregón (OHA). Al firmar al final de esta solicitud, declaro que he leído esta solicitud y comprendo las condiciones para mi participación:

1. El Programa revisará mi elegibilidad de acuerdo con la póliza del programa.
2. Si recibo reembolsos del seguro, quedo obligado a reembolsar al Programa cualquier pago en exceso que se haya realizado en mi nombre.
3. El Programa puede discutir esta solicitud con mi médico y otros proveedores de atención médica, así como con mis administradores de caso.
4. Puedo ser descalificado de este programa o se me puede solicitar que reembolse los costos de los servicios brindados por el programa si deliberadamente proporciono información falsa al Programa.
5. Si el Programa está pagando mis primas de seguro médico, puede comunicarse con mi empleador o aseguradora en relación con el pago de dichas primas.
6. Cuando sea aplicable, autorizo a CAREAssist a realizar pagos de copagos de recetas médicas en línea y por teléfono en mi nombre a la farmacia no preferida con CAREAssist que mi seguro me obliga a utilizar.
7. El Programa puede proporcionar mi nombre y otra información limitada a las empresas que ayudan a brindar los servicios de CAREAssist. Estas empresas se comprometen a mantener esta información confidencial.
8. El Programa tiene acceso a la información de reclamaciones de seguros sobre mí mientras esté inscrito en el Programa. Esto puede incluir información de compañías de seguros privadas u otras entidades públicas.
9. Entiendo que el Programa puede pedirme más información sobre mi tratamiento o servicios relacionados. Acepto proporcionar dicha información al Programa o hacer los arreglos necesarios para que se proporcione.
10. Entiendo que el Programa recopilará información sobre mí durante mi participación. El Programa usará esta información para planificar y evaluar el programa. No se publicará ni divulgará a terceros ninguna información que pueda identificarme y que no esté directamente involucrada en la prestación de los servicios de CAREAssist.
11. Entiendo que la persona de contacto a la que he autorizado a CAREAssist a contactar seguirá siendo válida hasta que proporcione a CAREAssist un cambio por escrito de esta información al Programa indicando que ya no es válido o hasta que nombre a otra persona en una revisión de elegibilidad del cliente.
12. Entiendo que el Programa debe actuar como último recurso de pago. Si se reducen o eliminan los fondos, es posible que el Programa tenga que ajustar los beneficios del programa. Además, entiendo que los requisitos de ingresos del Programa pueden cambiar con el tiempo, lo que podría afectar mi elegibilidad para recibir asistencia.
13. Dado que el Programa es un pagador de último recurso, esto significa que primero debo utilizar todos los demás programas y recursos privados y públicos disponibles a los que pueda tener derecho, antes y junto con la asistencia financiera de CAREAssist.
14. Responderé a las solicitudes del Programa dentro de los plazos establecidos. Esto incluye, entre otras cosas, solicitudes de revisión de elegibilidad, información de contacto actualizada, información actualizada sobre el seguro y solicitudes para otros programas, según se solicite. Entiendo que si no respondo dentro del plazo establecido, podría dar como resultado un cambio en los beneficios.
15. CAREAssist requiere que los clientes mantengan un seguro. Entiendo que mis beneficios se reducirían si mi seguro médico se cancela y no hay una cobertura comparable.
16. Entiendo que CAREAssist tiene una póliza de quejas, y que la información se puede encontrar en el sitio web de CAREAssist. Entiendo que CAREAssist también tiene un proceso de audiencias, y que la información se puede encontrar en la carta de denegación de beneficios o en la carta de cancelación de la inscripción.

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.



Nombre legal completo: _____
ID del solicitante: _____

17. Todas las declaraciones relativas a mis ingresos son verdaderas. Entiendo que el Programa utilizará otros sistemas de datos estatales y otra información para verificar mis ingresos tal y como se indica en esta solicitud y que puede solicitarme que obtenga otros datos sobre mis ingresos del IRS si fuera necesario para determinar la veracidad de los ingresos que he declarado. Entiendo que debo informar al Programa de cualquier cambio en mis ingresos.
18. Soy residente de Oregón y todas las declaraciones relativas a mi situación de vivienda son correctas.
19. Soy responsable de todos los gastos médicos incurridos hasta que me haya inscrito completamente en CAREAssist. Entiendo que el procesamiento de una solicitud completa puede tardar hasta 5 días hábiles

Firma: _____ Fecha: _____
(mes/día/año)

Nombre del/de la solicitante: (imprimir) _____



Nombre legal completo: _____
ID del solicitante: _____

Part 11: HIV verification

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

Comprobante de ingresos de todas las fuentes para usted y todos los miembros de su familia
Comprobante de residencia en Oregon o formulario de Verificación de Residencia ([consulte la página 3](#))
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@odhsoha.oregon.gov
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.

Puede obtener gratis este documento en otros idiomas, en letra grande, en braille o en el formato que prefiera. Póngase en contacto con CAREAssist en care.assist@odhsoha.oregon.gov o en el 971-673-0144 (voz/texto). Aceptamos todas las llamadas de retransmisión.

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



Nombre legal completo: _____
ID del solicitante: _____

Income Type List:

Tipo de ingreso	Documentación requerida
Ingreso laboral (salarios, propinas, comisiones)	Talonarios de pago actuales y consecutivos de dos meses para TODOS los trabajos
Ingreso por cuenta propia	Declaración de impuestos federales del año pasado, incluyendo el Anexo C (si se presentó) Y Estados de cuenta bancarios de los últimos seis meses que reflejen depósitos (todas las cuentas)
Seguro de desempleo	Talonarios/carta de adjudicación
Ingreso por Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)	Carta anual de adjudicación de este año
Seguro de Incapacidad del Seguro Social (SSDI)	Carta anual de adjudicación de este año
Pensión/jubilación	Declaración anual de beneficios
Discapacidad a corto/largo plazo	Carta de adjudicación
Beneficios para veteranos	Carta de adjudicación de beneficios
Acciones, bonos, dividendos en efectivo, fideicomisos, ingresos por inversiones, regalías	Documentación de la institución financiera que muestre ingresos recibidos, valores, términos y condiciones
Ingreso del cónyuge legal o pareja doméstica	Consulte arriba los documentos requeridos según el tipo de ingreso. Por favor revise las instrucciones en la Parte 4: Información de familia/dependientes para saber cuándo incluir el ingreso de la pareja doméstica.
Ingreso por propiedad en alquiler	Declaración de impuestos federales del año más reciente, incluyendo el Anexo E o depósitos bancarios de tres meses consecutivos
Otros ingresos	Depende de la fuente, llame a CAREAssist al 971-673-0144

Nombre legal completo: _____
ID del solicitante: _____

Anexo: Información sobre la familia y los dependientes

Otros familiares nombre legal completo	Fecha de nacimiento	Relación	Comprobante de inscripción escolar?	Comprobante de dependiente legal?	Es cliente actual de CAREAssist?