

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

Identificación del cliente: \_\_\_\_\_

## Evaluación de Elegibilidad de Clientes de CAREAssist

### Parte 1: Información del cliente

|                                                                            | Información registrada | Correcciones |
|----------------------------------------------------------------------------|------------------------|--------------|
| <b>Nombre legal completo</b><br>(primer nombre, segundo nombre, apellido): | _____                  | _____        |
| <b>Nombre en el seguro:</b><br>(primer nombre, segundo nombre, apellido):  | _____                  | _____        |
| <b>Nombre con el que prefiere que te llamen (apodo):</b>                   | _____                  | _____        |
| <b>Fecha de nacimiento</b>                                                 | _____                  | _____        |
| <b>Número de Seguro Social (SSN):</b>                                      | _____                  | _____        |
| <b>Género:</b>                                                             | _____                  | _____        |
| <b>Idioma que hablo:</b>                                                   | _____                  | _____        |
| <b>Materiales escritos traducidos a:</b>                                   | _____                  | _____        |
| <b>Dominio del idioma hablado:</b>                                         | _____                  | _____        |

Ingrese sus iniciales si la información anterior es correcta.

### Parte 2: 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.

|                              |                     |       |                |       |
|------------------------------|---------------------|-------|----------------|-------|
| <b>Dirección postal:</b>     | Dirección 1:        | _____ |                |       |
|                              | Dirección 2:        | _____ |                |       |
|                              | Ciudad:             | _____ | Estado:        | _____ |
|                              | Condado:            | _____ | Código postal: | _____ |
| <b>Dirección particular:</b> | Igual a la anterior |       |                |       |
|                              | Dirección 1:        | _____ |                |       |
|                              | Dirección 2:        | _____ |                |       |
|                              | Ciudad:             | _____ | Estado:        | _____ |
|                              | Condado:            | _____ | Código postal: | _____ |

| 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 |
| Correo electrónico:          | _____                                |    | Sí                         | No |
| Adopta el formato digital?   | Sí                                   | No |                            |    |

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

Identificación del cliente: \_\_\_\_\_

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

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

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

Podemos dejar un mensaje? ☐ Sí ☐ No Podemos enviar mensaje de texto? ☐ Sí ☐ No

**Parte 2b: 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 13](#).

Se proporcionó comprobante de domicilio? ☐ Sí ☐ No

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

Identificación del cliente: \_\_\_\_\_

**Parte 3: Información sobre la familia y los dependientes**

| Ha cambiado el tamaño o los miembros de su familia? |          | Sí                      | No                  | Tamaño de la familia: |                     |
|-----------------------------------------------------|----------|-------------------------|---------------------|-----------------------|---------------------|
| Nombre legal completo del cónyuge                   | Relación | Número de Seguro Social | Fecha de nacimiento | En CAREAssist?        | Sigue en la familia |
|                                                     |          |                         |                     | Sí No                 | Sí No               |
| Nombre                                              | Relación |                         |                     |                       | Sigue en la familia |
|                                                     |          |                         |                     |                       | Sí No               |
|                                                     |          |                         |                     |                       | Sí No               |
|                                                     |          |                         |                     |                       | Sí No               |
|                                                     |          |                         |                     |                       | Sí No               |
|                                                     |          |                         |                     |                       | Sí No               |
|                                                     |          |                         |                     |                       | Sí No               |
|                                                     |          |                         |                     |                       | Sí No               |
|                                                     |          |                         |                     |                       | Sí No               |
|                                                     |          |                         |                     |                       | Sí No               |
|                                                     |          |                         |                     |                       | Sí No               |
|                                                     |          |                         |                     |                       | Sí No               |
|                                                     |          |                         |                     |                       | Sí No               |
|                                                     |          |                         |                     |                       | Sí No               |
|                                                     |          |                         |                     |                       | Sí No               |
|                                                     |          |                         |                     |                       | Sí No               |

| Hay más personas en su familia? |                     | Sí       | No             |
|---------------------------------|---------------------|----------|----------------|
| Nombre                          | Fecha de nacimiento | Relación | En CAREAssist? |
|                                 |                     |          | Sí No          |
|                                 |                     |          | Sí No          |
|                                 |                     |          | Sí No          |

| Hay estudiantes o personas bajo su tutela en su familia? |                     | Sí                                  | No                                |
|----------------------------------------------------------|---------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|
| Nombre del estudiante o dependiente legal                | Fecha de nacimiento | Comprobante de inscripción escolar? | Comprobante de dependiente legal? |
|                                                          |                     | Sí No                               | Sí No                             |
|                                                          |                     | Sí No                               | Sí No                             |
|                                                          |                     | Sí No                               | Sí No                             |
|                                                          |                     | Sí No                               | Sí No                             |

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

Identificación del cliente: \_\_\_\_\_

#### Parte 4: Información de ingresos

Se requiere comprobante de ingresos brutos (antes de impuestos o deducciones) de todos los miembros de la familia mencionados anteriormente. Consulte las instrucciones para la definición del tamaño familiar. Se considera ingreso cualquier cantidad de dinero recibida de manera periódica y/o predecible que se utiliza para cubrir necesidades personales. No reportar información precisa sobre los ingresos de todas las fuentes puede resultar en la denegación de esta solicitud y en la exclusión para volver a solicitar durante un período de hasta seis meses. Si usted presenta declaraciones de impuestos, debe incluir una copia de la declaración más reciente. Si no tiene ingresos regulares de ninguna fuente, también debe completar la sección 4a, Declaración de ausencia 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 4a: 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: \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

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

(mes/día/año)

Nombre legal completo: \_\_\_\_\_  
Identificación del cliente: \_\_\_\_\_

### Parte 5: Seguro de salud

Tiene seguro médico? ☐ 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 alguno de los datos del seguro que se indican a continuación es incorrecto, actualícelo con la información correcta en la página (#).

|                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Tipos de seguro de salud                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                               |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Plan de Salud de Oregon (OHP), también conocido como Medicaid</li> <li>Plan de salud autorizado a través del Intercambio de Seguro de Salud</li> <li>Póliza de seguro de salud privado/individual</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Póliza de grupo (a través de su empleador o del empleador de su cónyuge/pareja)</li> <li>Administración de Veteranos (VA)</li> <li>COBRA (continuación de cobertura médica)</li> </ul> |
| Medicare (marque todas las opciones que correspondan): Medicare Parte A Medicare Parte B Medicare Parte D (PDP) Medicare Advantage (MAPD)                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                               |

### Parte 5a: Información de la póliza de seguro de salud

| Prioridad | Tipo de seguro | Nivel metálico | Fecha de inicio | Fecha de finalización | Número de póliza | Número de grupo de la póliza | Número de identificación de pago |
|-----------|----------------|----------------|-----------------|-----------------------|------------------|------------------------------|----------------------------------|
| 1         |                |                |                 |                       |                  |                              |                                  |
| Proveedor |                | Plan/CCO       |                 |                       |                  | Titular de la póliza:        |                                  |
| 2         |                |                |                 |                       |                  |                              |                                  |
| Proveedor |                | Plan/CCO       |                 |                       |                  | Titular de la póliza:        |                                  |
| 3         |                |                |                 |                       |                  |                              |                                  |
| Proveedor |                | Plan/CCO       |                 |                       |                  | Titular de la póliza:        |                                  |

### Parte 5b: 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: \_\_\_\_\_ (mes/día/año) Su próxima prima se debe pagar el: \_\_\_\_\_ (mes/día/año)

Ingrese sus iniciales si la información anterior sobre el seguro médico es correcta.

Nombre legal completo: \_\_\_\_\_  
Identificación del cliente: \_\_\_\_\_

**Parte 5c: Actualización del seguro de salud**

Si tiene seguro, agregue la información necesaria a continuación.

Compañía de seguros: \_\_\_\_\_ Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_  
Número de grupo de la póliza: \_\_\_\_\_ Número de identificación de la póliza: \_\_\_\_\_

Desea que CAREAssist pague su seguro de salud?

Sí

No

Pago de la prima a: \_\_\_\_\_ Monto de la prima: \$ \_\_\_\_\_ Las primas se pagan cada: \_\_\_\_\_  
Dirección 1: \_\_\_\_\_ Dirección 2: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Comentarios adicionales:

Su póliza de seguro de salud es:

COBRA portabilidad u otra continuación. Fecha de inicio: \_\_\_\_\_ Fecha de finalización: \_\_\_\_\_  
Medicare: Medicare Parte A Medicare Parte B Medicare Parte D (PDP) Medicare Advantage (MAPD)  
Administración de Veteranos (VA)  
Plan de Salud de Oregon (OHP), también conocido como Medicaid  
Póliza de seguro de salud privado/individual  
Póliza grupal / laboral: Su empleador paga: Todo: Parte: de la prima.  
Si respondió "parte", cuál es su obligación mensual? \$ \_\_\_\_\_

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

Identificación del cliente: \_\_\_\_\_

**Parte 5d: Otras personas cubiertas por el seguro :**

| Nombre (Nombre, Apellido) | Fecha de nacimiento | Relación | Número de póliza |
|---------------------------|---------------------|----------|------------------|
|                           |                     |          |                  |
|                           |                     |          |                  |
|                           |                     |          |                  |
|                           |                     |          |                  |
|                           |                     |          |                  |
|                           |                     |          |                  |
|                           |                     |          |                  |
|                           |                     |          |                  |
|                           |                     |          |                  |
|                           |                     |          |                  |
|                           |                     |          |                  |

**Parte 6: Cobertura de medicamentos recetados**

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): [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      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 de la farmacia | Teléfono |
| Primaria   |                       |          |
| Secundaria |                       |          |

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

Identificación del cliente: \_\_\_\_\_

**Parte 7: Administrador(a) de caso de VIH:** Tiene un(a) administrador(a) de caso de VIH? ☐ Sí ☐ No

Correcciones

Nombre \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Me gustaría que me recomendaran a un administrador de casos de VIH: ☐ Sí ☐ No

Ingrese sus iniciales si la información anterior sobre el administrador del caso es correcta.

**Parte 8: Proveedor de atención médica:** Tiene un proveedor de atención médica para el VIH? ☐ Sí ☐ No

Correcciones

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

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Ingrese sus iniciales si la información anterior sobre el proveedor de atención médica es correcta.



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

Identificación del cliente: \_\_\_\_\_

### 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 autorización, 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.

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: \_\_\_\_\_

Identificación del cliente: \_\_\_\_\_

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.
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 revisión de elegibilidad 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 Oregon y todas las declaraciones relativas a mi situación de vivienda son correctas.

Devolución de su CER completado:

Correo: CAREAssist  
PO Box 14450  
Portland, OR 97293

Número de fax: 971-673-0177 (Por favor, guarde su recibo de fax.)

Dirección de correo electrónico – [care.assist@odhsoha.oregon.gov](mailto:care.assist@odhsoha.oregon.gov) (Recibirá una respuesta automática para confirmar que hemos recibido su correo electrónico.)

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

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

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

Identificación del cliente: \_\_\_\_\_

**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 13](#))
- ☐ 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](mailto: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](mailto: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 Revisión de elegibilidad del cliente](#)

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

Identificación del cliente: \_\_\_\_\_

Lista de tipo de Ingresos:

| 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 Información de ingresos 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: \_\_\_\_\_

Identificación del cliente: \_\_\_\_\_

## Verificación de la residencia

(Omita esta página si tiene la comprobante de residencia de la página 2).

### 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:**

|                                                                                                                                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>A. <input type="checkbox"/> No tengo una dirección fija:</b>                                                                                               |
| Estoy viviendo en la ciudad de:                                                                                                                               |
| Me quedo con más frecuencia en los siguientes lugares:                                                                                                        |
| Dirección postal:                                                                                                                                             |
| <b>B. <input type="checkbox"/> Tengo una dirección fija y no puedo proporcionar documentación:</b>                                                            |
| 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)