

Instrucciones para llenar una [solicitud de CAREAssist](#)

Información general:

El programa CAREAssist asiste a residentes de Oregon que tienen un diagnóstico positivo de VIH y que necesitan acceso a atención y tratamiento médico relacionados con el VIH. CAREAssist no es un seguro médico, pero ayuda a cubrir los costos de seguro de salud y gastos médicos relacionados.

1. Primas de seguros

CAREAssist cubre las primas de seguro de salud que incluyen los planes de nivel plata adquiridos dentro o fuera del seguro de grupo del Intercambio de Seguro de Salud, a través de los empleadores y los planes de la Parte D de Medicare y Advantage. CAREAssist es la cobertura de “último recurso” y los servicios deben tener una buena relación de costo y beneficios. Esto significa que CAREAssist podría tener requisitos sobre la clase de seguro médico que debe usar.

2. Medicamentos de venta por receta médica

CAREAssist cubre el deducible o copago de cualquier medicamento de venta por receta médica que esté cubierto por su seguro.

3. Deducibles y copagos de servicios médicos (*no medicamentos*)

Si usted tiene deducibles o copagos por servicios médicos, CAREAssist puede ayudar con muchos de tales costos. El monto disponible por año calendario puede cambiar. Si tiene alguna duda, llame a su trabajador/a social. Esto incluye servicios médicos que no estén relacionados con el VIH.

4. Servicios para personas sin seguro

Para las personas que no pueden conseguir seguro de salud fuera de un período de inscripción abierta, CAREAssist puede asistir con pagos por una cantidad limitada de servicios médicos y de medicamentos necesarios para seguir el tratamiento para el VIH a través de nuestro Programa para Personas sin Seguro Médico (Uninsured Persons Program, UPP). Las personas inscritas en este programa también deben estar inscritas en el programa de coordinación de caso para VIH Ryan White de la comunidad y permanecer conectado en forma estrecha con el programa CAREAssist para garantizar un seguro de salud continuo en cuanto esté disponible, ya sea a través de cambios en los ingresos, el empleo o cualquier otro evento que permita la elegibilidad. Se aplican políticas de recertificación.

Información de elegibilidad:

CAREAssist debe verificar que usted es **una persona infectada por VIH, que vive en Oregon y que cumple con el requisito de elegibilidad de ingresos según las pautas de nivel de pobreza establecido por el gobierno federal (FPL)**. La elegibilidad para ingresar al programa es del 550 % del nivel federal de pobreza e inferior.

Debe llenar la solicitud en su totalidad. No deje ninguna sección en blanco. Si la respuesta a una pregunta es cero, ningún/ninguna, no corresponde o “No sé”, escriba esa respuesta en los espacios proporcionados. **Si necesita ayuda para llenar esta solicitud, hable con su coordinador/a de caso para VIH o llame al programa de CAREAssist al 971-673-0144.**

El procesamiento de la solicitud completa puede tardar hasta 14 días hábiles. Usted es responsable de todos los costos hasta que esté completamente inscrito en CAREAssist.

Parte 1: Información del/de la solicitante

- **Nombre legal completo** – Declare el nombre por el que el estado lo/la reconoce legalmente y tal como lo constatan su acta de nacimiento, licencia de conducir, tarjeta del seguro social, pasaporte u otra forma de identificación legal. No use aquí su apodo ni nombre preferido.
- **Nombre que prefiere utilizar** – Un apodo o una versión abreviada de su nombre.
- **Fecha de nacimiento** – Su fecha de nacimiento completa(*mes/día/año*).
- **Edad** – Su edad al momento de llenar esta solicitud.
- **Número del Seguro Social (SSN)** – La inclusión de su SSN es voluntaria; no obstante, la mayoría de las compañías de seguro y las farmacias usan el SSN para identificar pólizas y expedientes. Proporcionar su SSN acelerará la verificación de cobertura del seguro y el trámite de esta solicitud. Si no tiene un número, escriba “ninguno” y pase a la sección siguiente.
- **Grupo/origen étnico, raza y sexo o género** – Marque la casilla que representa mejor su raza, grupo étnico, sexo al nacer y género actual. Solamente usted puede proporcionar esta información a CAREAssist.
- **Idioma preferido:** Indique en qué idioma prefiere hablar y leer.

Parte 2: Información de contacto

Dirección de correo postal – Usted debe proporcionar una dirección de correo postal en Oregon para que CAREAssist pueda procesar su solicitud.

Usted es responsable de responder en forma oportuna a nuestros pedidos por correo, de modo que notifique a CAREAssist inmediatamente si se producen cambios en su información de contacto.

Domicilio particular – Si su dirección domiciliaria y su dirección postal son las mismas, marque la casilla correspondiente. El domicilio particular es donde usted vive físicamente (*p. ej., donde suele dormir por la noche*).

Teléfono – Indique el teléfono de su hogar, lugar de empleo y/o celular. CAREAssist debe tener siempre información de contacto actualizada para poder comunicarse con usted sobre sus servicios. Para cada número que se proporcione, indique si CAREAssist puede dejar un mensaje detallado. CareAssist mantendrá confidencial su condición de VIH.

Si CAREAssist debe comunicarse con usted en su lugar de empleo, nos identificaremos solamente con el nombre del miembro del personal y el número de teléfono. Nunca dejaremos un mensaje detallado en su lugar de empleo. No incluya un número de empleo si usted no trabaja, si no se le permite recibir llamadas personales en el trabajo, si no tiene un teléfono laboral o si no quiere recibir llamadas telefónicas de nosotros en su lugar de trabajo.

Dirección de correo electrónico – If CAREAssist le envía un correo electrónico, tratamos esos mensajes como si fuesen cartas enviadas por correo postal. CAREAssist usará el correo electrónico como una manera adicional de comunicación con usted con información importante sobre su elegibilidad.

Amigo o familiar – Infórmenos si tiene un amigo o familiar que pueda hablar con el personal de CAREAssist sobre servicios para usted. Incluya la relación que tiene la persona con usted y su número telefónico. Todo nombre y número que usted proporcione tendrá vigor hasta que usted informe a CAREAssist que anule la relación de contacto designada.

Parte 3: Constancia de domicilio particular

Usted debe proporcionar un comprobante de domicilio en Oregon con esta solicitud. La siguiente tabla detalla los documentos aceptables como constancia de residencia. Si no tiene un lugar donde vivir o no tiene documentos que corroboren el lugar donde vive, debe completar el formulario de *Verificación de residencia en la página 3*.

Lista de documentos que se aceptan como constancia de residencia en Oregon	
<ul style="list-style-type: none"> • Licencia de conducir de Oregon vigente • Identificación del Estado de Oregon vigente • Identificación tribal vigente • Factura reciente de servicio público (<i>no se aceptan facturas de teléfono celular</i>) • Contrato de alquiler, arrendamiento o hipoteca • Documento de impuesto inmobiliario más reciente • Copia de la carta de adjudicación del Seguro de Ingreso Suplementario (SSI)/Seguro de Discapacidad del Seguro Social (SSDI) • Copia de documento de asistencia pública (<i>SNAP, OHP, etc.</i>) • Tarjeta electoral de Oregon vigente • Carta de compañero de vivienda a cuyo nombre esté el contrato de alquiler 	<ul style="list-style-type: none"> • Recibos de sueldo que incluyan el domicilio particular del empleado • Documentos emitidos por una institución financiera (<i>como un estado de cuenta bancaria o una factura de tarjeta crédito</i>) • 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 aprobada del Hospital Estatal de Oregon, de un refugio para personas sin hogar o de un proveedor de servicios transicionales

Parte 4: Información de familiares o dependientes

Complete la información sobre sus familiares y dependientes para todos los integrantes de su familia que viven con usted. Esta información permite a CAREAssist calcular correctamente sus ingresos y determinar su elegibilidad para los beneficios.

Tamaño de la familia – CAREAssist usa los mismos criterios del Plan de Salud de Oregon (OHP) para definir una familia. Una familia de dos o más es un grupo de personas emparentadas por nacimiento, matrimonio o adopción o tutoría legal que viven juntas. A continuación, hay algunos ejemplos de cómo contar los miembros de la unidad familiar:

- Las parejas casadas que viven juntas son una familia de **dos**. Esto incluye a las parejas del mismo sexo que están legalmente casadas. Se requiere documentación de los ingresos del cónyuge.
- Si tiene una pareja de vida, una pareja doméstica o un/a compañero/a de vivienda (*y no tienen hijos en común*), usted tiene una unidad familiar de **uno**.
- Si tiene un/a hijo/a biológicos/as o adoptados/as y viven con (*sin importar si están casados o no*) el padre o la madre biológico/a, usted tiene una familia de **tres**. Se solicita documentación de ingresos de ambos padres.
- Si solo sus hijos/as biológicos/as viven con usted, usted tiene una unidad familiar de la cantidad de **hijos/as más usted**.
(*Para los fines de la verificación, podemos solicitar documentación que corrobore la relación legal, tales como actas de nacimiento.*)
- Si usted declara como dependiente a alguna persona que no se ajusta a las definiciones explicadas aquí, debe proporcionar constancia de que esa persona es legalmente adoptada o que usted tiene la tutoría legal de esa persona. Todos los dependientes declarados deben aparecer en las declaraciones de impuestos federales y estatales más recientes del cliente.

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

Parte 5a: Información de ingresos

Debe incluir constancias de todas las fuentes de ingreso para cada integrante de la familia o dependiente identificado con la solicitud. Si

tiene dudas de lo que nos debe enviar, llame a CAREAssist. Nos reservamos el derecho de solicitar más información sobre sus ingresos. Seguimos estrictamente las pautas sobre los ingresos. No obstante, interpretaremos ingresos de la manera más favorable que podamos. Si declara impuestos, debe incluir una copia de su declaración de impuestos del año más reciente. CAREAssist verificará sus ingresos de empleo

o de otros registros del Estado de Oregon y podría pedirle que obtenga información adicional del Servicio de Impuestos Internos (IRS)

como un compendio tributario que muestre todos sus salarios e ingresos. Usted entonces tendrá que enviar tal información a CAREAssist. Si no proporciona información de ingresos correcta a CAREAssist, esta solicitud puede ser denegada.

Beneficiario de SSI/SSDI – Si recibe SSI (*Seguridad del Ingreso Suplementario*) o SSDI (*Seguro por Discapacidad del Seguro Social*), incluya una copia de la carta adjudicatoria del Seguro Social de este año. Si no tiene esa carta, llame a su oficina local del Seguro Social o a la línea nacional gratuita 1-800-772-1213, y pida que le envíen una carta que indique el monto de su beneficio.

Solicitantes cuentapropistas – Si presenta la declaración de impuestos más reciente, que incluye un Anexo C (*si declaró los impuestos*), la suma de sus ingresos brutos se dividirá por el número de meses que declaró y luego ese monto se dividirá en dos. Si tiene preguntas sobre esto, no dude en llamarnos. Una vez al año, su constancia de ingresos debe incluir una copia de su declaración federal de impuestos y debe incluir una copia de su Anexo C. CAREAssist también puede pedirle que obtenga un compendio de IRS u otros documentos según lo solicite el programa.

Parte 5b: Declaración de no existencia de ingresos

Si no tiene ningún ingreso regular, complete y firme el punto 5b, Declaración de ausencia de ingresos. Debe indicar cómo satisface sus necesidades básicas y cómo se autoabastece (*beneficios de alimentos, asistencia para alquiler o refugios, recolección de botellas, trabajos irregulares, donación ocasional de familiares o amigos, etc.*). Si el ingreso que recibe es regular (*lo que significa que es predecible y periódico*), debería incluirse en la sección 5a.

Parte 6: Información de empleo

Indique si tiene empleo o no, y el nombre de su empleador actual. Asimismo, indique si tiene la opción de inscribirse en un seguro de salud a través de su empleador, independientemente de si aceptó o no el seguro de salud.

Parte 7: Consumo de tabaco

Indique si consume o no productos derivados del tabaco, incluidos los cigarrillos y el tabaco sin humo. Si está interesado en dejar el tabaco, su asistente social o coordinador/a del caso médico de CAREAssist puede proporcionarle información sobre cómo obtener productos para dejar de fumar a través del seguro, si corresponde, o a través de CAREAssist.

Parte 8a: Seguro de salud

Marque la casilla correspondiente sobre su situación en cuanto a si tiene seguro médico. Si la respuesta es sí, incluya un Resumen de beneficios y cobertura (Summary of Benefits and Coverage, SOBC), más una copia de su tarjeta del seguro (*anverso y reverso*). Su Resumen de beneficios es una explicación breve de lo que pagará el seguro por sus servicios médicos y medicamentos de venta con receta, e indica qué deducibles, copagos o coseguro debe pagar usted. Es posible que deba llamar a su compañía de seguro de salud para recibir una copia de este documento. **IMPORTANTE:** La elegibilidad en CAREAssist no puede comenzar hasta que hayamos recibido y revisado su Resumen de beneficios.

Tipo de seguro de salud – Incluya el tipo de seguro de salud que tiene. Esto incluye el Plan de Salud de Oregon (OHP o Medicaid), un Plan de Salud Autorizado a través del Intercambio de Seguro de Salud, un plan privado adquirido

fuera del Intercambio de Seguro de Salud, una póliza de grupo a través de un empleador y Medicare. Usted debe incluir su número de póliza, número de grupo del seguro y el nombre del titular de la póliza. Si actualmente no tiene seguro médico, comuníquese con CAREAssist.

Información de primas – Si va a pedir que CAREAssist pague las primas de su seguro de salud, usted debe incluir la información de contacto de la oficina de pagos del seguro tal como se solicita. Usted puede obtener esta información de una factura reciente o tal vez necesite llamar a su proveedor de seguro médico. Debe enviar una información de primas con su solicitud. Si tiene OHP, **indique su Organización de Atención Coordinada (CCO)**.

Parte 8b: Solicitud de cobertura de salud

Si actualmente no tiene seguro médico, pero recientemente solicitó uno, incluya la compañía de seguros y la fecha en que envió su solicitud.

Parte 9: Cobertura de medicamentos de venta con receta

Si actualmente tiene seguro de salud, debe completar esta sección. Según cuál sea su seguro, es posible que tenga que usar una farmacia en la red de CAREAssist, la cual usa servicio de farmacia por correo o farmacia física como farmacias específicas Safeway, CVW y Credena Health. **Usted recibirá más información sobre los servicios de farmacia una vez que reciba la aprobación para CAREAssist.** Puede encontrarse más información sobre el sistema de farmacia de CAREAssist en www.healthoregon.org/careassist.

Parte 10: Coordinador(a) de caso de VIH

Los/las coordinadores/as de caso son profesionales capacitados que ayudan a los clientes con un diagnóstico positivo de VIH a tener una mejor salud. Pueden ayudarle a solicitar programas de asistencia, obtener seguro de salud, ayudar a completar trámites para recibir ingreso por discapacidad, ayuda para completar los trámites de CAREAssist y pueden ayudarle con otros servicios. Pueden estar en el consultorio de su médico, el departamento de salud de un condado o una organización basada en la comunidad. Si no tiene aún un coordinador/a de caso, le recomendamos encarecidamente

que se inscriba en un programa de coordinación de caso. Si *actualmente no tiene seguro por más de 30 días*, está obligado a inscribirse en la coordinación del caso para tratamientos de VIH de Ryan White. Si no sabe cómo encontrar un/a coordinador/a de caso, llame a nuestro programa o visite nuestro sitio web en www.healthoregon.org/hiv.

Parte 11: Proveedor(es) de atención de salud

Incluya su especialista de VIH si tiene uno. Este es el médico/doctor que lo trata su VIH.

Parte 12: Autorización

Lea, firme y feche la última sección de la autorización.

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

Parte 13: Verificación de VIH

El programa CAREAssist debe confirmar su estatus de VIH para procesar su solicitud. Usted y su proveedor médico con licencia son quienes deben completar su “Formulario de confirmación de VIH/SIDA” ([OHA 8406B](#)). Pídale a su proveedor de atención médica que lo envíe directamente al programa CAREAssist. El número de fax de CAREAssist es 971-673-0177.

Lista de verificación

Asegúrese de haber completado la solicitud con todos los documentos requeridos. Lea la lista de verificación para confirmar que ha incluido toda la documentación de respaldo necesaria. Enviar una solicitud incompleta puede causar retrasos.

Si tiene alguna pregunta sobre los requisitos para su solicitud, no dude en comunicarse con el programa CAREAssist al 971-673-0144 o por correo electrónico al care.assist@dhsosha.state.or.us.

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
- Comprobante de domicilio en Oregon o formulario de verificación de domicilio en Oregon
- 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 prima (*si desea que CAREAssist pague su prima de seguro*)
- Copia de su tarjeta de seguro, frente y dorso (*si usted tiene seguro médico 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

Por fax: 971-673-0177

*Este formulario puede incluir su información personal. Si envía de regreso el formulario por correo electrónico, existe cierto riesgo de que alguien intercepte (*reciba o tome*) su solicitud.

Si no está seguro sobre cómo enviar un mensaje de correo electrónico seguro, considere usar correo postal o fax.