

-Conserve esta página para sus archivos -

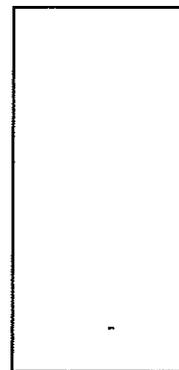
Su beneficio de CAREAssist en los últimos 12 meses cívicos:

Deducibles y copagos cubiertos para medicamentos recetados:

Deducibles y copagos para servicios médicos:

Primas de seguros: \$0

Sin un seguro, sus medicamentos le habrían costado:



Las cifras de arriba indican lo que CAREAssist pagó por su atención médica en los últimos 12 meses.

Es necesario volver a certificarse para el programa de CAREAssist cada seis meses. Su elegibilidad actual acaba; , .

Adjuntamos la Evaluación de Elegibilidad de Clientes (CER, por sus siglas en inglés). Asegúrese de contestar todas las preguntas e incluir los documentos solicitados. Además de los documentos solicitados en la CER, una vez al año usted deberá remitir la declaración de impuestos federales del año anterior junto con sus W2.

Si tiene preguntas o necesita más tiempo para completar la CER, llámenos antes del plazo de entrega.

Fecha de entrega: Debemos recibir su CER completa y todos los documentos solicitados a más tardar el día viernes, Saturday , January 1 2000, a las 5pm. De lo contrario, podría perder CAREAssist.

Spanish Instructions on back.

Si necesita esta información en otro formato, llame al 800-805-2313

Para obtener información más detallada, consulte el Manual para los Miembros o visite:
www.healthoregon/careassist

Parte 1: Información del solicitante - Es obligatorio proporcionar el nombre legal completo.

Parte 2: Domicilio - Lugar en el que vive, duerme de noche, etc. Si está desamparado, marque la casilla "Sí". Debe vivir en Oregon para poder participar en CAREAssist.

Parte 3: Dirección postal - Si está desamparado, pregunte si puede usar la dirección del asesor de VIH a cargo de su caso. Llame a CAREAssist de inmediato si su dirección postal cambia.

Parte 4: Constancia (comprobante) de domicilio - Es obligatorio que presente una constancia que indique que vive Oregon. Si no tiene ninguno de los documentos del Nivel 1 ó 2, llame a CAREAssist.

Parte 5: Teléfono e información de contacto - Si no quiere que le dejemos mensajes detallados, dejaremos solamente el nombre del empleado que llama y un número telefónico y diremos que estamos llamando acerca de un seguro médico.

Parte 6: Información de la familia y dependientes - Una unidad familiar de dos o más miembros se define como un grupo de personas que están relacionadas por nacimiento, matrimonio, adopción o por una relación definida legalmente como dependiente. A la fecha, no incluye a las parejas de hecho (*Domestic Partnerships*).

Parte 7: Información financiera - Debe contestar Sí o No respecto a cada una de las fuentes indicadas. Proporcione documentos de cada fuente de ingresos para todos los miembros de su unidad familiar (según la definición proporcionada). Los obsequios acostumbrados de amigos y familiares no se consideran ingresos.

Parte 8: Información del proveedor de atención médica - Si necesita que le ayuden a encontrar un médico para el tratamiento de su VIH, llame a su asesor del VIH o a CAREAssist.

Parte 9: Asesor de VIH - Si desea obtener un asesor del VIH, llame al trabajador social de CAREAssist a cargo de su caso.

Parte 10: Información de póliza de seguro médico - Si alguna vez se produce un cambio importante en su seguro, como por ejemplo si cambia de proveedor de seguro o cambia la cantidad de la prima, llame a CAREAssist de inmediato. Será necesario que presente documentos.

Parte 11: Miembros de la unidad familiar cubiertos por mi seguro médico - Haga correcciones si la información ha cambiado.

Parte 12: Información de farmacia - Es obligatorio usar una de las farmacias dentro de la red. Para obtener la lista de las farmacias dentro de la red de CAREAssist, comuníquese con el trabajador de CAREAssist a cargo de su caso.

Si necesita esta información en otro formato, llame al 800-805-2313

Nombre del cliente:

ID de cliente:

Departamento de Servicios Humanos de Oregon

Evaluación de Elegibilidad de Clientes de CAREAssist

Parte 1: Información del solicitante

	Información en el expediente	Correcciones
Nombre legal completo:	_____	_____
No. de Seguro Social:	_____	_____
Sexo:	_____	_____
Apodo:	_____	_____
Fecha de nacimiento:	_____	_____
Idioma:	_____	_____

Ingrese sus iniciales si la información arriba indicada es correcta.

Parte 2: Domicilio

Nota importante: Si no indica su información de contacto actual, se cancelará su solicitud.

Dirección _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Cód. postal: _____ Condado: _____

¿Está desamparado actualmente? Sí No

Parte 3: Dirección postal (si difiere de la de su domicilio)

Dirección _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Cód. postal: _____ Condado: _____

Parte 4: Teléfono e información de contacto

Nota importante: No dejaremos mensajes detallados sin su permiso.

	Sí	No
Vivienda _____	¿Mensajes detallados? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Móvil _____	¿Mensajes detallados? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabajo _____	¿Mensajes detallados? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mensajería _____	¿Mensajes detallados? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Correo electrónico _____	¿Mensajes detallados? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si no podemos comunicarnos con usted, ¿hay alguna otra persona a la que podamos llamar? Sí No

De ser así, indique el nombre y el teléfono de la persona y su relación con usted. Nombre: _____

No. de teléfono: _____

Relación: _____

Si necesita esta información en otro formato, llame al 800-805-2313

Parte 5: Constancia de domicilio**SE NECESITA CONSTANCIA**

Nota importante: Adjunte copias de los documentos que indiquen su domicilio en Oregon. Los documentos deben ser actuales y mostrar el domicilio que usted indicó en la Parte 2.

Nivel 1: Uno de los siguientes

- Licencia de conducir de Oregon vigente
- Identificación tribal vigente
- Identificación del estado de Oregon vigente
- Factura de servicio público (no se aceptarán facturas de teléfono celular)
- Contrato de lease, arrendamiento, hipoteca o amarraje
- Documento de impuesto predial (property tax) más reciente

O**Nivel 2: Dos de los siguientes**

- Copia de carta adjudicatoria de SSI/SSDI
- Copia de documento de asistencia pública (SNAP, OHP, etc.)
- Tarjeta electoral de Oregon vigente
- Carta de compañero de habitación a cuyo nombre está el contrato de lease
- Talones de cheques de nómina que muestren el domicilio del empleado
- Documentos emitidos por una institución financiera (estado bancario, estado de tarjeta de crédito)
- Comprobante de identidad de un tribunal correccional
- Cuota de la Asociación de Propietarios de Vivienda
- Documento de las fuerzas armadas o de la Administración de Veteranos de Guerra
- Título de propiedad o tarjeta de registro de vehículo emitidos por Oregon
- Carta aprobada del Hospital Estatal de Oregon, de un refugio para gente desamparada o de un proveedor de servicios de transición

Parte 6: Información de la familia y dependientes

Nota importante: Debe incluir la información sobre los familiares que viven en su vivienda. Tal información ayuda a CAREAssist a calcular correctamente sus ingresos y los beneficios para los cuales son elegibles. En las instrucciones hallará la definición de "unidad familiar".

Tamaño de la familia: _____

Nombre legal completo del cónyuge	No. de Seguro Social	Fecha de nacimiento	Sexo	Relación	¿En CA?
		/ /		Cónyuge legítimo	
Otros familiares					
Nombre legal completo		Fecha de nacimiento		Relación	¿En CA?
		/ /			
		/ /			
		/ /			
		/ /			

Si necesita esta información en otro formato, llame al 800-805-2313

Parte 7: Información financiera**SE NECESITA CONSTANCIA**

Importante: Debe contestar Sí o No a cada uno de los artículos indicados a continuación. Debe presentar una constancia de los ingresos brutos de todos los familiares. Se entiende por ingresos todo el dinero que se reciba de forma periódica y/o predecible y del cual se dependa para satisfacer las necesidades personales. Si no reporta los ingresos de todas las fuentes de forma precisa, se le discontinuará CAREAssist y no podrá volver a solicitarlo por un periodo de hasta 12 meses.

Tipo de ingreso	Marque Sí o No		Cantidad mensual	Documentos requeridos
Empleo (sueldos y salarios, propinas, comisiones)	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	\$	Talones de cheque de nómina actuales de 2 meses consecutivos, de TODOS los trabajos
Trabajador independiente	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	\$	Declaración de impuestos federales del año pasado, incluido el schedule C (si lo presentó) Y estados de todas las cuentas bancarias de los últimos 6 meses que muestren depósitos
Seguro por desempleo	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	\$	Talones/Carta de adjudicación
Ingresos del Seguro Social (SSI)	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	\$	La carta de adjudicación anual de este año
Seguro por Discapacidad del Seguro Social (SSDI)	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	\$	La carta de adjudicación anual de este año
Pensión/jubilación	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	\$	Declaración de beneficios anuales
Discapacidad de corto o largo plazo	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	\$	Carta de adjudicación
Beneficios de veterano de guerra	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	\$	Carta de adjudicación de beneficios
Pensión alimentaria/manutención infantil	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	\$	Carta de adjudicación u otro documento oficial
TANF	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	\$	Declaración de pago o aviso de beneficio más recientes
Acciones, bonos, dividendos en efectivo, fideicomiso, ingresos de inversiones, regalías	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	\$	Documento de institución financiera que muestre ingresos recibidos, valores, términos y condiciones
Ingresos del cónyuge legítimo	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	\$	Vea arriba los documentos requeridos para cada tipo de ingreso.
Otros ingresos	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	\$	Depende de la fuente. Llame a CAREAssist

Si trabaja actualmente:

Nombre de los empleadores: _____ Fecha(s) de contratación _____

Declaración de la no existencia de ingresos

Afirmo que no recibo ingresos de ninguna de las fuentes indicadas arriba. Utilizo los recursos siguientes para ayudar a satisfacer mis necesidades personales como alimentos, renta, etc.

 Firma del solicitante o de su tutor legal
 (Firme ÚNICAMENTE SI NO RECIBE ingresos de ninguna fuente)

 Fecha (mes/día/año)

Si necesita esta información en otro formato, llame al 800-805-2313

Nombre del cliente:

ID de cliente:

Parte 8: Información del proveedor de atención médica

Proveedor de atención médica
que trata su VIH: _____

Corrección

No. de teléfono: _____

Ingrese sus iniciales si la información de su proveedor de atención médica es correcta.

Ingrese sus iniciales si la información de su proveedor de atención médica es correcta.
 No tengo un proveedor de atención médica que trate mi VIH.

¿Cuándo fue la última vez que vio al proveedor de atención médica que indicó? Mes _____ Año _____

Parte 9: Asesor del VIH

Nombre del asesor: _____

Corrección

Teléfono: _____

Ingrese sus iniciales si la información arriba indicada sobre el asesor de su caso es correcta.

Marque si no tiene un asesor del VIH.

Parte 10: Información de póliza de seguro médico

¿Tiene un seguro médico actualmente? Sí No

Si tiene seguro, por favor haga las correcciones necesarias a continuación.

	Información en el expediente	Correcciones
Compañía de seguro:	_____	_____
No. de póliza colectiva:	_____	_____
Titular de la póliza:	_____	_____
No. de ID de la póliza:	_____	_____

Ingrese sus iniciales si la información arriba indicada es correcta.

¿Quiere que CAREAssist pague su seguro médico? Sí No

De ser así, marque la información de prima a continuación y haga las correcciones necesarias.

Se paga la prima a:	_____	_____
Dirección 1:	_____	_____
Dirección 2:	_____	_____
Ciudad/Estado/Cód. postal:	_____	_____
Monto de la prima:	_____	_____
Las primas se pagan cada:	_____	_____

Ingrese sus iniciales si la información arriba indicada es correcta.

Su póliza de seguro médico es:

- Seguro de portabilidad COBRA u otro similar Empieza: _____ Acaba: _____
- Oregon Medical Insurance Pool (OMIP/FMIP):
- Medicare: Parte Parte A y B Parte D / Advantage
- Administración de Veteranos de Guerra (VA)
- Plan de Salud de Oregon (OHP o Medicaid):
- Póliza individual o privada.
- Póliza colectiva o laboral

Si se trata de una póliza colectiva o laboral, su empleador paga Toda Parte de la prima.

Si contestó "Parte", ¿cuánto le corresponde pagar a usted al mes? _____

Comentarios adicionales:

Parte 11: Miembros de la unidad familiar cubiertos por mi seguro médico

Titular de la póliza: _____

Añada a otras personas que estén cubiertas por su seguro médico y tache las que ya no estén cubiertas.

Nombre:	Fecha de nacimiento:	Relación:	Seropositivo:

Ingrese sus iniciales si la información arriba indicada es correcta.

Parte 12: Información de farmacia

Indique la farmacia principal

¿Hay alguna otra farmacia en la que surta sus medicamentos? De ser así, indique el nombre a continuación. Nombre de la farmacia: _____

No. de teléfono: _____ Ext. _____

Indique una farmacia secundaria, si la hay

¿Hay alguna otra farmacia en la que surta sus medicamentos? De ser así, indique el nombre a continuación.

Nombre de la farmacia: _____

No. de teléfono: _____ Ext. _____

Parte 13: Autorización

Estoy solicitando asistencia económica a CAREAssist. Al firmar esta autorización, afirmo haber leído esta solicitud y haber entendido las condiciones de mi participación, las cuales incluyen lo siguiente:

1. Si doy información falsa al Programa de CAREAssist (de aquí en adelante denominado el "Programa") de la Autoridad de Salud de Oregon, se me descalificará del Programa por un periodo de 12 meses y se me pedirá que pague el costo de los servicios prestados a través del Programa.
2. Responderé a las solicitudes del Programa en los plazos indicados. Esto incluye, aunque no de manera exclusiva, solicitudes para la evaluación de la elegibilidad, el pago de gastos compartidos (Cost-Share) y solicitudes para participar en otros programas según se solicite. Entiendo que si no respondo dentro del plazo indicado, podría retirarse del Programa. Entiendo que si se me retira de CAREAssist, podré volver a presentar mi solicitud una vez finalizado un periodo de exclusión de tres meses. Entiendo que podrá retirarse del Programa si se descontinúa mi seguro médico debido a mi falta de acción. La falta de acción podría incluir (aunque no de forma exclusiva) no notificar al Programa, de manera oportuna, cambios a la cantidad de la prima, cambios a la información de contacto del proveedor del seguro o no solicitar una póliza de seguro cuando haya sido necesario. Entiendo que el Programa debe contar con dos semanas para emitir el pago de la prima. Entiendo que si pierdo mi seguro, no seré elegible para volver a solicitar CAREAssist hasta que el seguro sea restituido (u otra póliza equivalente entré en vigor).
3. El Programa examinará mi elegibilidad cada seis meses como mínimo.
4. Si pierdo mi elegibilidad para la asistencia económica y/o recibo un reembolso del seguro, acepto reembolsar al Programa cualquier sobrepago realizado en mi nombre.
5. El Programa puede tratar esta solicitud con mi médico y otros proveedores de atención médica, así como con los asesores de mi caso.
6. Si el Programa paga las primas de mi seguro médico, puede contactar a mi empleador o a la compañía aseguradora con relación al pago de dichas primas.
7. El Programa puede dar mi nombre y otra información de carácter limitado a las compañías que ayudan a prestar los servicios de CAREAssist. Dichas compañías aceptan tratar dicha información de manera confidencial.
8. El Programa tendrá acceso a información sobre reclamaciones de seguro (insurance claim) sobre mi persona mientras esté inscrito en el programa. Dicha información podría incluir datos de compañías de seguro particulares u otras entidades públicas.
9. Entiendo que el Programa puede pedirme más información sobre mi tratamiento y otros servicios relacionados. Acepto proporcionar dicha información al Programa o hacer los arreglos necesarios para que le sea proporcionada.
10. Entiendo que el Programa recopilará información sobre mi persona durante mi participación. El Programa utilizará esta información para hacer planes y evaluar el Programa. No se publicará ni se divulgará ningún tipo de información que me identifique a terceros que no estén directamente relacionados con la prestación de los servicios de CAREAssist.
11. Entiendo que el amigo o familiar que yo haya autorizado para hablar con CAREAssist permanecerá válido hasta que yo dé instrucciones escritas al Programa

(continúa en la página siguiente)

Si necesita esta información en otro formato, llame al 800-805-2313

Parte 13: Autorización (continuación)

12. Si se renueva mi elegibilidad, el Programa prestará servicios siempre que yo siga siendo elegible para participar y el Programa disponga de fondos.
13. Entiendo que el Programa depende de fondos públicos. Si los fondos se recortan o se descontinúan, el Departamento podría disminuir o descontinuar la asistencia económica que proporciona. Por otra parte, entiendo que las prioridades del Programa CAREAssist podrían cambiar con el tiempo, lo cual podría afectar mi elegibilidad para la asistencia.
14. Entiendo que los fondos del Programa deben tratarse como "dinero de último recurso", lo cual significa que CAREAssist tiene la responsabilidad de ser eficaz en función de los costos. Respetaré las solicitudes de utilizar los demás programas disponibles. Esto incluye, aunque no de forma exclusiva, proveedores de seguros como Medicare y el Plan de Salud de Oregon, así como recursos tal como el Subsidio por bajos ingresos (Low Income Subsidy).
15. Entiendo que CAREAssist cuenta con procedimientos de quejas, los cuales se me darán a conocer de yo solicitarlo. Entiendo que si presento una queja, ello no perjudicará los servicios que recibo a través de CAREAssist.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre del solicitante: (letra imprenta) _____