Formulario de inscripción de Oregon ContraceptiveCare

(*Si tiene alguna consulta sobre cómo llenar este formulario, pida ayuda al personal de la clínica.*)

Oregon ContraceptiveCare (CCare) le ayuda a recibir el control de la natalidad correcto para usted.

Ejemplos de lo que pagará CCare:		Ejemplos de lo que NO pagará CCare:	
• Su elección de control de la natalidad • Visitas anuales • Anticonceptivos de emergencia	• Orientación sobre control de la natalidad y prevención de embarazos • Vasectomías	• Tratamiento para ETS • Tratamiento para infecciones de vejiga	• Esterilizaciones femeninas • Pruebas de embarazo no relacionadas con el control de la natalidad

1	Apellido(s) legal(es):	Primer nombre: ISN:
2	Dirección en Oregón:	Ciudad: C.P.:
3	Fecha de nacimiento: __ __ / __ __ / __ __ __ __	Usted tiene (*elija una*): ☐ Ciudadanía de EE.UU. **O** ☐ Condición migratoria elegible (*Esta información solo se utiliza para verificar la elegibilidad para CCare y no se compartirá.*)
4	Número de Seguridad Social: (*Si usted es adolescente y no sabe su SSN, pida ayuda al personal de la clínica.*) __ __ __ –__ __ – __ __ __ __	
5	¿Se esterilizó hace más de 6 meses? (*incluye esterilización femenina, histerectomía, vasectomía*)	☐ Sí ☐ No
6	¿Tiene el Plan de Salud de Oregón (OHP)?	☐ Sí ☐ No
7	¿Tiene seguro de salud privado (*ejemplo: Kaiser, Blue Cross/Blue Shield*)?	☐ Sí ☐ No
8	Si tiene seguro de salud privado, ¿le da miedo que su pareja, cónyuge o padre/madre se entere de los servicios que reciba el día de hoy?	☐ Sí ☐ No

9 Tamaño de la familia con base en las declaraciones de impuestos:

Si usted declara impuestos y se declara a usted mismo, por favor cuente a todas las personas que incluye/declara en sus impuestos, incluyéndose a usted mismo, su cónyuge, hijo(*s*) y/o cualquier dependiente para fines impositivos, **O** _____

Si alguna otra persona lo declara a usted en sus impuestos, por favor cuente a todas las personas que dicho individuo incluye/declara en sus impuestos (*incluyéndose a usted mismo*), **O** _____

Si no declara impuestos y nadie lo declara a usted en sus impuestos, escriba / anote 1. _____

10 Sus ingresos brutos (*solo incluya los ingresos para usted mismo*)**:**

Ingresos provenientes de empleos. Por favor indique cuánto dinero piensa que recibirá de su trabajo este mes **antes de deducir impuestos y cualquier otra cantidad**. Si trabaja independiente, indique sus ingresos NETOS. **Y** _____

Otros ingresos. Enumere el dinero que piensa que recibirá este mes de otras fuentes diferentes a un empleo (*incluya seguro de desempleo, propinas, pensión alimenticia*). **NO incluya manutención de niños, pagos a veteranos o Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI).** _____

Total: ☐

Idioma que hablo: _____

Avísenos si necesita: ☐ Un intérprete ☐ Un intérprete de lenguaje de señas

☐ Traducción de materiales escritos (*¿qué idioma?*):

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

11 Si no está registrado para votar en el lugar donde vive en la actualidad, ¿le gustaría registrarse el día de hoy? Solicitar el registro o negarse a registrarse para votar no afectará la cantidad de asistencia que usted recibirá de esta agencia. ☐ Sí ☐ No

Declaro, bajo pena de perjurio, que la información que proporcioné es correcta y completa según mi conocimiento.

- Entiendo que CCare paga por servicios relacionados con el control de la natalidad y que si recibo servicios no cubiertos por CCare, quizás tenga que pagar dichos servicios.
- Entiendo y estoy de acuerdo con que la información incluida en este formulario y la información que proporcioné para comprobar mi identidad y estatus de ciudadanía / inmigración debe ser compartida con la Autoridad de Salud de Oregón para que decida si puedo recibir CCare.
- Entiendo que podría recibir seguro de atención primaria, incluyendo el Plan de Salud de Oregón, y el lugar a donde me puedo dirigir para que me ayuden a inscribirme.
- Entiendo dónde puedo ir para recibir servicios de atención primaria.
- Entiendo que tengo derecho a recibir una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de la Autoridad de Salud de Oregón.

Firma del cliente: _____ **Fecha:** _____

For clinic staff only

12 Agency #: | Clinic #:

13 Offered OHA Notice of Privacy Practices: ☐ Yes

14 If requested, provided a voter registration card and assistance completing and submitting the form: ☐ Yes

15 Explained what services are covered by CCare and discussed payment options for services not covered by CCare: ☐ Yes

16 Provided health insurance enrollment information: ☐ Yes ☐ Not needed

17 Provided information on where to access primary care services: ☐ Yes ☐ Not needed

CCare citizenship/immigration status and identity verification

18 **U.S. citizenship**

☐ Client provided proof of U.S. citizenship. Photocopy/scan of the original is placed in client's chart.

☐ Electronic verification by the state is required. The reasonable opportunity period (ROP) is marked in the CCare eligibility database.

19 **Eligible immigration status**

☐ Client provided proof of eligible immigration status. Photocopy/scan of the original is placed in client's chart.

☐ Electronic verification by the state is required. The reasonable opportunity period (ROP) is marked in the CCare eligibility database. When the client provides the following applicable information, it must be entered into the database during the ROP.

Immigration document type: _____ Alien/USCIS # or I-94 #: _____

Expiration date: _____ Card # or passport #: _____

Country of issuance or SEVIS ID: _____

20 **Identity**

☐ Client provided proof of identity. Photocopy/scan of the original placed in client's chart.

21 Client's income is _____% of the federal poverty level (FPL)

22 Staff name: _____ Date: _____ Client's CCare #: _____