

1. Nombre de la organización socia comunitaria:	2. Nombre del ayudante con la solicitud:	3. Número de identificación del ayudante:	
4. Dirección:	5. Ciudad:	6. Estado:	7. Código Postal:
8. Nombre del solicitante (primer nombre, segundo nombre, apellido):		9. Fecha de nacimiento del solicitante:	10. Número de teléfono del solicitante:
11. Nombre de otras personas adultas en la solicitud:			
12. No. total de miembros de la unidad familiar:		13. No. de miembros de la unidad familiar de más de 18 años de edad:	

SOLICITANTE: Autorizo a la organización socia comunitaria y al ayudante con la solicitud que he indicado anteriormente para que vean y empleen mi información personal para ayudarme a solicitar cobertura médica.

Si estoy solicitando cobertura médica, me estoy inscribiendo en un plan de cobertura médica y/o deseo conservar o cambiar mi cobertura médica a través de un programa médico gubernamental (esto incluye el Plan de Salud de Oregon, CAWEM y CAWEM Plus): Autorizo a la Autoridad de Salud de Oregon (OHA) para que divulgue mi solicitud, los detalles y la situación de mi inscripción, los beneficios del plan y mi información de salud protegida a la organización socia comunitaria y al ayudante con la solicitud que he indicado anteriormente. La organización socia comunitaria tiene la obligación de velar por la privacidad de toda información firmada. Autorizo a la OHA para que añada al expediente de mi caso a esta organización socia comunitaria y al ayudante con la solicitud que he indicado anteriormente, confirmando así que yo autorizo esta divulgación

Entiendo que la organización socia comunitaria y el ayudante con la solicitud:

- Me informarán sobre el seguro médico y la ayuda económica para los cuales pueda ser yo elegible;
- Me ayudarán a inscribirme en un programa médico público o un plan médico calificado (*Qualified Health Plan* o QHP) y a divulgar la información de mi solicitud a los mismos;
- Me ayudarán en el idioma que prefiero o me derivarán a otros socios que puedan ayudarme en el idioma que hablo y entiendo.

Entiendo que la organización socia comunitaria y el ayudante con la solicitud **NO PUEDEN:**

- Cobrarme por la ayuda que me brindan;
- Elegir por mí ni recomendarme un plan de seguro médico.

Entiendo que debo reportar información correcta en mi solicitud y que debo responder a cualquier notificación sobre información faltante o incorrecta cuando me lo pidan.

Puedo cancelar mi autorización para la asistencia de la organización socia comunitaria en cualquier momento si estoy inscrito(a) en un programa médico público. Si cancelo mi autorización, notificaré a OHA llamando al **1-800- 699-9075** o enviando mi solicitud por fax al **503-378-5628**.

Entiendo que si cancelo esta autorización, ello no se aplicará a la información que la OHA ya haya divulgado a la organización socia comunitaria o al ayudante con la solicitud. Asimismo, entiendo que la información que recibe la OHA puede divulgarse también a la organización socia comunitaria o al ayudante con la solicitud y que la organización socia comunitaria o el ayudante con la solicitud pueden, a su vez, divulgar dicha información. La OHA no divulgará información relativa a la salud mental, el VIH o SIDA, el tratamiento de problemas de alcohol y drogas o pruebas genéticas sin obtener primero mi autorización específica para hacerlo.

14. Firma:	Fecha:
------------	--------

15. Esta autorización tiene un año de validez a partir de la fecha de su firma a menos que se indique lo contrario aquí: _____

Si usted tiene un representante autorizado, dicha persona puede firmar por usted. Si es usted un representante autorizado, puede firmar aquí únicamente si usted y el solicitante llenaron y firmaron el formulario de Representante Autorizado (Authorized Representative) (**OHA 0232**).

Puede enviar el formulario junto con su solicitud o por separado por:

- FAX al 503-378-5628 o
- Correo postal a OHP Customer Service, PO Box 14015, Salem, OR 97309-5032

¿Como supiste de nuestros servicios?: _____ **Número de Solicitud/Caso:** _____

Domicilio / donde pasas la mayor parte de su tiempo:

Dirección: _____ Apt/Unidad: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Condado: _____ Código postal: _____

Marque la cajilla si su domicilio y su dirección postal son igual.

Dirección postal:

Dirección: _____ Apt/Unidad: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Condado: _____ Código postal: _____

Nombres completos de todos los miembros del hogar en la aplicación:

NOTA: escriba los nombres como aparecen en la tarjeta de seguro social (si tienen)

Primer/Seg/Apellido:	Género	Fecha de nacimiento	Número de seguridad social
1. _____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____
4. _____	_____	_____	_____
5. _____	_____	_____	_____
6. _____	_____	_____	_____
7. _____	_____	_____	_____
8. _____	_____	_____	_____
9. _____	_____	_____	_____

Correo electrónico: _____

Ingreso del hogar: (Ingresos antes de impuestos)

Primer nombre: _____ Ingresos mensuales: _____ Tipo: _____

Primer nombre: _____ Ingresos mensuales: _____ Tipo: _____

Otros tipos de ingresos (SSI, SSA, SSD, etc.): *por favor explique* _____

¿Podemos contactarlo en el futuro?: Sí No

Al elegir "Sí," yo do permiso a Project Access NOW a contactarme y/o dejar mensajes en los números de teléfono mencionados anteriormente, o mandarme correo electrónico a la dirección indicada anteriormente. Acepto ser contactado para el seguimiento de mi caso y que me pregunten sobre mi experiencia.

