

Renovación del OHP – PARTE 2

Si usted no ha tenido ningún cambio en su unidad familiar, como ingresos, embarazo o cambios de domicilio, no necesita completar este formulario.

Sírvase consultar *Renovación del OHP – Parte 1* para ver una lista completa de cambios.

Con este formulario, se le envió una *Guía de Renovación del OHP*. Esta guía tiene información útil sobre cómo responder las preguntas en cada sección. También puede encontrar la guía en www.OHP.oregon.gov.

1. ¿Cuál es su número de identificación del caso? Su número de identificación del caso aparece en la carta adjunta a este formulario.

Número de identificación del caso:

Nombre:

Apellido:

Fecha de nacimiento:

Rellene los círculos por completo. No use X ni ✓. Marca correcta: ● Marcas incorrectas: ⊗ ✓

2. Para ayudar a procesar su solicitud más rápido, por favor seleccione todo lo que se aplique a continuación:

Alguien en mi unidad familiar:

- Está embarazada.
- Tiene una necesidad médica urgente.
- Se le aplica uno de los siguientes:
 - Es ciego o tiene una discapacidad permanente;
 - Necesita ayuda con actividades de la vida cotidiana (como bañarse, vestirse, etc.);
 - Vive en un centro médico u hogar para ancianos y convalecientes.
- Se le aplica uno de los siguientes:
 - Un indígena estadounidense o indígena de Alaska;
 - Está recibiendo o reúne los requisitos para recibir servicios de clínicas indígenas de atención médica (Indian Health Services), clínicas de salud tribales (Tribal Health Clinics) o clínicas urbanas indígenas (Urban Indian Clinics);
 - Tiene un padre/madre o abuelo/a que es un miembro inscrito en una tribu, banda o pueblo reconocidos por el gobierno federal o tiene acciones en una corporación o pueblo regional indígena de Alaska.

Puede obtener este documento en otros idiomas, en tipografía grande o en un formato que usted prefiera. Llámenos al 1-800-699-9075. Aceptamos llamadas de retransmisión o puede llamar al 711.



¿NECESITA AYUDA? Llámenos al 1-800-699-9075/TTY (para personas con problemas auditivos) 711. De lunes a viernes, de 7 a. m. a 6 p. m.

SP OHP 7310 (Rev 09/16)

PASO 1

Responda las siguientes preguntas acerca de cualquier persona que agregue o elimine de su unidad familiar o de todo aquel que sea parte de su hogar en este momento pero que no esté recibiendo beneficios y quiere empezar a recibirlos. Si tiene más de un miembro de su unidad familiar sobre los cuales tiene que brindarnos información, haga una copia del Paso 1 para cada persona adicional.

1. **¿Está agregando o eliminando a alguien de su unidad familiar o está solicitando beneficios para alguien en su unidad familiar que actualmente no está recibiendo beneficios?**

SÍ, **proporcione su información a continuación.** Escriba su nombre tal como aparece en su tarjeta del Seguro Social, si tiene una.

NO, **vaya al paso 2 (página 6)**

Nombre legal _____ Inicial del segundo nombre: _____

Apellido legal _____

Fecha de nacimiento _____

2. **La persona incluida en la pregunta 1:**

Ya está en mi unidad familiar y desea solicitar beneficios.

Se ha incorporado a mi unidad familiar (incluyendo individuos que incluye en su declaración de impuestos federales). Si esta persona se incorporó a su unidad familiar, **vaya a la pregunta 3.**

Ya no forma parte de mi unidad familiar. Si esta persona ya no forma parte de su unidad familiar, díganos por qué, **vaya al Paso 2 (página 6).** No incluya a nadie que esté fuera del hogar temporalmente (por ejemplo, por razones de estudio, servicio en las fuerzas armadas, trabajo u hospitalización) y planea volver.

Razón:

Se mudó o dejó el hogar en forma permanente (por divorcio u otros motivos)

Muerte

Está en la cárcel o en una penitenciaría, pero volverá cuando sea puesto en libertad:

Fecha de ingreso: _____ Fecha prevista de puesta en libertad _____

3. **Si esta persona está solicitando cobertura de OHP, ¿tiene número del Seguro Social (SSN, por sus siglas en inglés)?** Es opcional proporcionar un SSN si no está solicitando cobertura, pero proporcionar un SSN puede acelerar el proceso de aplicación. Toda persona que solicite cobertura médica debe presentar su SSN si lo tiene. Si necesita ayuda para obtener un SSN, consulte la Guía de Renovación del OHP para obtener más información.

No solicita cobertura

SÍ, **proporcione su SSN:** _____ - _____ - _____

De NO ser así, **indique el porqué:** Ha solicitado un SSN Es un recién nacido y no tiene un SSN

Se niega a sacar un SSN por motivos religiosos

No es elegible para un SSN en base a su situación inmigratoria

Se niega a proporcionar su SSN no tiene un SSN

No tiene un SSN y quizá solo pueda recibir un SSN por una razón válida no relacionada con el empleo

4. **Sexo:** Masculino Femenino

Rellene los círculos por completo. No use X ni ✓. Marca correcta: ● Marcas incorrectas: ⊗ ⊘

PASO 1

5. **Relación con usted y todos los demás en su familia** (por ejemplo, Tim es el hermano de John, Tim es el hijo de Gene, etc.):

6. **¿En qué idioma desea esta persona que:** Se le escriba? _____ Se le hable? _____

7. **¿Cuál es la identidad étnica o racial de esta persona?** (Complete todo lo que se aplique). Las respuestas a esta pregunta son opcionales y no afectarán la decisión acerca de la cobertura de esta persona.

Si selecciona más de una identidad étnica o racial, por favor circule la que representa de mejor forma la identidad principal de la persona.

Africana, afroamericana o negra: Afroamericana Africana Caribeña
 Otra Africana/afroamericana/negra

Indígena estadounidense/Indígena de Alaska: Indígena estadounidense Indígena de Alaska
 Inuit canadiense, métis o indígena canadiense (First Nation)
 Indígena mexicana, centroamericana o sudamericana
 Otra Indígena estadounidense/Indígena de Alaska

Asiática: China Vietnamita Coreana Hmong Laociana Filipina Japonesa
 Sudasiática India asiática Otro tipo de asiática

Hispana o latina: Mexicana Centroamericana Sudamericana Otro tipo de hispana o latina

Indígena de las islas del Pacífico: Indígena de Hawái Guameña o chamorra Samoana
 Micronesia Tongana Indígena de las islas del Pacífico de otro origen

Blanca: Europea occidental Europea oriental Eslava Del Oriente Medio Norafricana
 Blanca de otro origen

Otra: Otra No sabe

Declina responder

8. **¿Está esta persona embarazada?** Sí, **conteste a y b** NO

Escriba su mejor suposición, incluso si todavía no ha consultado al médico.

a. Fecha prevista del parto(MM/AAAA) _____

b. ¿Cuántos bebés tendrá? Si no lo sabe, déjelo en blanco _____

9. **En los últimos tres meses, si esta persona estuvo embarazada, ¿concluyó su embarazo (dio a luz o perdió el embarazo)?**

Sí, **última fecha del embarazo (MM/AAAA)** _____

NO

10. **¿Está solicitando esta persona cobertura de OHP? Pueden solicitar incluso si tienen otra cobertura de salud.** Sí, **vaya a la pregunta 11.** NO, **vaya al Paso 2 (página 6).**

11. **¿Es esta persona indígena estadounidense o indígena de Alaska?** Sí NO

¿NECESITA AYUDA? Llámenos al 1-800-699-9075/TTY (para personas con problemas auditivos) 711.
De lunes a viernes, de 7 a. m. a 6 p. m.

SP OHP 7310 (Rev 09/16)

PASO 1

12. ¿Recibe esta persona o es elegible para recibir atención en clínicas indígenas de atención médica (Indian Health Services), clínicas tribales o clínicas tribales urbanas Y/O alguno de los padres o abuelos de esta persona está inscrito en una tribu, banda o pueblo indígenas reconocidos por el gobierno federal o tiene acciones en una corporación o pueblo regional indígena de Alaska? SÍ NO

13. ¿Es esta persona un ciudadano estadounidense?
 SÍ, *pase a la pregunta 15.* NO, *vaya a la pregunta 14.*

14. ¿Tiene esta persona una situación migratoria elegible? *Empleamos tal información únicamente para determinar la elegibilidad. Se le envió una Guía de Renovación de OHP con esta solicitud. Esta guía tiene información útil acerca de cómo responder las preguntas en esta sección. También pueden encontrar la guía en www.OHP.Oregon.gov.*

SÍ, *complete a-f.* NO, *vaya a la pregunta 15.*

a. Tipo de documento de inmigración: _____

b. # del documento de identificación: _____

c. Estatus/situación: _____

d. Fecha en que se obtuvo el estatus: _____

e. ¿Vive esta persona en EE. UU. desde 1996? SÍ NO

f. ¿Es esta persona, su cónyuge o padre/madre veterano de guerra o miembro activo de las Fuerzas Armadas de EE. UU.? SÍ NO

15. ¿Vive esta persona en Oregon y tiene pensado permanecer allí? *Responda que sí, incluso si la persona está en Oregon buscando trabajo o debido a un empleo.* SÍ NO

16. Indique qué organización de cuidado coordinado (CCO, por sus siglas en inglés) elige esta persona. Una CCO es una red de proveedores de atención médica como médicos, dentistas y consejeros en su área. Estos proveedores trabajan juntos para asegurarse de que su atención se concentre en usted.

No necesita elegir ahora. Sin embargo, si no elige una CCO ahora, seleccionaremos una CCO para esta persona en base a la zona en que resida (salvo que las excepciones para tribus incluidas en la Guía de Renovación del OHP sean pertinentes en su caso). Consulte la Guía de Renovación del OHP para obtener más información sobre cómo seleccionar un plan.

1.ª selección: _____

2.ª selección: _____

17. ¿Es esta persona el cuidador principal de un menor de menos de 19 años de edad que: 1) viva con el cuidador(a) principal y 2) tenga una relación familiar con el cuidador(a), pero no sea hijo(a) del cuidador(a) principal? *Por ejemplo, una abuela que sea la cuidadora principal de su nieto.*

SÍ, *incluya los nombres de los niños aquí:*

Primer nombre/Apellido _____ Fecha de nacimiento: _____

Primer nombre/Apellido _____ Fecha de nacimiento: _____

NO

PASO 1

18. ¿Tiene esta persona facturas médicas de los últimos 3 meses que no haya pagado O ha recibido esta persona servicios médicos gratuitos en los últimos 3 meses?

Sí, ¿qué meses? _____

NO

19. ¿Está esta persona presa actualmente, en una penitenciaría o cárcel, O salió libre en los últimos 3 meses?

Sí, **conteste a y b** NO.

a. Fecha (Mes/Día/Año) de: Ingreso: _____

Puesta en libertad/puesta en libertad prevista: _____

b. ¿Está esperando un fallo? Sí NO

20. ¿Tiene esta persona 18 años de edad y cursa la escuela preparatoria (high school) a tiempo completo? Sí NO

21. ¿Es esta persona elegible para recibir o está recibiendo Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés)? Sí NO

22. ¿Es esta persona ciega o tiene una discapacidad permanente? Sí NO

23. ¿Necesita esta persona ayuda con las actividades de la vida cotidiana (como bañarse, vestirse, etc.) o vive en un centro médico u hogar para ancianos y convalecientes?
 Sí NO

24. ¿Se encontraba esta persona en crianza temporal en Oregon cuando cumplió 18 años?
 Sí NO

25. *Es opcional responder a esta pregunta y ello no afectará la decisión sobre su cobertura.*

¿Ha servido la persona en las Fuerzas Armadas de EE. UU.? Sí NO

26. ¿Ha perdido esta persona cobertura de salud en los últimos 90 días? *Por favor incluya la pérdida de cobertura de Medicaid o del Programa de Seguro de Salud para Niños (Children's Health Insurance Program o CHIP, por sus siglas en inglés). Responda Sí aun si esta persona actualmente tiene cobertura de salud.* Sí NO

Sí **complete a-c** NO.

a. Fecha de pérdida de la cobertura (MM/DD/AAAA): _____

b. Tipo de cobertura perdida: _____

c. Motivo de pérdida de la cobertura. _____

PASO 2

Proporcione la siguiente información para las personas nombradas en la carta de la Parte 1 de la Renovación del OHP.

1. ¿Ha cambiado su domicilio? Sí, *proporcione la nueva dirección a continuación.* NO

Dirección (Número y calle) _____ # de apartamento/unidad _____
 Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Condado _____

2. ¿Ha cambiado su dirección postal? Sí, *proporcione la nueva dirección a continuación.* NO

Dirección postal _____ # de apartamento/unidad _____
 Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Condado _____

3. ¿Ha cambiado su número de teléfono? Sí, *proporcione su nuevo número a continuación.* NO

Teléfono principal, si corresponde: (____) - ____ - _____ Casa Trabajo Celular
 Mensaje/otro teléfono: (____) - ____ - _____ Casa Trabajo Celular

4. ¿Ha cambiado su dirección de correo electrónico?
 Sí, *proporcione la nueva dirección a continuación.* NO

5. ¿Está embarazada alguna de las personas en su unidad familiar? Sí, *inclúyalas abajo.* NO
 Para la "fecha prevista del parto", escriba su mejor suposición, incluso si todavía no ha consultado al médico.

Nombre	Apellido	Fecha de nacimiento	Fecha prevista de parto	¿Cuántos bebés tendrá? Si no lo sabe, déjelo en blanco

6. En los últimos tres meses, si la persona estuvo embarazada, ¿concluyó su embarazo (dio a luz o perdió el embarazo)? Sí, *inclúyalas abajo.* NO

Nombre	Apellido	Fecha de nacimiento	Última fecha del embarazo

Rellene los círculos por completo. No use X ni ✓. Marca correcta: ● Marcas incorrectas: ⊗ ⊘

PASO 2

7. ¿Actualmente alguien está en la cárcel/prisión O ha sido liberado en los últimos 3 meses?
 Sí, *inclúyalas abajo*. NO

Nombre	Apellido	Fecha de nacimiento	Fecha de ingreso	Fecha de puesta en libertad/ fecha prevista de puesta en libertad	¿Está esperando un fallo?
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO

Proporcione la siguiente información solamente para las personas en su unidad familiar que actualmente estén recibiendo cobertura de OHP.

8. ¿Alguien en su unidad familiar está ciego o discapacitado de forma permanente?
 Sí, *inclúyalas abajo*. NO

Nombre	Apellido	Fecha de nacimiento

9. ¿Alguien en su unidad familiar necesita asistencia con las actividades de la vida cotidiana (como bañarse, vestirse, etc.)? o vive en un centro médico u hogar para ancianos y convalecientes? Sí, *inclúyalas abajo*. NO

Nombre	Apellido	Fecha de nacimiento

10. ¿Le gustaría cambiar su Organización de Cuidado Coordinado (CCO, por sus siglas en inglés)?

Sí, *díganos qué CCO le gustaría:* _____

NO

PASO 3 Situación tributaria

1. ¿Hay alguien incluido en su Renovación del OHP que necesite declarar un cambio en su situación tributaria O está agregando usted a alguien a su unidad familiar?

Un cambio incluye cualquier cosa que sea diferente de lo que nos haya dicho antes. Por ejemplo: alguien que declaraba impuestos como casado y de forma conjunta ahora lo hace como soltero; incluir a más o a menos dependientes en su declaración de impuestos que antes; alguien a quien solía incluirsele como dependiente en la declaración de impuestos ya no lo es.

SÍ, **proporcione la información en la tabla de Situación Tributaria a continuación.** Toda persona con quien declare impuestos en forma conjunta o que sea dependiente debe estar incluida en su unidad familiar.

NO, **vaya al Paso 4 (página 10).**

Situación tributaria

- a. Primer nombre/Apellido _____ Fecha de nacimiento: _____
- b. ¿Tiene previsto esta persona presentar la declaración de impuestos federales sobre la renta de 2016 en 2017?
 SÍ, **complete A-B.** NO
- A. ¿Bajo qué situación tributaria declarará impuestos esta persona en su declaración de impuestos sobre la renta de 2016?
 Soltero Jefe de familia Viuda (viudo) calificable
Casado en declaración: Conjunta Independiente
Nombre del cónyuge: _____
- B. ¿Indicará esta persona a dependientes en su declaración de impuestos? Indique todos los dependientes sin importar la edad que tengan ni donde vivan.
 SÍ, nombre y apellido _____ Fecha de nacimiento: _____
Primer nombre/Apellido _____ Fecha de nacimiento: _____
 NO
- c. ¿Se incluye a esta persona como dependiente en la declaración de impuestos sobre la renta de 2016 de alguna otra persona? SÍ, **complete A-B.** NO
- A. ¿Quién es el contribuyente? Primer nombre/Apellido _____
Fecha de nacimiento: _____
- B. ¿Cuál es la relación de esta persona con el contribuyente? _____
- d. ¿Será igual la información sobre la situación tributaria de esta persona para el año fiscal de 2017 cuando declaren sus impuestos en 2018? SÍ, **vaya al Paso 4 (página 10).** NO, **complete A-C a continuación.**
- A. ¿Bajo qué situación tributaria declarará impuestos esta persona en su declaración de impuestos sobre la renta de 2017?
 No declarará Soltero Jefe de familia Viuda(o) calificable
Casado en declaración: Conjunta Independiente
Nombre del cónyuge: _____
- B. ¿Indicará esta persona dependientes en su declaración de impuestos sobre la renta de 2017? Indique todos los dependientes sin importar la edad que tengan ni donde vivan.
 SÍ, nombre y apellido _____ Fecha de nacimiento: _____
Primer nombre/Apellido _____ Fecha de nacimiento: _____
 NO
- C. ¿Se incluye a esta persona como dependiente en la declaración de impuestos sobre la renta de 2017 de alguna otra persona?
 SÍ, **complete i-ii.** NO

PASO 3 Situación tributaria

- i. ¿Quién es el contribuyente?
Primer nombre/Apellido _____ Fecha de nacimiento: _____
- ii. ¿Cuál es la relación de esta persona con el contribuyente? _____

Situación tributaria

- a. Primer nombre/Apellido _____ Fecha de nacimiento: _____
- b. ¿Tiene previsto esta persona presentar la declaración de impuestos federales sobre la renta de 2016 en 2017?
 Sí, **complete A-B.** NO
- A. ¿Bajo qué situación tributaria declarará impuestos esta persona en su declaración de impuestos sobre la renta de 2016?
 Soltero Jefe de familia Viuda (viudo) calificable
Casado en declaración: Conjunta Independiente
Nombre del cónyuge: _____
- B. ¿Indicará esta persona a dependientes en su declaración de impuestos? Indique todos los dependientes sin importar la edad que tengan ni donde vivan.
 Sí, nombre y apellido _____ Fecha de nacimiento: _____
Primer nombre/Apellido _____ Fecha de nacimiento: _____
 NO
- c. ¿Se incluye a esta persona como dependiente en la declaración de impuestos sobre la renta de 2016 de alguna otra persona? Sí, **complete A-B.** NO
- A. ¿Quién es el contribuyente? Primer nombre/Apellido _____
Fecha de nacimiento: _____
- B. ¿Cuál es la relación de esta persona con el contribuyente? _____
- d. ¿Será igual la información sobre la situación tributaria de esta persona para el año fiscal de 2017 cuando declaren sus impuestos en 2018? Sí, **vaya al Paso 4 (página 10).** NO, **complete A-C a continuación.**
- A. ¿Bajo qué situación tributaria declarará impuestos esta persona en su declaración de impuestos sobre la renta de 2017?
 No declarará Soltero Jefe de familia Viuda(o) calificable
Casado en declaración: Conjunta Independiente
Nombre del cónyuge: _____
- B. ¿Indicará esta persona dependientes en su declaración de impuestos sobre la renta de 2017? Indique todos los dependientes sin importar la edad que tengan ni donde vivan.
 Sí, nombre y apellido _____ Fecha de nacimiento: _____
Primer nombre/Apellido _____ Fecha de nacimiento: _____
 NO
- C. ¿Se incluye a esta persona como dependiente en la declaración de impuestos sobre la renta de 2017 de alguna otra persona?
 Sí, **complete i-ii.** NO
- i. ¿Quién es el contribuyente?
Primer nombre/Apellido _____ Fecha de nacimiento: _____
- ii. ¿Cuál es la relación de esta persona con el contribuyente? _____

PASO 4 Ingresos y deducciones

En el paso 4, necesitamos que usted indique ingresos por un empleo, ingreso por trabajo a cuenta propia, otros ingresos gravables y los tipos de deducciones que usted declare en su declaración de impuestos federales.

Importante:

- Los comprobantes que nos envíe nos ayudarán a tramitar su información más rápidamente. Vea la *Guía de Renovación del OHP* para obtener información sobre cuándo enviar comprobantes y que tipos de comprobantes debe enviar.
- No podemos contestar preguntas específicas sobre cómo debe llenar sus formularios de impuestos. Para preguntas sobre cómo llenar sus formularios de impuestos o qué deducciones/gastos se permiten, por favor visite www.irs.gov o hable con un especialista en preparación de impuestos.

1. **¿Hay alguien incluido en su Renovación del OHP que tenga que declarar un cambio a sus ingresos gravables por un empleo O está añadiendo a alguien a su unidad familiar que recibe dinero gravable de un empleo?** Díganos cuánto gana en salario bruto/propinas gravables (antes de impuestos) en cada empleo. No incluya aquí ingreso por trabajo por cuenta propia. Proporcione información del trabajo por cuenta propia en la pregunta 2.

Sí, **proporcione su información a continuación.** NO, **vaya a la pregunta 2.**

a. Primer nombre/Apellido _____ Fecha de nacimiento: _____

b. Fuente de ingresos – Nombre del empleador _____

c. Paga bruta gravable – *paga bruta es la cantidad de dinero que usted gana antes de que se sustraigan impuestos u otras deducciones:* \$ _____

d. ¿Con qué frecuencia le pagan esta cantidad? Semanalmente Mensualmente Trimestralmente Anualmente Cada dos semanas Dos veces al mes Otro: _____

e. ¿Ofrece este empleador cobertura médica?

Sí, **complete Paso 6 – Cobertura del empleador (página 16)** NO

a. Primer nombre/Apellido _____ Fecha de nacimiento: _____

b. Fuente de ingresos – Nombre del empleador _____

c. Paga bruta gravable – *paga bruta es la cantidad de dinero que usted gana antes de que se sustraigan impuestos u otras deducciones:* \$ _____

d. ¿Con qué frecuencia le pagan esta cantidad? Semanalmente Mensualmente Trimestralmente Anualmente Cada dos semanas Dos veces al mes Otro: _____

e. ¿Ofrece este empleador cobertura médica?

Sí, **complete Paso 6 – Cobertura del empleador (página 16)** NO

a. Primer nombre/Apellido _____ Fecha de nacimiento: _____

b. Fuente de ingresos – Nombre del empleador _____

c. Paga bruta gravable – *paga bruta es la cantidad de dinero que usted gana antes de que se sustraigan impuestos u otras deducciones:* \$ _____

d. ¿Con qué frecuencia le pagan esta cantidad? Semanalmente Mensualmente Trimestralmente Anualmente Cada dos semanas Dos veces al mes Otro: _____

e. ¿Ofrece este empleador cobertura médica?

Sí, **complete Paso 6 – Cobertura del empleador (página 16)** NO

PASO 4 Ingresos y deducciones

2. ¿Hay alguien incluido en su Renovación del OHP que tenga que declarar algún cambio a su trabajo autónomo O está añadiendo a alguien a su unidad familiar que reciba dinero por un trabajo autónomo? Díganos qué ganancia bruta (ganancia antes de que se paguen gastos) recibe cada persona. Si los costos por trabajo autónomo son más que el importe ganado, puede escribir un número negativo.

Sí, **proporcione su información a continuación.** NO, **vaya a la pregunta 3.**

-
- a. Primer nombre/Apellido _____ Fecha de nacimiento: _____
- b. Tipo de trabajo: _____
- c. MM/AAAA: Fecha de inicio: _____ Fecha de finalización: _____
- d. Importe de ganancia bruta – *el importe de dinero que recibe antes de que se sustraigan costos, gastos u otras deducciones*: \$ _____
- e. ¿Con qué frecuencia le pagan esta cantidad?
 Semanalmente Mensualmente Trimestralmente Anualmente
 Cada dos semanas Dos veces al mes Otro: _____
- f. Gastos del trabajo por cuenta propia por el período de tiempo incluido arriba en “e”: \$ _____

-
- a. Primer nombre/Apellido _____ Fecha de nacimiento: _____
- b. Tipo de trabajo: _____
- c. MM/AAAA: Fecha de inicio: _____ Fecha de finalización: _____
- d. Importe de ganancia bruta – *el importe de dinero que recibe antes de que se sustraigan costos, gastos u otras deducciones*: \$ _____
- e. ¿Con qué frecuencia le pagan esta cantidad?
 Semanalmente Mensualmente Trimestralmente Anualmente
 Cada dos semanas Dos veces al mes Otro: _____
- f. Gastos del trabajo por cuenta propia por el período de tiempo incluido arriba en “e”: \$ _____

-
- a. Primer nombre/Apellido _____ Fecha de nacimiento: _____
- b. Tipo de trabajo: _____
- c. MM/AAAA: Fecha de inicio: _____ Fecha de finalización: _____
- d. Importe de ganancia bruta – *el importe de dinero que recibe antes de que se sustraigan costos, gastos u otras deducciones*: \$ _____
- e. ¿Con qué frecuencia le pagan esta cantidad?
 Semanalmente Mensualmente Trimestralmente Anualmente
 Cada dos semanas Dos veces al mes Otro: _____
- f. Gastos del trabajo por cuenta propia por el período de tiempo incluido arriba en “e”: \$ _____
-

PASO 4 Ingresos y deducciones, continuación

3. ¿Hay alguien incluido en su Renovación del OHP que tenga que declarar un cambio a su otro ingreso gravable que no sea de un trabajo o trabajo por cuenta propia O está agregando a alguien a su unidad familiar que reciba otro ingreso gravable que no sea de un empleo o trabajo por cuenta propia?

Sí, **proporcione su información a continuación.** NO, **vaya a la pregunta 4.**

Consulte la *Guía de Renovación del OHP* para ver ejemplos de otro ingreso. No dude en incluir de qué tipo de ingreso se trata en b a continuación. **No incluya *manutención infantil, ingresos por crianza temporal, pagos a veteranos, Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (Temporary Assistance for Needy Families o TANF) o Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income o SSI).***

Ingresos tribales gravables – Si bien los tipos de ingresos tribales que se indican a continuación podrían no ser contabilizados para determinar la elegibilidad para el Plan de Salud de Oregon, usted debe incluir dicho ingreso en esta sección y decirnos qué tipo de ingreso tribal es. Incluya:

- Los pagos per cápita de una tribu que provienen de recursos naturales, derechos de uso, alquileres o regalías (sin incluir los pagos per cápita de casinos)
- Los pagos de recursos naturales, explotación agrícola, ganadería, pesca, alquileres o regalías de terrenos indígenas en fideicomiso designados como tal por el Departamento del Interior (incluidas las reservas indígenas y las exreservas indígenas)
- Dinero proveniente de la venta de artículos con significado cultural

Nota: Si usted recibe ingresos de una tribu a manera de pago per cápita de un casino, ingrese dichos ingresos y escriba "Pagos per cápita por parte de casinos" para "Otro tipo de ingresos".

a. Primer nombre/Apellido _____ Fecha de nacimiento: _____

b. Tipo de otro ingreso gravable _____

c. MM/AAAA: Fecha de inicio: _____ Fecha de finalización: _____

d. Importe: \$ _____

e. ¿Con qué frecuencia le pagan esta cantidad? Semanalmente Mensualmente Trimestralmente
 Anualmente Cada dos semanas Dos veces al mes Otro: _____

a. Primer nombre/Apellido _____ Fecha de nacimiento: _____

b. Tipo de otro ingreso gravable _____

c. MM/AAAA: Fecha de inicio: _____ Fecha de finalización: _____

d. Importe: \$ _____

e. ¿Con qué frecuencia le pagan esta cantidad? Semanalmente Mensualmente Trimestralmente
 Anualmente Cada dos semanas Dos veces al mes Otro: _____

a. Primer nombre/Apellido _____ Fecha de nacimiento: _____

b. Tipo de otro ingreso gravable _____

c. MM/AAAA: Fecha de inicio: _____ Fecha de finalización: _____

d. Importe: \$ _____

e. ¿Con qué frecuencia le pagan esta cantidad? Semanalmente Mensualmente Trimestralmente
 Anualmente Cada dos semanas Dos veces al mes Otro: _____

PASO 4 Ingresos y deducciones, continuación

4. ¿Hay alguien incluido en su Renovación del OHP o alguien que esté añadiendo a su unidad familiar que reciba ingresos de Beneficios del Seguro Social (Social Security Benefits o SSB) o beneficios del Seguro de Discapacidad del Seguro Social (Social Security Disability Insurance o SSDI)?

Sí, **proporcione su información a continuación.** NO, **vaya a la pregunta 5.**

- a. Primer nombre/Apellido _____ Fecha de nacimiento: _____
b. Tipo de ingreso: SSB Seguro de Discapacidad del Seguro Social (SSDI, por sus siglas en inglés)
c. Importe gravable: \$ _____
d. Importe no gravable: \$ _____
e. ¿Con qué frecuencia le pagan esta cantidad? Semanalmente Mensualmente Trimestralmente Anualmente Cada dos semanas Dos veces al mes Otro: _____

- a. Primer nombre/Apellido _____ Fecha de nacimiento: _____
b. Tipo de ingreso: SSB Seguro de Discapacidad del Seguro Social (SSDI, por sus siglas en inglés)
c. Importe gravable: \$ _____
d. Importe no gravable: \$ _____
e. ¿Con qué frecuencia le pagan esta cantidad? Semanalmente Mensualmente Trimestralmente Anualmente Cada dos semanas Dos veces al mes Otro: _____

5. ¿Hay alguien incluido en su Renovación del OHP que tenga que declarar un cambio a las deducciones que reclaman en su declaración de impuestos federales u otras deducciones permitidas o está agregando a alguien a su unidad familiar que reclama una deducción permitida? *Las deducciones permitidas son esas cosas que usted puede reclamar en su declaración de impuestos federales para obtener su ingreso bruto ajustado. Vea la Guía de Renovación del OHP para obtener más información.*

Sí, **proporcione su información a continuación.** NO, **vaya al Paso 5 (página 14).**

- a. Primer nombre/Apellido _____ Fecha de nacimiento: _____
b. Tipo de deducción permitida _____
c. MM/AAAA: Fecha de inicio: _____ Fecha de finalización: _____
d. Importe: \$ _____
e. ¿Con qué frecuencia le pagan esta cantidad? Semanalmente Mensualmente Trimestralmente Anualmente Cada dos semanas Dos veces al mes Otro: _____

- a. Primer nombre/Apellido _____ Fecha de nacimiento: _____
b. Tipo de deducción permitida _____
c. MM/AAAA: Fecha de inicio: _____ Fecha de finalización: _____
d. Importe: \$ _____
e. ¿Con qué frecuencia le pagan esta cantidad? Semanalmente Mensualmente Trimestralmente Anualmente Cada dos semanas Dos veces al mes Otro: _____

Rellene los círculos por completo. No use X ni ✓. Marca correcta: ● Marcas incorrectas: ⊗ ⊙

PASO 5 Otra cobertura médica

1. ¿Hay alguien incluido en su Renovación del OHP que haya tenido un cambio al seguro de salud (no la cobertura de OHP) con el que esté cubierto, o que se le haya ofrecido un cambio o se haya determinado que reúne los requisitos para un seguro de salud O está agregando a alguien a su unidad familiar que esté cubierto por un seguro de salud, o que se le haya ofrecido un seguro de salud o se ha determinado que es elegible para este?
- Sí, *proporcione su información en la tabla de Otra Cobertura de Salud a continuación.*
- NO, *vaya al Paso 6 (página 16).*

Otra cobertura médica

- a. Primer nombre/Apellido _____ Fecha de nacimiento: _____
- b. Tipo de seguro médico: Privado Empleador COBRA Medicare TRICARE
 Peace Corps Programas de atención de salud para veteranos (incluyendo CHAMPVA)
 Plan de salud para jubilados Medicaid/CHIP
- c. Datos del plan: Nombre de la empresa de cobertura de salud: _____
Dirección de la empresa: _____
Número de póliza: _____ Número de póliza colectiva (grupo): _____
Nombre del titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento: _____
Relación con el titular de la póliza: _____
- d. ¿Está inscrita esta persona en el plan? SÍ NO
- e. ¿No puede esta persona utilizar el seguro?
 SÍ, debido a: Inquietudes de seguridad Distancia de proveedores Otros motivos NO
- f. ¿Está esta persona inscrita en el Medicaid/CHIP de otro estado aparte de Oregon?
 Sí, ¿en qué estado? _____ Fecha prevista de finalización: _____ NO
- g. ¿Es este un seguro médico patrocinado por el empleador?
 SÍ, **complete Paso 6 – Cobertura del empleador (página 16)** NO

PASO 5 Otra cobertura médica

- a. Primer nombre/Apellido _____ Fecha de nacimiento: _____
- b. Tipo de seguro médico: Privado Empleador COBRA Medicare TRICARE
 Peace Corps Programas de atención de salud para veteranos (incluyendo CHAMPVA)
 Plan de salud para jubilados Medicaid/CHIP
- c. Datos del plan: Nombre de la empresa de cobertura de salud: _____
Dirección de la empresa: _____
Número de póliza: _____ Número de póliza colectiva (grupo): _____
Nombre del titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento: _____
Relación con el titular de la póliza: _____
- d. ¿Está inscrita esta persona en el plan? SÍ NO
- e. ¿No puede esta persona utilizar el seguro?
 SÍ, debido a: Inquietudes de seguridad Distancia de proveedores Otros motivos NO
- f. ¿Está esta persona inscrita en el Medicaid/CHIP de otro estado aparte de Oregon?
 SÍ, ¿en qué estado? _____ Fecha prevista de finalización: _____ NO
- g. ¿Es este un seguro médico patrocinado por el empleador?
 SÍ, **complete Paso 6 – Cobertura del empleador (página 16)** NO

- a. Primer nombre/Apellido _____ Fecha de nacimiento: _____
- b. Tipo de seguro médico: Privado Empleador COBRA Medicare TRICARE
 Peace Corps Programas de atención de salud para veteranos (incluyendo CHAMPVA)
 Plan de salud para jubilados Medicaid/CHIP
- c. Datos del plan: Nombre de la empresa de cobertura de salud: _____
Dirección de la empresa: _____
Número de póliza: _____ Número de póliza colectiva (grupo): _____
Nombre del titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento: _____
Relación con el titular de la póliza: _____
- d. ¿Está inscrita esta persona en el plan? SÍ NO
- e. ¿No puede esta persona utilizar el seguro?
 SÍ, debido a: Inquietudes de seguridad Distancia de proveedores Otros motivos NO
- f. ¿Está esta persona inscrita en el Medicaid/CHIP de otro estado aparte de Oregon?
 SÍ, ¿en qué estado? _____ Fecha prevista de finalización: _____ NO
- g. ¿Es este un seguro médico patrocinado por el empleador?
 SÍ, **complete Paso 6 – Cobertura del empleador (página 16)** NO

PASO 6 Cobertura del empleador – OPCIONAL

Completar el Paso 6 es opcional y no afectará la decisión sobre su cobertura. Complete la información a continuación para cada uno de los empleadores que ofrezcan cobertura médica. Esta página es una herramienta que puede ser entregada a su empleador para ayudar a responder las preguntas sobre la cobertura que ofrecen.

1. ¿Quién trabaja para este empleador?

Primer nombre/Apellido _____ Fecha de nacimiento: _____

2. Información del empleador:

a. Nombre del empleador: _____

b. ¿Con quién podemos comunicarnos en la oficina de su empleador acerca de la cobertura médica que ofrece?

Nombre: _____

Teléfono: _____ Ext.: _____ Correo electrónico: _____

3. ¿Ofrecerá este empleador cobertura médica este año? SÍ NO

4. ¿Cuánto pagará esta persona en primas para inscribirse en el plan de más bajo costo que satisface el estándar de valor mínimo* que se ofrece únicamente a los empleados? (No incluya los planes familiares). Si el empleador cuenta con programas de bienestar, indique la prima que el empleado tendría que pagar si recibiese el descuento máximo de programas de cese de consumo de tabaco y no recibiese ningún otro descuento basado en los programas de bienestar.

Monto de la prima: \$ _____ No sé

Frecuencia: Por semana Cada dos semanas Por mes Dos veces por mes Otro:

5. ¿Está esta persona inscrita actualmente en este programa de cobertura médica? SÍ NO

6. ¿Ofrece el empleador cobertura para cónyuges/dependientes? SÍ NO

7. ¿Cambiará la cobertura el próximo año?

Sí, **indique cómo.** NO No sé si este empleador hará cambios

El empleador ya no ofrecerá cobertura

El empleador cambiará el costo de las primas. La prima para inscribirse en el plan de más bajo costo que satisface el estándar de valor mínimo* que se ofrece únicamente a los empleados (no incluya los planes familiares) será de:

Monto de la prima: \$ _____ No sé

Frecuencia: Por semana Cada dos semanas Por mes Dos veces por mes

Otro: _____

¿Cuándo cobrará vigencia el cambio?: _____ No sé:

8. ¿Piensa inscribirse esta persona en el plan de cobertura a través del empleador el próximo año? Sí, ¿cuándo? _____ NO

9. ¿Tiene pensado esta persona interrumpir la cobertura a través del empleador el año próximo? Sí, ¿cuándo? _____ NO

* Un plan de salud a través del empleador cumple con el “estándar de valor mínimo” cuando el plan paga el 60 % o más de la participación del plan en los costos totales permitidos (Sección 36B(c)(2)(C) (ii) del Código de Rentas Internas de 1986).

PASO 7

Lea y firme

¿Desea autorizar a www.cuidadodesalud.gov para que acceda información sobre usted en el futuro?

Usted puede brindar autorización continua a www.cuidadodesalud.gov para que acceda a su información en bases de datos estatales y nacionales en el futuro. Si elige hacer esto, puede retirar su permiso en cualquier momento comunicándose con www.cuidadodesalud.gov. **¿Desea autorizar a www.cuidadodesalud.gov para acceder a bases de datos estatales y nacionales en el futuro?**

Sí, ¿cuántos años? 5 años 4 años 3 años 2 años 1 año NO

¿Desea inscribirse para votar?

Es opcional responder a esta pregunta y ello no afectará la decisión sobre su cobertura.

¿Está inscrito usted para votar en su domicilio actual? Si usted o cualquiera de los miembros de su unidad familiar tiene 17 años o más, es residente de Oregon y ciudadano de Estados Unidos, puede inscribirse para votar o actualizar su inscripción electoral (voter registration). *La solicitud para inscribirse o negarse a inscribirse para votar no afectará la cantidad de ayuda que le proporcionará esta agencia. Si no está inscrito para votar en su domicilio actual, ¿le gustaría registrarse hoy para votar? O SÍ O NO*

Uso del número de Seguro Social (SSN)

Las leyes federales a continuación establecen que toda persona que solicite beneficios médicos debe proporcionar un SSN: Leyes federales - 42 USC 1320b-7(a), 7 USC 2011-2036, 42 CFR 435.910, 42 CFR 435.920, 42 CFR 457.340(b). Al escribir su SSN en este formulario usted autoriza a la OHA para usarlo e informar a otros sobre el mismo para los fines siguientes:

- Ayudar a determinar si usted reúne ciertos criterios para recibir beneficios. Usaremos los SSN que proporcione para asegurar que los ingresos y bienes que indicó en este formulario estén correctos. Compararemos la información de otros registros estatales y federales, tales como el Servicio de Impuestos Internos (IRS), Departamento de Ingresos, Medicaid, manutención infantil, Seguro Social y beneficios de desempleo.
- Redactar informes sobre el Plan de Salud de Oregon.
- Gestionar el programa para el que presentó una solicitud o del que recibe beneficios, de ser necesario.
- Ayudarnos a mejorar los programas mediante evaluaciones de la calidad y otras actividades.
- Asegurarnos de que le hemos otorgado la cantidad correcta de beneficios y para recuperar dinero si hemos pagado beneficios en exceso.

Usted tiene derecho a una audiencia

Si no está de acuerdo con las decisiones que la OHA tome respecto a su elegibilidad para una cobertura médica o no recibe una decisión de nuestra parte en un plazo de 45 días, tiene derecho a solicitar una audiencia. Asimismo, tiene derecho a elegir un representante autorizado para que actúe en su nombre durante el proceso de audiencia.

Le recomendamos que nos llame al **1-800-699-9075** para preguntarnos sobre su elegibilidad o sobre el proceso, o para proporcionarnos información adicional sobre usted o su unidad familiar.

Usted puede solicitar una audiencia llamando al **1-800-699-9075**. Si desea una audiencia, debe solicitarla dentro de los 90 días a partir de la fecha que se indica en la notificación de elegibilidad que recibirá (por correo postal o electrónico). El plazo límite para solicitar una audiencia no cambia, aunque se comunique con nosotros.

¿Necesita un manual?

¿Necesita un manual? Tanto el OHP como su organización de cuidado coordinado (coordinated care organization o CCO) tienen manuales que contienen más información sobre la cobertura del OHP y sobre cómo utilizarla. Para obtener un manual, llame a su CCO. Para obtener la información de contacto de su CCO, visite www.OHP.Oregon.gov. Si no tiene una CCO, llame al 1-800-273-0557 o marque 711 (TTY) y pida un manual.

¿NECESITA AYUDA? Llámenos al **1-800-699-9075/TTY** (para personas con problemas auditivos) 711.

De lunes a viernes, de 7 a. m. a 6 p. m.

SP OHP 7310 (Rev 09/16)

PASO 7

Lea y firme

- Firmo esta solicitud bajo pena de perjurio, lo que significa que, a mi leal saber y entender, he dado respuestas veraces a todas las preguntas de este formulario. Sé que se me puede someter a sanciones o que puedo ser responsable por pagos en exceso de acuerdo a la ley federal si proporciono información falsa o no veraz.
- Sé que debo informar a la Autoridad de Salud de Oregon (OHA, por sus siglas en inglés) si cambiase alguno de los datos que he proporcionado en este formulario. Puedo llamar al **1-800-699-9075** para reportar cualquier cambio. Entiendo que un cambio en mi información podría afectar la elegibilidad de los integrantes de mi unidad familiar para un seguro de salud.
- Sé que, según las leyes federales, está prohibido discriminar por raza, color, país de procedencia, sexo, edad, orientación sexual, identidad sexual o discapacidad. Puedo presentar una queja por discriminación en www.hhs.gov/ocr/office/file
- He leído la *Guía de Renovación del OHP* y estoy de acuerdo con todas las secciones. (Puede encontrar la *Guía de Renovación del OHP* en línea en www.OHP.Oregon.gov.)

Si usted es elegible para la cobertura del Plan de Salud de Oregon (Oregon Health Plan u OHP):

La ley estatal estipula que si usted, o cualquier otra persona, califica para el Plan de Salud de Oregon (OHP), entonces usted, o las demás personas, otorgan automáticamente a la OHA el derecho a pagos de otros quienes fuesen responsables legalmente de pagar parte o la totalidad de sus gastos médicos. Esto incluye otros seguros médicos, seguros de responsabilidad civil u otras personas. Asimismo, incluye cualquier pago que se le adeude a usted por haber sido lesionado por otra persona. El derecho al pago no excederá la cantidad pagada por el OHP o por su organización de cuidado coordinado.

Me comprometo a notificar a la OHA (o a su designado) y a la organización de atención coordinada que me presta servicios si presento una demanda contra cualquier persona que haya causado lesiones a mi persona o a cualquier otro familiar que esté inscrito en el OHP, y a proporcionar la información necesaria para obtener los reembolsos.

Al aceptar la Asistencia Médica (OHP), usted permite que el Programa de Manutención Infantil del estado haga cumplir la asistencia médica por parte del padre/madre ausente. A esto se le conoce como “cesión de derechos”. Esto significa que usted deberá ayudar al Programa de Manutención Infantil a ubicar al padre/madre ausente a menos que exista una razón justificable por la cual no pueda hacerlo, tal como en el caso de violencia doméstica. Si deciden que usted tiene que cooperar con el Programa de Manutención Infantil para establecer o cobrar apoyo médico y usted no lo hace, podría perder la asistencia médica que recibe. See the *OHP Renewal Guide* for more information.

Si tiene razón para no cooperar con el Programa de Manutención Infantil, como, por ejemplo, violencia doméstica, indique la razón a continuación.

No puedo cooperar con el Programa de Manutención Infantil. Razón: _____

PASO 7

Lea y firme

Leer y firmar: *si usted tiene un representante autorizado, dicha persona puede firmar por usted.*

Al firmar este formulario, confirmo que

- He leído y acepto el formulario de *Prácticas de Aviso de Privacidad de OHA* que se encuentra en la *Guía de la Renovación del OHP*.
- Yo confirmo que tengo el permiso de todas las personas de mi unidad familiar, tanto para presentar su información como para recibir comunicaciones sobre su elegibilidad e inscripción.

Nombre en letra imprenta

Firma

Número de
identificación del caso:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Fecha de hoy (MM/DD/AAAA)

CÓMO ENVIAR SU FORMULARIO DE RENOVACIÓN DEL OHP

Correo postal: OHP Customer Service, P.O. Box 14015, Salem, OR 97309-5032

Por fax: Use la portada amarilla incluida en este paquete para enviar sus documentos por fax al 503-378-5628.