

SISKIYOU COMMUNITY HEALTH CENTER

Solicitud para determinación de elegibilidad

OFFICE USE ONLY:

- Slide Only
- OHP Only
- Slide & OHP

1 INFORMACIÓN DE CONTACTO PRINCIPAL

Nombre completo _____ Fecha de nacimiento _____ Teléfono _____

Domicilio (incluya ciudad, estado, código postal) _____

Dirección postal (si es diferente) _____

2 MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR

Esto lo incluye a usted, a su cónyuge, a sus hijos (*los que incluya como dependientes en su declaración de impuestos*), a la pareja con la que vive (*si tienen hijos juntos*) y a cualquier otra persona que incluya en su declaración de impuestos, incluso si no vive con usted. Si incluye otras personas que no sean su cónyuge ni sus hijos menores de 18 años, debe presentar una copia de su declaración federal de impuestos actual como prueba de sus dependientes.

NOMBRE COMPLETO	RELACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO	SEGURO ACTUAL	EMPLEO	Office Use Only
	YO		<input type="checkbox"/> Seguro privado <input type="checkbox"/> OHP <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> No tengo seguro	<input type="checkbox"/> Tiempo parcial/completo <input type="checkbox"/> Por cuenta propia <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Menor de edad	Patient? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Seguro privado <input type="checkbox"/> OHP <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> No tengo seguro	<input type="checkbox"/> Tiempo parcial/completo <input type="checkbox"/> Por cuenta propia <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Menor de edad	Patient? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Seguro privado <input type="checkbox"/> OHP <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> No tengo seguro	<input type="checkbox"/> Tiempo parcial/completo <input type="checkbox"/> Por cuenta propia <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Menor de edad	Patient? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Seguro privado <input type="checkbox"/> OHP <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> No tengo seguro	<input type="checkbox"/> Tiempo parcial/completo <input type="checkbox"/> Por cuenta propia <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Menor de edad	Patient? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Seguro privado <input type="checkbox"/> OHP <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> No tengo seguro	<input type="checkbox"/> Tiempo parcial/completo <input type="checkbox"/> Por cuenta propia <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Menor de edad	Patient? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Seguro privado <input type="checkbox"/> OHP <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> No tengo seguro	<input type="checkbox"/> Tiempo parcial/completo <input type="checkbox"/> Por cuenta propia <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Menor de edad	Patient? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

3 INGRESOS ANUALES DEL GRUPO FAMILIAR

Responda a **TODAS** las siguientes preguntas:

¿Recibe usted o alguien de su grupo familiar alguno de estos pagos o beneficios?

- | | |
|--|---|
| Seguro Social o discapacidad | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Beneficios por desempleo | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Pensión o pagos por jubilación | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Pensión alimenticia o manutención de menores | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

Indique todos los ingresos recibidos para miembros del grupo familiar en los cuadros correspondientes abajo. La cantidad de ingresos debe quedar indicada como la **cantidad MENSUAL bruta (antes de impuestos)**. Debe presentar constancia de ingresos.

FUENTE DE INGRESOS	Escriba TODOS los ingresos mensuales. Si no tiene ingresos, escriba 0.
YO	
CÓNYUGE	
TODOS LOS DEPENDIENTES	
TOTAL	

4 DOCUMENTOS NECESARIOS

Para que Siskiyou pueda determinar su elegibilidad, debe presentar estos documentos:

- ✓ Constancia de ingresos (de todos los miembros del grupo familiar mayores de 18 años)
- ✓ Declaración actual de impuestos si el grupo familiar incluye personas aparte de su cónyuge y los dependientes menores de 18 años.

Los tipos de constancia de ingresos aceptables incluyen:

- Comprobantes de pago de los últimos 30 días (60 días si el pago es mensual); obligatorio si tiene trabajo.
- Carta de adjudicación de SSI/Seguro Social (no se acepta el 1099-S)
- Declaración federal de impuestos (obligatorio para quienes trabajan por cuenta propia)
- Carta de aprobación de discapacidad
- Documentos de desempleo (debe mostrar la cantidad bruta por semana)
- Documentos de pensión alimenticia/manutención de menores

5 FIRMA

Entiendo que la información que di se usará para determinar mi capacidad de pago. Certifico que la información incluida es precisa y completa hasta donde yo sé. Si hay un cambio en los ingresos, avisaré al centro. Entiendo que podría ser responsable del costo de toda mi atención, o parte de ella, y que se espera que pague esa parte al momento de recibir el servicio.

Firma _____ Fecha _____

6**CUESTIONARIO DE OREGON HEALTH PLAN (OHP)**

- ¿Es usted mayor de 65 años? Sí No
- ¿Tiene cobertura de Medicare? Sí No
- ¿Tiene cobertura de OHP? Sí No

DETÉNGASE si respondió 'SÍ' a **CUALQUIERA** de las preguntas de arriba.

SIGA si respondió 'No' en las tres preguntas de arriba.

Complete este cuestionario para ayudarnos a determinar si usted podría calificar para participar en OHP.

1. ¿Cómo declara sus impuestos? SOLTERO CASADO-J CASADO-S NO DECLARO
2. ¿Es usted ciudadano americano, tiene la nacionalidad americana o es "no ciudadano" calificado? Sí No
3. ¿Vive en Oregón y tiene la intención de quedarse en el estado? Sí No
4. ¿Ha sido encarcelado en los últimos 90 días alguien que esté incluido en esta solicitud? Sí No

De ser así, escriba el nombre de la persona, el centro y la fecha de entrada/salida _____

Si responde **SÍ** a cualquiera de las siguientes preguntas, escriba en la línea el nombre de las personas.

5. ¿Hay alguna embarazada en su grupo familiar? Sí No _____
6. ¿Es alguien miembro de una tribu? Sí No _____
7. Es elegible para recibir o recibe servicios de Indian Health Service Sí No _____
8. ¿Hay alguien legalmente ciego? Sí No _____
9. ¿Hay alguien con discapacidad permanente? Sí No _____
10. ¿Recibe alguien Medicare o SSI? Sí No _____
11. ¿Tiene alguien facturas médicas sin pagar de los últimos 90 días? Sí No _____
12. ¿Tiene alguien 18 años y es estudiante a tiempo completo de high school? Sí No _____
13. ¿Había alguien en crianza temporal en OR a la edad de 18 años? Sí No _____
14. ¿Tiene alguien seguro médico vigente? Sí No _____
15. ¿Ha perdido alguien la cobertura de atención médica en los últimos 90 días? Sí No _____

Para que nuestro especialista de elegibilidad pueda presentar una solicitud de OHP por usted, se deben completar los formularios de consentimiento de la solicitud de OHP. Están disponibles en nuestros escritorios de inscripción o en línea en <https://apps.state.or.us/Forms/Served/he7210.pdf>.

INFORMACIÓN ADICIONAL DEL GRUPO FAMILIAR

Correo electrónico del contacto principal: _____ Idioma preferido: _____

NOMBRE	SEXO	N.º DE SEGURO SOCIAL

FOR OFFICE USE ONLY

OHP ELIGIBILITY

OHP Questionnaire: Patient is 65 or older and/or has Medicare Patient already has OHP

Patient Declined - Reason: _____

Patient did not complete

Were OHP consent forms signed? Yes No

PROVISIONAL SLIDE DETERMINATION

Date Provisional Slide Used _____

SCHC Initials _____

If the Provisional slide is being used for today's application, indicate the family size/income estimated from the application and the discount amount. If the Provisional slide was previously used, leave the below lines blank.

Income Determination from application _____ Family Size from application _____

Provisional Slide Discount A B C D NONE

ANNUAL INCOME CALCULATION

Proof Received:

- Pay Stubs
- Social Security/Disability Award Letter
- Unemployment Documentation
- Federal Tax Return
- Child/Alimony Support
- Unable to Provide Documentation Form
- Other _____

Income Calculation

DOCUMENTATION RECEIVED/DETERMINATION

Family Size (#): _____ Documented Family Annual Income: \$ _____

Qualifies for Slide: Yes No Effective Date: _____ Exp Date: _____

Discount Category (circle): A B C D

If not qualified, why? _____

SCHC Staff Printed Name

Date