

Solicitud para determinación de elegibilidad
1 Información de contacto principal

Nombre complete	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 complete	Relación	Fecha de nacimiento	Seguro actual	Empleo	Office Use Only
	Yo		☐ Seguro privado ☐ OHP ☐ Medicare ☐ No tengo seguro	☐ Tiempo parcial / completo ☐ Por cuenta propia ☐ Desempleado ☐ Jubilado ☐ Menor de edad	Patient? ☐ Yes ☐ 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

☐ Sí ☐ No

Beneficios por desempleo

☐ Sí ☐ No

Pensión o pagos por jubilación

☐ Sí ☐ No

Pensión alimenticia o manutención de menores

☐ Sí ☐ 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.	Si está trabajando, indique el nombre de su empleador.
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 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

Si algún miembro adulto del hogar no tiene ningún ingreso, se puede completar un formulario de **Imposibilidad de proporcionar documentación de ingresos**. Consulte a nuestro especialista en elegibilidad para determinar si su situación lo califica para usar este formulario.

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

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 (Se requieren N.º de seguro social para OHP)

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