

Díganos si necesita:

- Un intérprete ¿Para qué idioma?:
- Un intérprete para sordomudos
- Materiales escritos traducidos (*al idioma*):
- Materiales en: Braille Letra grande Cinta de audio
- Disco de computadora Presentación oral

Aging and
People with
Disabilities

SDS 539C

Client:

Nombre: _____ No. de Seguro Social: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: Hombre Mujer

Nombre del cónyuge: _____ No. de Seguro Social: _____

Dirección residencial: _____ Tel: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Cód. postal: _____

Dirección postal (*si es distinta*): _____

Sírvase indicar en otra hoja cualquier dependiente que tenga.

Date sent:

Case number:

Si no se ha registrado para votar en su zona de residencia, ¿le gustaría registrarse hoy para votar? Sí No Se registre o no, ello no afectará el volumen de asistencia que reciba de esta agencia.

Prime number:

¿Es usted o algún miembro de su unidad familiar veterano de guerra? Sí No

Date of birth:

Indique sus ingresos:

Beneficios del Seguro Social: \$ _____ Beneficios de veterano de guerra: \$ _____

Beneficios de jubilación o pensión: \$ _____ Ingresos laborales: \$ _____

Otro: \$ _____ Otro: \$ _____

Program:

Indique los ingresos de su cónyuge:

Beneficios del Seguro Social: \$ _____ Beneficios de veterano de guerra: \$ _____

Beneficios de jubilación o pensión: \$ _____ Ingresos laborales: \$ _____

Otro: \$ _____ Otro: \$ _____

Branch code:

Yo u otros solicitantes somos propietarios o copropietarios de uno o más de los siguientes:

Cuenta(s) corriente(s) (cheques): \$ _____

Cuenta(s) de ahorros: \$ _____

Fondo patrimonial, fideicomiso, fondos de jubilación, certificados de depósito a plazo: \$ _____

Otro: \$ _____

Worker:

Worker phone:

Yo u otros solicitantes hemos vendido, comerciado o regalado bienes personales, dinero en efectivo, bien inmobiliario (*terreno o edificio o participación en un dominio vitalicio*), o los fondos de un préstamo hipotecario (*home equity loan*) en los últimos 60 meses. Sí No

De ser así, indíquelo a continuación:

Descripción del bien	Fecha de traspaso	Valor al momento del traspaso	Cantidad recibida	Cantidad que le deben a usted	Cantidad que recibe al mes
_____	_____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
_____	_____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
_____	_____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____

El Departamento de Servicios Humanos (DHS) y la Autoridad de Salud de Oregon (OHA) no discriminan a nadie. Esto significa que el DHS y la OHA ayudarán a todas las personas que reúnan los requisitos necesarios. El DHS y la OHA no denegarán ayuda a nadie debido a su edad, raza, color, procedencia nacional, sexo, orientación sexual, religión, ideas políticas o discapacidad. Usted puede presentar una queja si cree que el DHS o la OHA le discriminaron por una de estas razones.

Yo u otros solicitantes somos propietarios o estamos por comprar uno o más de los artículos siguientes: automóvil, camioneta, motocicleta, bote, casa rodante, moto de nieve, remolque, herramientas de oficio, equipo de granja o empresarial, ganado, maderaje, otro. Sí No

Artículo	Marca, modelo, año u otra descripción	Valor	Cantidad que debe
_____	_____	\$ _____	\$ _____
_____	_____	\$ _____	\$ _____

Yo u otros solicitantes somos propietarios o copropietarios o estamos a punto de comprar uno o más de los artículos siguientes: Casa Casa prefabricada Otro tipo de terreno o estructura Ninguno

Llene a continuación para cada artículo	Artículo número 1	Artículo número 2
a. Dirección:	_____	_____
b. Uso del bien:	_____	_____
c. Pagos mensuales:	\$ _____	\$ _____
d. Impuestos prediales (<i>real estate taxes</i>):	\$ _____	\$ _____
e. Seguro contra incendios sobre la estructura:	\$ _____	\$ _____
f. Valor contable de la participación (<i>Equity value</i>):	\$ _____	\$ _____

Yo u otros solicitantes estamos alquilando o pagando parte del costo de una vivienda. Sí No

De ser así, el pago total: _____ Pago realizado a: _____

Yo u otros solicitantes recibimos ayuda con el pago de los gastos de la vivienda y de los servicios. Sí No

Persona que paga	Artículo	Frecuencia	Cantidad
_____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____

Yo u otros solicitantes tenemos seguro médico. Sí No

De ser así, seleccione el tipo y proporcione la información siguiente:

Compañía	No. de póliza	Monto de la prima
_____	_____	\$ _____
_____	_____	\$ _____

Yo u otros solicitantes hemos sentado una demanda por daños. Sí No

De ser así, indique la(s) persona(s) y fechas de las lesiones.

De ser así, llene el formulario MSC 0451 correspondiente.

Yo u otros solicitantes tenemos un seguro de vida o de entierro.

Sí No

De ser así, proporcione la información siguiente.

Compañía	No. de póliza	Valor nominal:	Cantidad de efectivo	Asegurado:
		\$ _____	\$ _____	
		\$ _____	\$ _____	

Yo u otros solicitantes tenemos facturas pendientes por la atención médica recibida en los últimos 90 días.

Sí No

Yo u otros solicitantes hemos pagado de antemano un plan funerario o un fideicomiso para gastos funerarios, incluido un seguro de vida o dinero que hemos dado a guardar a otras personas para cubrir gastos funerarios.

Sí No

Nombre de la compañía: _____

Cantidad: \$ _____

Dirección: _____

¿Tiene alguno de los siguientes?

Contacto de emergencia

Poder legal

Tutor legal

Representante autorizado

Curador

Nombre: _____

Teléfono: _____

Si bien usted no tiene la obligación de proporcionar esta información, su cooperación nos ayudará a determinar el acatamiento de la Ley Federal de Derechos Civiles. Esta información NO se empleará al momento de evaluar su solicitud. Usted tiene la opción de negarse a proporcionar esta información. Ello no afectará la consideración de su solicitud. Tenemos la autorización para pedirle esta información bajo el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964.

Etnia — (seleccione una): Hispana o latina Ni hispana ni latina

Herencia racial (elija una o más): Blanca Negra o afroamericana Asiática

Indígena norteamericana o de Alaska Indígena de Hawái o de otra isla del Pacífico

La información que usted proporcione en el presente formulario será corroborada y revisada por funcionarios del gobierno federal, estatal y local y a través del sistema estatal de verificación de ingresos y elegibilidad. Asimismo, la información que usted proporcione podría ser remitida al Servicio de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos para su verificación.

“Asignación” de pagos

Para ser elegible para recibir asistencia pública, usted debe permitir que la Autoridad de Salud de Oregon (OHA) o el Departamento de Servicios Humanos (DHS) reciban cualquier dinero que usted u otros beneficiarios de asistencia reciban o tengan el derecho de recibir de:

- Seguros de salud particulares;
- Otras personas o recursos que sean o puedan ser responsables de cubrir los gastos cubiertos por la OHA o el DHS con relación a un daño. Si usted o el beneficiario de la asistencia tienen una demanda

contra otra persona por daños, tal como un accidente automovilístico, vea la página 14, “El derecho del estado de aplicar un gravamen sobre toda declaración de daños hecha por usted o por cualquiera de los otros beneficiarios de asistencia.”

Al firmar el presente formulario, usted acepta “asignar” a la OHA y al DHS todos los derechos a estos pagos realizados a cualquier persona que esté cubierta por la asistencia pública que usted reciba. Esto le incluye a usted y a todos los demás miembros de su familia (*incluidos los niños que nazcan en el futuro*).

Al firmar el presente formulario, usted acepta ayudar al DHS y a la OHA a hallar y obtener dichos pagos. Hay un límite sobre la cantidad que el DHS y la OHA pueda recolectar en pagos. No puede superar el monto de la asistencia que ambos les hayan pagado a usted y su familia.

Asimismo, usted da su consentimiento para que proveedores médicos, hospitales, empleados y agencias gubernamentales divulguen sus historias clínicas a las compañías de seguros. Esto incluye las historias clínicas suyas como las de los demás miembros de su familia que reciben asistencia médica. Esto sólo se hará para fines de obtener pago.

Si usted tiene otro seguro. Si usted o algún otro miembro de su familia tiene otro seguro médico, dígaselo al proveedor (*médico, clínica u hospital*) antes de recibir atención. El proveedor debe facturar a la otra compañía de seguros antes de facturar a la OHA.

Si usted tiene hijos y el padre/la madre de éstos no vive con usted, quizá sea necesario que usted coopere con el Programa de Manutención Infantil del estado para obtener cobertura de salud y apoyo en efectivo para fines médicos para los menores. *Usted no tiene la obligación de cooperar con el programa si considera que ello le pondría a usted o a sus niños en peligro.*

Si la OHA paga una factura médica que debería haber sido pagada por otro seguro, el DHS y la OHA iniciarán la acción necesaria para recuperar su dinero. Por ejemplo:

- Si la OHA paga una factura que le correspondía pagar a un seguro particular, el DHS|OHA intentarán recuperar el dinero de la otra compañía de seguros.
 - Si la OHA paga una factura médica y el proveedor también recibe pago por dicha factura de otra compañía de seguros, el DHS|OHA intentarán recuperar el dinero del proveedor.
 - Si la OHA paga una factura médica y una compañía de seguros le envía un cheque a usted por el monto de la factura, el DHS|OHA intentarán recuperar el dinero de usted.
-

Por qué necesitamos su No. de Seguro Social

Números de Seguro Social (*Social Security Number - SSN*) – Las leyes federales (42 USC 1320b-7(a) y (b), 7 USC 2011-2036, 42 CFR 435.910, 42 CFR 435.920 y 42 CFR 457.340(b)) y la regla del DHS (OAR 461-120-0210) exigen que toda persona que solicite beneficios monetarios, alimentarios o médicos proporcionen su SSN al DHS o a la OHA. Este requisito no se aplica a las personas que solicitan beneficios médicos de emergencia únicamente a través del programa de beneficios médicos de emergencia para extranjeros sin requisito de ciudadanía o residencia (*Citizen/Alien Waived Emergent Medical program* o CAWEM) o a las personas que no solicitan beneficios.

- a. El DHS y la OHA utilizarán su SSN para ayudar a decidir si usted es elegible para recibir beneficios. Se empleará su SSN para corroborar sus ingresos, otros bienes que tenga y cotejarlos con otros registros de entidades estatales y federales como el IRS, Medicaid, manutención infantil, el Seguro Social y beneficios de desempleo.
-

- b. El DHS y la OHA pueden utilizar su SSN para preparar información agregada o informes que sean solicitados por fuentes que financian el programa en el que desea participar o del que esté recibiendo beneficios.
 - c. El DHS y la OHA pueden utilizar y divulgar su SSN:
 - Si es necesario para el funcionamiento del programa en el que desea participar o del que esté recibiendo beneficios;
 - Para evaluar la calidad de las actividades y mejorarla;
 - Para corroborar la cantidad correcta de los pagos y recuperar los beneficios pagados en exceso;
 - Para asegurar que nadie reciba beneficios en más de una unidad familiar.
-

Intercambio de información sanitaria específica protegida para fines de tratamiento

La ley de Oregon (ORS 192.518 a 192.526) permite que el DHS|OHA y los Planes de Atención Administrada intercambien la siguiente información sanitaria protegida, sin su autorización, con un Plan de Atención Administrada para fines de tratamiento cuando el Plan de Atención Administrada le presta a usted servicios de salud del comportamiento o física:

- Su nombre y número de beneficiario de Medicaid
 - El nombre de hospital o del médico que le atiende
 - El número de Medicaid del proveedor que le presta los servicios
 - Su diagnóstico
 - La información siguiente sobre los servicios que se le prestan:
 - Fechas del servicio
 - El número de unidades de servicio prestado
 - Códigos de procedimientos y facturación
 - Información sobre medicamentos recetados y su control
-

El derecho del estado de aplicar un gravamen sobre cualquier demanda por daños presentada por usted o por cualquier otro beneficiario.

Usted o uno de los otros beneficiarios de asistencia tienen la responsabilidad de notificar al trabajador social dentro de los 10 días de haber demandado usted o algún otro de los beneficiarios de asistencia a alguna persona por haberle lastimado a usted o a otro de los beneficiarios de asistencia. El estado podría aplicar un gravamen sobre tales demandas.

El derecho del estado de recuperar beneficios del patrimonio del beneficiario.

El DHS o la OHA pueden demandar dinero de su patrimonio (*según se define en ORS 416.350*) después de que usted fallezca si usted recibió:

- Beneficios médicos del estado después de haber cumplido 55 años de edad (*esto incluye los pagos del Plan de Salud de Oregon que se hicieron en su nombre a un plan de atención administrada o los pagos a una Organización de Atención Coordinada*);
- Beneficios de asistencia general a cualquier edad, o
- Beneficios médicos del estado a lo largo de su vida y al momento de su fallecimiento estuvo interno de forma permanente (*según se define en OAR 461-135-0832*) por 6 meses como mínimo.

Estos reclamos buscan recuperar el dinero que el estado pagó por los beneficios y servicios médicos que usted recibió, así como los beneficios de asistencia general. Ni el DHS ni la OHA pueden reclamar más

dinero que el que le pagaron en asistencia a usted y a los miembros de su familia.

Ni el DHS ni la OHA pueden reclamar este dinero de su patrimonio si cualquiera de los siguientes miembros de su familia siguen vivos:

- Su cónyuge,
- Todo hijo natural o adoptado suyo que tenga menos de 21 años de edad (*esto no incluye a los hijastros*) o
- Todo hijo natural o adoptado suyo, de cualquier edad, que esté ciego o discapacitado (*según lo definen los criterios del Seguro Social*).

Ni el DHS ni la OHA pueden reclamar este dinero de su patrimonio si cualquiera de los siguientes miembros de la familia de dicha persona siguen vivos:

- El cónyuge,
- Todo hijo natural o adoptado que tenga menos de 21 años de edad (*esto no incluye a los hijastros*) o
- Todo hijo natural o adoptado, de cualquier edad, que esté ciego o discapacitado (*según lo definen los criterios del Seguro Social*).

Si usted o el beneficiario de la asistencia fallecen antes que sus cónyuges respectivos, el DHS y la OHA esperarán hasta que el cónyuge fallezca antes de reclamar cualquier dinero. Para obtener más información, vea el formulario DHS 9093. Por favor tenga presente que las leyes y reglas respecto a los reclamos sobre patrimonios pueden cambiar sin aviso alguno.

Derechos y responsabilidades. He leído mis derechos y responsabilidades según lo explicado y los entiendo, y he recibido una copia de SDS 0539R o de MSC 0415R.

Afirmo que mis respuestas son veraces y correctas y que están completas a mi mejor parecer y entender. Entiendo que si hago declaraciones falsas o si oculto información podría ser objeto de multas según lo provisto por la ley estatal y federal.

Firma legal completa del jefe de familia

Fecha

Firma del cónyuge

Fecha