

Guía de Avisos ONE

Ayudando a los socios comunitarios a navegar los avisos del Sistema ONE.

Aviso de Renovación Médica Activa

Para las personas con discapacidades o las personas que hablan un idioma que no sea el Inglés, OHA puede dar formatos alternativos como traducciones, letra grande o braille. Llame a la línea gratuita al 503-945-5488 (aceptamos llamadas de retransmisión) o envíe un correo electrónico a feedback@odhsoha.oregon.gov.



Tabla de Contenidos

Entendiendo Las Guías de Aviso del Sistema ONE	2
Introducción al Aviso de Renovación Médica Activa	3
Portada: Aviso de Renovación Médica Activa	4
Formas de Renovar	5
Acción Necesaria: Entrevista	6
Acción Necesaria: Revise el Resumen del Caso Sobre los Beneficios Médicos para el Grupo Familiar	7
Acción Necesaria: Confirmar y Completar	8
Acción Necesaria: Firma y Fecha	9
Recursos	10-11
Sus Derechos	12
Resumen del Caso Médico del Hogar	13-15
Ejemplo de Aviso de Renovación Médica Activa Redactado	16-24



Entendiendo Las Guías de Aviso del Sistema ONE

Las guías de avisos del sistema ONE describen de una forma clara y simple los avisos de elegibilidad de ONE. Cada guía describe las secciones generales y el contenido de los diferentes tipos de avisos, incluyendo los elementos que se muestran en la siguiente imagen. Los socios pueden usar estas guías para ayudar a que las personas que reciben beneficios sepan qué esperar y cómo navegar su proceso de renovación.

Página de Ejemplo

La portada resume el estado actual de los beneficios de las personas y describe las acciones que deben tomar.

The screenshot shows a notice from the ONE Customer Service Center. It includes a QR code, recipient address, and case information. The notice is divided into sections: a header with logos, a 'Calls to Action' section with an orange warning icon and a green success icon, a 'Lo que necesita hacer' section with a flowchart, and a main body of text. Annotations with orange dashed lines point to these sections, explaining their purpose and content.

ONE Customer Service Center
PO Box 14015
Salem, OR 97309

Fecha: <<Date of Letter>>
ID de su caso: <<Case #>>

Oregon Department of Human Services
Oregon HEALTH PLAN

<<Recipient Name>>
<<Street Address>>
<<City, State>> <<Zip>>

<<Calls to Action>>

<<Calls to Action>>

<Notice Name>

Lo que necesita hacer:

<<1st Main thing the member should know about>>

Revise su Resumen del caso sobre los beneficios médicos para el grupo familiar e informe los cambios.

Para saber qué debe hacer ahora, vea Sus próximos pasos.

Hola << Case Name>>

<Se renovaron los beneficios médicos en su caso y estos continuarán.

También tiene que verificar el Resumen del caso sobre los beneficios médicos para el grupo familiar que enviamos junto con esta carta. El Resumen del caso muestra la información que tenemos en su caso. Tiene que verificar la información del resumen y decimos si hay algo que haya cambiado. Si la información es correcta, no necesita hacer nada más con el Resumen del caso.>

<Se renovaron algunos de los beneficios médicos en su caso y estos continuarán. Algunos de sus beneficios médicos se terminarán.

También tiene que verificar el Resumen del caso sobre los beneficios médicos para el grupo familiar

Para obtener ayuda llame al 1-800-699-9075 o al 711 (TTY) o visite www.oregon.gov/dhs/es/

<Footer Sep>
<C Code> <Language Code> <Notice Name>

Información específica para las personas

Las áreas marcadas entre corchetes dobles (<< >>) incluyen información única de las personas, como su nombre, dirección, número de identificación de caso y acciones que deben tomar.

Notas detalladas de la página

Los párrafos a la derecha de la imagen del aviso incluyen información específica de cada página.

Título y resumen de la página

Las descripciones a la izquierda de la imagen resumen la información incluida en cada página.

Introducción al Aviso de Renovación Médica Activa

Resumen: Avisos de Elegibilidad ONE

Los Avisos de Elegibilidad del Sistema ONE son cartas que las personas reciben por correo sobre sus beneficios médicos e incluyen información como la cantidad de su beneficio mensual, las fechas de inicio y fin de sus beneficios, y cualquier acción que deban tomar para mantener su elegibilidad. Los avisos variarán según el estado de elegibilidad de las personas y los tipos de beneficios que reciben.

En esta guía: Aviso de Renovación Médica Activa

Las personas pueden recibir un aviso de Renovación Médica Activa para renovar sus beneficios médicos si necesitan confirmar y / o informar cambios en el Resumen de su caso médico del hogar. Las personas también pueden necesitar completar una entrevista si están recibiendo ciertos tipos de beneficios, como servicios de atención a largo plazo (LTC), o si están siendo consideradas para beneficios médicos en base a sus necesidades (65+, discapacitados). Este tipo de aviso incluirá una lista de lo que las personas deben hacer, cuándo y a dónde pueden ir para obtener ayuda.



Portada: Aviso de Renovación Médica Activa

La portada resume el estado actual de los beneficios de las personas y describe las acciones que deben tomar.



ONE Customer Service Center
PO Box 14015
Salem, OR 97309

Fecha: <<Date of Letter>>

ID de su caso: <<Case#>>



Responda para renovar
sus beneficios médicos

<<Recipient Name>>
<<Street Address>>
<<City>>, <<State>> <<Zip>>

<<Notice Name>>

Lo que necesita hacer:



Revise su **Resumen del caso sobre los beneficios médicos para el grupo familiar** y las secciones de **Reportar cambios**.



Confirme su información y reporte cualquier cambio en **Confirmar y completar**.



Firme y responda a más tardar el <<MM/DD/YYYY>> usando una de las **Formas de renovar**. <Es posible que una llamada telefónica sea la opción más rápida.>
<Llamamos para una entrevista puede ser la forma más rápida.

Hola, << Case Name>>:

Es momento de renovar sus beneficios médicos. Para completar la renovación, contáctenos o responda a más tardar el <<MM/DD/YYYY>>. Si no recibimos su respuesta, sus beneficios terminarán. Si se terminan sus beneficios, le enviaremos otra carta.

Debe consultar el Resumen del caso médico del hogar que enviamos con esta carta. En el Resumen de caso, se muestra la información que tenemos sobre su caso. Usted debe revisar la información incluida en el resumen e informarnos si algo ha cambiado. Incluso si es correcto, aún debe responder para completar su renovación.

Estamos aquí si necesita ayuda para entender el proceso de renovación. Llame al Centro de Atención al Cliente de ONE <<ONECUSTSERVICE>> si necesita más información. Su socio comunitario también puede ayudarle a resolver sus dudas. Si no tiene un socio comunitario y le gustaría tener uno, puede encontrar uno aquí <<CPSite>>.

Obtenga esta carta en otros formatos: Llame al Centro de atención al cliente ONE para obtener esta carta en otros idiomas, letra grande, braille o un formato que prefiera. La ayuda es gratis. También aceptamos llamadas de retransmisión.

Para obtener ayuda, llame al 1-800-699-9075 o 711 (TTY)
o visite <https://one.oregon.gov>

<<Footer Seq>>
<<CO Code>> <<Language Code>> <<Notice Name>>

El código QR en la esquina superior izquierda es para que el Estado identifique el correo devuelto.

Las áreas marcadas en corchetes dobles (<< >>) variarán dependiendo de la información del hogar de las personas (por ejemplo, nombre, dirección, número de identificación del caso) y lo que necesitan hacer.

Cada aviso tiene un cuadro de **"llamado a la acción"** que muestra el propósito del aviso. El texto en el cuadro variará según la situación de la persona y lo que el estado necesita de ellos.

La sección **"Lo que necesita hacer"** da una descripción general de lo que las personas deben hacer y para cuándo. También puede dirigir a las personas a otras partes del aviso para encontrar la información que necesitan. Este texto variará según el tipo de beneficio que solite.

La portada repite la información que las personas deben dar o las acciones que deben seguir, cuándo y qué sucederá si no responden. En este caso, la persona debe revisar su Resumen del caso médico del hogar, firmar y responder antes de una fecha determinada. Esta sección también incluye a dónde pueden ir para obtener ayuda para entender el aviso.

Cada aviso incluye **cómo solicitar el aviso en otros formatos, como otros idiomas, letra grande o braille.**

Formas de Renovar

La página "Formas de renovar" muestra las diferentes opciones que las personas pueden usar para renovar sus beneficios.

Formas de renovar

<<Puede renovar sus beneficios en una entrevista o usando uno de los siguientes métodos.>>
<<Puede renovar usando cualquiera de los siguientes métodos.>> Puede ser más rápido hacer la renovación por teléfono. Asegúrese de incluir su número de identificación del caso en la primera página de cada documento cuando haga la renovación.



En línea

Puede subir documentos en línea. Para iniciar sesión o crear una cuenta, visite [<<EligibilityHomepage>>](#)



Por teléfono

Oficina local: <<Local Office #>>
Centro de Atención a Clientes de ONE <<ONECUSTSERVICE>>
Aceptamos todas las llamadas de retransmisión.



Por fax

Use la portada amarilla incluida en este paquete para enviar sus documentos por fax al:
<<IRMS Fax Number>>



Por correo postal

Puede usar el sobre de devolución adjunto para enviar los documentos por correo postal a:
<<Statewide Processing Center>>
<<IRMS PO BOX>>
<<Salem, OR 97309>>



En Persona

<<Branch Office>>
<<Street Address>>
<<City>>, <<State>> <<Zip>>
Si desea buscar una oficina diferente, visite <<ApplicantPortalLink>> y haga clic en "Get Help" (Obtener ayuda).



Escanee este código QR con la cámara de un teléfono inteligente para hacer la renovación por internet y tener acceso al sitio web de los beneficios de ODHS y a su cuenta en línea.



Revise



Escanee



Seleccione



Descargue la aplicación móvil Oregon ONE

Escanee el código QR con la cámara de un teléfono inteligente para descargar nuestra aplicación desde Apple App Store o Google Play Store



Revise



Escanee



Seleccione

Las personas pueden ver todas las formas en que pueden renovar sus beneficios, incluso en línea a través de su cuenta del portal del solicitante ONE, por teléfono, fax o correo, o en persona en su oficina local. También se recuerda a las personas que incluyan su número de identificación de caso en los documentos que envíen.

Los avisos incluyen un código QR que las personas pueden usar para administrar sus beneficios en línea a través de su Portal del solicitante.

Los avisos enviados por correo después de junio de 2023 incluirán un código QR que las personas pueden usar para descargar y administrar sus beneficios a través de la aplicación Oregon ONE Mobile.

Acción Necesaria: Entrevista

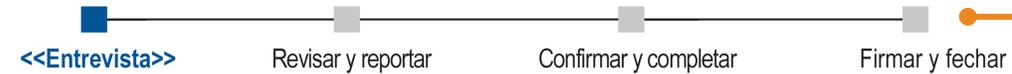
La pagina "Acción Necesaria: Entrevista" enumera qué acciones deben tomar las personas para obtener beneficios específicos y para cuándo.

La pagina "Acción Necesaria: Realice una Entrevista" enumera información relacionada con completar una entrevista, ya sea por teléfono o en persona.

Fecha: <<Date of Letter>>

ID de su caso: <<Case#>>

→ Es hora de actuar



Acción necesaria

<Realice una entrevista

<<Individual Name1 (Age)>>, <<Individual Name2 (Age)>> pueden necesitar una entrevista por teléfono o en persona para hacer la renovación. Completar una entrevista podría acelerar el proceso de renovación. También puede actualizar su Resumen del caso sobre los beneficios médicos para el grupo familiar durante la entrevista.

Si envía sus materiales de renovación por correo postal, en línea o por fax y se necesita una entrevista, nos comunicaremos con <<Individual Name1>>, <<Individual Name2>> después de recibir su información.>



Llamada telefónica

La Oficina Local: <<Local Office #>>
Centro de Atención a Clientes de ONE
<<ONE CUSTSERVICE>>



En Persona

<<Branchofcname>>
<<Street Address>>
<<City>>, <<State>> <<Zip>>

La **sección "Es hora de actuar"** incluye una barra de herramientas para que las personas puedan ver todas las acciones que necesitan completar y dónde se encuentran en el proceso. En este ejemplo, la persona necesita completar una entrevista, revisar y reportar cualquier cambio en su Resumen de caso médico del hogar, y confirmar su información para asegurarse de que califica para los beneficios.

Es posible que las personas necesiten completar una entrevista. La **pagina "Acción Necesaria: Realice una Entrevista"** explica qué personas necesitan completar una entrevista y cómo, e incluye información para el Centro de Servicio al Cliente ONE, así como para la oficina local de la persona.

Acción Necesaria: Revise el Resumen del Caso Sobre los Beneficios Médicos para el Grupo Familiar

La página "Acción Necesaria" cubre información relacionada con la revisión de los cambios en la información del hogar.

Fecha: <<Date of Letter>>

ID de su caso: <<Case#>>



Acción necesaria

Revise su Resumen del caso sobre los beneficios médicos para el grupo familiar

Revise su Resumen del caso sobre los beneficios médicos para el grupo familiar incluido en este sobre. Este muestra la información que tenemos sobre su caso. Avísenos si hay algún cambio o información incorrecta. En la sección **Confirm & Complete** (Confirmar y completar), debe marcar "Yes" (Sí) si la información es diferente. Marque "No" si toda la información es correcta.

Reportar cambios (Parte 1)

Como parte de la renovación de beneficios, es importante que nos informe cuando haya un cambio en su grupo familiar dentro de los 10 días siguientes al cambio. La siguiente lista muestra qué debe reportar.

Marque todas las casillas que sean verdaderas para usted o para alguien en su grupo familiar:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Alguien tiene una nueva dirección para su casa o para recibir correspondencia | <input type="checkbox"/> Alguien ha cambiado su estatus para declarar los impuestos, por ejemplo, de "soltero" a "casados que declaran conjuntamente" |
| <input type="checkbox"/> Alguien se ha mudado a la casa o fuera de la casa | <input type="checkbox"/> Alguien fue a la cárcel o a prisión o fue liberado de la cárcel o prisión |
| <input type="checkbox"/> Alguien se casó o se divorció | <input type="checkbox"/> Alguien falleció en la grupo familiar |
| <input type="checkbox"/> Alguien cambió su nombre legal o su identificación de género | <input type="checkbox"/> Alguien entre las edades de 18 o 22 años cambió su asistencia a la escuela |
| <input type="checkbox"/> Alguien está embarazada, dio a luz o terminó el embarazo | <input type="checkbox"/> Alguien cambió su estatus de inmigración o ciudadanía |
| <input type="checkbox"/> Alguien sufrió una lesión o estuvo involucrado en un accidente o reclamo por una lesión personal | <input type="checkbox"/> Alguien obtuvo nuevos beneficios médicos o perdió beneficios (como beneficios médicos de un empleador) |
| <input type="checkbox"/> Alguien obtuvo un nuevo empleo o perdió un empleo o está recibiendo ingresos de otra fuente nueva | <input type="checkbox"/> El ingreso mensual de alguien:
<input type="checkbox"/> <Aumentó o disminuyó por más de \$100> |
| <input type="checkbox"/> <Alguien cambió la cantidad de dinero que tiene en efectivo o cosas con valor monetario, vendió propiedad o compró, vendió o permutó vehículos> | <input type="checkbox"/> <Aumentó \$50 o más debido a ingresos adicionales, como beneficios por desempleo o regalos>
<input type="checkbox"/> <Aumentó o disminuyó por cualquier cantidad> |

Avísenos cuando alguien que está renovando beneficios:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Tiene una nueva discapacidad que durará más de 12 meses | <input type="checkbox"/> Necesita ayuda con las actividades de la vida diaria (como bañarse, vestirse, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Desea cambiar su Organización de Atención Coordinada (CCO, por sus siglas en inglés) | <input type="checkbox"/> Vive en un centro médico u hogar para ancianos y convalecientes |

La barra de herramientas está disponible en toda la **sección "Es hora de actuar"** para que las personas puedan ver fácilmente dónde se encuentran en el proceso.

Un **resumen del caso médico del hogar** indica los cambios importantes en la situación actual del beneficiario que pueden afectar los beneficios y deben ser reportados.

Las personas pueden escanear rápidamente la lista de verificación **"Reportar cambios" (Parte 1)** y marcar las casillas que representan escenarios que son verdaderos para ellos y otras personas en su hogar, como si se mudaron recientemente, se casaron o cambiaron de trabajo. Las personas pueden guardar esta lista para dar seguimiento y reportar cambios en el hogar y mantener sus beneficios.

Esta sección incluye otras circunstancias o preferencias que las personas pueden reportar, incluyendo una discapacidad que dura más de 12 meses o cambiar su Organización de Atención Coordinada (CCO).

Acción Necesaria: Confirmar y Completar

La página "Acción necesaria: Confirmar y completar" cubre información sobre confirmar o reportar cambios en la situación actual del hogar.

Fecha: <<Date of Letter>>

ID de su caso: <<Case#>>



Acción necesaria

Después de revisar su información hasta el momento, confirme lo siguiente:

¿Hay algún cambio en su Resumen del caso sobre los beneficios médicos para el grupo familiar?

- No. Todo es correcto en mi Resumen del caso sobre los beneficios médicos para el grupo familiar.
- Sí. Alguna de la información sobre mi grupo familiar no está actualizada o es incorrecta. Tengo cambios que reportar o comprobantes que enviar.

¿Marcó alguna de las casillas en la sección "Reportar cambios (Parte 1)"?

- No, no marqué ninguna de las casillas.
- Sí. Marqué algunas o todas las casillas.

Si contestó "Sí" a cualquiera de las preguntas anteriores, continúe al siguiente paso.

Si contestó "No" a ambas preguntas, vaya directamente a la sección [Firmar y fechar](#).

Acción necesaria

Complete la "Renovación de beneficios del Plan de Salud de Oregon - Parte 2"

Esta parte se incluye dentro de este sobre. **Solo llene las secciones del formulario de la Parte 2 en las que necesite reportar cambios.** Estos números de página pueden ayudarle a encontrar las secciones relacionadas en el formulario de la Parte 2:

Si necesita reportar cambios en:	Visite la página:	Si necesita reportar cambios en:	Visite la página:
Grupo familiar	3	Ingresos anuales	14
Estado en su declaración de impuestos	10	Otra cobertura de seguro de salud	15
Ingresos de empleos	11	Recursos (Anexo A)	24
Ingresos procedentes de otras fuentes	12	Gastos médicos (Anexo B)	27
Deducciones	13		

Si tiene alguna pregunta, puede comunicarse con nosotros o con su socio comunitario. Puede ver otras opciones de renovación en la sección [Formas de renovar](#). También puede acceder a esta parte en línea <<RenewalPart2Form>>.

La barra de herramientas está disponible en toda la **sección "Es hora de actuar"** para que las personas puedan ver fácilmente dónde se encuentran en el proceso.

Las personas pueden revisar rápidamente su información y seleccionar si tienen cambios que reportar.

- Si todo está correcto en su "Resumen de caso médico del hogar" y no tienen cambios que reportar, pasen a la sección "Firma y fecha".
- Si necesitan reportar cambios en su información, pasen a la parte "Renovación completa de beneficios del plan de salud de Oregon".

Las personas que necesiten reportar cambios encontrarán el área que necesitan actualizar, como cambios en el número de personas en su hogar o ingresos y pueden ir a las secciones relacionadas en [Parte 2 de la forma](#) para completar los pasos siguientes.

El formulario de renovación de la **Parte 2 del OHP** está disponible en varios idiomas en línea en:

<https://www.oregon.gov/oha/HSD/OHP/Pages/Reapply.aspx>.

Acción Necesaria: Firma y Fecha

La página "Acción necesaria: Firma y Fecha" cubre información para confirmar que la información del hogar es correcta y completar el proceso de renovación.

Fecha: <<Date of Letter>>

ID de su caso: <<Case#>>



Acción necesaria

Firmar y fechar

Llene esta página solo si planea renovar sus beneficios al enviar este formulario por correo postal, por fax o al entregárselo a un trabajador en una oficina del ODHS.

Debe firmarlo y fecharlo a más tardar el <<MM/DD/YYYY>> usando una de las [Formas de renovar](#).

Si tiene un representante autorizado (alguien a quien usted eligió para actuar en su nombre), dicha persona puede firmarlo por usted. Si usted es un representante autorizado, puede firmar aquí únicamente si usted y la persona por la cual está firmando han llenado y firmado el formulario de Representante Autorizado.

Estoy firmando este formulario de renovación bajo pena de perjurio. Lo anterior significa que, a mi leal saber y entender, he dado respuestas veraces a todas las preguntas de este formulario. Sé que si doy información falsa podría estar sujeto(a) a las sanciones que dispongan las leyes federales.

Nombre	Firma	Fecha
<< Case Name >>		

La sección "Firmar y fecha" le pide a la persona o al representante autorizado de la persona que firme para confirmar que la información es verdadera. Llenar esta página aplica a las personas que eligen renovar sus beneficios enviando el formulario por correo, por fax o en persona con un trabajador en una oficina de Departamento de Servicios Humanos de Oregon (ODHS).

Recursos (1 de 2)

Todos los avisos incluyen una sección de recursos para ayudar a las personas con sus beneficios médicos y no médicos y otras necesidades.

Fecha: <<Date of Letter>>

ID de su caso: <<Case#>>

Si necesita ayuda, comuníquese con nosotros

Centro de Atención al Cliente de ONE en <<ONECUSTSERVICE>> para:

- Renovar beneficios médicos
- Enviarnos documentos
- Reportar cambios
- Reportar o eliminar otra cobertura de salud
- Preguntas sobre su elegibilidad o cobertura
- Solicitar una nueva tarjeta de identificación del OHP o el Manual del OHP

Unidad de Servicios al Cliente en <<CSU>> para:

- Cambios en su inscripción en la CCO
- Si recibe una factura (y usted no es parte de una CCO)
- Quejas sobre el OHP
- Cómo entender sus beneficios

Otras personas que pueden ayudar

Llame a su Socio Comunitario si:

- Necesita ayuda para presentar su solicitud o renovar su cobertura
- Necesita ayuda para reportar cambios
- Necesita ayuda para hacer uso de su cobertura
- Necesita asistencia con el idioma u otra ayuda



Su socio comunitario

<<CP Org Name>>

<<CP Org Phone Number>>

<<No vimos un Socio Comunitario en su perfil. Si quiere tener uno, puede encontrar uno aquí <CPSite>>

Llame a su CCO si usted:

- Necesita ayuda para encontrar o cambiar de médico
- Recibe una factura de su médico
- Tiene preguntas sobre la cobertura o la denegación de los servicios
- Tiene una queja sobre algún servicio o el trato que recibió durante una cita
- Necesita una nueva tarjeta de identificación de su CCO



<CCO cerca de su casa

<<CCO Name>>

<<CCO Phone Number>>

<<CCO website>>



<CCO cerca de su casa

<<CCO Name>>

<<CCO Phone Number>>

<<CCO website>>

Si no está en una organización de atención coordinada (Coordinated Care Organizations, CCO), llame al:

- <<NURSEADVICE>> (General)
- <<NURSEADVICE2>> (Miembros tribales)
- Encuentre un médico o asesor de salud (de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.)
- Línea de consulta de enfermería las 24 horas



<CCO cerca de su casa

<<CCO Name>>

<<CCO Phone Number>>

<<CCO website>>

Esta sección recuerda a las personas que se comuniquen con el Centro de Servicio al Cliente de ONE si necesitan ayuda relacionada con sus beneficios médicos y no médicos.

Muchas personas en Oregon pueden trabajar con Socios Comunitarios (CP) para administrar sus beneficios y para obtener ayuda. Esta sección da la información de contacto del socio comunitario de la persona (si se conoce).

Si la persona tiene una Organización de Atención Coordinada (CCO), esta sección incluirá la información de contacto del CCO o le mostrará a la persona dónde puede ir para obtener más información y elegir una.

Las personas que no tienen un CCO pueden ver una lista de recursos adicionales. Para algunos avisos, esta sección también puede incluir una línea de asistencia de enfermería las 24 horas.

Recursos (2 de 2)

Todos los avisos incluyen una sección de recursos para ayudar a las personas con sus beneficios médicos y no médicos y otras necesidades.

Fecha: <<Date of Letter>>

ID de su caso: <<Case#>>

Si necesita otro tipo de ayuda, comuníquese con:

- **211 Info** para recibir ayuda de emergencia con alimentos, asistencia para el cuidado infantil y otras necesidades
- Conexión de Recursos de Envejecimiento y Discapacidad <<ADRS>>
- Línea de ayuda para reportar casos de abuso en Oregon <<OARH>>
- Línea nacional para la prevención de suicidios <<NSP>>

Algunos avisos enumeran recursos que pueden ayudar a las personas con necesidades urgentes no relacionadas con sus beneficios.

Sus Derechos

Esta página informa a las personas sobre sus derechos en el proceso de beneficios e incluye cómo pueden obtener ayuda legal, así como obtener más información sobre la inscripción en Organizaciones de Atención Coordinada (CCO).

Sus derechos

Política de no discriminación

El ODHS y la OHA cumplen con las leyes de derechos civiles estatales y federales. No discriminamos con base en la raza, el color, la discapacidad, la nacionalidad, la religión, el sexo, la orientación sexual, la identidad de género, el estado civil o la edad de una persona.

Para denunciar o para obtener más información, contacte al administrador ejecutivo de diversidad, inclusión y derechos civiles:

Visite <<OEISite>>

Envíe un correo electrónico a OHA.PublicCivilRights@state.or.us

Llame al <<OHA>>

También tiene derecho a presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos.

Visite <<HHSSite>>

Envíe un correo electrónico a

OCRComplaint@hhs.gov

Llame al <<OCR>>

¿Necesita ayuda legal?

Si necesita ayuda legal para entender sus derechos, requisitos inmigratorios, documentos de identificación, en caso de agresión sexual y para informarse, visite <<LegalHelp>> o llame a la línea gratuita en Oregon al **1-800-452-7636**. También puede llamar a la línea directa sobre beneficios públicos del Centro Legal de Oregon (Oregon Law Center) al <<OPBH>>.

Información sobre la inscripción en la CCO

El OHP tiene planes de salud locales para ayudarle a usar sus beneficios. Estos planes se llaman organizaciones de atención coordinada (CCO, por sus siglas en inglés). La mayoría de los miembros del OHP están inscritos en una CCO.

La CCO que usted tiene depende del lugar donde vive. Algunas zonas tienen más de una CCO. En dichas zonas, puede cambiar su plan de CCO:

- dentro de los 3 primeros meses que está inscrito en el plan;
- después de haber estado en el mismo plan de CCO durante 6 meses;
- una vez al año o cuando renueva su OHP;
- en un plazo de 30 días si usted pidió una CCO diferente y cometimos un error;
- cuando se suspende la incorporación de nuevos miembros a un CCO.

Puede llamar al Centro de Atención al Cliente de ONE <<ONECUSTSERVICE>> o usar su cuenta en línea en <<EligibilityHomepage>> para cambiar de CCO.

Algunos miembros del OHP no tienen que utilizar las CCO para la atención de la salud física. Es posible que no utilice una CCO porque:

- tiene otro seguro médico, a través de su trabajo o de Medicare; o bien,
- tiene una razón médica o la CCO no ofrece el servicio que necesita.

Si no quiere utilizar una CCO por alguna de estas razones, llame al Centro de Atención al Cliente de ONE.

Si usted es indígena estadounidense o nativo de Alaska, no tiene que ser parte de un plan de CCO. Puede recibir la atención con un proveedor de atención médica indígena, como en una clínica tribal o un centro del Servicio de Salud Indígena (IHS). Llame al Centro de Atención al Cliente de ONE para inscribirse, cambiar o dejar una CCO.

Parte de la página cubre la **política de no discriminación de ODHS y OHA** y cómo obtener más información. Las personas tienen el derecho a presentar una queja de derechos civiles por correo electrónico o por teléfono.

Parte de la página incluye **información sobre las Organizaciones de Atención Coordinada (CCO)**, como la forma en que las personas pueden inscribirse, cambiar los planes de CCO o no usar uno por varias razones. Por ejemplo, los Nativos Americanos y los Nativos de Alaska no tienen que ser parte de un plan CCO porque pueden obtener atención a través de su clínica tribal o un Servicio de Salud Indígena (IHS).

Resumen del Caso Sobre los Beneficios Médicos para el Grupo Familiar (1 de 3)

El Resumen del Caso Sobre los Beneficios Médicos para el Grupo Familiar es una sección separada que se incluye en el aviso. Esta sección muestra sobre la elegibilidad de cada hogar, que el Estado mantiene bajo registro.

Resumen del caso sobre los beneficios médicos para el grupo familiar

Esta es la información de elegibilidad que tenemos para su caso de beneficios médicos a la fecha 01/15/2023. Utilizamos esta información para tomar decisiones sobre sus beneficios médicos. Revise la información y díganos si hay algo que haya cambiado.

<<Individual(s)>>

Información básica		Información de beneficios	
Ciudadano/a estadounidense	✓ Sí	Solicita beneficios médicos	✓ Sí
En crianza temporal	× No	Recibe Medicare	× No
Con discapacidad o ceguera	× No	Recibe otra cobertura de salud	× No
Estado en su declaración de impuestos	No presenta declaración	Recibe beneficios de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)	× No
Ingresos			
Mensualmente Beneficios del seguro social (sobreviviente y jubilación)	\$1,462.00		
Ingresos anuales esperados del trabajo para 2022	\$0.00	Ingresos anuales esperados del trabajo para 2023	\$0.00
Ingresos esperados del Beneficio del Seguro Social/SSDI para 2022	\$8,070.00	Ingresos esperados del Beneficio del Seguro Social/SSDI para 2023	\$8,070.00
Ingresos anuales esperados no derivados del trabajo para 2022	\$0.00	Ingresos anuales esperados no derivados del trabajo para 2023	\$0.00

Para obtener ayuda llame al 1-800-699-9075 o al 711 (TTY) o visite <https://one.oregon.gov>

MED-031A Resumen del caso sobre los beneficios médicos para el grupo familiar **PÁGINA 13**

Resumen del Caso Sobre los Beneficios Médicos para el Grupo Familiar, muestra información sobre la elegibilidad de cada persona en el hogar, y es utilizado por el estado para tomar decisiones sobre la elegibilidad de beneficios médicos.

Las personas pueden escanear rápidamente las tablas, para confirmar la información de su hogar y reportar cualquier cambio.

Resumen del Caso Sobre los Beneficios Médicos para el Grupo Familiar (2 de 3)

El Resumen del Caso Sobre los Beneficios Médicos para el Grupo Familiar es una sección separada que se incluye en el aviso. Esta sección muestra sobre la elegibilidad de cada hogar, que el Estado mantiene bajo registro.

Gastos y deducciones

Gastos/deducciones actuales	\$0.00		
Gastos anuales esperados deducibles de impuestos para 2022	\$0.00	Gastos anuales esperados deducibles de impuestos para 2023	\$0.00

Recursos (cosas de valor que posee)

Recursos actuales	\$0.00
-------------------	--------

<Individual 2 Name>, age <Age>

Información básica

Ciudadano/a estadounidense	✓	Sí
En crianza temporal	×	No
Con discapacidad o ceguera	✓	Sí
Estado en su declaración de impuestos	No presenta declaración	

Información de beneficios

Solicita beneficios médicos	✓	Sí
Recibe Medicare	✓	Sí
Recibe otra cobertura de salud	×	No
Recibe beneficios de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)	×	No

Ingresos

Mensualmente Social Security Disability Insurance (Seguro por discapacidad del Seguro Social)	\$2,924.00		
Ingresos anuales esperados del trabajo para 2022	\$0.00	Ingresos anuales esperados del trabajo para 2023	\$0.00

Para obtener ayuda llame al 1-800-699-9075 o al 711 (TTY) o visite <https://one.oregon.gov>

MED-031A Resumen del caso sobre los beneficios médicos para el grupo familiar **PÁGINA 14**

Las personas pueden escanear rápidamente las tablas, para confirmar la información de su hogar y reportar cualquier cambio.

Resumen del Caso Sobre los Beneficios Médicos para el Grupo Familiar (3 de 3)

El Resumen del Caso Sobre los Beneficios Médicos para el Grupo Familiar es una sección separada que se incluye en el aviso. Esta sección muestra sobre la elegibilidad de cada hogar, que el Estado mantiene bajo registro.

<Individual 2 Name>, age <Age>

Ingresos esperados del Beneficio del Seguro Social/SSDI para 2022	\$16,140.00	Ingresos esperados del Beneficio del Seguro Social/SSDI para 2023	\$16,140.00
Ingresos anuales esperados no derivados del trabajo para 2022	\$0.00	Ingresos anuales esperados no derivados del trabajo para 2023	\$0.00
Gastos y deducciones			
Promedio total de los gastos mensuales deducibles de impuestos	\$1,140.00	Mensualmente Facturas médicas/dental	\$350.00
Mensualmente Recetas	\$90.00	Mensualmente Alquiler	\$700.00
Gastos anuales esperados deducibles de impuestos para 2022	\$0.00	Gastos anuales esperados deducibles de impuestos para 2023	\$0.00
Recursos (cosas de valor que posee)			
Cuentas de cheques	\$1,126.45	Otro/a	\$4,000.00
automóvil	\$6,663.00		

Las personas pueden escanear rápidamente las tablas, para confirmar la información de su hogar y reportar cualquier cambio.

Ejemplo de Aviso Redactado: Renovación Médica Activa

Las siguientes páginas muestran un ejemplo de aviso redactado de un Aviso de Renovación Médica Activa. Este ejemplo específico de Renovación activa cubre un escenario en el que una persona necesita revisar y confirmar o informar cambios en el resumen del Caso Sobre los Beneficios Médicos para el Grupo Familiar .

ONE Customer Service Center
PO Box 14015
Salem, OR 97309

Fecha: 01/15/2023
ID de su caso: [REDACTED]

Responda para renovar sus beneficios médicos

Aviso de renovación activa
Lo que necesita hacer:

Revise su Resumen del caso sobre los beneficios médicos para el grupo familiar y las secciones de Reportar cambios.

→

Confirme su información y reporte cualquier cambio en Confirmar y completar.

!

Firme y responda a más tardar el 03/01/2023 usando una de las Formas de renovar. Es posible que una llamada telefónica sea la opción más rápida.

Hola, [REDACTED]

Es momento de renovar sus beneficios médicos. Para completar la renovación, contáctenos o responda a más tardar el 03/01/2023. Si no recibimos su respuesta, sus beneficios terminarán. Si se terminan sus beneficios, le enviaremos otra carta.

Este sobre incluye su Resumen del caso sobre los beneficios médicos para el grupo familiar. Este muestra la información que tenemos sobre su caso. Necesita revisar la información incluida y decirnos si su información es incorrecta. Si todo es correcto, de todos modos necesita responder para completar su renovación.

Estamos aquí si necesita ayuda para entender el proceso de renovación. Llame al Centro de Atención al Cliente de ONE 1-800-699-9075 o al 711 (TTY) si necesita más información. Su socio comunitario también puede ayudarle a resolver sus dudas. Si no tiene un socio comunitario y le gustaría tener uno, puede encontrar uno aquí <https://go.usa.gov/xz2EC>.

Para obtener ayuda llame al 1-800-699-9075 o al 711 (TTY) o visite <https://one.oregon.gov>

PÁGINA 1
MED-044A SP Aviso de renovación activa

[REDACTED] **PÁGINA 2**

[REDACTED] **PÁGINA 3**

[REDACTED] **PÁGINA 4**



Responda para renovar sus beneficios médicos

Aviso de renovación activa

Lo que necesita hacer:



Hola, [REDACTED]

Es momento de renovar sus beneficios médicos. Para completar la renovación, contáctenos o responda a más tardar el 03/01/2023. Si no recibimos su respuesta, sus beneficios terminarán. Si se terminan sus beneficios, le enviaremos otra carta.

Este sobre incluye su Resumen del caso sobre los beneficios médicos para el grupo familiar. Este muestra la información que tenemos sobre su caso. Necesita revisar la información incluida y decirnos si su información es incorrecta. Si todo es correcto, de todos modos necesita responder para completar su renovación.

Estamos aquí si necesita ayuda para entender el proceso de renovación. Llame al Centro de Atención al Cliente de ONE **1-800-699-9075** o al **711 (TTY)** si necesita más información. Su socio comunitario también puede ayudarle a resolver sus dudas. Si no tiene un socio comunitario y le gustaría tener uno, puede encontrar uno aquí <https://go.usa.gov/xz2EC>.

Obtenga esta carta en otros formatos: Llame al Centro de Atención al Cliente de ONE para obtener esta carta en otros idiomas, en letra grande, en braille o en un formato que usted prefiera. También puede solicitar un intérprete. La ayuda es gratis. También aceptamos llamadas de retransmisión.

Formar de renovar

Puede renovar usando cualquiera de los siguientes métodos. Puede ser más rápido hacer la renovación por teléfono. Asegúrese de incluir su número de identificación del caso en la primera página de cada documento cuando haga la renovación.



En línea

Puede subir documentos en línea. Para iniciar sesión o crear una cuenta, visite <https://one.oregon.gov>



Por teléfono

Oficina local: 1-503-980-6677
Centro de Atención a Clientes de ONE
1-800-699-9075 o al 711 (TTY)
Aceptamos todas las llamadas de retransmisión.



Por fax

Use la portada amarilla incluida en este paquete para enviar sus documentos por fax al:
1-503-378-5628



Por correo postal

Puede usar el sobre de devolución adjunto para enviar los documentos por correo postal a:
ONE Customer Service Center
PO Box 14015
Salem, OR 97309



Presencial

1901 - Woodburn DHS Office
120 E. Lincoln, Ste 120
Salem, OR 97309
Si desea buscar una oficina diferente, visite <https://one.oregon.gov> y haga clic en "Get Help" (Obtener ayuda).



Escanee este código QR con la cámara de un teléfono inteligente para hacer la renovación por internet y tener acceso al sitio web de los beneficios de ODHS y a su cuenta en línea.



Revise



Escanee



Seleccione

→ Es hora de actuar

Revisar y reportar

Confirmar y completar

Firmar y fechar

Acción necesaria

Revise su Resumen del caso sobre los beneficios médicos para el grupo familiar

Revise su Resumen del caso sobre los beneficios médicos para el grupo familiar incluido en este sobre. Este muestra la información que tenemos sobre su caso. Avisenos si hay algún cambio o información incorrecta. En la sección **Confirmar y completar**, usted marcará "Sí" si la información es diferente. Marque "No" si toda la información es correcta.

Reportar cambios (Parte 1)

Como parte de la renovación de beneficios, es importante que nos informe cuando haya un cambio en su grupo familiar dentro de los 10 días siguientes al cambio. La siguiente lista muestra qué debe reportar.

Marque todas las casillas que sean verdaderas para usted o para alguien en su grupo familiar:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Alguien tiene una nueva dirección para su casa o para recibir correspondencia | <input type="checkbox"/> Alguien ha cambiado su estatus para declarar los impuestos, por ejemplo, de "soltero" a "casados que declaran conjuntamente" |
| <input type="checkbox"/> Alguien se ha mudado a la casa o fuera de la casa | <input type="checkbox"/> Alguien fue a la cárcel o a prisión o fue liberado de la cárcel o prisión |
| <input type="checkbox"/> Alguien se casó o se divorció | <input type="checkbox"/> Alguien falleció en la grupo familiar |
| <input type="checkbox"/> Alguien cambió su nombre legal o su identificación de género | <input type="checkbox"/> Alguien entre las edades de 18 o 22 años cambió su asistencia a la escuela |
| <input type="checkbox"/> Alguien está embarazada, dio a luz o terminó el embarazo | <input type="checkbox"/> Alguien cambió su estatus de inmigración o ciudadanía |
| <input type="checkbox"/> Alguien sufrió una lesión o estuvo involucrado en un accidente o reclamo por una lesión personal | <input type="checkbox"/> Alguien obtuvo nuevos beneficios médicos o perdió beneficios (como beneficios médicos de un empleador) |

- Alguien obtuvo un nuevo empleo o perdió un empleo o está recibiendo ingresos de otra fuente nueva
- El ingreso mensual de alguien:
 - Aumentó o disminuyó por más de \$100
 - Aumentó \$50 o más debido a ingresos adicionales, como beneficios por desempleo o regalos

Avísenos cuando alguien que está renovando beneficios:

- Tiene una nueva discapacidad que durará más de 12 meses
- Necesita ayuda con actividades de la vida cotidiana (como bañarse, vestirse, etc.)
- Desea cambiar su Organización de Atención Coordinada (CCO, por sus siglas en inglés)
- Vive en un centro médico u hogar para ancianos y convalecientes



Acción necesaria

Después de revisar su información hasta el momento, confirme lo siguiente:
¿Hay algún cambio en su Resumen del caso sobre los beneficios médicos para el grupo familiar?

- No. Todo es correcto en mi Resumen del caso sobre los beneficios médicos para el grupo familiar.
- Sí. Alguna de la información sobre mi grupo familiar no está actualizada o es incorrecta. Tengo cambios que reportar o comprobantes que enviar.

¿Marcó alguna de las casillas en la sección "Reportar cambios (Parte 1)"?

- No, no marqué ninguna de las casillas.
- Sí. Marqué algunas o todas las casillas.

Si contestó "Sí" a cualquiera de las preguntas anteriores, continúe al siguiente paso.
Si contestó "No" a ambas preguntas, vaya directamente a la sección [Firmar y fechar](#).

Acción necesaria

Complete la "Renovación de beneficios del Plan de Salud de Oregon - Parte 2"

Esta parte se incluye dentro de este sobre. **Solo llene las secciones del formulario de la Parte 2 en las que necesite reportar cambios.** Estos números de página pueden ayudarle a encontrar las secciones relacionadas en el formulario de la Parte 2:

Si necesita reportar cambios en:	Visite la página:	Si necesita reportar cambios en:	Visite la página:
Grupo familiar	3	Ingresos anuales	14
Estado en su declaración de impuestos	10	Otra cobertura de seguro de salud	15
Ingresos de empleos	11	Recursos (Anexo A)	24
Ingresos procedentes de otras fuentes	12	Gastos médicos (Anexo A)	27
Deducciones	13		

Si tiene alguna pregunta, puede comunicarse con nosotros o con su socio comunitario. Puede ver otras opciones de renovación en la sección [Formas de renovar](#). También puede acceder a esta parte en línea <https://sharedsystems.dhsoha.state.or.us/DHSForms/Served/hs7310.pdf>.

Acción necesaria

Firmar y fechar

Llene esta página solo si planea renovar sus beneficios al enviar este formulario por correo postal, por fax o al entregárselo a un trabajador en una oficina del ODHS.

Debe firmarlo y fecharlo a más tardar el 03/01/2023 usando una de las [Formas de renovar](#).

Si tiene un representante autorizado (alguien a quien usted eligió para actuar en su nombre), dicha persona puede firmarlo por usted. Si usted es un representante autorizado, puede firmar aquí únicamente si usted y la persona por la cual está firmando han llenado y firmado el formulario de Representante Autorizado.

Estoy firmando este formulario de renovación bajo pena de perjurio. Lo anterior significa que, a mi leal saber y entender, he dado respuestas veraces a todas las preguntas de este formulario. Sé que si doy información falsa podría estar sujeto(a) a las sanciones que dispongan las leyes federales.

Nombre	Firma	Fecha
[REDACTED]		

Si necesita ayuda, comuníquese con nosotros

Centro de Atención al Cliente de ONE en 1-800-699-9075 o al 711 (TTY) para:

- Renovar beneficios médicos
- Enviarnos documentos
- Reportar cambios
- Reportar o eliminar otra cobertura de salud
- Preguntas sobre su elegibilidad o cobertura
- Solicitar una nueva tarjeta de identificación del OHP o el Manual del OHP

Unidad de Servicios al Cliente en 1-800-273-0557 para:

- Cambios en su inscripción en la CCO
- Si recibe una factura (y usted no es parte de una CCO)
- Quejas sobre el OHP
- Cómo entender sus beneficios

Otras personas que pueden ayudar

Llame a su Socio Comunitario si:

- Necesita ayuda para presentar su solicitud o renovar su cobertura
- Necesita ayuda para reportar cambios
- Necesita ayuda para hacer uso de su cobertura
- Necesita ayuda con el idioma o ayuda de otro tipo



Su socio comunitario

[REDACTED]
[REDACTED]



CCO cerca de su casa

Health Share of Oregon
www.healthshareoregon.org



CCO cerca de su casa

PacificSource Community Solutions
communitysolutions.pacificsource.com



CCO cerca de su casa

Trillium Community Health Plan
www.trilliumchp.com

Llame a su CCO si usted:

- Necesita ayuda para encontrar o cambiar de médico
- Recibe una factura de su médico
- Tiene preguntas sobre la cobertura o la denegación de los servicios
- Tiene una queja sobre algún servicio o el trato que recibió durante una cita
- Necesita una nueva tarjeta de identificación de su CCO

Si no cuenta con una CCO, llame a la línea de ayuda de Fee-For-Service:

- 1-800-562-4620, 1-844-847-9320

- Encuentre un médico o asesor de salud (de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.)
- Línea de consulta de enfermería las 24 horas

Si necesita otro tipo de ayuda

Comuníquese con las siguientes personas para obtener ayuda urgente en relación con algo distinto de sus beneficios médicos:

- 211 Info para recibir ayuda de emergencia con alimentos, asistencia para el cuidado infantil y otras necesidades
- Conexión de Recursos de Envejecimiento y Discapacidad 1-855-ORE-ADRC (673-2372)
- Línea de ayuda para reportar casos de abuso en Oregon 1-855-503-SAFE (7233)
- Línea nacional para la prevención de suicidios 1-800-273-8255

Sus derechos

Política de no discriminación

El ODHS y la OHA cumplen con las leyes de derechos civiles estatales y federales. No discriminamos con base en la raza, el color, la discapacidad, la nacionalidad, la religión, el sexo, la orientación sexual, la identidad de género, el estado civil o la edad de una persona. Para denunciar o para obtener más información, contacte al administrador ejecutivo de diversidad, inclusión y derechos civiles:

Visite <https://go.usa.gov/xz2Ej>

Envíe un correo electrónico a

OHA.PublicCivilRights@state.or.us

Llame al **1-844-882-7889** o al **711 (TTY)**

También tiene derecho a presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos.

Visite <https://hhs.gov>

Envíe un correo electrónico a

OCRComplaint@hhs.gov

Llame al **1-800-368-1019** o al

1-800-537-7697(TDD)

¿Necesita ayuda legal?

Si necesita ayuda legal para entender sus derechos, requisitos inmigratorios, documentos de identificación, en caso de agresión sexual y para informarse, visite <https://go.usa.gov/xz2EP> o llame a la línea gratuita en Oregon al **1-800-452-7636**. También puede llamar a la línea directa sobre beneficios públicos del Centro Legal de Oregon (Oregon Law Center) al **1-800-520-5292**.

Información sobre la inscripción en la CCO

El OHP tiene planes de salud locales para ayudarle

a usar sus beneficios. Estos planes se llaman organizaciones de atención coordinada (CCO, por sus siglas en inglés). La mayoría de los miembros del OHP están inscritos en una CCO.

La CCO que usted tiene depende del lugar donde vive. Algunas zonas tienen más de una CCO. En dichas zonas, puede cambiar su plan de CCO:

- dentro de los 3 primeros meses que está inscrito en el plan;
- después de haber estado en el mismo plan de CCO durante 6 meses;
- una vez al año o cuando renueva su OHP;
- en un plazo de 30 días si usted pidió una CCO diferente y cometimos un error;
- cuando se suspende la incorporación de nuevos miembros a un CCO.

Puede llamar al Centro de Atención al Cliente de ONE **1-800-699-9075** o al **711 (TTY)** o usar su cuenta en línea en <https://one.oregon.gov> para cambiar de CCO.

Algunos miembros del OHP no tienen que utilizar las CCO para la atención de la salud física. Es posible que no utilice una CCO porque:

- tiene otro seguro médico, a través de su trabajo o de Medicare; o bien,
- tiene una razón médica o la CCO no ofrece el servicio que necesita.

Si no quiere utilizar una CCO por alguna de estas razones, llame al Centro de Atención al Cliente de ONE.

Si usted es indígena estadounidense o nativo de

Alaska, no tiene que ser parte de un plan de CCO. Puede recibir la atención con un proveedor de atención médica indígena, como en una clínica

tribal o un centro del Servicio de Salud Indígena (IHS). Llame al Centro de Atención al Cliente de ONE para inscribirse, cambiar o dejar una CCO.

Resumen del caso sobre los beneficios médicos para el grupo familiar

Esta es la información de elegibilidad que tenemos para su caso de beneficios médicos a la fecha 01/15/2023. Utilizamos esta información para tomar decisiones sobre sus beneficios médicos. Revise la información y díganos si hay algo que haya cambiado.



Información básica

Ciudadano/a estadounidense	✓	Sí
En crianza temporal	×	No
Con discapacidad o ceguera	×	No
Estado en su declaración de impuestos	No presenta declaración	

Información de beneficios

Solicita beneficios médicos	✓	Sí
Recibe Medicare	×	No
Recibe otra cobertura de salud	×	No
Recibe beneficios de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)	×	No

Ingresos

Mensualmente Beneficios del seguro social (sobreviviente y jubilación)	\$1,462.00		
Ingresos anuales esperados del trabajo para 2022	\$0.00	Ingresos anuales esperados del trabajo para 2023	\$0.00
Ingresos esperados del Beneficio del Seguro Social/SSDI para 2022	\$8,070.00	Ingresos esperados del Beneficio del Seguro Social/SSDI para 2023	\$8,070.00
Ingresos anuales esperados no derivados del trabajo para 2022	\$0.00	Ingresos anuales esperados no derivados del trabajo para 2023	\$0.00

Gastos y deducciones

Gastos/deducciones actuales	\$0.00		
Gastos anuales esperados deducibles de impuestos para 2022	\$0.00	Gastos anuales esperados deducibles de impuestos para 2023	\$0.00

Recursos (cosas de valor que posee)

Recursos actuales	\$0.00
-------------------	--------



Información básica

Ciudadano/a estadounidense	✓	Sí
En crianza temporal	×	No
Con discapacidad o ceguera	✓	Sí
Estado en su declaración de impuestos	No presenta declaración	

Información de beneficios

Solicita beneficios médicos	✓	Sí
Recibe Medicare	✓	Sí
Recibe otra cobertura de salud	×	No
Recibe beneficios de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)	×	No

Ingresos

Mensualmente Social Security Disability Insurance (Seguro por discapacidad del Seguro Social)	\$2,924.00		
Ingresos anuales esperados del trabajo para 2022	\$0.00	Ingresos anuales esperados del trabajo para 2023	\$0.00

Ingresos esperados del Beneficio del Seguro Social/SSDI para 2022	\$16,140.00	Ingresos esperados del Beneficio del Seguro Social/SSDI para 2023	\$16,140.00
Ingresos anuales esperados no derivados del trabajo para 2022	\$0.00	Ingresos anuales esperados no derivados del trabajo para 2023	\$0.00

 **Gastos y deducciones**

Promedio total de los gastos mensuales deducibles de impuestos	\$1,140.00	Mensualmente Facturas médicas/dental	\$350.00
Mensualmente Recetas	\$90.00	Mensualmente Alquiler	\$700.00
Gastos anuales esperados deducibles de impuestos para 2022	\$0.00	Gastos anuales esperados deducibles de impuestos para 2023	\$0.00

 **Recursos (cosas de valor que posee)**

Cuentas de cheques	\$1,126.45	Otro/a	\$4,000.00
automóvil	\$6,663.00		