

1. Nombre de la organización socia comunitaria: COPA	2. Nombre del ayudante con la solicitud: Shelanna Burton	3. Número de identificación del ayudante: COPP004
4. Dirección: 2200 NE Professional Court	5. Ciudad: Bend	6. Estado: OR
7. Código postal: 97701		8. Nombre del solicitante (<i>primer nombre, segundo nombre, apellido</i>):
9. Fecha de nacimiento del solicitante:		10. Número de teléfono del solicitante:
11. Nombre de otras personas adultas en la solicitud:		
12. No. total de miembros de la unidad familiar:	13. No. de miembros de la unidad familiar de más de 18 años de edad:	

SOLICITANTE: Autorizo a la organización socia comunitaria y al ayudante con la solicitud que he indicado anteriormente para que vean y empleen mi información personal para ayudarme a solicitar cobertura médica.

Si estoy solicitando una cobertura médica, inscribirme o conservar la misma y/o cambiar de cobertura médica a través de un programa médico público (esto incluye al Plan de Salud de Oregon, CAWEM y CAWEM Plus): Autorizo a la Autoridad de Salud de Oregon (Oregon Health Authority u OHA) para que divulgue la información de mi solicitud, los detalles y el estatus de mi inscripción, así como los beneficios del plan y mi información médica amparada a la organización socia comunitaria y al ayudante con la solicitud que he indicado anteriormente. La organización socia comunitaria tiene la obligación de velar por la privacidad de toda información firmada. Autorizo a la OHA para que añada al expediente de mi caso a esta organización socia comunitaria y al ayudante con la solicitud que he indicado anteriormente, confirmando así que yo autorizo esta divulgación

Entiendo que la organización socia comunitaria y el ayudante con la solicitud:

- Me informarán sobre el seguro médico y la ayuda económica para los cuales pueda ser yo elegible;
- Me ayudarán a inscribirme en un programa médico público o en un plan médico calificado (Qualified Health Plan o QHP) y a divulgar la información de mi solicitud a los mismos;
- Me ayudarán en el idioma que prefiero o me derivarán a otros socios que puedan ayudarme en el idioma que hablo y entiendo.

Entiendo que la organización socia comunitaria y el ayudante con la solicitud **NO PUEDEN:**

- Cobrarme por la ayuda que me brindan;
- Elegir por mí ni recomendarme un plan de seguro médico.

Entiendo que debo reportar información correcta en mi solicitud y que debo responder a cualquier notificación sobre información faltante o incorrecta cuando me lo pidan.

Puedo cancelar mi autorización para la asistencia de la organización socia comunitaria en cualquier momento si estoy inscrito(a) en un programa médico público. Si cancelo mi autorización, notificaré a OHA llamando al **1-800-699-9075** o enviando mi solicitud por fax al **503-378-5628**.

Entiendo que si cancelo esta autorización, ello no se aplicará a la información que la OHA ya haya divulgado a la organización socia comunitaria o al ayudante con la solicitud. Asimismo, entiendo que la información que recibe la OHA puede divulgarse también a la organización socia comunitaria o al ayudante con la solicitud y que la organización socia comunitaria o el ayudante con la solicitud pueden, a su vez, divulgar dicha información. La OHA no divulgará información relativa a la salud mental, el VIH o SIDA, el tratamiento de problemas de alcohol y drogas o pruebas genéticas sin obtener primero mi autorización específica para hacerlo.

14. Firma:	Fecha:
------------	--------

15. Esta autorización tiene un año de validez a partir de la fecha de su firma a menos que se indique lo contrario aquí: _____

Si usted tiene un representante autorizado, dicha persona puede firmar por usted. Si es usted un representante autorizado, puede firmar aquí únicamente si usted y el solicitante llenaron y firmaron el formulario de Representante Autorizado (*Authorized Representative*) (**OHA 0232**).

Puede enviar el formulario junto con su solicitud o por separado por:

- FAX al 503-378-5628 o
- Correo postal a OHP Customer Service, P.O. Box 14015, Salem, OR 97309-5032.