



Hoja de trabajo de ingresos y presupuesto relacionados con la salud

Última actualización: Mayo 2026

Le agradecemos por enviar una solicitud de servicios relacionados con la salud. En algunos casos, nuestro equipo necesita más información para determinar su plan de sostenibilidad y los recursos con los que cuenta. Por favor, complete el formulario a continuación para proporcionarnos más información y así poder determinar la mejor manera de apoyarle.

Por favor, complete esta sección siguiendo las instrucciones de la hoja de presupuesto.

Información del afiliado	
Nombre del afiliado: _____ Fecha de nacimiento: _____	
Número de identificación del afiliado: _____ Fecha: _____	
Dirección/residencia actual: _____	
Número de meses/años en su residencia actual: _____	
Use la tabla a continuación para calcular el número de personas en su hogar	
Usted	
Su esposo(a) legal	
Su pareja que vive con usted (si tiene un hijo menor de 19 años con esta persona)	
Niños (menores de 19) que viven con usted	
Cualquier otra persona que incluya en su declaración federal de impuestos, aunque no viva con usted	
Si es menor de 19 años, incluya a sus padres, padrastros o madrastras y a sus hermanos o hermanas (también menores de 19 años) que vivan con usted.	
Cualquier persona que esté embarazada de su hogar	
Los bebés por nacer de las personas embarazadas de su hogar	
Número total en la vivienda:	
Situación actual de la vivienda	
<input type="checkbox"/> Soy dueño de mi hogar <input type="checkbox"/> Sin hogar <input type="checkbox"/> Alquiler (solo una unidad familiar vive en esta dirección) <input type="checkbox"/> Alquiler compartido (con compañeros de cuarto o con otra unidad familiar) Su porción es: _____	

Ingresos

Fuente de ingresos	Cantidad mensual Adulto #1	Cantidad mensual Adulto #2	Cantidad mensual Adulto #3	Cantidad mensual Adulto #4	Cantidad mensual Adulto #5
Nombre de la persona					
AFDC (TANF)					
Trabajo Part-time (PT, Medio tiempo)/ Full-time (FT, Tiempo completo)					
Beneficios de la VA					
SSI/SSDI					
Desempleo					
Discapacidad estatal					
Ingresos por cuidado de crianza					
Discapacidad de un integrante de la familia					
Manutención infantil/pensión alimenticia					
Pensión/retiro					
Ingresos por negocio propio					
Ingresos por intereses o dividendos					
Otros ingresos					
Total:					

No cuente los siguientes como ingresos:

- Ingresos de menores de 18 años
- Herencia e ingresos del seguro
- Ayuda financiera para estudiantes
- Reembolsos de gastos médicos
- Ingresos del cuidador que vive en el hogar
- Pago por exposición a fuego hostil de las Fuerzas Armadas
- Beneficios SNAP

Gastos para los próximos tres meses

Gastos actuales del mes

Alquiler/hipoteca	\$		Pago del auto	\$
Gas	\$		Seguro de auto	\$
Electricidad	\$		Gasolina	\$
Agua	\$		Artículos para el hogar	\$
Basura	\$		Comida	\$
Teléfono	\$		Cuidado infantil	\$

Gastos del mes siguiente

Alquiler/hipoteca	\$		Pago del auto	\$
Gas	\$		Seguro de auto	\$
Electricidad	\$		Gasolina	\$
Agua	\$		Artículos para el hogar	\$
Basura	\$		Comida	\$
Teléfono	\$		Cuidado infantil	\$

Gastos del tercer mes

Alquiler/hipoteca	\$		Pago del auto	\$
Gas	\$		Seguro de auto	\$
Electricidad	\$		Gasolina	\$
Agua	\$		Artículos para el hogar	\$
Basura	\$		Comida	\$
Teléfono	\$		Cuidado infantil	\$

Ingresos totales del mes: _____ Gastos totales del mes: _____

¿Declaró no tener ingresos? Sí No

En caso afirmativo ¿tiene un administrador de casos al que podamos llamar para verificar sus ingresos?

Nombre del encargado del caso: _____

Agencia: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Número de teléfono: _____

- Doy mi permiso para llamar a mi administrador de casos para validar mis ingresos.
- No tengo un administrador de casos/encargado de casos que pueda validar mis ingresos. Certifico que los ingresos indicados en esta hoja de trabajo son verdaderos y completos según mi leal saber y entender.

Firma: _____

Gasto financiero actual

Por favor, cuéntenos más sobre su situación económica actual.
¿Qué es lo que ha provocado que no pueda pagar sus facturas médicas?

Plan para aumentar los ingresos y reducir gastos

Acción		Fecha objetivo
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Envío de los formularios

Puede completar este formulario usted mismo o con la ayuda de uno de sus padres, cuidadores, tutores, una persona de apoyo o de confianza, o un integrante del personal de una organización o clínica.

Envíe por fax los formularios completos al:

503-416-1376

A la atención de: HRS

Cualquier documento relacionado a su solicitud deberá ser enviado con anticipación. Aquí hay dos maneras para enviarlos:

Envío a través del portal

La manera más rápida de enviar sus documentos o revisar el estatus de su solicitud es a través del portal para afiliados. Es una plataforma de mensajería segura a la que puede acceder a través de un sitio web usando una computadora de escritorio. Puede iniciar sesión si ya tiene una cuenta, o seguir las instrucciones en la pantalla para registrarse. **Por favor, tome en cuenta:** Si es menor de 18 años, no puede usar este portal por su cuenta. Un padre o tutor deben ayudarle.

Para acceder al portal, vaya a careoregon.org/memberportal

Una vez que haya iniciado sesión, envíe sus documentos siguiendo estas instrucciones:

1. Vaya al centro de mensajes y haga clic en “new message” (mensaje nuevo)
2. Haga clic en “add recipients” (añadir destinatarios) y seleccione "Health Related Services Requests"
3. Ponga HRSN en la línea de asunto y adjunte el/los archivo(s) al mensaje usando la herramienta para adjuntar archivos
4. Agregue cualquier otra información adicional y haga clic en “send” (enviar)

Envío a través del portal

Si no puede acceder al portal, puede enviarnos sus documentos por correo electrónico al hrsncx@careoregon.org

Si tiene alguna pregunta o le gustaría recibir ayuda para llenar los formularios de solicitud, llame a Servicio al Cliente al 971-236-2998 o TTY 711.

Puede recibir este documento en otros idiomas, letra grande, braille o el formato que usted prefiera. También tiene derecho a un intérprete. Puede recibir ayuda de un intérprete certificado en atención médica. Esta ayuda es gratuita. Llame a su Coordinated Care Organization (CCO, Organización de Atención Médica Coordinada) sin costo, TTY 711, o dígame a su proveedor. Aceptamos llamadas de retransmisión.

Para CareOregon Health Share: 800-224-4840

Para Columbia Pacific CCO: 855-722-8206

Para Jackson Care Connect: 855-722-8208