

Hoja de cálculo de ingresos/presupuesto relacionados con la salud

Última actualización: Enero de 2026



Gracias 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 con qué recursos cuenta. Complete el siguiente formulario para proporcionar más información para que podamos determinar la mejor manera de ayudarlo.

Información del miembro

Nombre del miembro: _____ Fecha de nacimiento: _____

Identificación de miembro: _____ Fecha: _____

Dirección/residencia actual: _____

Cantidad de meses/años en la residencia actual: _____

Use la siguiente tabla para calcular la cantidad de personas en su hogar

Usted	
Su cónyuge legal	
Su pareja con la que vive (si tiene un hijo menor de 19 años con esta persona)	
Hijos (menores de 19 años) que vivan con usted	
Cualquier otra persona a la que incluya en su declaración federal de impuestos, incluso si no viven con usted	
Si es menor de 19 años, cualquier padre o madre, padrastros y hermanos o hermanas (también menores de 19 años) que vivan con usted	
Cualquier persona embarazada en su hogar	
Cualquier bebé esperado de personas embarazadas en su hogar	
Cantidad de personas en el hogar:	

Situación de vivienda actual

- ☐ Propietario
 - ☐ Sin hogar
 - ☐ Alquiler (solo una familia vive en esta dirección)
 - ☐ Alquiler compartido (con compañeros de habitación o con otra familia)
- Su parte es: _____

Ingreso					
Fuente de ingreso	Monto mensual del adulto N.º 1	Monto mensual del adulto N.º 2	Monto mensual del adulto N.º 3	Monto mensual del adulto N.º 4	Monto mensual del adulto N.º 5
Aid to Families with Dependent Children (AFDC, Ayuda a Familias con Hijos Dependientes) (Temporary Assistance for Needy Families [TANF, Asistencia Temporal para Familias Necesitadas])					
Empleo a tiempo parcial/tiempo completo					
Beneficios del Department of Veterans Affairs (VA, Departamento de Asuntos de Veteranos)					
Supplemental Security Income (SSI, Ingreso Suplementario de Seguridad)/Social Security Disability Insurance (SSDI, Seguro por Incapacidad del Seguro Social)					
Desempleo					
Seguro estatal por discapacidad					
Ingresos por acogida temporal					
Familiar discapacitado					
Manutención infantil/pensión alimenticia					
Pensión/jubilación					
Ingresos comerciales					

Ingresos por intereses o dividendos					
Otro ingreso					
Total:					

No cuentan como ingreso:

- Ingresos de niños menores de 18 años
- Ingresos por herencias y seguros
- Ayuda financiera para estudiantes
- Reembolso de gastos médicos
- Ingresos del cuidador que vive en el mismo hogar
- Paga por fuego enemigo de las fuerzas armadas
- Beneficios del Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP, Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria)

Gastos durante los siguientes tres meses

Gastos del mes actual

Alquiler/hipoteca	\$		Pago del auto	\$
Gas	\$		Seguro del auto	\$
Electricidad	\$		Combustible	\$
Agua	\$		Suministros para el hogar	\$
Recolección de residuos	\$		Comida	\$
Teléfono	\$		Cuidado infantil	\$

Gastos del mes próximo

Alquiler/hipoteca	\$		Pago del auto	\$
Gas	\$		Seguro del auto	\$
Electricidad	\$		Combustible	\$
Agua	\$		Suministros para el hogar	\$
Recolección de residuos	\$		Comida	\$
Teléfono	\$		Cuidado infantil	\$

Gastos del tercer mes

Alquiler/hipoteca	\$		Pago del auto	\$
Gas	\$		Seguro del auto	\$
Electricidad	\$		Combustible	\$
Agua	\$		Suministros para el hogar	\$
Recolección de residuos	\$		Comida	\$
Teléfono	\$		Cuidado infantil	\$

Total de ingresos mensuales: _____ Total de gastos mensuales: _____

¿Informó que no tiene ingresos? ☐ Sí ☐ No

Si es así, ¿tiene un administrador de casos al que podamos llamar para validar sus ingresos?

Nombre del administrador de casos: _____

Agencia: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Número de teléfono: _____

- ☐ Autorizo a CareOregon a llamar a mi administrador de casos para validar mis ingresos.
- ☐ No tengo un administrador de casos/trabajador social que pueda validar mis ingresos.
Declaro que los ingresos indicados en esta hoja de cálculo son veraces y completos según mi leal saber y entender.

Firma: _____

Gasto financiero actual

Cuéntenos más sobre su situación económica actual.
¿Qué fue lo que hizo que dejara de pagar sus facturas?

Plan para aumentar los ingresos y reducir los gastos

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

Envío de formularios

Puede completar el formulario por cuenta propia o pedirle ayuda a su padre, cuidador, tutor o amigo de confianza, o a un miembro del personal de alguna organización o clínica.

Enviar el formulario completo por fax al:

503-416-1376

A LA ATENCIÓN DE: HRS

Cualquier documento relacionado con su solicitud debe enviarse con antelación. Hay dos formas de envío:

Envío a través del portal para miembros

La forma más rápida de enviar documentos o revisar el estado de su solicitud es a través de nuestro portal para miembros. Es una plataforma de mensajería segura a la que puede acceder a través de nuestro sitio web desde una computadora de escritorio. Puede iniciar sesión si ya tiene una cuenta, o siga las instrucciones en pantalla para registrarse. **Importante:** debe ser mayor de 18 años para registrar una cuenta.

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

Una vez que inicie sesión, suba sus documentos de la siguiente manera:

1. Vaya al centro de mensajería y haga clic en “new message” (nuevo mensaje).
2. Haga clic en “add recipients” (añadir remitentes) y elija "Health Related Services Requests"
3. Añada HRSN en el asunto y adjunte los archivos al mensaje utilizando la función de adjuntar archivos
4. Añada cualquier otro contexto y haga clic en “send” (enviar)

Envío por correo electrónico

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

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar los formularios, llame al Servicio al cliente de CareOregon al 971-236-2998.

Puede recibir este documento en otros idiomas, en letra grande, en braille o en el formato que prefiera. Tiene derecho a un intérprete. Puede obtener ayuda de un intérprete médico certificado y cualificado. Esta asistencia es gratuita. Llame al 800-224-4840, TTY 711, o dígame a su proveedor. Aceptamos llamadas de retransmisión.

OHP-251043700-SP-0114