Oregon Health Authority

oregon**contraceptive**care

(Cuidado Anticonceptivo de Oregón)

FORMA DE LA INSCRIPCIÓN

Ejemplos de los **servicios cubiertos** por CCare

- Un examen anual y el método anticonceptivo que usted elija
- Consejería y educación sobre planificación familiar
- Anticonceptivos de emergencia
- Vasectomías
- Atención anticonceptiva de seguimiento

Ejemplos de **servicios no cubiertos** por CCare

- Tratamiento para infecciones de transmisión sexual
- Esterilización femenina
- Confirmación de embarazo para el Plan de Salud de Oregón
- Tratamiento de las infecciones de la vejiga

1 *¿Cómo supo de nosotros? (marque todo lo que corresponda)*

☐ CCare sitio web ☐ Amigo o pariente
☐ Publicidad en el autobús, el tren o la parada ☐ Vine antes ☐ facebook©
☐ Poster, folleto o libro marca ☐ Otro:_____

2 Apellido	3 Primer nombre	4 Inicial del 2º nombre
5 Domicilio de Oregón	6 Ciudad	7 Código Postal

8 ¿Estuvo esterilizado/a durante más de seis meses? (esterilización femenina, histerectomía, vasectomía) ☐ Sí ☐ No

¿Es: (marque sólo un casillero)
9 ☐ Ciudadano de los EEUU O 10 ☐ Residente legal permanente (LPR) desde hace cinco años o más?

11 Registro de votantes: ¿Le gustaría registrarse hoy para poder votar? ☐ Sí ☐ No ☐ N/C (LPR o menor de 17 años)

12a ¿Tiene seguro de salud? ☐ Sí ☐ No	12b ¿Está inscripto en el Plan de Salud de Oregón o en Niños Saludables (Healthy Kids)? ☐ Sí ☐ No
13 Tomaño hogar (or Número de personas en el hogar): _____	14 Ingresos mensuales brutos totales del hogar: $ _____
15 Fecha de nacimiento __ __ / __ __ / __ __ __ __	16 Nº de seguro social __ __ __ / __ __ / __ __ __ __ (Si eres adolescente y no sabes tu número de seguro social, puedes pedirle ayuda al personal de la clínica)

Declaro bajo pena de perjurio que la información proporcionada está completa y correcta de mi mejor saber y entender.

- Comprendo que CCare paga los servicios relacionados con la anticoncepción con el fin de evitar el embarazo y que si recibo servicios que no están cubiertos por CCare, puedo ser responsable de pagarlos.
- Me explicaron que es posible que reúna los requisitos para el Plan de Salud de Oregón o para el ProgramNiños Saludables (Healthy Kids) y recibí información sobre los servicios locales de cuidado primario médico y seguro de.
- Comprendo y autorizo que mi número de seguro social (SSN), otra información incluida en esta forma y los datos que brindé para corroborar mi identidad y mi ciudadanía deben ser compartida con la Autoridad de Salud de Oregón (OHA) para que se pueda determinar elegibilidad para el ProgramCCare de Oregón. He recibido una copia de un aviso que explica cómo se usarán mi número de seguro social (SSN), y otra información.
- Me ofrecieron la oportunidad de recibir una tarjeta de registro para votantes en el día de hoy.

_____ 17 Firma del cliente

_____ 18 Fecha de la firma

FOR CLINIC STAFF USE ONLY

19 Client indicates special confidentiality need and, if applicable, private insurance should not be billed and/or income will be assessed as a household size of 1.

□ Yes – Client indicates a perceived threat of emotional or physical harm without special confidentiality

□ No – Client does not request special confidentiality

20 Agency #	21 Clinic/Site #
22 Primary Care information offered □ Yes	23 OHP information offered □ Yes
24 Title X: Client pays _____ % per sliding fee scale for non-CCare-covered service	25 Staff initials

CCare CITIZENSHIP AND IDENTITY VERIFICATION

Document verification of citizenship and identity below. Create new record or update current record in database as needed.

	PENDING	VERIFIED	
CITIZENSHIP	26 □ Oregon Birth Information Form (C. Exhibit 5) completed by client □ Enter into CCare Eligibility Database for electronic check - *State* staff will update database if citizenship is verified OR 27 □ Automated SSA Electronic Citizenship Match Verification - *State* staff will update database if citizenship is verified OR 28 □ Out-of-state birth record request completed by client □ Call State to request extension on ROP □ Send request to State Reproductive Health Program - *Clinic* staff will update database if citizenship is verified	30 □ Citizenship has been verified in CCare Eligibility Database OR 31 □ Citizenship document witnessed and copied Check Tier: □ Tier 1 □ Tier 2 □ Tier 3 □ Tier 4 (Tier 1 satisfies identity verification) □ Information entered in CCare Eligibility Database Date_____ Initials_____	CITIZENSHIP
IDENTITY	29 □ Client will supply identity document □ By date_____	32 □ Identity has been verified in CCare Eligibility Database OR 33 □ Identity document witnessed and copied (Required with citizenship document Tier 2, 3, or 4) □ Information entered in CCare Eligibility Database Date_____ Initials_____	IDENTITY

34 Qualifies for CCare □ Yes □ No	35 CCare ID#	*The CCare ID# is REQUIRED for reimbursement. Complete items 34, 36 and 37 only if citizenship and identity have been verified and client is eligible for full year of CCare coverage.*
36 Eligible FROM date	37 Eligible TO date	

38 Clinic use (optional)