Oregon Health Authority

Solicitud de Participación en el Sorteo del OHP

Oregon HEALTH PLAN

Office use ___ ___ ___ ___ ___ ___ **Date Stamp code**

FAX request to: 503-373-7866 or 503-378-4139

1. Mi información

_____ _____ ☐ M ☐ F

Su nombre (apellido, primer nombre, segundo nombre) | Nombre de soltera u otros nombres utilizados | Sexo

(/ /) _____ ( ) -

Fecha de nacimiento | Dirección de correo electrónico | Número de teléfono

_____ _____ _____ _____

Dirección domiciliaria | Ciudad | Estado | Cód. postal

_____ _____ _____ _____

Dirección postal (si es distinta) | Ciudad | Estado | Cód. postal

2. Indique a otras personas adultas que vivan con usted (de 19 años de edad o más) que desee incluir en el sorteo.

_____ _____ (/ /) ☐ M ☐ F

Nombre (apellido, primer nombre, segundo nombre) | Relación con usted | Fecha de nacimiento | Sexo

_____ _____ (/ /) ☐ M ☐ F

Nombre (apellido, primer nombre, segundo nombre) | Relación con usted | Fecha de nacimiento | Sexo

3. Si prefiere recibir información acerca del OHP en otro idioma que no sea español, marque la casilla correspondiente:

☐ Inglés ☐ Otro: _____

4. Si prefiere recibir información acerca del OHP en otro formato, marque la casilla correspondiente:

☐ Casete de audio — la información viene grabada en una cinta de audio.

☐ Braille — la información viene impresa en Braille.

☐ Disco para computadora — la información viene guardada en “texto plano” en un CD-ROM.

☐ Letra grande — los materiales vienen impresos en este tamaño.

☐ Por teléfono — un empleado de la OHA le leerá personalmente la información por teléfono.

5. Mediante su firma, usted accede a ser incluido en el sorteo del OHP para personas adultas y entiende que esta solicitud no constituye una solicitud para obtener beneficios médicos.

Firma _____ Fecha_____