

Ley para Personas de la Tercera Edad en Oregón

¡Visítenos en Internet!
www.oregonlawhelp.org



Asistencia Financiera
Beneficios Médicos
Administración de sus Decisiones Financieras
Administración de sus Opciones Médicas
Atención de Largo Plazo
Propiedades Inmobiliarias y de Arrendamiento
Protección de sus Derechos Legales
Derechos de Visitas y de Custodia de Abuelos
Abuso de Ancianos, Agresión Sexual y Violencia Doméstica
Discriminación por Edad y por Discapacidad
Leyes de Protección al Consumidor

Legal Aid Services of Oregon (*Servicios Legales de Oregón*)
Lane County Legal Aid & Advocacy Center

¡IMPORTANTE! La intención de este libreto es la educación general. No substituye la asesoría de un abogado. Si tiene una pregunta legal específica, póngase en contacto con un abogado.

La información contenida en este libreto está actualizada hasta Enero del 2011. Tenga en mente que las leyes cambian constantemente debido a las acciones de los tribunales, del cuerpo legislativo y de las agencias. Para obtener actualizaciones de esta publicación, visite la página en Internet www.oregonlawhelp.org.

La producción de este libreto fue posible en parte por la oficina de *Aging & Disability Services* del Condado de Multnomah y el *Council of Governments Area* de Lane County, Servicios Legales del Condado Lane, Agencia de Servicios Humanos Ancianos y discapacidades de Oregon. La Oficina de Legal Aid del Condado de Multnomah es la responsable por el contenido de este libreto. Los autores desean reconocer a Mark Siegel por su ayuda en la edición y producción de este trabajo.

© 2011 por Legal Aid Services of Oregon – Se fomenta la reproducción y traducción de este libreto para su distribución GRATUITA únicamente.

CONTENIDO

<p>ASISTENCIA FINANCIERA1</p> <p style="padding-left: 20px;">Seguro Social3</p> <p style="padding-left: 20px;">Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI).....3</p> <p style="padding-left: 20px;">Beneficios de Veteranos4</p> <p style="padding-left: 20px;">Programa de Alimento Suplementario Nutricional (SNAP)5</p> <p style="padding-left: 20px;">Asistencia General5</p> <p>BENEFICIOS MÉDICOS6</p> <p style="padding-left: 20px;">Medicare6</p> <p style="padding-left: 20px;">Asistencia a Beneficiarios de Medicare de Bajos Ingresos9</p> <p style="padding-left: 40px;">Beneficiarios9</p> <p style="padding-left: 20px;">Apelaciones de Medicare11</p> <p style="padding-left: 20px;">Cobertura de Medicare de Recetas Médicas.....14</p> <p style="padding-left: 20px;">Medicaid16</p> <p style="padding-left: 40px;">Plan de Salud de Oregón.....16</p> <p style="padding-left: 40px;">Atención Médica de Largo Plazo.....19</p> <p style="padding-left: 20px;">Otros Programas de Recetas Médicas.....21</p> <p style="padding-left: 40px;">Programa de Oregón de Recetas Médicas21</p> <p style="padding-left: 40px;">Tarjetas de Descuento para Medicamentos21</p> <p style="padding-left: 40px;">Programas de Asistencia a Pacientes22</p> <p style="padding-left: 20px;">Proyecto Independencia de Oregón (OPI)23</p> <p>ADMINISTRACIÓN DE SUS DECISIONES FINANCIERAS23</p> <p style="padding-left: 20px;">Depósito Directo23</p> <p style="padding-left: 20px;">Cuentas Conjuntas23</p> <p style="padding-left: 20px;">Planes de Pensión y de Retiro24</p> <p style="padding-left: 20px;">Carta Poder.....24</p> <p style="padding-left: 20px;">Tutela (Guardianship)25</p> <p style="padding-left: 20px;">Conservaduría (Conservatorship)28</p> <p style="padding-left: 20px;">Representante del Beneficiario28</p> <p style="padding-left: 20px;">Testamentos y Fideicomisos29</p> <p>ADMINISTRACIÓN DE SUS OPCIONES MÉDICAS.....31</p> <p style="padding-left: 20px;">Poder sobre Futura Atención Médica31</p> <p style="padding-left: 20px;">Orden Médica de Soporte Vital (Forma POLST)32</p> <p style="padding-left: 20px;">Ley de Muerte Digna de Oregón33</p>	<p>ATENCIÓN DE LARGO PLAZO 33</p> <p style="padding-left: 20px;">Perspectiva General de la Atención de Largo Plazo..... 33</p> <p style="padding-left: 20px;">Programa de “Todo Cuidado Incluido” para Ancianos (PACE) 37</p> <p style="padding-left: 20px;">Seguro de Atención de Largo Plazo 37</p> <p>PROPIEDADES INMOBILIARIAS Y ARRENDAMIENTO 39</p> <p style="padding-left: 20px;">Posesión y Transferencia de Bienes Inmuebles 39</p> <p style="padding-left: 20px;">Programas de Aplazamiento de Impuestos sobre la Propiedad Inmobiliaria para Ancianos y Discapacitados..... 40</p> <p style="padding-left: 20px;">Ejecución Hipotecaria 42</p> <p style="padding-left: 20px;">Asistencia de Arrendamiento para personas de Bajos Ingresos 43</p> <p style="padding-left: 20px;">Programa Estatal de Asistencia con la Renta .. 45</p> <p>PROTECCIÓN DE SUS DERECHOS LEGALES 46</p> <p style="padding-left: 20px;">Derechos de Visitas y Custodia de los Abuelos..... 46</p> <p style="padding-left: 20px;">Abuso de Ancianos, Agresión Sexual y Violencia Doméstica 51</p> <p style="padding-left: 20px;">Discriminación por Edad y por Discapacidad 56</p> <p style="padding-left: 20px;">Leyes de Protección al Consumidor 57</p> <p style="padding-left: 40px;">1. Bancarrota 57</p> <p style="padding-left: 40px;">2. Prestamistas Predadores 61</p> <p style="padding-left: 40px;">3. Cobranza de Deudas y el Seguro Social.. 64</p> <p style="padding-left: 40px;">4. Sus Derechos a Servicios Públicos (Luz, gas, etc.) 65</p> <p style="padding-left: 40px;">5. Llamadas de Televendedores (Telemarketing) 68</p> <p style="padding-left: 40px;">6. Robo de Identidad 69</p> <p style="padding-left: 40px;">7. Hipotecas Inversas..... 70</p> <p>SECCIÓN DE RECURSOS 72</p>
---	--

ASISTENCIA FINANCIERA

SEGURO SOCIAL

¿Qué es el Seguro Social?

El Seguro Social es un programa federal de seguros que otorga beneficios mensuales en efectivo a través de dos programas, el programa de beneficios del seguro por jubilación (*Retirement Insurance Benefit, RIB*) y el programa de beneficios del seguro por incapacidad (*Disability Insurance Benefit, DIB*). El programa RIB otorga beneficios a los hijos y cónyuges sobrevivientes de la persona jubilada. La oficina encargada de ambos programas es la Administración del Seguro Social (SSA). El Seguro Social tiene oficinas en la mayoría de las grandes ciudades y condados.

¿Quién puede recibir beneficios del Seguro Social?

Para poder recibir beneficios, la persona (o trabajador) tiene que haberle pagado impuestos al Seguro Social y debe tener suficientes créditos de trabajo. Para recibir los beneficios de jubilación tiene que cumplir con los requisitos de edad. Para recibir los beneficios por incapacidad, tiene que estar incapacitado. Algunos cónyuges, hijos, ex-cónyuges y padres del trabajador también pueden recibir beneficios.

¿Qué son los créditos de trabajo?

Los créditos de trabajo se dan en base a los ingresos. Antes de 1978, el Seguro Social otorgaba créditos dependiendo de lo que la persona ganaba en un plazo de tres meses, llamado “trimestre calendario.” Por ejemplo, si ganaba \$50 de sueldo en un trimestre calendario, le daban un crédito de trabajo. A partir de 1978, el Seguro Social considera lo que la persona gana en un año calendario. Si gana cierta cantidad específica, le dan un cuarto de cobertura. Si gana más de dicha cantidad específica, le dan más cuartos de cobertura. Lo máximo que puede ganar en un año son cuatro cuartos. La cantidad de dinero que el trabajador tiene que ganar se determina a través de una fórmula complicada que cambia cada año.

¿Cómo se si tengo suficientes créditos de trabajo?

Cada año, alrededor de su cumpleaños, debe de recibir una declaración del Seguro Social. En esta declaración aparecen sus ganancias anuales desde que empezó a trabajar. También viene una estimación de lo que usted y sus familiares elegibles recibirán de beneficios de jubilación, incapacidad o de beneficios para sobrevivientes. Si los ingresos contenidos en la declaración no son los correctos, llame o pídale a uno de sus familiares que llame al Seguro Social para corregir el error. También puede conseguir la declaración de sus ganancias y beneficios llamando o escribiendo al Seguro Social o haciendo un pedido por Internet.

¿Quién puede recibir beneficios por incapacidad (DIB)?

Para poder recibir este tipo de beneficios, tiene que cumplir con la definición estricta de incapacidad establecida por el Seguro Social y tiene que haber acumulado 20 créditos de trabajo en los últimos diez años antes de haber quedado incapacitado. Las siguientes personas también pueden recibir los beneficios: su cónyuge, sus hijos dependientes menores de 19 años (si están en escuela primaria o secundaria), sus hijos adultos incapacitados (si son elegibles), sus padres y algunos cónyuges divorciados. Encontrará más información acerca de los beneficios por incapacidad en nuestro libreto de “Beneficios por Incapacidad Bajo el Seguro Social y Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)”

¿Quién puede recibir beneficios por jubilación (RIB)?

Para poder recibir este tipo de beneficios, tiene que haber acumulado por lo menos 40 créditos de trabajo. Si nació antes de 1929 necesita menos de 40. Llame al Seguro Social para obtener más información al respecto. La edad más temprana en que puede recibir beneficios por jubilación son los 62, pero jubilarse a esta edad se considera una jubilación temprana y sus beneficios mensuales se reducirían permanentemente. Para recibir sus beneficios completos, tiene que jubilarse a la “plena edad de jubilación”. Si nació en 1937 o antes de esa fecha, la plena edad de jubilación son los 65 años.

La plena edad de jubilación está incrementando gradualmente y eventualmente, para toda persona nacida después del 1960, la edad plena de jubilación serán los 67 años.

¿Cuánto recibiré de beneficios por jubilación?

La cantidad de beneficios que recibirá al mes depende de su promedio de ganancias anuales. La cantidad que le reduzcan por jubilarse temprano depende de cuantos meses antes de la plena edad de jubilación empezó a recibir beneficios. Puede recibir beneficios mensuales más altos si se espera a hasta después de los 70 años de edad.

¿Pueden mi cónyuge o mis hijos recibir beneficios mientras yo esté en vida?

A veces. Algunos de sus familiares pueden recibir beneficios. Familiares como sus hijos solteros menores de 19 años de edad, si van a la escuela primaria o secundaria, o sus hijos adultos que hayan quedado incapacitados antes de cumplir los 22 años. Su cónyuge, si no trabaja, puede recibir beneficios a los 62 años o a cualquier edad si se encarga de un hijo menor de 16 o de un hijo incapacitado. Si su cónyuge trabaja, puede empezar a recibir beneficios a los 65. A los cónyuges divorciados se les trata igual que a los cónyuges actuales si el matrimonio duró 10 años o más. Si se jubila temprano, los beneficios que reciban sus familiares también quedarán reducidos.

¿Puede mi cónyuge recibir beneficios cuando yo muera?

A veces. Su cónyuge o ex-cónyuge que le sobreviva puede empezar a recibir beneficios de viuda o viudo a los 60 años de edad. Los viudos (incluyendo a los ex-cónyuges) pueden también recibir beneficios a los 50 si cumplen con la definición de incapacidad establecida por el Seguro Social dentro de 7 años a partir de que usted haya muerto o 7 años después de que hayan empezado a recibir beneficios por su trabajo. Los ex-cónyuges solamente pueden recibir beneficios en base al trabajo de su ex si el matrimonio duro por lo menos 10 años.

¿Pueden mis hijos recibir beneficios cuando yo muera?

A veces. Sus hijos pueden recibir beneficios en base a los créditos de trabajo que usted haya acumulado si son solteros y menores de 19 años de edad (y van a la escuela primaria o secundaria) o si quedaron incapacitados antes de cumplir los 22 años de edad.

¿Puedo recibir beneficios por jubilación del Seguro Social mientras siga trabajando?

Sí. Antes de 1999, si una persona menor de 70 años ganaba dinero por su trabajo, le rebajaban sus beneficios de jubilación. Bajo las leyes actuales, toda persona, al cumplir la plena edad de jubilación, puede trabajar y seguir recibiendo sus beneficios completos. Los beneficios por jubilación de todas las personas que tengan entre 62 años y la plena edad de jubilación durante todo el año se reducirán \$1 por cada \$2 ganados si sus ganancias anuales exceden los \$14,160 en el 2010.

Hay una regla especial para el primer año para aquellas personas que se jubilen en la mitad del año antes de cumplir la edad plena de jubilación. Sus beneficios reducen por \$1 por cada \$3 ganados antes del mes que cumple la edad plena de jubilación. El límite de ganancias en el 2010 por los meses antes de la jubilación es \$37,680.

¿Qué tipo de beneficios debo de solicitar a los 62, beneficios por incapacidad o por jubilación?

Esta es una pregunta difícil, y la respuesta depende de la razón por la cual dejó de trabajar. Si usted no puede continuar trabajando debido a un problema de salud grave (ya sea físico o mental), a lo mejor le convenga solicitar beneficios por incapacidad, ya que si solicita beneficios por jubilación, terminaría con beneficios reducidos debido a la jubilación temprana. En la mayoría de los casos, usted puede solicitar beneficios por incapacidad y si se los niegan, puede apelar la decisión y al mismo tiempo solicitar beneficios por jubilación temprana. Póngase en contacto con un abogado o con una oficina de Servicios Legales para discutir las ventajas y desventajas de solicitar beneficios por incapacidad además de los de jubilación temprana.

¿Qué puedo hacer si el Seguro Social deniega mi solicitud de beneficios?

Si usted considera que al negarle los beneficios el Seguro Social tomó la decisión equivocada, puede apelar dicha decisión. El proceso de apelación está explicado con más detalle en nuestro libreto de “Beneficios por Incapacidad Bajo el Seguro Social y Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI).” También podría consultar con un abogado especializado en el Seguro Social o ir a una oficina de Servicios Legales para obtener ayuda con su apelación.

SEGURIDAD DE INGRESO SUPLEMENTARIO (SSI)

¿Qué es SSI?

El SSI es un programa federal de manutención para los ciudadanos de los EUA que estén ciegos, incapacitados, o que hayan cumplido la edad plena de jubilación y que sus ingresos y recursos (o bienes) estén por debajo de ciertos límites. Algunos inmigrantes también pueden recibir SSI dependiendo de la fecha en que ingresaron a los EUA y de su condición migratoria. (Para obtener más información puede contactar a la Oficina de Administración del Seguro Social o pedirle a su Oficina de Servicios Legales local un libreto de “Beneficios por incapacidad del Seguro Social y Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI).”) La definición de incapacidad y ceguera para poder obtener SSI es la misma que la establecida por el Seguro Social.

¿Cuánto dinero recibiré al mes de SSI?

Cada año, a finales de octubre, la oficina del Seguro Social fija la cantidad mensual de beneficios de SSI que se otorgarán al iniciar enero. A esta cantidad se le llama la “tasa federal de beneficios”, y es la cantidad máxima de dinero que el gobierno federal le pagará a una persona al mes. Algunos estados le agregan dinero adicional mensual a la tasa federal de beneficios. Oregón no paga un suplementario a los que recibe SSI. En vez de pagar el suplementario, hay programas de necesidades especiales que puede asistir un recipiente de SSI

con respecto a los gastos de transportación, vivienda u otros incidentes. Cualquier ingreso que la persona reciba (tal como los beneficios del Seguro Social, beneficios de veteranos, o ganancias) reducirá la cantidad de SSI que tenga derecho a recibir.

¿Cuál es el límite de ingresos mensuales que puedo tener para continuar recibiendo SSI?

El límite de dinero que puede recibir al mes y seguir recibiendo SSI depende de si sus ingresos se derivan de su trabajo. En general, le reducirán \$1 de su cheque mensual de SSI por cada \$1 de ingreso que reciba que no esté derivado de su trabajo, después de los primeros \$20. Si obtiene ingresos de su trabajo, le reducirán \$1 por cada \$2 de ganancias que haya recibido después de los primeros \$85.

¿Cuántos recursos puedo tener para seguir recibiendo SSI?

La Oficina del Seguro Social no cuenta todos sus bienes. Algunos de los recursos que no cuenta son su casa, auto, la mayoría de sus artículos personales, hasta \$1,500 de fondos para usted y su pareja, o la seguridad de la vida que vale no más que \$1,500. Una persona soltera se le permite tener únicamente \$2,000 de recursos contables mientras que a una casada se le permite \$3,000. Algunos recursos considerados contables son el dinero en efectivo, cuentas bancarias, acciones, bonos, bienes raíces y los automóviles adicionales que tenga.

¿Me conviene solicitar SSI si solo tengo derecho a una pequeña cantidad de dinero al mes?

Sí. Muchas personas solicitan SSI aun si sólo pueden recibir una pequeña cantidad de beneficios ya que recibir SSI les da derecho a Medicaid. Medicaid es un programa de salud pública que ofrece valiosa cobertura médica, incluyendo recetas médicas. Para obtener más información acerca de Medicaid, refiérase a la sección de Medicaid en este libreto. En el estado de Oregón, la solicitud para SSI no es una solicitud para Medicaid. Tiene que hacer otra solicitud para Medicaid.

Para obtener más información acerca del programa de SSI, llame a su Oficina de Servicios Legales local para pedir el libreto de “Beneficios por

Incapacidad Bajo el Seguro Social y Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI).”

BENEFICIOS DE VETERANOS

¿Qué tipos de beneficios ofrece el Departamento de Asuntos de Veteranos (*Veterans' Affairs*, (VA))?

El VA proporciona una amplia variedad de beneficios a los veteranos. Beneficios tales como:

- Beneficios de compensación por incapacidad;
- Beneficios de pensión por incapacidad
- Asistencia médica;
- Beneficios por muerte a los sobrevivientes de un veterano incapacitado;
- Reembolso por los gastos del entierro, banderas de entierro, entierro en cementerios nacionales, lápidas o indicadores de tumba;
- Préstamos y garantías para comprar una casa;
- Educación y entrenamiento; y
- Seguro de vida

Algunos de los beneficios del VA están limitados y hay listas de prioridad. Además, algunos beneficios solo los pueden recibir veteranos que hayan servido durante un período de guerra.

¿Qué son los beneficios de compensación por incapacidad del VA?

Los veteranos que tengan una capacidad disminuida para trabajar debido a una herida o una enfermedad que haya iniciado o empeorado durante su servicio militar pueden tener derecho a recibir asistencia en efectivo del VA. El VA considera esta situación como una incapacidad y califica a cada incapacidad según su gravedad: entre más grave sea la incapacidad, más altos son los beneficios. Aunque no hay un límite de tiempo para solicitar los beneficios de compensación por incapacidad, entre más se espere para solicitar los beneficios, más difícil puede resultar el comprobar que su incapacidad se inició o empeoró durante su servicio militar.

¿Qué son los beneficios de pensión por incapacidad del VA?

Únicamente los veteranos con ingresos y bienes limitados pueden recibir beneficios de pensión por incapacidad. Además, el veterano tiene que haber servido 90 días o más, al menos un día durante un período de guerra y debe de estar permanentemente incapacitado. Sin embargo, la incapacidad no tiene que necesariamente ser debida al servicio militar. Estos beneficios son más altos que los beneficios de SSI y aumentan aún más para los veteranos que no puedan salir de su casa o que necesiten estar en una casa de reposo. Los veteranos que no puedan salir de su casa pueden recibir más dinero si necesitan de un familiar que los cuide.

¿Puede mi familia recibir beneficios del VA?

A veces. Su cónyuge e hijos dependientes pueden tener derecho a recibir beneficios en efectivo si usted está recibiendo beneficios por incapacidad. También pueden recibir beneficios los cónyuges e hijos dependientes que le sobrevivan.

Los hijos de ciertos veteranos pueden obtener ayuda para su educación.

¿Me puede ayudar el VA si necesito vivir en un asilo de ancianos u otro tipo de casa de reposo?

El Hogar de Veteranos de Oregón, ubicado en *The Dalles*, proporciona asilo a aquellos veteranos que cumplan con ciertos requisitos. Tiene que ser residente de Oregón, haber servido en la militar durante tiempo de guerra o de paz, haber sido dado de baja honrosamente, poder pagar los gastos que no cubra el VA, y no necesitar de asistencia médica que el hogar no pueda prestar.

El costo es de aproximadamente \$3,000 al mes. La cantidad que el veterano paga puede venir de su jubilación militar o civil, compensación del VA o pensión no conectada al servicio del VA, de su Seguro Social o de sus fondos personales. Para los veteranos que requieran de asistencia financiera, el hogar está certificado por Medicaid.

Si tiene preguntas adicionales, llame al Hogar de los Veteranos de Oregón, al 1-800-846-8460 o vaya a www.oregonveteranshome.com en Internet.

El VA pagará para una enfermera experta en un facilidad privada si el veterano mete unas criterios (e.j. prisionero de guerra). Debe que contactar el VA a ver si califica.

PROGRAMA DE ALIMENTO SUPLEMENTARIO (BENEFICIOS DE S.N.A.P.) (Tarjetas “Oregon Trail”)

¿Qué es el programa de SNAP o estampillas de comida?

El programa de SNAP es el programa de asistencia conocido como estampillas de comida. Fue promulgado por el Congreso para ayudar a familias de bajos ingresos a mantener una nutrición apropiada dándoles los medios para comprar comida. La mayoría de las familias que reciben SNAP hacen a través de tarjetas electrónicas de transferencia de beneficios (tarjetas EBT), también conocidas como tarjetas “Oregon Trail” y estas tarjetas funcionan como tarjetas de cajero automático o de débito. Le darían un PIN (un número de identificación personal) para obtener acceso a su cuenta de SNAP.

Algunas familias pueden recibir SNAP a través de un depósito directo a su cuenta bancaria en lugar de recibirlas a través de una tarjeta EBT. Esta opción es sólo para personas mayores de 65 años o para aquellas personas que reciban SSI.

¿Soy elegible para recibir beneficios de SNAP?

Para recibir beneficios de SNAP tiene que ser ciudadano de los EUA, o en su defecto, un residente calificado, y tiene que cumplir con los requisitos de ingresos y recursos. Existen otras reglas de elegibilidad que pueden ser pertinentes a su situación.

¿Cómo funcionan las tarjetas EBT (Oregon Trail)?

Una vez que se determine que es elegible para recibir beneficios de SNAP, le darán una tarjeta

Oregon Trail. Cuando compre su despensa en los supermercados principales (Safeway, Fred Meyer, etc.) la computadora de la caja automáticamente separará sus artículos comestibles de los no comestibles. Después tendrá que deslizar su tarjeta EBT/*Oregon Trail* por la máquina e ingresar su PIN. La máquina le restará la cantidad total de artículos comestibles que haya usted comprado a su cuenta de estampillas de comida. Es su responsabilidad mantenerse al tanto de lo que le quede en su cuenta.

Algunos mercados más pequeños tendrán que separar sus artículos comestibles de los no comestibles a mano, mas comoquiera aceptarán su tarjeta EBT/*Oregon Trail*.

¿Cuánto recibiré de SNAP?

La cantidad que reciba se basa en el tamaño de su familia y en sus ingresos. También le pueden hacer ciertas deducciones. Las deducciones reducen la cantidad de ingresos que le contarían al calcular la cantidad de estampillas a las que tiene derecho (incrementando así la cantidad SNAP).

¿Cómo solicito?

Si no hay menores de edad en su casa y usted es de edad avanzada o tiene una incapacidad, póngase en contacto con la Oficina de *Disability Services* de su condado. Puede encontrar una lista de los números de teléfono en la sección de recursos en este libreto en la página 77. Más información acerca del programa de SNAP, vaya a la página www.oregonlawhelp.org en Internet.

ASISTENCIA GENERAL (GA)

¿Qué es la asistencia general?

Antes de Octubre del 2005, la asistencia general era un programa de ayuda en efectivo para personas adultas solteras o parejas con ingresos y recursos limitados que estaban en espera de que les aprobaran sus beneficios de SSI. Para poder recibir GA también tenía que solicitar beneficios de SSI. Si le denegaban dichos beneficios, tenía que apelar la decisión. El programa de GA finalizó el 1^{ero} de

octubre del 2005. No es seguro si este programa será reinstituído en el futuro o no.

¿Puedo seguir recibiendo beneficios de Medical aunque ya no reciba GA?

Debe de continuar recibiendo beneficios de Medical aunque ya no reciba GA. Algunas personas que recibían GA pueden recibir OHP Plus y otras pueden recibir OHP Standard. (Véase abajo la explicación de la diferencia entre OHP Plus y OHP Standard). Tendrá derecho a OHP Plus si le aprobaron sus beneficios de GA antes de que la Oficina de SSA haya denegado su solicitud de recibir SSI. Si le denegaron su solicitud de SSI antes de que lo aprobaran para recibir GA, lo más seguro es que solo pueda obtener OHP Standard y tendrá que pagar una prima mensual para continuar recibéndolo. (Véase a continuación). También puede solicitar recibir beneficios presuntos de Medicaid si cumple con el criterio de incapacidad del Seguro Social y si no ha recibido un aviso del Seguro Social denegando su solicitud de SSI o de beneficios por Incapacidad. Por último, si ha pasado más de un año a partir de que le denegaron su solicitud de SSI o si su condición médica ha empeorado, puede volver a solicitar OHP Plus. Llame por favor a su oficina local de *Aging Services* que aparece en la lista en la página 77 de este libreto, o a la línea de beneficios públicos al **1-800-520-5292** si tiene preguntas acerca su elegibilidad a OHP Plus.

BENEFICIOS MEDICOS

MEDICARE

¿Qué es Medicare?

Medicare es un programa federal de seguros de salud que ayuda a pagar los gastos médicos y de hospital a personas de 65 años o mayores y a algunas personas incapacitadas menores de 65. Hay diferentes maneras de obtener beneficios de Medicare. A estas diferentes opciones se les llaman planes de salud de Medicare. Estos planes incluyen:

- El **Plan Original de Medicare**, disponible a nivel nacional. La **Parte A** del plan original de Medicare cubre la estadía en un hospital o centro

de enfermería especializado, y algunos servicios de atención médica en el hogar. La **Parte B** es opcional y cubre los servicios de los doctores, la atención médica de pacientes externos, y el equipo médico.

- La **Parte C de Medicare incluye los planes de atención controlada** (*Conocido como Medicare Advantage*).
- La **Parte D de Medicare** cubre el costo de algunos medicamentos recetados.

Dependiendo de donde viva, puede escoger entre el plan original de Medicare y Medicare Advantage. Es importante que sepa que Medicare no lo cubre todo, y no paga el costo total de la mayoría de los servicios o el equipo que sí cubre. Finalmente, la Acta de Cuida Económica, la ley de la reforma de cuitamiento medico que el gobierno aprobó en los principios del año 2010, cambiará Medicare. Los cambios llegan despacio y son destinados para alimentar acceso a cuitamiento, expansionar las opciones para cuida de largo duración, y disminuir los gastos para los medicamentos con receta.

¿Quién es elegible para Medicare?

Para poder obtener los beneficios de hospital de la Parte A de Medicare sin tener que pagar una prima, tiene que tener por lo menos 65 años de edad y tiene que haber trabajado (o su cónyuge tiene que haber trabajado) por lo menos 10 años (y tener 40 cuartos de cobertura) en un trabajo que cubría Medicare. Si es menor de 65, puede obtener Medicare si ha recibido beneficios del seguro social o beneficios por incapacidad de la Junta de Retiro Ferroviario por 24 meses.

Para poder obtener los beneficios de servicios médicos de la Parte B opcional, tiene que cumplir los requisitos de la Parte A y pagar una prima mensual que normalmente aumenta cada año. Los beneficiarios de Medicare de bajos ingresos pueden recibir ayuda para pagar las primas y en algunos casos, pueden también recibir ayuda para pagar los deducibles y los copagos.

También es posible obtener Medicare independientemente de su edad si padece de una enfermedad renal en etapa final (fallo permanente de los riñones que requiera diálisis o transplante renal) o si padece de esclerosis amiotrófica lateral

(también conocida como la enfermedad de Lou Gehrig) incluso si no está recibiendo beneficios de SSA. Para obtener más información acerca de otros grupos que puedan obtener beneficios de Medicare, llame a Medicare al 1-800-633-4227 o visite el sitio de Medicare en Internet: <http://www.medicare.gov>.

¿Cuánto cuestan las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare?

Con el plan original de Medicare, no tiene que pagar una prima para obtener la Parte A si tiene por lo menos 65 años de edad y si usted o su cónyuge trabajaron por lo menos 10 años (o 40 cuartos) en un trabajo que cubría Medicare. Las primas de la Parte B opcional se fijan una vez al año y depende en los gastos de cuida médica. Alguien que tuvo su prima de Parte B retenido por su beneficio de Seguro Social el 31 de Diciembre del 2009 no fue sometido a los subes de 2010 porque no fue COLA por los beneficios de Seguridad Social. De todos modos, alguien que está elegible por Medicare Parte B empieza los retenidos el primer de enero del 2010 o después tendrán que pagar \$110.50 por mes en 2010. Las personas con ingresos más altos (más que \$85,000 al año para una persona soltera o \$170,000 para una pareja en 2009) pagan una prima más alta. La premia está determinada por los ingresos que tiene. Llame o vaya a su oficina del Seguro Social local para obtener las tarifas de las primas o puede consultar el sitio en Internet de Medicare: <http://www.medicare.gov>.

¿Puedo obtener beneficios de la Parte A de Medicare si no he pagado suficientes impuestos a Medicare a través de mi trabajo?

A veces. Si usted o su cónyuge tiene 65 años o más, puede comoquiera comprar la Parte A. Llame o vaya a su oficina local del Seguro Social para obtener más información acerca de cómo comprar la Parte A de beneficios de hospital.

¿Cuándo debo de inscribirme a Medicare?

Inscríbase tres meses antes de cumplir los 65 años de edad, incluso aunque no se piense jubilar a los 65. Se puede inscribir en su oficina local del Seguro Social o por correo. Si se espera a inscribirse después de cumplir los 65 o si no se

inscribe cuando le toca al estar recibiendo beneficios por incapacidad, el seguro le puede salir más caro. El costo de la Parte B puede subir hasta 10% por cada período de 12 meses en que usted pudo haberse inscrito para obtenerla, con la excepción de algunos casos especiales.

¿Si no me inscribí a la Parte B al principio, cuando recién calificué para hacerlo, cuando lo debo de hacer?

Si no se inscribió a la Parte B cuando le tocaba, lo puede hacer durante el período de inscripción general, del 1ero de enero al 31 de marzo de cada año. Hay excepciones a esta regla si usted estaba cubierto por un plan de seguro médico como una empleada o cónyuge de empleada.

¿Puedo recibir Medicare a los 65 años de edad, aunque todavía no cumpla la edad de jubilación del Seguro Social?

Por lo pronto sí puede recibir Medicare a los 65, incluso aunque la edad de jubilación del Seguro Social esté aumentando para algunas personas hasta los 67 años. La edad para inscribirse a Medicare no ha cambiado.

¿Qué servicios cubre el plan original de Medicare?

Parte A de Medicare: Le ayuda a pagar su internación en hospitales y centros de enfermería especializada. También le ayuda a pagar el cuidado de hospicio, y cierto tipo de cuidado en el hogar.

Parte B de Medicare: Le ayuda a pagar los servicios del médico, el cuidado de pacientes externos, y otros servicios médicos que no cubre la Parte A, tales como algunos de los servicios de terapeutas físicos y ocupacionales, equipo médico duradero, como el equipo de oxígeno, sillas de ruedas, prótesis de seno después de una mastectomía, equipo que su doctor le haya indicado debe usar en casa y cierto tipo de cuidado en el hogar. La Parte B ayuda a pagar estos servicios y equipo médico cuando sean “necesarios por razones médicas”.

¿Cuáles costos no cubre la Parte A y Parte B del plan original de Medicare?

Los costos médicos que no están cubiertos por el Plan Original de Medicare incluyen y no se limitan a: Deducibles, primas, coseguros,* o copagos cuando reciba servicios de atención médica; recetas médicas para pacientes externos en la mayoría de los casos; el cuidado dental y dientes postizos en la mayoría de los casos; audífonos y exámenes del oído; acupuntura; cirugía cosmética; ayuda para bañarse, vestirse, ir al baño y comer, ya sea en casa o en un asilo; servicios médicos que reciba estando fuera de los EUA en la mayoría de los casos; zapatos ortopédicos y cuidado rutinario de los pies; cuidado rutinario de los ojos y la mayoría de los anteojos; exámenes físicos anuales o rutinarios; la mayoría de las exploraciones médicas (*screening tests*); y la mayoría de las vacunas.

*Encontrará más información de como obtener ayuda con estos costos en la próxima sección: “Asistencia a Beneficiarios de Medicare de Bajos Ingresos.”

¿Qué es la Parte C de Medicare?

La Parte C de Medicare se llama Medicare Advantage. Esta es otra manera de conseguir beneficios de Medicare en algunas áreas. Generalmente, la Parte C ofrece tres tipos de planes: plantas de local y regional Preferred Provider Organizations (PPO), Private Fee-For-Service (PFFS) y los Organizaciones del Mantenimiento de Salud (HMO's). Los HMO's puede ofrecer un plan de “Necesidades Especiales”(SNP) para los participantes quien califiquen por Medicare o Medicaid, reciben servicios de cuidado del largo plazo, o si tiene incapacidades severos. Si tiene un plan de Medicare + Choice, le debe de cubrir por lo menos los mismos beneficios que cubre la Parte A y la Parte B de Medicare. Sin embargo, sus costos pueden ser diferentes y puede tener beneficios extra, como una cobertura más completa de recetas médicas o de días extra en el hospital.

¿Qué es la Parte D de Medicare?

La Parte D de Medicare es el nuevo programa de cobertura de recetas médicas que fue aprobado por

el Congreso en el 2003. Se puso en efecto el 1ero de enero del 2006. Cualquier persona que tenga ya sea la Parte A o la Parte B de Medicare tiene derecho a obtener la Parte D. (Encontrará más información acerca de la Parte D de Medicare en la sección sobre recetas médicas.)

¿Cómo escojo entre los planes de Medicare?

Cuando compare los diferentes planes médicos, evalúe los siguientes factores: costo, beneficios extra, selección de doctores, conveniencia y calidad. Investigue que planes hay en su área, que ofrece cada plan, y tome la decisión que mejor le convenga.

En Oregón, puede llamar al programa de Asistencia con los Beneficios de Seguros Médico para Ancianos, (*Senior Health Insurance Benefits Assistance*, SHIBA). Este programa brinda información y orientación para ayudarlo a tomar la mejor decisión posible en cuanto a su cobertura médica. Puede llamar a SHIBA al 1-800-722-4134. También puede usar una herramienta en Internet para ayudarlo a encontrar el mejor plan personal (*personal plan finder tool*) en donde encontrará una lista de opciones de planes de Medicare en: <http://www.medicare.gov>.

¿Cuáles son las políticas de pago de Medicare?

Con la Parte A del plan original de Medicare, usted tiene que pagar los deducibles y los copagos antes de que Medicare le haga un pago. Algunas de las personas que no tengan suficiente cobertura a través de su trabajo también pueden pagar primas para recibir la cobertura de la Parte A. La Parte B opcional tiene primas, deducibles y copagos que usted tendrá que pagar, a menos de que se los cubra otra póliza de seguro, alguna Organización de Mantenimiento de Salud (HMO), Medicaid o algún otro programa para individuos de bajos ingresos.

La Parte A del plan original de Medicare, solo le cubre 90 días de estadía en el hospital, con algunas excepciones. Usted tendrá que pagar un deducible y varios copagos durante ese período. La Parte B del plan original de Medicare pagará el 80% de los *costos aprobados* de los servicios médicos que

reciba, cantidad que resultará menor a lo que le cobre

su doctor. Si su doctor acepta la *asignación*, quiere decir que está de acuerdo con aceptar la cantidad aprobada por Medicare como pago completo por sus servicios, aunque no sea la cantidad que inicialmente le haya cobrado.

Los contratistas de Medicare son quienes reclaman los pagos de la Parte A y Parte B. Si necesita ayuda para obtener un pago de Medicare o si tiene preguntas acerca de su cobertura, llame a Medicare al 1-800-633-3227 o a SHIBA al 1-800-722-4134.

¿Puedo rechazar la cobertura de la Parte B (seguro médico)?

Sí. Para rechazar la Parte B, cuando se inscriba a Medicare, regrese el formulario correcto que viene con su tarjeta original de Medicare. Sin embargo, si después se arrepiente, tendrá que pagar una prima mensual más alta (un recargo o prima) para poder obtener la cobertura de la Parte B. Entre más se tarde en inscribirse, más alta será la prima. Si ya tiene seguro médico por un plan de empleador, es muy importante que usted confirme con su plan que no es necesario inscribirse en Parte B. Algunas personas pueden conseguir ayuda para pagar sus primas de la Parte D, si sus ingresos son lo suficientemente bajos (Vea Asistencia para Beneficiarios de Medicare para la gente de bajos ingresos).

¿Pueden las personas que no sean ciudadanas obtener Medicare?

Una persona que no sea ciudadana, si reside legalmente en los EUA, puede obtener cobertura de Medicare si cumple con todas las demás reglas y requisitos de elegibilidad. Consulte con un abogado para determinar si su condición migratoria le permite obtener esta cobertura.

¿Los beneficios de Medicare cubren el cuidado de hospicio?

El hospicio es el cuidado y apoyo brindado a pacientes terminales y a sus familiares ya sea en casa o en una residencia de hospicio. Para que

Medicare le cubra estos servicios, tiene que firmar una solicitud donde escoge el hospicio en lugar de los otros servicios que cubre Medicare. Consulte con su médico acerca de los servicios de hospicio.

ASISTENCIA A BENEFICIARIOS DE MEDICARE DE BAJOS INGRESOS

Existen cuatro programas para ayudar a los beneficiarios de Medicare de bajos ingresos a pagar sus primas de Medicare y, en algunos casos, la cantidad del deducible y coseguro. Efectivo enero 1, 2010, estos programas no son sujetos al recobro de bienes por el estado. En Oregón, estos programas se llaman:

- Beneficiario Calificado de Medicare-Básico (*Qualified Medicare Beneficiary-Basic*) (QMB-BAS)
- Beneficiario Calificado de Medicare-Trabajador Incapacitado (*Qualified Medicare Beneficiary-Disabled Worker*) (QMB-DW)
- Beneficiario Calificado de Medicare-Beneficiario Especial de Medicare (*Qualified Medicare Beneficiary-Special Medicare Beneficiary*) (QMB-SMB)
- Beneficiario Calificado de Medicare-Medicare Suplemental Completo (*Qualified Medicare Beneficiary - Supplemental Medicare Full*) (QMB-SMF)

1) BENEFICIARIO CALIFICADO DE MEDICARE – BÁSICO (QMB-BAS).

¿Quién es elegible?

Para obtener QMB-BAS, la persona tiene que:

- Ser elegible para obtener el Seguro de Hospital de Medicare (Parte A); y
- No tener más de \$6,600 de recursos por persona o \$9,910 por pareja; y
- No exceder el límite de ingresos anuales del Nivel Federal de Pobreza (en el 2010, \$903 al mes por persona y \$1,215 al mes por pareja).

*El límite de pobreza federal está ajustado anual basado en un formulario complejo que es diferente que lo está usado determinar alimentos de COLA y premios de Medicare. El FLP en 2010 fue más bajo en 2009 (la primera vez que ha pasado desde 1965) pero el Congreso votó para ampliar los límites de

2009 para evitar reducciones en elegibilidad para Medicare y SNAP.

¿Cuáles son los beneficios?

El estado les pagará lo siguiente a las personas que califiquen para QMB-BAS:

- La prima mensual de la Parte B (\$96.40 al mes para las personas que tuvieron las Primas de Parte B **retenidas** de sus beneficios de seguro social desde el 31 de Diciembre del 2009; \$110.50 cada mes por cada persona inscrita en 1ª de Enero 2010).
- La prima mensual de la Parte A para aquellas personas que no hayan podido obtener la Parte A gratis; y
- Todas las cantidades de deducibles y coseguros de Medicare.

2) BENEFICIARIO CALIFICADO DE MEDICARE-TRABAJADOR INCAPACITADO (QMB-DW)

¿Quién es elegible?

Para poder obtener QMB-DW, la persona tiene que:

- Ser elegible para obtener el Seguro de Hospital de Medicare (Parte A) por ser un trabajador incapacitado. Esta categoría incluye a personas menores de 65 que no califiquen para recibir beneficios por incapacidad del Seguro Social por tener un trabajo bien remunerado, pero pueden pagar una prima para seguir obteniendo la Parte A de Medicare;
- No tener recursos que excedan de \$6,600 por persona o \$9,910 por pareja; y
- Tener un ingreso anual que no exceda el 200% del Nivel Federal de Pobreza (en el 2010, \$1,805 al mes por persona y \$2429 al mes por pareja). OAR 461-155-0291.

¿Cuál es el beneficio?

El pago de las primas de la Parte A de Medicare.

3) BENEFICIARIO CALIFICADO DE MEDICARE – BENEFICIARIO ESPECIAL DE MEDICARE (QMB-SMB)

¿Quién es elegible?

Para poder obtener QMB-SMB, la persona tiene que:

- Estar recibiendo el Seguro de Hospital de Medicare (Parte A); y
- No tiene recursos que excede \$6,600 por un individuo o \$9,910 por una pareja; y
- Tener un ingreso anual que sobrepase el 100% del Nivel Federal de Pobreza (FPL), pero que **no** exceda el 120% del FPL (en el 2010, \$1083 al mes por persona y \$1,457 al mes por pareja). OAR 461-155-0295; y
- No poder recibir Medicaid de ninguna otra manera.

¿Cuál es el beneficio?

El estado únicamente les paga la prima mensual de la parte B (\$96.40 al mes para la mayoría de las personas en el 2009) a las personas que califiquen para QMB-SMB.

4) BENEFICIARIO CALIFICADO DE MEDICARE – MEDICARE SUPLEMENTAL COMPLETO (QMB-SMF)

¿Quién es elegible?

Para poder obtener QMB-SMF, la persona tiene que:

- Tener derecho a obtener el Seguro de Hospital de Medicare (Parte A); y
- No tener recursos que sobrepasen los \$6,600 por persona o \$9,910 por pareja; y
- Tener un ingreso anual que sobrepase el 120% del Nivel Federal de Pobreza, pero que **no** exceda el 134% del mismo (en el 2010, \$1,219 al mes por persona y \$1,640.13 al mes por pareja).

Aquellas personas que vivan en un asilo de ancianos o en un hogar de cuidado intermedio para retrasados mentales (ICF/MR), o en un hospital, no podrán obtener QMB-SMF si su ingreso es mayor o igual al 120% del Nivel Federal de Pobreza.

¿Cuál es el beneficio?

El estado les paga únicamente la prima mensual de la Parte B (\$96.40 al mes para individuos que tuvo Primas de Parte B retenidas de su seguro social desde el 31 de Diciembre del 2009; \$110.50 al mes por los que inscripta el primer de Enero del 2010) El programa de QMB-SMB tiene un límite de inscripciones en base a la asignación de fondos federales del Estado de Oregon.

¿Dónde puedo conseguir más información acerca de estos programas?

Para obtener más información acerca de estos programas visite www.dhs.state.or.us o llame a su oficina local del Departamento de Recursos Humanos.

¿Cómo puedo solventar los costos que no cubre el Plan Original de Medicare?

Algunas de las personas en el Plan Original de Medicare compran una póliza de Medigap o tienen cobertura suplementaria a través de su antiguo trabajo para ayudarlos a pagar los gastos que el plan original de Medicare no les cubre. Dependiendo de sus ingresos, sus recursos y de sus necesidades médicas, es posible que tenga derecho a la cobertura estatal de Medicaid. Refiérase a la sección de Medicaid en este libreto para obtener más información acerca de Medicaid y de otros programas que le cubren los gastos médicos a las personas de bajos ingresos.

APELACIONES DE MEDICARE

¿Si me niegan la cobertura de Medicare o de alguno de los planes de Medicare de atención controlada, puedo apelar la decisión?

Sí. Si le niegan el pago de algún artículo o servicio que haya recibido, o si se niegan a darle un artículo

o servicio que usted considera que necesita, tiene el derecho de apelar estas decisiones. Puede apelar si tiene el Plan Original de Medicare o si tiene el plan de la Medicare Advantage, que es un plan de atención controlada. En la mayoría de los casos hay un procedimiento estándar para apelar las decisiones de Medicare y un procedimiento acelerado si su vida, su salud, o su habilidad para recuperar su funcionamiento máximo están en peligro.

Nota: las reglas de Medicare para hacer apelaciones han estado cambiando en los últimos años. Hemos tratado de brindarle la información más reciente, pero le recomendamos que se ponga en contacto con la oficina de Servicios Legales o con un abogado especialista en las leyes pertinentes a las personas de la tercera edad para que lo ayude con sus necesidades específicas.

1. Apelaciones de la Parte A y B de Medicare por Reclamaciones de Honorarios-por-Servicio.

Resumen de las Apelaciones de la Parte A y B

- 1) Determinación inicial (120 días para apelar)**
- 2) Re-determinación (180 días para apelar)**
- 3) Reconsideración (60 días para apelar)**
- 4) Audiencia ante un Juez de Derecho Administrativo (60 días para apelar)**
- 5) Departamento de la Junta de Apelaciones (60 días para apelar)**
- 6) Tribunal Federal de Primera Instancia**

PASO 1: DETERMINACIÓN INICIAL: Si está inscrito en Medicare, sus derechos de apelación vienen en el reverso de la Explicación de sus Beneficios de Medicare o en su Resumen de Medicare que le envían por correo cuando le aprueban o le niegan un servicio o equipo.

PASO 2: RE-DETERMINACIÓN: Si desea una re-determinación, presente una Solicitud de Revisión de su reclamación antes de que pasen 120 días de haber recibido el aviso. Puede obtener la solicitud en Internet, <http://www.medicare.gov>. Tendrá que presentar la solicitud a el contratista de Medicare indicada en su aviso de la denegación. En algunos casos se puede solicitar una revisión por teléfono.

PASO 3: RECONSIDERACIÓN: Si solicitó un servicio o un pago y Medicare tomó la decisión de negarle la totalidad o parte de lo que pidió, usted puede pedir que reconsideren su decisión. Tiene que solicitar la Reconsideración de su reclamación dentro de 180 días de haber recibido el aviso de denegación de Medicare. Puede obtener una forma para solicitar la reconsideración en la misma página de Internet que aparece en el paso 2. Tiene que presentar esta forma con la compañía (conocida como un calificado contratista individual) o con el proveedor indicado en su aviso de denegación. Una decisión debe que ser publicado dentro de 60 días o usted puede pedir mandar el caso a un juez administrativo. No hay un clama mínima para entregar un solicitud de redeterminación o reconsideración.

PASO 4: AUDIENCIA ANTE UN JUEZ DE DERECHO ADMINISTRATIVO: Si usted no está de acuerdo con la decisión tomada en la reconsideración, tiene 60 días para pedir una audiencia ante un juez de Derecho Administrativo (*Administrative Law Judge ALJ*). Puede conseguir la forma para solicitar la audiencia en el sitio de Medicare en Internet mencionado en el paso 2. Debe de presentar dicha forma a la Oficina de Audiencias de Medicare y Apelaciones (Office of Medicare Hearings and Appeals, “*OMHA*”). Tiene que estar reclamando un monto mínimo de aproximadamente \$130 dólares en 2010 con el ajuste de la inflación. Su audiencia será por teléfono o por video. Puede también pedir que su audiencia sea en persona, y se llevará a cabo a potestad del juez (ALJ).

PASO 5: DEPARTAMENTO DE LA JUNTA DE APELACIONES: Si usted no está de acuerdo con la decisión tomada por el juez (ALJ), puede presentar una apelación a la Junta de Apelaciones de Medicare no después de 60 días a partir de la decisión de la audiencia. Tendrá que llenar la forma 101 del Departamento de la Junta de Apelaciones (DAB). Puede encontrar esta forma en <http://www.hhs.gov/dab/DAB101.pdf>. Tiene que presentar esta apelación al:

Department of Health and Human Services
Department Appeals Board, MS 6127
Medicare Appeals Council

330 Independence Avenue, SW, Room G-644
Washington, D.C. 20201

PASO 6: TRIBUNAL FEDERAL DE PRIMERA INSTANCIA: Puede apelar la decisión de la Junta de Apelaciones en el Tribunal Federal de Primera Instancia dentro do 60 días a partir de que la Junta de Apelaciones haya tomado su decisión siempre y cuando el monto que esté reclamando exceda el monto mínimo requerido. Dicho monto en el 2010 era \$1,260, pero ha cambiado debido a la inflación. Puede obtener recursos de apelación adicionales en el tribunal federal.

2. Apelaciones de la Parte A de Medicare por Reclamaciones Relacionadas a Estadías en el Hospital.

Si el hospital o el plan de atención controlada en el que esté quiere darlo de alta del hospital antes de que usted esté listo para irse, pídale al hospital que le de esta orden de salida por escrito. En cuanto tenga su orden de salida por escrito, o no más tarde del mediodía del primer día laboral después de haber recibido la orden de salida, llame al *Oregon Medical Professional Review Organization* (OMPRO) para pedir una revisión inmediata al 1-800-344-4354. OMPRO es una organización no lucrativa financiada por el gobierno federal para llevar a cabo estas revisiones y darle asesoría en cuanto a sus derechos de Medicare.

OMPRO le avisará por teléfono y por escrito sobre la decisión que tome el doctor que lleve a cabo la revisión. Usted no tiene que pagar por la atención médica que reciba mientras su caso esté bajo revisión. Si el doctor que lleve a cabo la revisión decide que usted necesita quedarse en el hospital, Medicare continuará pagando su estadía en el hospital. Si el doctor decide que usted se puede ir, pero usted decide quedarse, usted será el responsable por pagar su estadía en el hospital de ese día en adelante. Si el doctor decide que no se tiene que quedar en el hospital, y usted se queda, tiene la opción de solicitar revisiones adicionales de dicha decisión, como lo indican los pasos 3 a 6 arriba mencionados, sin embargo, si no revocan la decisión, usted será el responsable de pagar la atención médica que recibió.

3. Derechos de Apelación del Plan de Atención Controlada de Medicare:

Si usted tiene un plan de Medicare + Choice o un Plan Advantage de Medicare también tiene el derecho de apelar las decisiones de denegación de cobertura o servicios. El plan de atención controlada debe de darle las instrucciones de cómo apelar por escrito.

PASO 1: DETERMINACIÓN: Su plan médico debe de tener un procedimiento estándar para realizar determinaciones por escrito o para denegar o conceder la totalidad o parte de su solicitud de cobertura. En algunos casos, si su vida o su salud corren peligro, puede tener derecho a que determinen su cobertura en 72 horas.

PASO 2: RECONSIDERACIÓN de su plan médico: Si usted solicitó que el plan le diera un servicio o un pago y el plan decidió denegarle todo o parte de lo que pidió, puede pedirle al plan que reconsidere su decisión dentro de 60 días de la fecha de la determinación de la organización. Puede presentar su solicitud al representante de su plan médico. Si tiene una buena razón por la cual no pudo presentar su solicitud de revisión en ese plazo, es posible que el plan le otorgue una extensión. Le deben de responder su solicitud dentro de 30 días, 60 días para una solicitud de pago, 72 horas si es una petición de acelerada.

PASO 3: REVISIÓN INDEPENDIENTE: Si su plan médico no cambia su decisión después de que usted les pidió que reconsideraran, el plan le debe de enviar su expediente a una compañía externa para que lleve a cabo una revisión independiente. Puede entregar pruebas extras, pero necesita entregarlas dentro de 10 días de recibir su carta de IRE.

PASO 4: AUDIENCIA ANTE UN JUEZ DE DERECHO ADMINISTRATIVO: Si la compañía independiente que realiza la revisión concuerda con

la decisión de su plan médico, entonces usted puede pedir una audiencia ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos (*U.S. Department of Health*

and Human Services) siempre y cuando su reclamación sea más alta de aproximadamente \$130 en 2010. Tiene que pedir la audiencia administrativa dentro de 60 días calendarios de la fecha de la decisión usando una forma disponible en el sitio de Medicare en Internet, <http://www.medicare.gov>. Tiene el derecho tener representación en la audiencia. El ALJ debe que aprobar los gastos que el representante le carga.

PASO 5: DEPARTAMENTO DE LA JUNTA DE APELACIONES: Si usted no está de acuerdo con la decisión que tome el Juez de Derecho Administrativo, puede entonces presentar su apelación ante la Junta de Apelaciones de Medicare dentro de 60 días de la decisión de la audiencia usando la forma 520 del Departamento de Apelaciones (*Department Appeals Board, DAB*). Para conseguir dicha forma, vaya a: <http://www.hhs.gov/dab/DAB101.pdf>. Mande su solicitud para obtener una revisión a:

Department of Health and Human Services
Department Appeals Board, MS 6127
Medicare Appeals Council
330 Independence Avenue, S.W., Room G-644
Washington, D.C. 20201

PASO 6: TRIBUNAL FEDERAL DE PRIMERA INSTANCIA: Puede apelar la decisión de la Junta de Apelaciones en el Tribunal Federal de Primera Instancia dentro de 60 días de que dicha Junta haya tomado su decisión siempre y cuando la cantidad de su reclamación sobrepase el mínimo requerido. El mínimo es de \$1,260 en el 2010, con ajustes debido a la inflación. Puede obtener recursos adicionales de apelación en el Tribunal Federal. Por lo general, para apelar su caso en el Tribunal Federal necesitará la asistencia de un abogado.

¿Quién puede apelar las decisiones de Medicare?

Si usted está inscrito en Medicare, ambos usted o su representante autorizado pueden presentar una apelación si Medicare le deniega cobertura, un servicio o equipo.

COBERTURA DE RECETAS MÉDICAS

¿Qué es la Parte D de Medicare de cobertura de recetas médicas?

Hay un nuevo beneficio de Medicare de cobertura de recetas médicas que se puso en efecto el 1^{er} de enero del 2006 para personas inscritas en el programa original de Medicare. Se llama “Beneficio de Medicare Parte D Recetas Médicas”. La cantidad que tendrá que pagar para obtener el beneficio de recetas médicas de Medicare en el 2010 dependerá de sus ingresos, sus recursos, y de si califica o no para recibir beneficios de Medicaid. El beneficio de cobertura de recetas médicas no es de Medicare mismo. Tendrá que elegir e inscribirse en un plan privado para poder obtener cobertura de recetas médicas. La Acta de Cuida Económica contiene cambios a Medicare Parte D disminuirá los gastos para los afiliados. Los cambios, de todos modos, estarán implementados por los próximos diez años.

¿Tengo que inscribirme a uno de los nuevos planes si ya tengo cobertura de recetas médicas a través de mi antiguo empleador o de mi Plan de Medicare Choice?

Si usted ya tiene cobertura de recetas médicas a través de la organización para la cual trabajaba, puede continuar haciéndolo, y Medicare le ayudará a su empleador a pagar su cobertura. Su antiguo empleador le debe de dar una carta informándole si usted tiene o no cobertura válida bajo su plan. Es importante saber si cuenta con cobertura válida antes de decidir si inscribirse o no al plan de la Parte D de Medicare. Puede también continuar recibiendo cobertura de recetas médicas a través de su plan de atención controlada, ahora llamado Plan Advantage de Medicare.

¿Cuánto costarán las primas, deducibles y los copagos?

- Ingresos menores al 100% del nivel de pobreza: Las personas con ingresos menores al 100% del nivel federal de pobreza que califican para los beneficios de Medicare y los beneficios completos de Medicaid no tienen que pagar ninguna prima siempre y cuando el plan que

escojan no cueste más del costo promedio para obtener cobertura básica en su área geográfica. En 2010, la cuota para el plan básico es \$31.94. Tampoco tienen deducibles ni períodos sin cobertura. Tienen un copago de \$1.10 para medicamentos genéricos y un copago de \$3.30 para medicamentos de marca. No tienen que pagar copagos después de haber gastado \$3,610 de su propio bolsillo.

- Ingresos menores al 135% del nivel de pobreza: Algunas personas con ingresos menores al 135% del nivel de pobreza que no califiquen para Medicaid o de los programas de Medicare comprable tienen que estar bajo cierto límite en cuanto a sus bienes; no pueden tener más de \$8,100 de recursos por persona o de \$12,910 por pareja. No tienen que pagar prima siempre y cuando el plan que escojan no cueste más del costo promedio para obtener cobertura básica en su área geográfica. Tampoco tienen deducibles, ni períodos sin cobertura. Como mínimo, tienen que pagar \$2.50 por medicamentos genéricos y \$6.30 por medicamentos de marca.
- Ingresos menores al 150% del nivel de pobreza: Las personas con ingresos menores al 150% del nivel de pobreza tienen que estar bajo cierto límite en cuanto a sus bienes; no pueden tener más de \$12,510 en recursos por persona o de \$25,010 por pareja. Pagan una prima (máximo de \$28) basada en sus ingresos y un deducible de \$63. Tienen que pagar pequeños copagos para obtener medicamentos genéricos y de marca. No tienen que pagar copagos una vez que gasten \$4,350 de su propio bolsillo.
- Ingresos por encima del 150% del nivel federal de pobreza: La cantidad de la prima, el deducible y el copago para una persona con ingresos por encima del 150% del nivel de pobreza varía dependiendo del plan. En el 2010 la prima será aproximadamente de \$31.94 al mes. Habrá un deducible anual de \$310. Habrá un copago de aproximadamente 25% (\$630 en 2010) para gastos de su propio bolsillo de entre \$310 y \$2,830. Para los gastos de medicamentos recetados de entre \$2,830 y \$3,610 habrá un período sin cobertura llamado en inglés “*donut*”

hole". El beneficiario de Medicare que tenga este nivel de ingresos será responsable por el costo total de sus medicamentos de entre \$2,830 y \$4,550, o por \$3,610 (\$6,440 - \$2,830) Es el equivalente a un tope de gastos de su propio bolsillo de \$4,550 incluyendo el deducible ya pagado y \$630 en copagos. Los copagos hacia los medicamentos aprobados por el plan son los únicos que cuentan para el tope de gastos de su propio bolsillo. Una vez que gaste \$4,550 de su propio bolsillo en medicamentos aprobados, el participante de Medicare tendrá que hacer un copago del 5% hacia gastos adicionales de recetas médicas. Los niveles de beneficios cambian anualmente.

¿Si vivo en una institución tengo que pagar para mis medicamentos?

No. Los individuos que son elegible para Medicaid y Medicare y vive en un facilidad de ICD-MR de enfermería especializada y instituciones de salud mental no tiene ningún gasto para sus medicamentos.

¿Cómo me inscribo a la Parte D de Medicare de cobertura de recetas médicas?

Para poder obtener cobertura de recetas médicas tiene que escoger e inscribirse en un plan privado. Hay aproximadamente 45 planes independientes de cobertura de recetas médicas en Oregón, cada uno tiene costos y beneficios diferentes. Advantage de Medicare tiene muchos planes disponibles, ya que varían bastante de un condado a otro. Para poder determinar el plan que más le convenga, tiene que saber cuales medicamentos toma.

¿Cuánto tiempo tengo?

Se les impondrá una penalidad por inscripción tardía a las personas que no se inscriban al plan de recetas médicas la primera vez que sean elegibles para hacerlo, a menos de que ya tengan una cobertura comparable a la cobertura de recetas médicas de la Parte D de Medicare. La cobertura de una póliza de Medigap no se considera comparable. Las coberturas que sí se consideran comparables son las obtenidas a través de empleadores, así como

los beneficios de VA (veteranos) y de TriCare. Si una persona cuenta con una de estas coberturas, puede demorarse en inscribirse a la Parte D sin que le cobren una penalidad. El período inicial de inscripción para obtener los beneficios de la Parte D es del 15 de noviembre 15 de Diciembre del 2009 para el próximo año.

¿Si no me gusta el plan en el que me inscribí, me puedo cambiar de plan?

La mayoría de las personas inscritas en la Parte D de recetas médicas únicamente podrán cambiar de plan una vez al año durante el período de inscripción abierta entre el 15 de noviembre y el 31 de diciembre. Las personas que califican para Medicare y Medicaid pueden cambiar de planes una vez cada 30 días.

¿Todos mis medicamentos estarán cubiertos?

Los planes de Medicare de recetas médicas no necesariamente cubren todos los medicamentos existentes y recetados. Solo tienen que cubrir por lo menos dos de la mayoría de las "clases" de medicamentos. Algunas de las clases de medicamentos que el Plan D no cubre son las medicinas para bajar de peso, benzodiazepinas (como Xanax, Valium), y barbitúricos (generalmente se usan para tratar convulsiones). Investigue que medicamentos cubren los planes de recetas médicas que ofrecen en su área y trate de inscribirse a uno que cubra los medicamentos que esté tomando actualmente. Puede investigar esto usando una herramienta en Internet o consiguiendo los formularios que proporcionan los diferentes planes que esté usted considerando. Puede ser que necesite la ayuda de alguien más para hacer esta investigación. Llame a su oficina local de SHIBA para conseguir ayuda.

Si el plan no cubre los medicamentos exactos que está tomando, el plan le debe de otorgar un período de transición en el cual le cubren sus medicamentos actuales por un plazo determinado de tiempo mientras consulta con su doctor para encontrar un medicamento alternativo que sí esté cubierto por el plan, o si no, tendrá que pedir una excepción.

¿Qué puedo hacer si el plan no cubre uno de los medicamentos que tengo que tomar?

Si su doctor considera que debe de seguir tomando su medicamento actual y no debe de cambiar a uno cubierto por el plan, usted o su doctor pueden ponerse en contacto con su plan y pedir una *excepción*. Si el plan se niega a otorgarle la excepción, puede entonces apelar esta decisión. Hay límites de tiempo muy estrictos para que el plan tome una decisión y para que usted presente una apelación. Es un proceso complejo por lo que debe de llamar a la oficina de SHIBA o a la oficina de Servicios Legales que le corresponda.

¿Puede un plan dejarme de cubrir?

El plan de Medicare de recetas médicas puede dejarlo de cubrir o incrementar el costo de la cobertura de uno o todos sus medicamentos sin razón alguna siempre y cuando le den 60 días de notificación y que tengan la aprobación del gobierno federal. El plan también puede terminar su cobertura si ha determinado que usted no está cooperando o se está mostrando hostil hacia el programa.

MEDICAID

¿Qué es Medicaid?

Medicaid es un programa estatal y federal conjunto de asistencia médica para ciertas personas de bajos ingresos. La manera en que el gobierno federal proporciona parte del financiamiento de Medicaid es igualando con dólares de impuestos federales el dinero que cada estado le designa en su presupuesto a Medicaid. El estado tiene que seguir algunas reglas federales, pero como el estado es el encargado de administrar el programa de Medicaid, le puede pedir permiso al gobierno federal de desviarse de dichas reglas. Por lo mismo, los requisitos para recibir Medicaid y los servicios de atención médica que brinda el programa pueden ser muy diferentes dependiendo del estado.

¿Tengo que ser ciudadano de los Estados Unidos para recibir Medicaid?

No. Muchas personas no ciudadanas son elegibles para recibir beneficios médicos, pero hay algunas restricciones. El solicitante tiene que presentar un comprobante de su condición migratoria.

¿Tengo que comprobar que soy ciudadano de los EUA?

Cualquier persona que diga ser ciudadano de los EUA en su solicitud tiene que presentar un comprobante de identidad y de ciudadanía para recibir Medicaid. Esta regla no es aplicable a las personas que reciben Seguro Social por Incapacidad (SSDI), Ingreso del Seguro Social (SSI) o Medicare. El Departamento de Servicios Humanos tiene una lista de documentos que puede usted usar para cumplir con este requisito. Su trabajador de caso puede ayudarlo a obtener los comprobantes necesarios.

¿Qué es el Plan de Salud de Oregón (*Oregon Health Plan*)?

A principios de la década de los noventa, Oregón obtuvo permiso del gobierno federal de ofrecer servicios médicos a través de Medicaid a más personas de las que hubiera podido cubrir bajo las reglas federales. Lo hizo a través del Plan de Salud de Oregón (*Oregon Health Plan, OHP*). Oregón también consiguió el permiso del gobierno federal de limitar la cobertura de ciertas enfermedades y condiciones médicas. Inicialmente, el OHP brindaba los mismos tipos de beneficios a todas las personas de bajos ingresos que no tuvieran seguro médico que cumplieran con las reglas de elegibilidad del OHP, pero esto cambió en el 2002. En el 2002, se recortó considerablemente el presupuesto de OHP y se dividió en dos planes: OHP Plus y OHP Standard. OHP Plus presta servicios médicos a todos aquellos que están cubiertos por Medicaid bajo las reglas federales. OHP Standard cubre a un número limitado de personas de bajos ingresos que no tengan ningún otro tipo de seguro médico y que no tengan acceso a un seguro médico privado.

En 2009, OHP Standard abrió para permitir las solicitudes de 35,000 nuevos solicitantes. La gente

que califica puede poner su nombre en una lista para la oportunidad recibir una solicitud de OHP Standard. El 21 de Julio de 2010, 21,000 nombres eran seleccionados al azar de la lista de reservaciones. La gente seleccionada puede petitionar para recibir OHP Standard.

¿Quién es elegible para OHP Plus?

Las personas que son elegibles para recibir SSI o Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (*Temporary Assistance for Needy Families, TANF*) son elegibles para recibir OHP Plus (Medicaid). No tiene que estar recibiendo dinero de ninguno de estos programas, solo tiene que cumplir con las reglas de elegibilidad de los mismos. Aquellas personas de bajos ingresos que reciben atención médica de largo plazo por vivir en una casa de reposo o que reciben servicios “exceptuados” (“*waivered*” *services*) en su casa o en una casa comunitaria de cuidado son elegibles para recibir OHP Plus. Algunas personas de bajos ingresos, así como niños, mujeres embarazadas, personas con una discapacidad que están empleadas, nativo-americanos e indígenas de Alaska pueden calificar para OHP Plus. No hay un número límite de personas que puedan inscribirse a OHP Plus.

Un pequeño número de personas de bajos ingresos (algunos viudos, viudas y adultos que hayan quedado incapacitados antes de cumplir los 22 años de edad) pueden obtener OHP Plus (Medicaid) aunque sus ingresos sean más altos que el beneficio de SSI. Algunas personas que no sean elegibles para recibir SSI pueden comoquiera recibir Medicaid si la regla que los hizo inelegibles para SSI no aplica al programa de Medicaid. Las personas con ingresos menores al beneficio de SSI + \$20, mayores de 65 o ciegas o incapacitadas, deben de solicitar Medicaid.

¿Qué servicios o beneficios ofrece el plan OHP Plus?

Medicaid paga una amplia variedad de servicios médicos. OHP Plus cubre la mayoría de servicios necesarios por razones médicas para cualquier condición de salud que esté cubierta. En otros estados, la cobertura puede incluir servicios

médicos para condiciones que no están cubiertas en Oregón. A veces esto puede resultar confuso para las personas que vivían en otro estado y ahora viven en Oregón. Los servicios médicos que ofrece OHP Plus incluyen servicios para pacientes internos y externos, recetas médicas, transporte médico, servicios de visión (limitado a mujeres embarazadas y los que tiene menos de 21 años) dentales (cubre limitado), servicios para personas con enfermedades mentales y dependencias químicas, servicios de laboratorio y rayos-x, equipo médico duradero (sillas de ruedas, audífonos, etc.) cuidado médico en casa y atención médica en casa de reposo para aquellas personas que cumplan con las reglas médicas. Los estados pueden proporcionar unos servicios (como dental y visión) y pueden cortar los servicios balancear el presupuesto.

¿Quién es elegible para OHP Standard?

Las personas adultas sin Medicare con ingresos no más altos del 100% del Nivel Federal de Pobreza (FPL) son elegibles. El FPL para el 2010 es de \$902.50 para una sola persona y \$1,214 para una familia de dos personas. Los nuevos solicitantes no pueden haber tenido seguro médico por 6 meses previos a la fecha en que primero fueron elegibles, y si tienen acceso a un plan de seguro médico a través de un empleador, deben de ser referidos al Programa de Asistencia de Seguros Médicos Familiares (*Family Health Insurance Assistance Program*). Como ya se había mencionado, las inscripciones para este plan están cerradas y no se sabe cuando reabrirán.

¿Qué servicios o beneficios ofrece el plan OHP Standard?

Los tipos de servicios médicos que ofrece el OHP Standard se restringieron muchísimo a partir del 1^{ero} de noviembre del 2002. Los únicos servicios que ofrece OHP son los servicios de hospital de emergencia/urgencia, cuidado de hospicio, servicios de laboratorio y rayos-x, servicios del médico, recetas médicas, servicios dentales de emergencia, cierto equipo y suministros médicos (tales como suministros diabéticos, equipo de oxígeno, ventiladores, equipo de respiración). Al igual que con OHP Plus, la cobertura de los servicios médicos se basa en una lista priorizada.

¿Qué es la lista priorizada?

El estado de Oregón, como ya se había mencionado, tiene permiso de limitar su cobertura a ciertas condiciones de salud en base a una lista priorizada. La lista clasifica a los servicios médicos del más importante (lesiones en la cabeza o embarazo) al menos importante (hernias menores o protuberancias de grasa bajo la piel). Su doctor tiene la lista de servicios médicos actualmente cubiertos en la lista priorizada. Hay veces en que un servicio médico no cubierto sí se cubre si dicho servicio médico afecta negativamente alguna condición de salud con servicios cubiertos. Llame a un abogado a la oficina de Servicios Legales si usted considera que le negaron la cobertura de una condición de salud erróneamente. Si está bajo de Medicare tiene la opción apelar por entregar un agravio con la compañía o puede solicitar una audiencia.

¿Tengo que pagar para recibir OHP Plus o sus servicios?

OHP Plus no tiene primas ni costos por inscripción, sin embargo, algunas personas tendrán que pagar un pequeño costo de (\$3) por las visitas al hospital (si es un paciente externo), por visitas al doctor y al dentista, exámenes de visión y de audición, y por visitas de salud mental. Estos costos no se les cobran a las personas que estén viviendo en una institución o que estén inscritos en un programa de atención controlada o si se trata de un niño, una mujer embarazada, un nativo-americano o un indígena de Alaska. Todos los beneficiarios de OHP Plus tienen que pagar \$2 por cada medicamento genérico y \$3 por cada medicamento de marca.

¿Tengo que pagar para recibir OHP Standard o sus servicios?

Todas las personas inscritas en el plan OHP Standard tienen que pagar una prima mensual de entre \$9 hasta \$20. La única excepción a esta regla son los que tienen ingresos bajo de %10 de la línea de pobreza federal, los nativo-americanos y los indígenas de Alaska, ya que no tienen que pagar

esta prima. Actualmente no hay que pagar copagos para ninguno de los servicios médicos cubiertos.

¿Puedo recibir Medicaid si tengo ingresos altos pero no tengo para pagar un seguro médico?

Por lo general, no. Oregón le solía permitir a las personas con gastos médicos elevados “gastar” parte de sus ingresos en servicios médicos y así poder calificar para Medicaid. Ese programa esencialmente terminó en el 2002, excepto para aquellas personas que hayan recibido un transplante de órganos o que tengan SIDA/VIH. Actualmente, solo aquellas personas que necesiten atención médica de largo plazo, ya sea en una casa de reposo o en su propia casa o en un sitio alternativo comunitario pueden “gastar” sus ingresos a través. Personas que necesiten atención medica de largo plazo y tienen ingresos que exceden 300% del límite de la pobreza debe que “gastar” sus ingresos con un “fideicomiso de tope de ingresos” (*income cap trust*) para poder ser elegibles para Medicaid. Tendrá que consultar con un abogado o con su oficina local de Servicios Legales para obtener ayuda para establecer dicho fideicomiso.

¿Existen límites en cuanto a los recursos que pueda tener?

Sí. Medicaid limita el número de recursos que puede tener. Sus recursos se dividen en dos grupos: bienes contables y bienes no contables o exentos. Una persona soltera puede tener hasta \$2,000 en bienes contables; un matrimonio puede tener hasta \$3,000 en bienes contables. Los tipos más comunes de bienes exentos son su casa (usualmente), sus artículos del hogar, un auto o camioneta, su seguro de vida de término fijo, su sepultura, y \$1,500 ya sea en una cuenta funeraria o en un plan irrevocable funerario o de entierro. Casi todos los demás bienes se cuentan en contra del límite de \$2,000/\$3,000, incluyendo sus IRA's, su 401(k)'s, el valor de contado de su póliza de seguro de vida, sus otros vehículos, acciones, y cualquier otro bien inmueble aparte de su casa.

¿Puedo ceder mis bienes?

Por lo general no puede ceder (ni regalar ni transferir) un bien contable para poder calificar para

Medicaid. Existen algunas reglas especiales de transferencia para aquellas personas que estén solicitando atención médica de largo plazo a través de Medicaid. Refiérase por favor al tema de Atención de Largo Plazo y Medicaid.

¿Existen planes de hacerle cambios a Medicaid o a OHP?

Sí. Es importante recordar que ambos el gobierno federal y el gobierno estatal le pueden hacer cambios a las reglas de Medicaid. Habrá cambios substanciales al programa de Medicaid durante el tiempo que el acta de reforma del plan de salud está poniendo en fase. Uno de los cambios más grandes es que Medicaid ya no les paga las recetas médicas a las personas que también califican para Medicare. Este cambio se puso en efecto el 1^{er} de enero del 2006. Refiérase por favor a la sección de Medicare para obtener más detalles sobre este cambio. Se le hacen cambios frecuentes Medicaid. Si tiene preguntas al respecto, llame a la línea de ayuda de Beneficios Públicos de la oficina de Servicios Legales al 1-800-520-5292 o hable con su trabajador de caso.

¿Puede Medicaid ayudarme con la Atención de Largo Plazo?

A veces. La atención de largo plazo incluye servicios médicos y personales a personas que tengan una enfermedad crónica o una incapacidad. Se le puede prestar atención médica de largo plazo a una persona en su propia casa, en casas comunitarias o en casas de reposo. Este tipo de atención médica es bastante cara. Muchas personas no pueden pagarla y dependen de Medicaid para que les ayude. No todas las casas de atención aceptan pagos de Medicaid, así que usted tendrá que investigar si la casa en donde quiere vivir acepta Medicaid o no antes de mudarse. Una vez que reciba atención médica de largo plazo de Medicaid, se vuelve totalmente elegible para el resto de los servicios de Medicaid.

¿Quién califica para recibir Atención de Largo Plazo de Medicaid?

Para poder ser elegible para recibir la atención médica de largo plazo de Medicaid, tiene que

cumplir con ciertas reglas médicas y financieras. Las reglas financieras se presentan a continuación. Oregón utiliza un sistema de *niveles de servicios priorizados*. Este sistema considera cuanta ayuda necesita para realizar sus actividades cotidianas (por ejemplo: bañarse, caminar, pensar) para determinar si califica o no para los servicios. Sus necesidades de cuidado tienen que ser bastante severas para que usted reúna los requisitos del programa. Las reglas médicas de elegibilidad varían de un estado a otro, por lo que es posible calificar en otro estado aunque no califique aquí en Oregón.

¿Cuántos ingresos puedo tener y seguir calificando para recibir ayuda con mis gastos de atención médica de largo plazo?

Puede tener hasta el 300% de la tasa federal de beneficios de SSI. Dicha tasa de beneficios de SSI en el 2010 es de \$674 al mes. Esto significa que puede recibir hasta \$2,022 al mes y seguir calificando para la atención médica de largo plazo de Medicaid. Si sus ingresos sobrepasan de \$2,022 mensuales, necesitará que un abogado le establezca un fideicomiso de tope de ingresos (*income cap trust*). El trabajador de su caso en su oficina local de *Seniors and Persons with Disabilities* (Ancianos y Personas Incapacitadas) podrá referirlo con un abogado que lo ayude. A lo mejor puede conseguir ayuda en su oficina local de Servicios Legales, o ahí lo pueden referir con un abogado que no le cobre o que le cobre honorarios reducidos. Asegúrese de consultar con un abogado acerca de su planificación testamentaria antes de gastar todos sus ahorros en su atención médica de largo plazo.

¿Con cuánto me puedo quedar de mis ingresos y cuanto tengo que gastar en mi atención médica?

La cantidad de sus ingresos con los que se puede quedar depende de su lugar de residencia y de si tiene dependientes o no. Las personas que vivan en una casa de reposo sólo se pueden quedar con \$30 al mes

para sus necesidades personales. Las personas que reciben beneficios de la Administración de Veteranos pueden quedarse con \$90 al mes. Esta cantidad ha sido fijada por las leyes federales y no ha cambiado en más de 30 años. La mayoría de las

personas que viven en casas comunitarias de cuidado (como una casa de vivienda asistida) pueden quedarse con \$152 al mes en 2010. Los que recibe solamente SSI puede quedarse con \$150.30. Esta cantidad la fijan las leyes estatales y cambia anualmente si hay alimentos de COLA para SSI y beneficios de Seguridad Social. Si usted tiene un cónyuge u otros dependientes, puede transferir parte de sus ingresos para mantenerlos. También le pueden deducir sus gastos médicos que haga de su propio bolsillo, como las primas de su seguro médico (incluyendo las pólizas suplementales de Medicare), otros tipos de gastos médicos y algunos gastos de mantenimiento de su hogar. El resto de sus ingresos se deben destinar al pago de su cuidado.

¿Cuántos recursos puedo tener y seguir calificando?

Como se mencionó en la sección anterior de Medicaid, solo puede tener \$2,000 en bienes contables. Algunos bienes están excluidos. Su casa, si vive en ella, generalmente se excluye, siempre y cuando el valor neto de la misma sea menor de \$500,000. Si usted no vive en su casa, entonces no se excluye, a menos de que su cónyuge u otros familiares calificados vivan en la misma. También puede quedarse con su casa si tiene la intención subjetiva de regresar a vivir en ella. Tendrá que rebajar sus bienes contables hasta el límite de \$2,000. Generalmente puede gastar el dinero en lo que usted quiera, siempre y cuando no lo regale.

¿Si tengo más bienes de los que Medicaid permite, puedo cederlos?

En general, no puede ceder sus bienes en los tres años previos a solicitar Medicaid. El 1^{ero} de julio del 2006, este plazo cambió a cinco años. Tampoco puede transferir sus bienes para poder calificar para Medicaid. La transferencia de un bien a cambio de un valor menor al valor justo de mercado resultará en un período de inelegibilidad (período de penalización) a menos de que se trate de una de las excepciones descritas a continuación.

¿Existen excepciones a estas reglas de transferencia?

Existe una excepción si le transfiere sus bienes a (o específicamente para el beneficio de) su cónyuge o a un hijo ciego o incapacitado (ya sea menor de edad o adulto). También le puede transferir su casa a un hijo menor de 21 años de edad o a un hermano que sea dueño de parte de la casa y que haya vivido en la misma por lo menos un año antes de que usted haya presentado su solicitud. En algunas circunstancias limitadas, le puede transferir su casa a un hijo o hija que haya vivido con usted y le haya brindado cuidado “gratuito” por un período mínimo de dos años.

¿Cuánto tiempo dura el período de penalización?

La duración del período de penalización se determina al dividir el valor justo de mercado del bien (cuando se hizo la transferencia) entre el promedio de lo que cobran las casas privadas de reposo. Esta cantidad se establece por ley y a partir del 1ero de octubre del primero de Octubre 1, 2010 es de \$7,663 al mes si el primer mes es o después del 1° de Octubre 2010 y es \$6,494 al mes del periodo del 1° de octubre 2008 hasta 30^a de septiembre 2010. El resultado del cálculo, por ejemplo 10 meses y 10 días, es la duración del período en que no va a calificar para Medicaid. A partir del 1^{ero} de julio del 2006, el período de penalización se inicia el día en que usted hubiera calificado para Medicaid. Ya que el período de penalización no empieza a contar sino hasta la fecha en que usted hubiera calificado para Medicaid, esto significa que la penalización empieza cuando usted necesita atención médica de largo plazo y no tiene para pagarla. Ya que la penalización por realizar transferencias es ahora tan severa, siempre consulte con un abogado antes de realizar una transferencia.

¿Y si estoy casado? ¿Le puedo dar a mi cónyuge parte de mis ingresos para sus gastos de subsistencia?

El programa de Medicaid cuenta con reglas especiales para permitirle a una persona casada que recibe atención médica de largo plazo (el cónyuge institucionalizado) pagarle un subsidio a su cónyuge

(el cónyuge en la comunidad). Se les llaman “protecciones de empobrecimiento de cónyuges”. Hay dos diferentes reglas: una trata con ingresos y la otra con bienes.

¿Cuánto dinero le puedo dar a mi cónyuge al mes?

La cantidad mensual que le puede pasar a su cónyuge en la comunidad depende de los ingresos y del costo de vivienda de su cónyuge. Su cónyuge puede tener por lo menos \$1,822 al mes (2010) de sus propios ingresos más el dinero que usted le pase para cubrir la diferencia. Si su cónyuge tiene costos altos de vivienda (renta o hipoteca, impuestos sobre la propiedad, seguro, algunos costos de mantenimiento más las estampillas de comida), se puede quedar con un máximo de \$2,739 al mes(2010). Estas cantidades cambian anualmente. Un juez le puede conceder una orden de manutención de cónyuge por encima de estos límites, mas tiene que presentar dicha petición en el tribunal.

¿Cuantos de nuestros bienes no exentos puede conservar mi cónyuge?

“La asignación de bienes del cónyuge en la comunidad” (*community spouse resource allowance, CSRA*) es la cantidad de bienes que Medicaid permite que su cónyuge conserve. Dicha cantidad cambia anualmente. Todos sus bienes contables se “valoran” en la fecha en que usted empieza a recibir atención médica. Medicaid le permite a su cónyuge quedarse con la mitad de sus bienes contables conjuntos hasta un máximo de \$101,640 o por lo menos \$20,238, la cantidad que sea más alta. Un juez o el estado puede incrementar la cantidad de la asignación de bienes del cónyuge en la comunidad, si con el incremento se generaría un ingreso que le permitiría a su cónyuge tener suficientes ingresos para equivaler la asignación mensual permitida del empobrecimiento de cónyuge.

¿Dónde puedo obtener ayuda para transferirle bienes a mi cónyuge?

Debe de consultar con un abogado que lo asesore y lo ayude a transferir sus bienes. Las transferencias

se deben de realizar dentro de 90 días a partir de la fecha en que empezó a calificar para la atención médica de largo plazo de Medicaid. A lo mejor va a tener que transferir algunos de sus bienes exentos. Hay varios factores que se tienen que considerar al realizar transferencias de bienes, como los impuestos a pagar y los gastos para mantener el bien.

MEDICAMENTOS DE RECETA MÉDICA

¿Si no califico para la cobertura de medicamentos a través de Medicaid ni para el Plan de Salud de Oregón, dónde puedo obtener ayuda para pagar mis medicamentos recetados?

Posiblemente califique para obtener los beneficios de recetas médicas de la Parte D de Medicare. Refiérase a Cubrimiento de Medicamentos de Receta de Medicare para obtener más información.

¿Qué es el Programa de Asistencia de Oregón de Recetas Médicas (*Oregon Prescription Drug Assistance Program, OPDP*)?

Este programa le permite a sus miembros comprar medicamentos recetados a precios de descuento en ciertas farmacias participantes. Todos los residentes de Oregón, independientemente de sus ingresos, pueden obtener esta cobertura siempre y cuando no tengan otro tipo de cobertura de medicamentos recetados (aparte de la Parte D de Medicare – vea a continuación). Tiene que llenar una solicitud que puede conseguir por teléfono (800-913-4146) o por Internet en www.opdp.org.

¿Si estoy inscrito en la Parte D de cobertura de medicamentos de Medicare, puedo seguir usando mi tarjeta de descuento del OPDP?

Sí, puede que su tarjeta de descuento del OPDP le de un mejor descuento que el que le da su plan si está pagando el 100% del costo de los medicamentos para pagar el deducible de su plan, o durante el período sin cobertura de la Parte D. Este período sin cobertura sucede cuando los gastos en medicamentos recetados de una persona son entre \$2,700 y \$6,153.75. Si está recibiendo ayuda con la cobertura de la Parte D de Medicare por tener bajos

ingresos, es posible que usted no tenga un período sin cobertura ni tenga que pagar un deducible.

¿Hay compañías farmacéuticas que ofrezcan descuentos a las personas de la tercera edad?

Sí. Hay varias compañías farmacéuticas que ofrecen planes de tarjetas de descuento para ancianos o para personas incapacitadas. El sitio en Internet <http://healthoregon.org> tiene enlaces con muchos programas a través de los cuales las personas de la tercera edad, las personas incapacitadas, y las personas de bajos ingresos pueden obtener medicamentos recetados a un precio reducido. Si no tiene acceso a una computadora, puede ponerse en contacto con los siguientes programas para preguntarles sus requisitos de elegibilidad y su cobertura:

GlaxoSmithKline (“Orange Card”):
1-888-672-6436

Novartis (“Care Card”):
1-896-974-2273

Pfizer (“Share Card”): 1-800-717-6005
Lilly (“Lilly Answers Card”):
1-877-795-4559

Abbott, AstraZeneca, Aventis, Bristol-Myers Squibb, Johnson & Johnson (“Together RX”):
1-800-865-7211

El programa de descuento de recetas médicas llamado “Together Rx Access” es para personas menores de 65. Para calificar para este programa, no puede calificar para Medicare, no puede tener cobertura de recetas médicas y los ingresos de su familia tienen que ser menores a cierto límite. (\$30,000 para una persona soltera, \$40,000 para una familia de dos, etc.). Para obtener más información, llame al 1-800-444-4106 o visite el sitio en Internet www.togetherrxaccess.com

¿Qué son los Programas de Asistencia a Pacientes?

Muchas compañías farmacéuticas tienen programas de asistencia a pacientes a través de los cuales las personas con ingresos limitados pueden obtener los

medicamentos hechos por esa compañía a un bajo precio o gratis. Estos programas generalmente son para personas de todas edades que no cuentan con cobertura de un seguro médico público ni privado. Vaya a <http://www.needymeds.com> en Internet para encontrar una lista de estos programas. Generalmente necesitará la ayuda de su doctor para llenar la solicitud y calificar para estos programas. Algunos de estos programas mandan los medicamentos directamente a la oficina de su doctor. Para conseguir las solicitudes de estos programas así como información más detallada de los mismos, visite el sitio en Internet arriba mencionado de needymeds o el sitio de Internet de “Partnership for Prescription Assistance” (Sociedad de Asistencia de Medicamentos) en <http://www.pparxor.org>.

PROYECTO INDEPENDENCIA DE OREGÓN (OREGON PROJECT INDEPENDENCE, OPI)

¿Qué es el Proyecto Independencia de Oregón?

El Proyecto Independencia de Oregón (OPI) es un programa que le brinda ayuda a las personas de 60 años de edad o mayores es sus hogares cuando ya no pueden realizar sus necesidades cotidianas sin ayuda. Los ancianos elegibles pueden obtener servicios tales como atención médica en el hogar, atención personal, quehaceres domésticos, transporte asistido, descanso para los cuidadores, administración de casos y comidas a domicilio.

¿Quién califica para este programa?

OPI actualmente presta servicios a residentes de Oregón mayores de 60 años de edad y de bajos ingresos que no reciban la mayoría de los servicios de Medicaid. Las personas discapacitadas entre 18 y 59 años de edad también podrán recibir servicios de OPI en el futuro como resultado de una acción tomada por el cuerpo legislativo en el 2005. Los servicios de OPI tienen que ser aprobados por un administrador de casos después de haber realizado una evaluación.

ADMINISTRACIÓN DE SUS DECISIONES FINANCIERAS

DEPÓSITO DIRECTO

¿Cuánto cuestan los servicios de OPI?

El precio de los servicios de OPI está basado en la cantidad de ingresos de su familia después de deducir los gastos médicos, sin embargo, todas las personas tienen que pagar \$5 al año. Si los ingresos de su familia son mayores al nivel federal de pobreza, tendrá también que pagar una parte del costo por hora de los servicios.

¿Cómo me inscribo al Proyecto Independencia de Oregón?

Póngase en contacto con su oficina local del Departamento de Servicios Humanos (*Department of Human Services*) o con su Agencia de Envejecimiento local (*Aging Office*) o visite el sitio de OPI en Internet en:

www.dhs.state.or.us/seniors/publications/opi.html

Recibir su cheque directamente en su cuenta le puede resultar más conveniente que tener que ir al banco para depositarlo usted mismo. Además, ya no tendría que preocuparse por que le roben su cheque o por que se pierda. Su estado de cuenta mensual le indicará la cantidad que se depositó directamente. Si necesita cambiar su depósito directo a una cuenta nueva o diferente, lo puede hacer.

¿Cómo le hago para que me depositen mi cheque directamente en mi cuenta?

Para que le depositen sus cheques directamente en su cuenta, va a necesitar ponerse en contacto con la organización que le manda el cheque. Por ejemplo, llame a la Oficina de Administración del Seguro Social, o a PERS o a la compañía donde trabaja o solía trabajar y pídale que le depositen su cheque directamente en su cuenta. Tendrá que darle a la agencia o a su empleador su número de cuenta y el número de ruta o "ABA" de su banco o cooperativa de crédito. Pregunte en su banco o su cooperativa de crédito cuál es el número de ruta para así asegurarse de darles el correcto. Algunas agencias, como el Seguro Social pueden obtener la información que necesitan de usted por teléfono. Otras agencias, como PERS, requieren que usted llene una forma. Usted tendrá que investigar que necesita la agencia gubernamental o su empleador para hacer los arreglos para hacer el depósito directo. Muchos bancos y

¿Qué es el depósito directo?

El depósito directo es una manera de hacer que le envíen sus cheques directamente a su cuenta bancaria o a su cooperativa de crédito. Puede pedir que le envíen su Seguro Social, su Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), su Pensión Ferroviaria, sus beneficios de la Administración de Veteranos, PERS y otros cheques de pensiones o de su trabajo a su cuenta sin ningún costo extra para usted. La ley federal requiere, con unas excepciones, los pagos federales por depósito directo o una tarjeta de beneficios electrónicos por la Administración de Seguridad Social.

cooperativas de crédito lo pueden ayudar con estos arreglos.

CUENTAS CONJUNTAS

¿Qué es una cuenta conjunta con derecho de supervivencia?

Una cuenta conjunta con derecho de supervivencia es una cuenta bancaria o una cuenta en una cooperativa de crédito a nombre de dos o más personas. Cada una de las personas puede usar la cuenta. Toda persona nombrada en la cuenta puede realizar depósitos y retiros sin el permiso de ninguna otra de las personas nombradas en la cuenta. Si una de las personas nombradas en la cuenta muere, las personas nombradas en la cuenta que le sobrevivan se quedan con el dinero, a menos de que se pueda demostrar que la persona fallecida fue quien realizó los depósitos y que no tenía la intención de dejarles el dinero al (a los) sobreviviente(s) en la cuenta.

¿Es buena idea tener una cuenta conjunta?

A veces. La ventaja principal de agregar a otra persona a una cuenta es la conveniencia. Las personas de la tercera edad y con incapacidades agregan a otra persona en su cuenta para que esa persona les maneje la cuenta y les haga los depósitos y retiros necesarios. Por ejemplo, una persona de la

tercera edad puede nombrar a su hijo en su cuenta de manera que el hijo pueda hacerle sus depósitos y escribir cheques de la cuenta para pagar sus cuentas. Otra ventaja es que el sobreviviente se queda automáticamente con el dinero de la cuenta cuando la otra persona en la cuenta muere, si acaso esta era la intención.

La desventaja más grande de agregar a alguien más en su cuenta bancaria es que la persona tendría la misma capacidad que usted de sacar dinero de la cuenta. Por lo tanto, su dinero corre peligro de dos maneras. En primer lugar, si la persona que agregue a su cuenta es deshonesto, puede sacar parte o todo su dinero sin su conocimiento ni su permiso. En segundo lugar, si la persona que agregó a su cuenta tiene deudas, los acreedores de esa persona podrán embargar o cobrarle de su cuenta.

PLANES DE PENSIÓN Y DE RETIRO

¿Qué son los planes de pensión y de retiro?

Los fondos de retiro son anualidades o planes laborales que le proporcionan un ingreso una vez que su empleo haya terminado. Los empleadores o sindicatos administran diferentes planes de pensión, incapacidad y de retiro. También hay fondos que se mantienen en una cuenta individual de retiro (IRA) y planes para las personas que trabajan por cuenta propia, a veces llamados planes Keogh.

¿Cuándo puedo empezar a tomar dinero de mis planes de retiro?

Hay reglas muy complejas sobre como retirar dinero de las cuentas de pensión o de retiro. Las reglas para las Cuentas Individuales de Retiro (IRA) son diferentes a las de los planes de retiro financiados por empleadores, tales como los PERS, 401(K)s, algunos planes de participación de utilidades, o los planes para personas que trabajan por cuenta propia, tales como el Keogh. Con una IRA “tradicional”, por ejemplo, le pueden cobrar multas impositivas si empieza a recibir beneficios de su cuenta de retiro antes de cumplir los 59½, o si no empieza a tomar sus beneficios requeridos para cuando cumpla los 70½. La IRA llamada “Roth” tiene diferentes reglas de distribución. Actualmente no hay un requisito mínimo de edad de 70½ para la distribución de un

IRA Roth. Es importante obtener asesoría financiera y fiscal actual y fiable acerca de cada una de sus cuentas o planes de retiro. La ley que rige los planes de retiro es compleja y puede cambiar de un año para otro. Si planea con toda la información necesaria puede terminar debiendo menos impuestos y evitar sanciones fiscales.

¿Pueden los IRAs u otros planes de retiro afectar mi elegibilidad para obtener beneficios públicos?

Sí. Los fondos de retiro pueden afectar su elegibilidad a los programas públicos de asistencia. Si usted cuenta con un fondo de retiro y piensa solicitar asistencia de un programa de beneficios públicos como SSI, Estampillas de Comida o Medicaid, consulte con un abogado antes de tomar la decisión de retirar sus beneficios en una “suma única” o de optar por recibir pagos periódicos (como mensualidades). En algunos casos, si retira sus beneficios de su plan de retiro en una suma única dentro de cinco años de haber solicitado alguno de los programas de beneficios puede resultar en un período de inelegibilidad. Adicionalmente, algunos programas consideran a los planes de retiro como ingresos no derivados de su trabajo, mientras que otros programas los consideran un recurso.

CARTA PODER

¿Qué es una carta poder?

La carta poder le otorga a otra persona la autoridad legal de encargarse de alguno o de todos sus asuntos financieros. Una carta poder tiene que ser por escrito y tiene que estar firmada. No necesita tener testigos, pero generalmente tiene que firmarla ante un notario. Si quiere usar la carta poder para asuntos que tengan que ver con bienes raíces, tiene que estar autenticada por un notario. Puede nombrar a un amigo, miembro de su familia, o a su asesor financiero para que actúen a su nombre. Asegúrese de nombrar a alguien en quien usted confíe.

¿Al firmar una carta poder, pierdo el derecho de controlar mis asuntos financieros?

No. Al firmar una carta poder no está renunciando a su derecho de administrar sus propias finanzas. Lo que está haciendo es nombrar a otra persona que también tiene autoridad para actuar a su nombre.

¿Puedo cancelar una carta poder?

Puede revocar la autoridad que le dio a otra persona a través de una carta poder en cualquier momento. Para cancelar la carta poder, tiene que mandarle una notificación por escrito a la persona que había nombrado para que actuara a su nombre, y tiene que enviarle copias de esta notificación a las demás partes que tengan la carta poder, como su banco, para que se enteren de que usted la ha cancelado.

¿Cuándo empieza a tener efecto la carta poder y cuanto tiempo dura?

La carta poder puede entrar en efecto en cuanto la firme o en el futuro. Por ejemplo, si usted quiere usar una carta poder únicamente si se enferma gravemente, puede hacer que tome efecto únicamente después de que su doctor declare que usted ya no se puede encargar de sus propios asuntos. Si usted firma una carta poder ahora, cuando usted todavía puede encargarse de sus propios asuntos, la autoridad que usted otorgue continuará en efecto incluso hasta después de que ya no pueda encargarse de sus propios asuntos. Su carta poder concluye cuando muera, por lo tanto no la puede usar como sustituto de su testamento. También puede terminar antes de su muerte si usted la cancela.

¿Qué tipo de autoridad puedo otorgar en una carta poder?

Le puede conceder amplia autoridad a la persona que nombre para actuar a su nombre, o le puede dar autoridad específica y limitada. Por ejemplo, si usted quiere que su cónyuge maneje todos sus asuntos financieros si usted se enferma, le puede conceder a su cónyuge la autoridad general de manejar todo tipo de asuntos financieros, tales como transacciones bancarias, inversiones, bienes raíces, contratos, contratar a personas para su cuidado, etc. O si usted quiere que un amigo pague sus cuentas y maneje su cuenta bancaria, le puede otorgar a su amigo esa autoridad limitada.

¿Hay formularios preparados de cartas poder que pueda usar?

Puede encontrar formas ya preparadas de cartas poder en las papelerías. Estas formas pueden o no ser lo

que usted necesita. Es una buena idea consultar con un abogado antes de firmar una carta poder.

TUTELA (*GUARDIANSHIP*)

¿Qué es la tutela?

La tutela es un procedimiento judicial a través del cual se le pide a un juez que nombre a una persona, (llamada tutor (*guardian*)), que tome las decisiones importantes de otra persona, (llamada persona protegida). El juez nombrará a un tutor si decide que la persona protegida es incapaz de tomar decisiones sensatas de manera que sus necesidades básicas de comida, vivienda y atención médica no están siendo satisfechas, y que es probable que la persona resulte seriamente perjudicada a menos de que nombre a un tutor para que tome estas decisiones. Por ejemplo, un hijo adulto puede hacer una petición en el tribunal de ser nombrado tutor de su padre o de su madre si considera que su padre o madre es incapaz de tomar decisiones importantes acerca de su salud y su seguridad y que es probable que resulte gravemente lastimado o enfermo. El juez no nombrará a un tutor solo porque la persona que quiere ser nombrada tutor no está de acuerdo con las decisiones que la persona a ser protegida está tomando sobre cómo gastar su dinero o el lugar donde está viviendo.

¿Qué es la tutela temporal?

Un tutor temporal tiene todos los poderes y responsabilidades de un tutor permanente, pero por un período limitado de tiempo. El juez puede conceder una tutela temporal si existen pruebas contundentes de que la vida o la salud de la persona protegida corren peligro serio e inmediato por lo que se requiere de una acción inmediata. La tutela temporal no puede durar más de 30 días, pero se puede pedir una sola prorrogación de 30 días adicionales.

¿Qué tipo de autoridad tiene el tutor?

El tutor tiene la autoridad de tomar ciertas decisiones para la persona protegida, como lo indique la orden judicial. La orden de tutela debe crearse dándole a la persona protegida la mayor independencia posible sin dejar de considerar sus verdaderas limitaciones. El

juez le puede otorgar a un tutor la autoridad para tomar decisiones relacionadas con:

- La atención médica y salud de la persona protegida, incluyendo las decisiones acerca de con que doctores ir y que medicamentos y tratamientos tomar;
- El lugar en que la persona protegida vivirá, incluyendo la decisión de si la persona protegida se va a quedar en el lugar donde esta viviendo actualmente o si se va a ir a otro lugar, como una casa de reposo; o
- Las finanzas de la persona protegida, incluyendo el pago de cuentas y decisiones acerca de cómo gastar el dinero de la persona protegida, a menos de que también se haya nombrado a un conservador (*conservator*).

¿Cuáles son las responsabilidades de un tutor?

El tutor debe encargarse del cuidado, comodidad y manutención de la persona protegida. También debe de hacer los arreglos para que la persona protegida reciba el entrenamiento y la educación necesarios. El tutor debe de cuidar aceptablemente la ropa, los muebles y las demás pertenencias de la persona protegida, a menos de que también se le haya nombrado a un conservador a la misma. Adicionalmente, mientras que la tutela esté en efecto, el tutor debe de presentar un informe anual al tribunal con información acerca de la persona protegida y de si mismo.

¿Qué derechos tiene la persona protegida después de que se le haya nombrado un tutor?

La persona protegida tiene todos los derechos legales y civiles provistos por la ley, con la excepción de los derechos expresamente limitados por la orden judicial o específicamente concedidos al tutor por el juez. La persona protegida siempre conserva el derecho de contactar y contratar a un abogado, y de acceder sus expedientes personales.

El tutor no puede vender la casa de una persona protegida, ni colocar a la persona protegida en una casa de reposo, institución de salud mental u otro tipo de residencia sin antes presentar una declaración en el tribunal informándole al juez de su intención. También le tiene que notificar su intención a la

persona protegida, al abogado de la misma, a ciertos miembros de su familia y a las demás partes interesadas. Si alguna de estas partes protesta, se llevaría a cabo una audiencia en el tribunal.

Si la persona protegida vive en una casa de reposo o en otro tipo de residencia, o si el tutor piensa colocar a la persona protegida en una de estas residencias, la persona protegida puede llamar a la oficina del *Ombudsman* (Defensor) de Atención de Largo Plazo. El *Ombudsman* hablaría con la persona protegida y actuaría como su defensor. Puede contactar a la oficina del *Ombudsman* al 1-800-522-2602. La persona protegida también puede llamar al *Oregon Advocacy Center* al 1-800-452-1694 para obtener asesoría legal y posiblemente conseguir un abogado que lo represente.

¿Quién es el visitante del tribunal?

El visitante del tribunal es una persona entrenada para evaluar las necesidades de la persona protegida (también llamada “persona demandada”) en un caso de tutela. Después de la visita, el visitante le hace una recomendación al juez. El visitante del tribunal no debe de tener ningún interés personal en el caso que esté evaluando. El visitante se reúne en persona con la persona demandada, con el solicitante de la tutela, y con el tutor propuesto. También examina el expediente del tribunal, y habla con otras personas que tengan información acerca de las necesidades de la persona demandada. El visitante lleva a cabo una investigación para determinar si el demandado puede encargarse de sus propias necesidades básicas, si puede continuar viviendo en donde vive, si hay alguna alternativa a la tutela, qué atención médica y servicios sociales ha recibido en el último año e investiga otros asuntos relacionados con el caso.

¿Alguien se puede oponer a la tutela?

La persona a ser protegida (llamada “el demandado”), los familiares de la misma o cualquier otra persona interesada que haya obtenido el permiso del juez se puede oponer a la tutela. La objeción se puede realizar por escrito o verbalmente en un lugar escogido por el juez. La oposición puede ser a que se nombre un tutor, al tutor específico que se está nombrando en la petición, o a la autoridad que el

tutor está solicitando. Si alguien realiza una objeción, el juez llevaría a cabo una audiencia para decidir si el demandado necesita un tutor o no.

Pronto después de que se presente la petición de una tutela en el tribunal, un visitante del tribunal visitaría al demandado y le podría ayudar a presentar su objeción. El demandado recibirá una forma azul de objeción junto con la notificación del caso de tutela. El demandado le puede entregar su forma de objeción al visitante del tribunal, la puede enviar por correo al tribunal, o puede dársela a su abogado para que la presente en el tribunal.

¿Qué derechos tiene el demandado en un procedimiento de tutela en disputa?

La persona a ser protegida, llamada “el demandado” tiene el derecho de tener una cita con el visitante del tribunal y oponerse a que se le nombre un tutor. Si el demandado se opone, el juez llevará a cabo una audiencia. El demandado tiene el derecho de contratar un abogado, o el juez le puede asignar a un abogado que lo represente. El juez también puede nombrar a investigadores, a visitantes y a expertos que le ayuden a tomar una decisión justa en el caso. Es posible que se le requiera al demandado pagar el costo del abogado y de las demás personas nombradas. También es posible que el solicitante de la tutela sea quien tenga que pagar estos costos.

Se le tiene que dar notificación del caso de tutela al demandado, a su abogado, a ciertos familiares del demandado, y a otras personas interesadas en el caso. La notificación debe de incluir una copia de la petición, instrucciones para oponerse a la tutela y otra información acerca del caso de tutela.

¿Se considera incompetente a una persona que tenga tutor?

No. Una persona adulta que tenga tutor se considera incapacitada, pero no se considera automáticamente incompetente. Una persona incapacitada es alguien que no puede tomar decisiones sensatas, ni satisfacer por sí mismo sus necesidades básicas de comida, vivienda y atención médica y quien puede resultar gravemente herido si no se le nombra a un tutor que tome estas decisiones importantes. Una persona puede estar incapacitada en cierta área y no en otra.

¿Cuánto tiempo dura la tutela?

La tutela puede durar un período de tiempo específico, puede durar toda la vida de la persona protegida, o puede durar hasta que se deje de ser necesaria. La persona protegida puede solicitarle al tribunal que termine la tutela. Si todavía tiene necesidad de un tutor, pero el tutor actual no está cumpliendo con sus responsabilidades como debe, la persona protegida u otra persona interesada puede pedirle al juez que remplace al tutor.

¿Cómo afecta la tutela al “Poder Sobre Futura Atención Médica” (Advance Directive) y a las Cartas Poder relacionadas a su salud?

Una tutela no afecta a una carta poder realizada antes que la tutela, a menos de que la carta poder indique lo contrario. El “poder sobre futura atención médica” (*Advance Directive*) que la persona haya realizado antes de la tutela permanecerá válido y no caducará a menos de que contenga una fecha de vencimiento. El “poder sobre futura atención médica” puede revocarse y reemplazarse con un nuevo poder. Un “poder sobre futura atención médica” realizado después de la tutela no será válido.

¿Cuáles son las limitaciones prácticas de la tutela?

La tutela le otorga al tutor la autoridad legal de tomar ciertas decisiones para la persona protegida, pero esto no significa que la persona protegida va a estar de acuerdo o va a cooperar con las decisiones tomadas. Es importante tener en mente que una persona adulta protegida bajo tutela ha perdido importantes derechos civiles y puede oponerse firmemente a lo decidido. Además, cuando se trata de la tutela de un padre o madre que esté envejeciendo, las relaciones entre padres e hijos pueden resultar dañadas, así como las relaciones entre hermanos, especialmente cuando las personas involucradas no están de acuerdo entre sí.

Existen alternativas menos restrictivas que la tutela, como las cartas poder, el nombramiento de representantes de atención médica, y los “poderes sobre futura atención médica”. Sólo se debe de considerar una tutela cuando ninguna de estas otras opciones satisface las necesidades de la persona a ser protegida.

CONSERVADURISMO (*CONSERVATORSHIP*)

¿Qué es el conservadurismo?

El conservadurismo es como la tutela, pero se limita a los asuntos financieros y de sus propiedades. Un conservadurismo es un procedimiento legal en el cual se le pide a un juez que nombre a una persona llamada “conservador” para que se encargue de los asuntos financieros y de los bienes de otra persona, llamada “persona protegida”. Si un juez decide que la persona protegida no es capaz de encargarse de sus propias finanzas y de sus bienes, nombraría a un conservador. Por ejemplo, un hijo adulto puede solicitarle al juez que lo nombre conservador de su madre si considera que su madre no es capaz de administrar eficazmente su propio dinero o sus bienes debido a una enfermedad física o mental. El conservadurismo puede ser la única manera de que el hijo obtenga la autoridad legal de ayudar a su madre con sus finanzas si la madre no tiene una carta poder o un fideicomiso otorgándole esta autoridad legal a su hijo o a otra persona.

¿Alguien se puede oponer a que se nombre un conservador?

La persona protegida (para quien se le está pidiendo a un juez que nombre a un conservador) se puede oponer a que se le nombre un conservador. Su cónyuge y sus hijos adultos también se pueden oponer. Si se presenta una objeción, el juez llevaría a cabo una audiencia. En la audiencia, el juez obtendría información acerca de si la persona protegida necesita un conservador o no, y después tomaría una decisión.

¿Qué autoridad tiene el conservador?

Si el juez está convencido de que es necesario nombrar a un conservador, lo haría y especificaría la autoridad que dicho conservador tendría. La autoridad del conservador se relaciona a asuntos financieros; administraría los bienes muebles e inmuebles de la persona protegida, recibiría sus ingresos y pagaría sus cuentas. El juez le puede otorgar al conservador amplia autoridad para encargarse de todo tipo de asuntos financieros, o le

puede otorgar cierta autoridad limitada, como la autoridad de vender la casa de la persona protegida, o de establecer un fideicomiso para la misma. El conservador no tiene la autoridad de tomar decisiones personales, tales como las decisiones referentes a la atención médica. El conservador tiene la obligación de tomar las decisiones que más le convengan a la persona protegida, y debe de presentarle al juez un informe anual para demostrarle como es que ha desempeñado su autoridad.

¿Cuánto dura un conservadurismo?

El conservadurismo dura hasta la muerte de la persona protegida, o hasta que el juez decida que ya no es necesario. La persona protegida le puede pedir al juez que termine el conservadurismo. También puede le puede pedir que remplace al conservador

actual si éste no está desempeñando sus deberes adecuadamente. Los familiares de la persona protegida también pueden pedir el reemplazo del conservador.

REPRESENTANTE DEL BENEFICIARIO

¿Qué es un representante del beneficiario?

El representante del beneficiario es la persona nombrada por una agencia gubernamental para que reciba los cheques de beneficios a nombre de otra persona, y que represente a dicha persona al tratar con la agencia. Las oficinas de los programas del Seguro Social, del Retiro Ferroviario y de Veteranos usan representantes de beneficiarios.

Por ejemplo, el Seguro Social podría nombrar a la hija de una persona de edad avanzada para que actúe como su representante. Los cheques del seguro social del padre se harían a nombre de su hija. La hija estaría obligada por ley a usar los cheques para el beneficio de su padre, no para si misma. La hija tendría que dar cuenta del dinero que recibe para su padre. Como es la representante del beneficiario, la hija también recibiría notificaciones del Seguro Social acerca de cualquier cambio a los beneficios del padre y sería la responsable de notificarle al Seguro Social de cualquier cambio en la situación de su padre que pueda afectar sus cheques.

¿Cómo y cuándo se nombra a un representante del beneficiario?

Si usted es incapaz de administrar sus propios beneficios le puede pedir a la agencia que nombre a alguien de su confianza a ser su representante. Alguno de sus familiares o amigos también puede pedir ser su representante si considera que usted no puede administrar sus propios cheques. Las diferentes agencias gubernamentales que utilizan representantes de beneficiarios tienen sus propias reglas y procedimientos. Usted, su familiar o amigo es quien tiene que hacerle la solicitud a la agencia. Para obtener más información acerca de cómo nombrar a un representante, llame a la agencia que le esté pagando sus beneficios. Por ejemplo, si está recibiendo cheques del Seguro Social, llame a esa oficina para que le nombren a un representante.

¿Qué sucede si no quiero que me nombren a un representante o si mi representante no está usando el dinero para mis necesidades?

Si usted no quiere representante o no cree necesitarlo y alguien solicita serlo, usted tiene el derecho de oponerse. También tiene el derecho de apelar si le nombran a un representante a pesar de su objeción. La agencia le notificará acerca de sus derechos de objeción y apelación.

Si le nombraron a un representante y esta persona está usando sus beneficios para cualquier otra cosa que no sea el satisfacer sus necesidades, repórtelo inmediatamente a la agencia gubernamental. La agencia puede llevar a cabo una investigación, remover al representante que esté usando el dinero incorrectamente, y nombrar a otra persona que se asegure de que sus necesidades se satisfagan.

TESTAMENTOS Y FIDEICOMISOS

¿Qué es un testamento?

Un testamento es un documento formal firmado por usted mismo y por dos testigos que detalla lo que usted quiere que suceda con sus bienes cuando muera. Su testamento puede especificar quien quiere que se quede con sus bienes inmuebles, con su auto, sus propiedades personales, y con el dinero en sus cuentas. Su testamento también puede nombrar a un

guardián para sus hijos, si acaso tiene hijos menores de edad.

¿Necesito testamento?

No todas las personas necesitan testamento. Si usted no tiene testamento, su patrimonio se pasará por un proceso llamado “herencia intestada” lo cual significa que sus bienes se distribuirán automáticamente de la siguiente manera:

- Si usted es casado, su cónyuge recibiría todos sus bienes.
- Si usted es casado y tiene hijos que no sean de su cónyuge, su cónyuge se quedaría con la mitad de sus bienes y la otra mitad se distribuiría equitativamente entre sus hijos.
- Si usted no es casado, sus hijos recibirían todos sus bienes en partes iguales.
- Si no tiene cónyuge ni hijos, sus padres recibirían sus bienes. Si sus padres han muerto, sus hermanos y hermanas recibirían sus bienes.
- Si no tiene familia y no deja un testamento o un fideicomiso, el Estado de Oregón se quedaría con sus bienes.

Si esta distribución automática de sus bienes le es satisfactoria, entonces a lo mejor no necesita hacer un testamento.

Si todas sus propiedades son poseídas en común con otra persona, o si ha establecido un “beneficio de supervivencia” hacia sus bienes, entonces el testamento también puede resultar innecesario. Refiérase a las secciones acerca de posesión de bienes y de beneficio de supervivencia en este libreto para conseguir más información.

Si un abogado le hace su testamento y tiene que tratar con asuntos complejos, le puede resultar costoso. Es recomendable que un abogado revise su testamento, aunque sea un testamento sencillo que usted mismo haya escrito a que lo haya hecho con un formulario existente, para así asegurarse de que el testamento no cause más problemas de los que resuelva.

¿Qué es la validación de un testamento (*probate*)?

La validación de un testamento es un proceso que se realiza para distribuir sus bienes, pagar sus cuentas, y

satisfacer demandas entabladas después de su muerte. Si usted deja un testamento, sus bienes serán distribuidos de acuerdo con el mismo. Si no deja testamento, sus bienes serán distribuidos a través del proceso llamado “herencia intestada” como se describió anteriormente.

¿Qué es la validación de un patrimonio limitado?

Si su patrimonio es pequeño (en otras palabras, no tiene muchos bienes), puede entonces distribuirse a través de la validación de un patrimonio limitado, también conocido como “Procedimiento de Affidavit de un Patrimonio Limitado” (*Small Estate Affidavit Procedure*). La validación de un patrimonio limitado toma menos tiempo (de 4 a 6 meses) que la validación regular de un testamento (9 meses o más), y generalmente es menos cara y requiere menos trámites.

Para poder realizar una validación de un patrimonio limitado, sus bienes inmuebles (terreno o casa) deben de valer menos de \$150,000 y sus bienes muebles (su auto, muebles, ropa, etc.) deben de valer menos de \$50,000. Si sus bienes muebles o inmuebles sobrepasan este límite, su patrimonio no se considera limitado y tendría que validarse a través del procedimiento regular. ORS 114.505

¿Qué es el beneficio de supervivencia?

Otra manera de distribuir sus bienes sin un testamento es estableciendo un beneficio de supervivencia hacia sus bienes. Por ejemplo, la mayoría de los matrimonios son dueños de sus casas con beneficio de supervivencia (también llamado “derecho de supervivencia”). Esto significa que ambos son dueños de la casa, pero si uno de los dos muere, su parte se transfiere automáticamente al sobreviviente. Usted puede establecer el beneficio de supervivencia para su casa, sus bienes muebles, o sus cuentas bancarias.

Establecer el beneficio de supervivencia tiene sus riesgos. Por ejemplo, si establece un beneficio de supervivencia para su hijo en su cuenta bancaria, ese hijo tendría acceso a los fondos en su cuenta antes de que usted muera. Consulte con un abogado para obtener más información acerca de cómo establecer

beneficios de supervivencia y de los riesgos implicados.

¿Qué es una cuenta de pago en caso de muerte (*Payment on Death Account, POD*)?

Una cuenta de pago en caso de muerte es igual a una cuenta bancaria normal, con la excepción de que usted nombraría a alguien que recibiría el dinero de su cuenta en caso de su muerte. Antes de su muerte, la persona nombrada no tendría acceso a su cuenta. Llame a su banco o institución financiera si está interesado en una cuenta POD.

¿Qué es un fideicomiso?

Un fideicomiso es un documento legal que le encomienda bienes a una persona para el beneficio de otra persona. Generalmente el fideicomitente es la persona que reserva los bienes en el fideicomiso, el fideicomisario administra el fideicomiso (invierte el dinero y realiza los pagos indicados), y el beneficiario es la persona beneficiada por el fideicomiso, generalmente en la forma de pagos.

Existen básicamente dos tipos de fideicomisos. El fideicomiso testamentario es un fideicomiso que usted establece en su testamento. No toma efecto sino hasta después de su muerte. Por ejemplo, si usted al morir le quiere dejar dinero a un nieto, puede establecer un fideicomiso para él estipulando que su nieto (el beneficiario) no recibirá el dinero sino hasta que se gradúe de la universidad.

El otro tipo de fideicomiso es el fideicomiso activo. Usted puede evitar el procedimiento de la validación de su testamento si pone todo su patrimonio en un fideicomiso activo. Su propiedad se distribuiría de acuerdo con el fideicomiso. Hacerlo de esta manera puede tener ventajas fiscales, pero generalmente estas ventajas son sólo si su patrimonio es grande. Los fideicomisos activos pueden ser complejos y costosos. Consulte con un abogado patrimonial si está interesado en establecer un fideicomiso.

¿Cómo puedo obtener más información acerca de testamentos?

Para obtener más información acerca de testamentos, llame a la línea de Tel-Law de la Barra de Abogados de Oregón al 503-620-3000 para el área de Portland y

ADMINISTRACIÓN DE SUS OPCIONES MÉDICAS

presione 1116 para escuchar el tema de “Su Testamento”. También puede llamar al número gratuito de Tel-Law en Oregón, 1-800-452-4776 y después presionar 1116 para escuchar el tema de “Su Testamento.”

También puede ir a la página web en español de la Barra de Abogados de Oregón:

www.osbar.org/docs/public/foreign/s_yourwill.pdf

¿Esta ley tiene medidas de protección?

La ley requiere que el paciente esté completamente informado al tomar su decisión voluntaria. El doctor le debe de recomendar al paciente que discuta sus intenciones con sus seres queridos. El paciente tiene que hacer su petición oral dos veces, y la ley indica que tiene que haber un plazo de espera de 15 días entre las peticiones. La ley permite que el paciente cancele su petición en cualquier momento. Es obligatorio esperar dos días a partir de que el paciente haga su petición por escrito antes de recibir su medicamento. Por ley, el paciente tiene que obtener una segunda opinión de un médico calificado diciendo que el paciente tiene menos de seis meses de vida. La ley estipula que el paciente reciba consejería psicológica si alguno de los médicos del paciente lo considera necesario. La ley prohíbe la eutanasia.

¿Dónde puedo obtener más información acerca de la Ley de Muerte Digna?

Puede obtener más información acerca de esta ley en la página web del Departamento de Servicios Humanos de Oregón (*Department of Human Services*): <http://oregon.gov/DHS/ph/pas/index.shtml>. Este sitio contiene un enlace a la guía de servicios y recursos para la etapa final de vida organizada por condado.

¿El Tribunal Supremo de los EUA revisó la legalidad de la Ley de Muerte Digna?

Sí. El Tribunal Supremo de los EUA decidió en enero del 2006 que la Ley de Muerte Digna de Oregón era un ejercicio válido de la autoridad del estado de regular sus prácticas médicas. El Tribunal Supremo mantuvo esta ley.

PODER SOBRE FUTURA ATENCIÓN MÉDICA (*ADVANCE DIRECTIVE*)

¿Qué es un poder sobre futura atención médica?

El poder sobre futura atención médica es un formulario legal que le permite nombrar a otra persona, llamada representante médico, que tome sus decisiones cuando usted ya no pueda tomarlas o comunicarlas. El representante médico, por lo general un familiar o amigo, debe de ser alguien en quien usted confíe, que conozca sus deseos en cuanto a su atención médica, y quien esté dispuesto a tomar la responsabilidad de llevar a cabo sus deseos. En su poder sobre futura atención médica, usted puede exponer sus deseos acerca de la atención médica que quiere y no quiere, dependiendo de la situación médica. Por ejemplo, puede decir si quiere recibir alimentación por sonda u si quiere que se utilicen otras medidas de soporte vital si está por morir, inconciente, o si no hay probabilidades de que recupere el conocimiento.

¿Quién llena el poder sobre futura atención médica?

Usted es quien debe de llenar y firmar su poder sobre futura atención médica, no su doctor (aunque es buena idea hablar con su doctor al respecto). Si usted nombra a un representante médico, esa persona también tiene que firmar la forma. Ambos usted y su representante tienen que firmar ante un testigo. Una vez que la forma esté completa, firmada y atestiguada, le debe de dar copias a sus doctores, a su representante médico y a su familia para que todos sepan quien será su representante médico, y que estén informados de sus deseos en caso de que se tenga que tomar una decisión médica cuando usted ya no pueda tomarla.

¿Quién debe tener un poder sobre futura atención médica?

Todo adulto, independientemente de su edad o condición médica, puede resultar beneficiado con un poder sobre futura atención médica. Con dicho poder

se encarga de dos cosas importantes, de nombrar a un representante médico que actúe por usted cuando ya no pueda hacerlo por sí mismo, y de dejar instrucciones acerca de las decisiones que desea que se tomen. Esta forma no es difícil de llenar, y al hacerlo no pierde su derecho de tomar sus propias decisiones cuando aún pueda hacerlo. Puede conseguir estas formas en hospitales, a través de su doctor, abogado o en las papelerías.

¿Si firmé un testamento en vida (*living will*), tengo que hacer un poder sobre futura atención médica?

Sí. El poder sobre futura atención médica se estableció por ley en Oregón en 1993 y reemplazó a las formas previamente aprobadas en Oregón – las “Instrucciones a Médicos” (*Directive to Physicians*), comúnmente llamadas “testamento en vida” (*living will*) y las “Cartas Poder de Salud” (*Power of Attorney for Health Care*). Si usted lleno una de estas formas previas, la debe de reemplazar con un poder sobre futura atención médica. Este poder es para todo tipo de decisiones médicas, no solo las decisiones de soporte vital para enfermos terminales, como lo era la forma de “Instrucciones a Médicos” o los “Testamentos en Vida”. Además, las “Cartas Poder de Salud” se vencen en 7 años, a menos de que la persona haya quedado incapacitada dentro de ese período de 7 años.

¿Cuándo toma efecto el poder sobre futura atención médica, y que efecto tiene?

El poder sobre futura atención médica únicamente toma efecto cuando usted ya no pueda tomar sus propias decisiones. Mientras usted pueda tomar y comunicar sus propias decisiones el poder no es necesario y no tomaría efecto. El poder entraría en efecto en el momento en que usted ya no pueda tomar sus propias decisiones y continuaría en efecto mientras que no pueda hacerlo. Cuando toma efecto, sus doctores y proveedores de servicios médicos por ley tienen que respetar el poder, lo que significa que tienen que actuar de acuerdo con las decisiones que tome su representante médico y de acuerdo con sus deseos expresos. Si no están dispuestos a hacerlo, tendrían que transferir su cuidado médico con otro doctor o a otro hospital.

ORDEN MÉDICA DE SOPORTE VITAL (*PHYSICIAN ORDERS FOR LIFE SUSTAINING TREATMENT (POLST) FORM*)

¿Qué es la orden médica de soporte vital, o la forma POLST?

La forma POLST es un documento que su médico llena y firma después de que usted le haya informado acerca de sus deseos con respecto a la atención médica que quiere y no quiere recibir en la etapa final de su vida. Va más allá que un poder sobre atención médica futura, ya que convierte sus deseos acerca del tratamiento de soporte vital que quiere recibir en ordenes medicas claramente escritas a ser respetadas por sus doctores, enfermeras, personal de emergencias e instituciones de salud.

Las órdenes médicas en la forma POLST incluyen los temas de resucitación, el uso de antibióticos, la recepción intravenosa de fluidos y la alimentación por sonda. Por ejemplo, su forma POLST podría ordenar que no lo resuciten si su corazón deja de latir – una orden de no-resucitación (*do-not-resuscitate, “DNR”*). Independientemente de lo que diga su forma POLST acerca de sus deseos acerca del tratamiento de soporte vital, siempre se le dará el tratamiento necesario para que usted esté lo más cómodo posible. Si con el tiempo sus deseos cambian, o su condición médica cambia, usted puede hacerle los cambios necesarios a esta forma.

¿Dónde guardo mi forma POLST?

La forma POLST es una página fácil de reconocer rosa brillante con información al frente y reverso. Si la deja en su casa, póngala en un lugar fácil de encontrar en caso de emergencia, por ejemplo, pegada a su refrigerador con un imán. Si vive en una casa de reposo, mantenga su forma POLST junto con su expediente médico.

¿Quién debe de tener una forma POLST?

Si usted padece de una enfermedad grave, o potencialmente letal y tendrá que tomar decisiones relacionadas a la etapa final de su vida, pídale a su doctor que complete una forma POLST. Los residentes de casas de atención de largo plazo o de

casas de hospicio generalmente tienen estas formas. Si alguna persona lo nombró a usted como su representante médico en su poder sobre futura atención médica, y esa persona ya no puede comunicarle sus deseos a su doctor, usted puede tomar las decisiones necesarias relacionadas con la etapa final de vida de la persona enferma para que el doctor complete la forma POLST.

¿Si ya tengo un poder sobre futura atención médica, también necesito una forma POLST?

La forma POLST no reemplaza al poder sobre futura atención médica, sino lo complementa. El poder, al igual que la forma POLST, delimita sus decisiones médicas y de la etapa final de su vida, la diferencia es que el poder no es una orden médica y la forma POLST sí lo es. Si usted ya tiene un poder sobre futura atención médica y padece de una enfermedad grave, pídale a su doctor que complete una forma POLST que vaya junto con su poder.

¿Dónde puedo conseguir la forma POLST?

Su doctor puede conseguirle una forma POLST en el “Centro de Ética Médica” (*Center for Ethics*) de la Universidad de *Health Sciences* de Oregón (*Oregon Health Sciences University*). Su doctor puede llamar dicho Centro al 503-494-3965 o visitar su sitio en Internet: www.ohsu.edu/ethics.

LEY DE MUERTE DIGNA DE OREGÓN

¿Qué es la Ley de Muerte Digna de Oregón?

Esta ley permite que un “paciente calificado” que padezca de una enfermedad terminal le pida voluntariamente a su médico que le recete medicamentos para finalizar su vida.

¿Qué pacientes califican?

La ley requiere que el paciente 1) sea adulto, 2) sea residente de Oregón, 3) padezca de una enfermedad terminal con un pronosis de menos de seis meses de vida, y 4) que sea capaz de hacer una solicitud

voluntaria. Para poder hacer la solicitud, el paciente debe de poder comunicarles a sus doctores sus decisiones médicas.

ATENCIÓN DE LARGO PLAZO

PERSPECTIVA GENERAL DE LA ATENCIÓN DE LARGO PLAZO

¿Qué es la atención médica de largo plazo?

Si usted es una persona de edad avanzada o incapacitada y no puede vivir solo sin ayuda, es posible que necesite atención de largo plazo. La atención de largo plazo fue diseñada para ayudarle con una variedad de cosas – desde la asistencia con sus actividades cotidianas (como comer, bañarse, caminar/moverse, ir al baño, etc.) hasta la atención médica y tratamientos mucho más complejos. Se puede proporcionar atención de largo plazo en diferentes lugares – en su propia casa, en su propio apartamento dentro de una institución, en un hogar comunitario, o en una casa de reposo. Se proporciona un nivel diferente de atención dependiendo del tipo de institución o del programa.

Si tiene los fondos suficientes, a lo mejor vaya a tener que pagar por la atención de largo plazo por sí mismo. Sin embargo, si usted necesita atención de largo plazo y no tiene suficiente dinero para pagarla, el Estado de Oregón y Medicaid pueden pagar la atención de largo plazo si determinan que usted necesita cierto nivel de asistencia, llamado “*Nivel de Servicio de Prioridad*”. La División de Ancianos y Personas Incapacitadas (*Seniors and People with Disabilities División*) del Departamento de Servicios Humanos es quien determinará si usted califica para que el estado le pague su atención de largo plazo.

A continuación se describen los diferentes lugares en los que se proporciona la atención de largo plazo, así como una breve descripción de sus derechos para continuar recibiendo atención en el lugar que escoja.

¿A dónde puedo ir para pedir ayuda con asuntos de atención de largo plazo?

Si usted está interesado en recibir atención de largo plazo, llame a su oficina local de *Seniors and People with Disabilities*. Si usted está recibiendo atención de largo plazo en su propia casa o en una institución, puede llamar a la oficina del “*Ombudsman*” de Atención de Largo Plazo para obtener respuestas a sus preguntas acerca de la atención que usted está recibiendo al 1-800-522-2602. Si el estado está terminando su atención de largo plazo, si sus derechos están siendo violados o si le están pidiendo que se salga de la institución de atención de largo plazo donde vive en contra de su voluntad, hable a su oficina local de servicios legales, a la oficina del *Ombudsman*, o consulte con un abogado privado. Si está siendo maltratado, llame a la Línea de Prevención de Abuso de Ancianos al 1-800-232-3020.

¿Qué es la Declaración de Derechos de los residentes de instituciones de largo plazo?

Todos los diferentes tipos de instituciones que brindan atención de largo plazo le garantizan a todos sus residentes ciertos derechos. Estos derechos pueden variar un poco dependiendo del tipo de institución en la que usted viva, pero los derechos básicos son los siguientes:

- Ser tratado con dignidad y respeto;
- Poder tomar decisiones informadas y la oportunidad de escoger o rechazar un servicio y aceptar la responsabilidad de las consecuencias.
- Estar libre de negligencia, explotación financiera, y abuso verbal, mental, físico o sexual;
- Recibir servicios de manera privada y digna;
- Tener acceso y poder participar en actividades sociales;
- Poder presentar quejas, estar enterado de los procedimientos de agravio, y poder sugerir cambios a las políticas y servicios al personal de la institución o a un representante externo sin temor a represalias;
- Estar libre de discriminación por su raza, color, país de origen, sexo, orientación sexual o religión; y

- Si le piden que se salga de la institución, que sea únicamente por razones específicas, que le den notificación adecuada, y tener derecho a una audiencia antes de que lo obliguen a salirse.

¿Cuáles son los diferentes tipos de atención de largo plazo?

1. Atención en el Hogar.

La atención en el hogar es para aquellos ancianos o personas incapacitadas que quieren seguir viviendo en su propia casa pero necesitan ayuda para continuar haciéndolo. La atención en el hogar incluye servicios de apoyo básicos desde ayuda con las tareas del hogar hasta la ayuda con las actividades cotidianas. Se pueden brindar servicios por unas cuantas horas a la semana o de tiempo completo, dependiendo de lo que el estado haya determinado que la persona necesita.

Puede que usted califique para recibir atención en el hogar si necesita ayuda y vive en su propia casa, apartamento, o con familiares. La persona que le daría la atención puede ser un profesional con licencia del estado, o en algunas circunstancias limitadas, puede ser su cónyuge, amigo, pariente, o vecino siempre y cuando cumpla con el criterio de calificación del estado.

2. Hogar de Cuidado de Adultos (Adult Foster Homes)

Los hogares de cuidado de adultos son casas privadas donde vive un máximo de 5 personas de edad avanzada o adultos incapacitados que reciben atención en un “ambiente familiar”. La atención brindada en este tipo de hogares varía dependiendo de las necesidades de los residentes y de las habilidades, aptitudes y entrenamiento de los proveedores de la atención. El propósito de estos hogares es brindar el cuidado necesario y enfatizar la independencia de los residentes. Tiene que haber un proveedor presente y disponible siempre que los residentes estén en casa, y los residentes deben tener por lo menos 6 horas a la semana de actividades disponibles (aparte de la televisión y películas). El nivel de atención brindada en este tipo de hogares depende de la clase de licencia que tenga el hogar en cuestión. Asegúrese de que el hogar que escoja ofrezca el nivel de atención que necesite.

Transferencia / Desalojo Involuntario:

Una vez que lo hayan admitido como residente en uno de estos hogares, no le pueden pedir que se salga en contra de su voluntad, ni le pueden pedir que se cambie a otra habitación en la misma casa, ni lo pueden transferir temporalmente a otro hogar a menos de que exista una razón específica. Algunas de estas razones son:

- Por razones médicas;
- Comportamiento que amenace su propia seguridad o la seguridad de los demás;
- Por no pagar la atención; y
- Las necesidades del residente sobrepasan la capacidad o la clase de licencia de los proveedores del hogar.

En la mayoría de los casos, aunque se le pida a un residente que se salga en contra de su voluntad, le tienen que dar 30 días de notificación antes de obligarlo a que se mude. Si le piden que se salga del hogar donde usted vive en contra de su voluntad, tiene el derecho de que se realice una conferencia informal con el estado y una audiencia administrativa formal en la cual puede usted explicarle a un juez porque es que no lo deben de forzar a salirse del hogar en donde vive.

3. Casas Residenciales de Atención (Residential Care Facilities)

Las casas residenciales de atención son casas que alojan y atienden a un mínimo de seis personas de edad avanzada o adultos incapacitados. Este tipo de casas deben proporcionar una variedad de servicios de apoyo las 24 horas del día para satisfacer las necesidades básicas de sus residentes con sus actividades cotidianas, así como con sus necesidades médicas y sociales. Solo pueden proporcionar algunos servicios médicos limitados. Las casas residenciales de atención fueron concebidas para brindar atención en un ambiente hogareño que promueva la participación, elección, dignidad, privacidad e independencia de los residentes.

Transferencia / Desalojo Involuntario:

Una vez que lo admitan como residente en una casa residencial de atención, no le pueden pedir que se

salga sin darle notificación, y únicamente le pueden pedir que se vaya por algunas razones como las siguientes:

- Por razones médicas;
- Comportamiento peligroso;
- Por no pagar la atención; y
- Las necesidades del residente sobrepasan la capacidad y la clase de licencia de la institución.

Si usted vive en una casa residencial y le han pedido que se salga, por lo general le tienen que dar 30 días de notificación por escrito antes de que lo obliguen a salirse. Si recibe una notificación de desalojo, pida una audiencia informal (una junta con su defensor, el personal de la casa, y un representante del estado). En esta audiencia usted trataría de resolver cualquier problema que haya tenido en la casa para poder seguir viviendo ahí. Si en esta audiencia informal no logra llegar a una solución satisfactoria, debe entonces inmediatamente pedir una audiencia formal para que un juez imparcial decida si la casa en realidad tiene una razón válida para pedirle que se vaya. Es buena idea llevar a un abogado o a un defensor cuando vaya a su audiencia formal.

4. Instituciones de Vivienda Asistida (Assisted Living Facilities).

Una institución de vivienda asistida es un edificio que aloja a por lo menos seis personas de edad avanzada y/o personas incapacitadas, quienes viven en su propio apartamento privado. Cada apartamento privado cuenta con su propio baño y cocina o cocineta. El edificio tiene que tener áreas comunitarias, como salas para actividades sociales, y un comedor comunitario que ofrezca por lo menos tres comidas al día. La institución debe también de proporcionar actividades sociales y de entretenimiento a sus residentes. Estas instituciones fueron concebidas para brindar un ambiente privado hogareño para residentes que necesiten ayuda con sus actividades cotidianas (comer, bañarse, cocinar) y ayuda con ciertas condiciones médicas.

Las instituciones de vivienda asistida deben de ofrecer una variedad de servicios de apoyo las 24 horas del día para satisfacer las necesidades de sus

residentes. Estas instituciones tienen la capacidad de admitir a residentes con diferentes tipos de condiciones médicas. Deben proporcionar o coordinar los servicios necesarios para todos sus residentes con condiciones médicas estables y predecibles. Estas instituciones pueden contar con una enfermera de planta, pero solo se les requiere tener a una enfermera bajo contrato para apoyar las necesidades de los residentes. Si se piensa mudar a una de estas instituciones, verifique detenidamente que tengan el personal y entrenamiento necesario para satisfacer sus necesidades médicas antes de mudarse. Si usted vive en una de estas instituciones y desarrolla una condición médica que requiera de más servicios de los que le puedan proporcionar, deben poder ayudarle a coordinar la atención médica que usted necesite en su propio apartamento, pero a lo mejor usted tendrá que solventarla.

Transferencia / Desalojo Involuntario:

La institución le puede pedir que se salga del edificio. Sin embargo, sólo lo pueden desalojar por ciertas circunstancias como las siguientes:

- El desarrollo de una condición médica que no puedan atender adecuadamente;
- Por no pagar su renta o la atención recibida en la institución;
- Comportamiento peligroso a sí mismo o a los demás;
- A veces pueden pedirle que se vaya debido a un deterioro cognoscitivo severo; y
- El residente necesita supervisión de personal de enfermería 24 horas al día, los 7 días de la semana.

Antes de que le pidan que se vaya, le deben notificar por escrito – generalmente con 30 días de anticipación. Si recibe una notificación de desalojo, de este tipo, pida una audiencia informal (una junta con su defensor, el personal de la institución, y un representante del estado). En esta audiencia, trate de resolver cualquier problema que haya tenido en la institución para poder seguir viviendo ahí. Si no logra llegar a una solución satisfactoria, al terminar su audiencia informal pida una audiencia formal inmediatamente para que un juez imparcial decida si la institución tiene en realidad una razón válida para

pedirle que se vaya. Es buena idea llevar a un abogado o a un defensor a su audiencia formal.

5. Clínica de Reposo (Nursing Facilities)

Una clínica de reposo es una institución que proporciona atención de enfermería especializada las 24 horas del día en un ambiente de hospital. Puede que haya algunos cuartos privados en estas clínicas, pero la mayoría son cuartos compartidos. Las clínicas de reposo le dan menos énfasis a la independencia de sus residentes y a las actividades sociales y de entretenimiento que las otras instituciones de atención de largo plazo.

Los residentes de estas clínicas aún conservan sus derechos personales, así como el derecho de estar informado de las reglas y lineamientos de la clínica, estar informado de su propia condición médica, rechazar un medicamento o tratamiento, estar libre de abuso verbal, sexual, mental y físico, ser tratado con respeto y dignidad, y no sufrir represalias por ejercer sus derechos.

Transferencia / Desalojo Involuntario:

Una clínica de reposo únicamente lo puede desalojar por ciertas circunstancias, y aún así, la clínica debe de cumplir con reglas estrictas para transferirlo. Si su condición médica mejora de manera que ya no necesita vivir en una clínica de reposo, le pueden pedir que se vaya. También le pueden pedir que se salga si no paga su estadía, por razones médicas o por su comportamiento.

Antes de que le pidan que se transfiera, la clínica debe de considerar el impacto que tendrá en usted la transferencia, y que arreglos pueden hacer para que usted pueda vivir sin incidentes fuera de la clínica.

Si le piden que se vaya de la clínica y usted no se quiere ir, tiene el derecho de solicitar una conferencia informal y una audiencia formal. Llame al programa estatal del *Ombudsman* al 1-800-522-2602 o a su oficina local de Servicios Legales para obtener ayuda o asesoría acerca de su conferencia o audiencia.

PROGRAMA DE “TODO CUIDADO INCLUIDO” PARA ANCIANOS. PROGRAM FOR ALL INCLUSIVE CARE FOR THE ELDERLY (PACE)

¿Qué es el Programa PACE?

PACE es un programa autorizado por el gobierno que proporciona servicios completos de salud y sociales a personas de la tercera edad. Los proveedores de PACE son compañías privadas no lucrativas u organizaciones públicas. El programa brinda una amplia variedad de servicios a sus participantes de manera que la mayoría puedan seguir viviendo en su propia casa. Recogen a los participantes de sus casas para transportarlos a los diferentes centros de atención para que reciban servicios regulares. Unos participantes de PACE viven en facilidades de largo plazo por el programa de PACE. Participantes en PACE retienen el libertad decidir en donde viven.

¿Cuánto cuesta el programa PACE?

Para los participantes que califiquen para Medicaid, PACE es gratis, y el proveedor recibe directamente el pago de Medicaid. Para los participantes que no califiquen para Medicaid, el costo de la prima, sin incluir el alojamiento y la comida, es actualmente de \$2975.38 al mes en 2010.

¿Quién califica para PACE?

Para ser elegible para participar en PACE, debe de:

- Tener 55 años de edad o más;
- Vivir en Oregón, y estar dispuesto a trasladarse al Condado de Multnomah;
- Calificar para Medicaid, o estar dispuesto a pagar una prima que equivalga lo que le cuesta al estado cubrir a alguien en Medicaid;
- Calificar para los servicios de acuerdo con los requisitos de la oficina de *Aging and Disability Services*; y
- No necesitar colocación inmediata en una casa de reposo.

¿Hay algún proveedor de PACE cerca de mí?

Providence Health Services dirige un programa PACE llamado *Providence ElderPlace* que proporciona servicios de salud y sociales en

diferentes lugares en el área de Pórtland. El siguiente programa PACE más cercano está en Seattle.

¿Cómo puedo obtener más información acerca del Programa de PACE?

Para obtener más información, puede ponerse en contacto con:

Providence Elder Place
4531 SE Belmont, Suite 100
Portland, Oregon 97215
(503) 215-6556
www.providence.org/ElderPlace

La página web del gobierno para PACE es www.cms.hhs.gov/pace.

SEGURANZA DE LARGO PLAZO

¿Qué es la seguridad de largo plazo?

La atención de largo plazo es la ayuda brindada a las personas que tienen una enfermedad o incapacidad crónica de largo plazo, generalmente en las últimas etapas de su vida. El nivel de atención varía desde terapia ligera en casa de la persona hasta servicios de enfermería de tiempo completo en una casa de reposo o centro residencial. Aunque históricamente los familiares de los ancianos han sido quienes se han encargado de su cuidado de largo plazo, hoy día hay más opciones disponibles para obtener atención de otros proveedores.

¿Medicare cubre mi atención de largo plazo?

No. Medicare no cubre la mayoría de los gastos de la atención de largo plazo. Los servicios que generalmente cubre Medicare incluyen la atención hospitalaria, servicios de enfermería especializada en el hogar, algunos servicios limitados de atención médica en el hogar y los servicios de hospicio. Medicare *no* cubre la atención recibida en una clínica de reposo (*nursing facility*) (a menos de que sea después de una estadía hospitalaria de por lo menos 3 días), tampoco cubre la atención recibida en un hogar de cuidado de adultos (*adult foster home*), casas residenciales de atención (*residential care facility*), instituciones de vivienda asistida (*assisted living*)

facility)), ni cubre la mayoría de los servicios en el hogar.

¿Cómo decido si me conviene o no obtener un seguro para la atención de largo plazo?

La mayoría de los planes de seguros médicos no cubren la atención de largo plazo. Medicaid sí les cubre la atención de largo plazo a las personas que califiquen para recibir sus beneficios. Si usted no califica para Medicaid y le preocupa el alto costo de su futura atención de largo plazo, a lo mejor le convenga comprar un seguro de atención de largo plazo. Mantenga en mente lo siguiente:

- ¿Tiene con que pagar las primas mensuales del seguro? Tendrá con que pagarlas en el futuro? La prima mensual varía, dependiendo del tipo de póliza de seguro que obtenga. La prima mensual promedio es de alrededor de \$140, y generalmente la prima le cuesta menos a las personas más jóvenes (en sus 40s y 50s) que a las personas mayores;
- ¿Cree que en el futuro vaya a necesitar extensa atención de largo plazo? Si en su familia hay historia de enfermedades debilitantes como Alzheimer's, a lo mejor y le conviene comprar este tipo de seguro;
- ¿Quiere tener independencia de su familia con respecto a su dinero, sus bienes y su atención médica? Si ese es el caso, a lo mejor le convenga asegurar su futura atención médica.

Por lo general, el seguro de atención médica de largo plazo no les conviene a las personas que no tienen con que pagar las primas, que tienen pocos bienes, o quienes su única fuente de ingreso sea el Seguro Social o SSI.

¿Pueden mis hijos comprarme la póliza de seguro de atención de largo plazo?

Los hijos que quieran asegurar la futura atención médica de sus padres pueden comprar el seguro de atención de largo plazo y así se evitan parte del costo, del tiempo y de las demandas emocionales de ser ellos mismos quienes se encarguen del cuidado de sus padres.

¿Qué tipo de atención ofrece el seguro de atención de largo plazo?

Las pólizas de seguro de largo plazo cubren una amplia variedad de opciones de cuidado, incluyendo la atención en el hogar privado del paciente, en una vivienda asistida, en hogares de cuidado para adultos y todos los niveles de cuidado en casas o clínicas de reposo. Estas pólizas no pueden limitar su cobertura únicamente al servicio de enfermería, sino que tienen que proporcionar atención en la propia casa del paciente así como otros niveles de atención intermedia.

¿El costo de las primas del seguro de atención de largo plazo es deducible de impuestos?

Las primas de algunas pólizas son consideradas gastos médicos y pueden ser deducibles de impuestos en su declaración estatal y federal de impuestos. Sin embargo, los requisitos para comprar estas pólizas pueden ser más restrictivos. Bajo la ley de Oregón, puede ser elegible para obtener un crédito tributario de \$500 o del 15% de las primas pagadas, lo que sea menor.

¿Qué preguntas le debo de hacer a mi proveedor de seguros si estoy considerando comprar una póliza?

- ¿Esta póliza limita mis opciones de proveedores de atención médica?
- ¿La compañía alguna vez le ha incrementado el precio de las primas a sus asegurados? ¿Por cuánto?
- ¿Una vez que califique para los servicios, tengo que seguir pagando las primas?
- ¿Los pagos de sus beneficios aumentan de acuerdo con la inflación?
- ¿Qué porcentaje de reclamaciones pagan?
- ¿Cuál es el período de espera antes de que los beneficios empiecen?
- ¿Cómo se activan los beneficios? ¿Los tiene que activar el doctor o la compañía de seguros? ¿Qué tanta ayuda con mis actividades cotidianas necesito para que empiecen a pagar beneficios?

¿Dónde puedo obtener ayuda para decidir si me conviene o no comprar un seguro de atención de largo plazo?

- Asistencia de Beneficios de Seguro Médico para Ancianos, (*Senior Health Insurance Benefits Assistance*, SHIBA) 1-800-722-4134, o en Internet, www.oregonshiba.org.
- “Guía del Comprador de Seguros de Atención de Largo Plazo” (*A Shopper’s Guide to Long-term Care Insurance*). Los agentes de seguros pueden darle una copia gratuita de esta guía, si no, puede pedir una en la página en Internet http://insurance.oregon.gov/publications/publications_orderform.html, o llamando al 1-800-722-4134
- La página en Internet de la División de Seguros de Oregón (*Oregon Insurance Division*): www.cbs.state.or.us/ins.

PROPIEDADES INMOBILIARIAS Y ARRENDAMIENTO PARA PERSONAS DE BAJOS INGRESOS

POSESIÓN Y TRANSFERENCIA DE BIENES INMUEBLES

¿Qué es un bien inmueble?

Hay una diferencia entre bienes “muebles” y bienes “inmuebles”. Los bienes inmuebles son los lotes, casas o edificios en un terreno. Los bienes muebles son las posesiones personales de una persona, así como sus autos, ropa, muebles, artículos del hogar, etc. Esta sección se refiere únicamente a la posesión de bienes inmuebles.

¿Qué tipos de posesión de bienes inmuebles existen?

Existen varias maneras en que una persona puede poseer un bien inmueble.

- La primera es el “Dominio Pleno”. Dominio pleno significa que usted es el único dueño del bien, que el bien está únicamente a su nombre y le pertenecen a usted todos los derechos a esa propiedad.
- La segunda es la “Tenencia en Común”, lo que significa que usted es dueño de la propiedad junto con otra persona o personas. Si es dueño de la mitad del derecho sobre el bien, puede entonces venderle su mitad a otra persona, si usted así lo desea. O puede nombrar a una persona en su testamento para que herede su derecho a la propiedad cuando usted muera.
- La tercera es “Propiedad con Derecho de Supervivencia”. Dos o más personas pueden ser dueños de una propiedad con derecho de supervivencia. Esto significa que cuando uno de los dueños muere, el dueño o los dueños sobrevivientes automáticamente reciben la parte del dueño fallecido. Esta transferencia se lleva a cabo incluso aunque el testamento del fallecido le transfiera la propiedad a otra persona. Por lo general, los matrimonios son dueños de sus propiedades con este derecho de supervivencia. Si usted es casado y tiene propiedades en común con su cónyuge con derecho de supervivencia y quiere que una persona diferente a su cónyuge reciba su derecho a esa propiedad cuando usted muera, consulte con un abogado acerca de cómo convertir su posesión de la propiedad a “tenencia en común” o a otro tipo de posesión.
- Por último, está el “Dominio Vitalicio.” Con el dominio vitalicio, usted le da su propiedad a otra persona pero conserva el derecho de vivir en ella hasta su muerte. También puede establecer un dominio vitalicio en su testamento. Por ejemplo, puede establecer un dominio vitalicio en el cual le da su propiedad a un amigo, pero cuando su amigo muera, su propiedad se transfiere a otra persona que usted haya escogido.

¿Cómo puedo transferir mi posesión de una propiedad a otra persona?

La transferencia incorrecta de su posesión de una propiedad puede terminar en la pérdida inesperada de su propiedad, en la pérdida de su elegibilidad para obtener Medicaid u otros beneficios gubernamentales, o puede tener consecuencias fiscales inesperadas. Es muy importante consultar con un abogado que lo ayude a realizar la transferencia de posesión de una propiedad.

Hay varias maneras de transferir su posesión de una propiedad. La primera es a través de la venta. Generalmente, puede vender su propiedad a cambio de efectivo o el comprador puede pagarle en plazos. Estos pagos pueden ser a través de una hipoteca, escritura fiduciaria, o a través de un contrato de venta de un terreno. La segunda, le puede dar la propiedad a otra persona en vida, a algún familiar, amigo, u organización benéfica. La tercera, puede ceder su propiedad cuando muera a través de un testamento, o un convenio de fideicomiso, o a través del derecho de supervivencia. Para vender o ceder una propiedad, tendrá que completar correctamente la escritura.

¿Qué es la escritura?

Si desea vender su bien inmueble o cederlo a otra persona en vida, necesita hacerlo por escrito. A este documento se le llama la escritura. La escritura tiene que firmarse correctamente, generalmente ante un notario, y se la tiene que dar al nuevo dueño para completar la transferencia. La escritura también debe de incluir una descripción legal de la propiedad, debe de indicar si la propiedad fue vendida o cedida, y debe de registrarse con el registrador del condado en donde dicha propiedad esté ubicada.

Si quiere ceder su propiedad cuando muera, puede entonces establecer el derecho de supervivencia en la escritura. Sin embargo, esté conciente de que al hacerlo, está efectuando una donación, lo cual le elevaría sus impuestos sobre donaciones. Adicionalmente, una vez que firme la escritura, no puede recuperar su propiedad a menos de que la otra persona exprese por escrito el acuerdo de regresársela. Por último, aunque usted nombre a otra persona que herede esa propiedad en su testamento,

la escritura invalidará al testamento y la persona con derecho a supervivencia se quedará con la propiedad.

De nuevo se le sugiere que consulte con un abogado antes de realizar la transferencia de posesión de un bien inmueble.

¿Dónde puedo conseguir más información acerca de la posesión y transferencia de un bien inmueble?

La línea Tel-law de información de la Barra de Abogados de Oregón ofrece más información.

503-620-3000 ext. 1201

Cómo Comprar y Vender Bienes Inmuebles, o llame al número gratuito 1-800-452-4776, ext. 1201

PROGRAMAS DE APLAZAMIENTO DE IMPUESTOS PARA PERSONAS DISCAPACITADAS Y DE LA TERCERA EDAD

Puede calificar para aplazar el pago de sus impuestos sobre su propiedad inmobiliaria, ya sea su casa, su casa manufacturada, su casa flotante, dúplex, o su propiedad en renta. Si califica para uno de los programas estatales, el estado le pagaría al condado el impuesto sobre su propiedad. Le cobrarían un interés del seis por ciento anual sobre los impuestos no pagados; pero también le aplazarían el pago de dichos intereses. Le colocarían un derecho de retención sobre su propiedad hasta que los impuestos y el interés queden pagados o hasta que la propiedad se venda.

¿Califico para obtener un aplazamiento del pago de mis impuestos sobre mi propiedad inmobiliaria?

Programa para Personas de la Tercera Edad: Cualquier persona que tenga por lo menos 62 años de edad en o antes del 15 de abril del año en el cual se presente la reclamación puede calificar.

Programa para Personas con Discapacidades: Cualquier persona menor de 62 años que reciba beneficios federales del Seguro Social por incapacidad o ceguera en o antes del 15 de abril del año en que presente la reclamación puede calificar.

Ambos el esposo o la esposa pueden solicitar el aplazamiento, o pueden hacerlo conjuntamente. Los solicitantes no tienen que estar casados para solicitar el aplazamiento si son co-propietarios. No califica para el aplazamiento si tiene únicamente dominio vitalicio sobre la propiedad.

¿Para poder calificar, mis ingresos no pueden sobrepasar de cierto límite?

Para que le aplacen sus impuestos sobre su propiedad inmobiliaria, sus ingresos anuales no pueden pasar de cierto límite que cambia anualmente. Para calificar, sus ingresos totales familiares no pueden pasar del límite establecido por el estado para el año anterior. En el 2009, el límite es de \$39,000 para el año fiscal del 2008. El ingreso total familiar incluye ambos sus ingresos gravables y no gravables, incluyendo el seguro social y sus pensiones.

Si sus ingresos sobrepasan el límite del programa, le reducirán cincuenta centavos por cada dólar que esté por encima del límite a la cantidad que le vayan a aplazar. Si sus ingresos sobrepasan al límite por más del doble de lo que debe de impuestos sobre su propiedad inmobiliaria, entonces no le aplazarían sus impuestos ese año.

¿Cómo hago mi solicitud?

Puede conseguir una solicitud para que le aplacen los impuestos sobre su propiedad inmobiliaria en la oficina del tasador del condado (*county assessor*) entre el 1^{ero} de enero y el 15 de abril. El Departamento de Recaudación de Impuestos revisará su solicitud y le notificará por escrito de su aprobación o negación.

Para completar la solicitud, necesitará anexar los siguientes documentos:

- Una copia de la escritura de su propiedad;
- Una copia de su declaración de impuestos sobre su propiedad o la del año pasado;
- Su formulario de ingresos (*income worksheet*);
- Una copia de una declaración de su doctor, si acaso usted no vive en su casa por razones médicas;

- Una copia de la carta de aprobación del Seguro Social federal si acaso está solicitando un aplazamiento de sus impuestos sobre su propiedad inmobiliaria por incapacidad.

¿Puedo obtener un aplazamiento si debo impuestos atrasados?

Sí, pero tendrá que ponerse en contacto con el tasador del condado para presentar una solicitud de Demora de la Ejecución de la Hipoteca (*Delay of Foreclosure*).

¿Cuándo termina el aplazamiento?

Si una de las siguientes circunstancias toma lugar, el aplazamiento terminaría y usted tendría que pagar los impuestos debidos o se cobrarían de su patrimonio:

- Usted o el contribuyente a quien le aplazaron los impuestos muere;
- Usted vende la propiedad o cambia la posesión de la misma de alguna otra manera;
- Deja de vivir permanentemente en la propiedad;
- Deja de cumplir con los requisitos anuales de ingresos.

¿Tengo que volver a solicitar el aplazamiento todos los años?

No. Solo tiene que solicitar el aplazamiento una vez, a menos de que su cónyuge muera.

¿Puedo continuar recibiendo el aplazamiento si mi cónyuge muere?

En el programa para personas incapacitadas, si el contribuyente que había hecho el aplazamiento muere, y el cónyuge que le sobrevive también es incapacitado y recibe beneficios del Seguro Social, el aplazamiento continuará.

En el programa para personas de la tercera edad, si el contribuyente que había hecho el aplazamiento muere, y el cónyuge que le sobrevive 1) firmó la solicitud original y 2) tiene 59½ años de edad o más a la hora de la muerte del contribuyente, el aplazamiento continuará.

Si usted es menor de 59 años y medio y es el cónyuge sobreviviente de un contribuyente que estaba recibiendo un aplazamiento, puede presentar una solicitud de cónyuge sobreviviente. Le continuarán aplazando los impuestos e intereses que ya le habían aplazado, sin embargo, tendrá que pagarle al condado los impuestos sobre su propiedad inmobiliaria hasta que cumpla los 62 años de edad. Cuando cumpla 62, tendrá que presentar otra solicitud para obtener aplazamiento por ser de edad avanzada. Si lo aprueban, el estado reanudará el pago de sus impuestos sobre su propiedad inmobiliaria.

¿Cómo puedo obtener más información?

Llame al Departamento de Recaudación de Impuestos de Oregón (*Oregon Department of Revenue*), al 503-378-4988, o al número gratuito dentro de Oregón, 1-800-356-4222 o visite la página web: www.oregon.gov/DOR/PTD/seniorDef.shtml

EJECUCIÓN HIPOTECARIA (*FORECLOSURE*)

¿Qué es la ejecución hipotecaria?

Si no hace un pago de su hipoteca o de su refinanciamiento, su banco o compañía hipotecaria puede iniciar una ejecución hipotecaria. Si usted le pidió prestado dinero a un banco o a una compañía hipotecaria para comprar o refinanciar su casa, acordó con ellos que si no les pagaba su dinero, podrían quitarle la casa.

¿Puede el banco o la compañía hipotecaria llegar y sacarme de mi propia casa?

No. La única manera de sacarlo de su casa es a través de una orden judicial. El banco o la compañía hipotecaria tienen que seguir los procedimientos establecidos por los tribunales antes de que lo obliguen a salirse de su casa.

¿Cuánto tiempo dura generalmente este proceso?

El proceso para ejecutar una hipoteca dura por lo general cerca de seis meses. Puede tomar más o menos tiempo dependiendo del caso. También depende en gran parte de la agresividad con la que su banco o compañía hipotecaria procesen su caso.

¿Me tengo que salir de mi casa durante el proceso de la ejecución hipotecaria?

No. El proceso de la ejecución hipotecaria (incluso hasta cuando se llega a completar) únicamente transfiere la posesión de la casa de usted al mayor postor en la subasta de la ejecución. Esta transferencia se completa después de la subasta de la ejecución hipotecaria. Dependiendo del tipo de ejecución que se realizó, cabe la posibilidad de permanecer viviendo en la misma casa pero como inquilino, en lugar de dueño. Para obtener más información acerca del proceso de desalojo refiérase al libretto titulado “Derechos de Propietarios e Inquilinos” o llame a la oficina de Servicios Legales en su área.

¿Por qué estoy recibiendo tanto correo de personas que dicen poder ayudarme?

Antes de la venta forzada de su propiedad, va a recibir una “Notificación de Venta”. Esta notificación es un documento público. Si recibió este documento, esta información le es disponible a todo tipo de personas. Algunos le pueden ayudar, otros solo están tratando de aprovecharse de usted. Tenga cuidado con estas personas y no firme ningún documento sin antes obtener asesoría legal.

¿Qué puedo hacer si el banco está ejecutando mi hipoteca?

- Llame la oficina de Servicios Legales en su área.
- Llame al Departamento de la Vivienda y Desarrollo Urbano (*Housing and Urban Development*) (HUD) y hable con un consejero aprobado por HUD para explorar sus opciones en el 1-800-569-4287 o TDD 1-800-877-8339.
- Considere declararse en bancarrota o vender su casa para evitar la ejecución hipotecaria. Tendrá que consultar con un abogado para tomar una de estas opciones.
- No se espere. El no hacer nada puede resultar en la pérdida de su casa y de su buen crédito.

ASISTENCIA DE ARRENDAMIENTO PARA PERSONAS DE BAJOS INGRESOS

¿Qué tipos de asistencia para la vivienda hay disponibles para personas de la tercera edad?

Las personas de edad avanzada califican para muchos tipos de viviendas subsidiadas. Hay viviendas de Renta Baja (*Low Rent Housing*) en las cuales la oficina de *Public Housing Authority* (PHA) sería su arrendador. También está el programa de Vouchers de la Sección 8, en el cual un inquilino le renta una unidad a un arrendador privado y PHA ayuda a pagar la renta. También hay viviendas de la Sección 8 basadas en el proyecto de Rehabilitación Moderada o el proyecto de viviendas Multifamiliares (*Project Based Moderate Rehabilitation & Project Based Multifamily housing*). Algunas de estas viviendas son únicamente para personas de la tercera edad y discapacitadas. También hay vivienda de Crédito por Bajos Impuestos Sobre la Renta (*Low Income Tax Credit housing*) y Viviendas Accesibles (*Affordable Housing*).

¿Cuáles son las diferencias entre los diferentes tipos de oportunidades de subsidios de la vivienda?

Viviendas de Renta Baja (Low Rent Housing, LRH): Son viviendas que usted le rentaría a la oficina de PHA. PHA sería su arrendador, usted pagaría el 30% de su ingreso bruto ajustado en renta y para poder desalojarlo, PHA tiene que tener una buena razón.

Programa de Voucher de la Sección 8 (Section 8 Voucher Program): En este programa usted le renta a un arrendador privado y usted tiene que encontrar la vivienda por sí mismo. Una vez que termine el período inicial de su contrato de renta, el arrendador ya no tiene que tener una buena razón para desalojarlo. Podría terminar pagando más del 30% de su ingreso en renta.

Sección 8 basada en Proyectos (Project Based Section 8): En ambos, el proyecto de Rehabilitación Moderada y el proyecto de viviendas Multifamiliares, usted pagaría únicamente el 30% de su ingreso bruto ajustado en renta, y para desalojarlo tienen que tener una buena razón. Por lo general, lo mismo sucede en las viviendas designadas “sólo para personas de edad

avanzada” o “solo para personas de edad avanzada y personas incapacitadas.”

Viviendas Accesibles (Affordable Housing) y Viviendas de Crédito por Bajos Impuestos Sobre la Renta (Low Income Tax Credit housing): Con estos programas, las rentas son más bajas que las rentas justas del mercado, pero no están basadas en sus ingresos. En la mayoría de estas viviendas necesitan una buena razón para desalojarlo.

¿Cuáles son los requisitos de elegibilidad?

Cada programa tiene un límite de ingresos. Por lo general, estos límites aumentan cada año. El proveedor de la vivienda tiene que considerar los ingresos de toda la familia. Dependiendo del programa, se pueden hacer ajustes por gastos médicos para ancianos e incapacitados. Tiene que ser ciudadano o un residente elegible. No hay límites en cuanto a sus bienes, pero si recibe ingresos de algún bien inmueble, ese ingreso sí es considerado. Para vivir en las viviendas designadas “solo para personas de edad avanzada” una de las personas de la familia (la cabeza de la familia, cónyuge, o el único miembro) tiene que tener 62 años o más para todas las viviendas subsidiadas de HUD.

¿Qué sucede si yo creo ser elegible, pero rechazan mi solicitud de vivienda?

En casi todos los tipos de viviendas subsidiadas, si rechazan su solicitud, usted tiene el derecho de pedir una revisión. Si la oficina de *Public Housing Authority* rechaza su solicitud de vivienda, usted tiene el derecho de una audiencia para revisar la decisión. En los otros tipos de vivienda, por lo general tiene el derecho de que una persona diferente a la que haya tomado la decisión inicial realice una revisión. Si tiene un voucher de la Sección 8 y un arrendador privado rechaza su solicitud de vivienda, no tiene derecho de solicitar ningún tipo de audiencia. Sin embargo, si sospecha que lo rechazaron por discriminación en base a su edad, raza, credo, tipo de familia, por la fuente de sus ingresos, religión, país de origen, sexo, identidad de género, orientación sexual o por alguna discapacidad física o mental, póngase en contacto con un abogado o hable de inmediato al “Consejo de la Vivienda Justa” (*Fair Housing Council*) al 1-800-424-3247.

¿Qué sucede si mis ingresos provienen de un fideicomiso?

Generalmente, si los bienes del fideicomiso están en un *fideicomiso irrevocable* (fideicomiso permanente), el único ingreso que le cuentan para determinar su renta sería el ingreso proveniente del fideicomiso y no se contaría como un bien contable. Los *fideicomisos revocables* se consideran una fuente de ingresos y un bien. Recuerde que al determinar su ingreso bruto ajustado para fijar lo que va a pagar de renta van a considerar su ingreso derivado del fideicomiso, mas no considerarán el valor del fideicomiso en sí. Este es el caso aún si usted es el cesionista (la persona que estableció el fideicomiso) o el beneficiario (la persona que recibe el beneficio de este dinero) del mismo.

¿Si soy una persona de edad avanzada y también tengo una incapacidad, puedo tener a alguien viviendo conmigo para que me ayude?

Si usted es una persona incapacitada de acuerdo con la definición de las leyes de vivienda justa, y tiene una carta de su doctor indicando que necesita tener a alguien viviendo con usted para que lo ayude debido a su incapacidad, el proveedor de su vivienda debe permitirle que su ayudante viva con usted. Por lo general, esa persona no puede tener otro trabajo de tiempo completo y usted tiene que necesitarlo las 24 horas del día. Los ayudantes están sujetos a una revisión de sus antecedentes penales y antecedentes generales. No se consideran “miembros de la familia” por lo tanto, sus ingresos no se cuentan a la hora de determinar lo que pagará de renta.

¿Cómo solicito estos tipos de viviendas subsidiadas?

Para las Viviendas de Renta Baja y para los Vouchers de la Sección 8, tiene que ir a la oficina de *Public Housing Authority* de su área para investigar como puede solicitar este tipo de vivienda en cada condado. Puede estar en las listas de espera de ambos tipos de vivienda al mismo tiempo. Algunas oficinas de PHA solo abren sus listas de espera de la Sección 8 muy de vez en cuando, así que tiene que investigar lo que necesita para cada programa. Para el resto del tipo de viviendas, tiene que ir a cada edificio y llenar una solicitud por separado para vivir ahí. Las oficinas

locales de *Housing* y de *Aging and Disabled Services* deben de tener listas de los edificios de los diferentes tipos de viviendas para cada condado.

¿Me pueden desalojar de estos tipos de viviendas subsidiadas?

En todos los tipos de vivienda, con la excepción de la Sección 8, una vez que termine el plazo inicial del contrato de renta, la ley les requiere a los arrendadores tener una buena razón (violaciones serias o repetidas del contrato de renta) para desalojarlo. Esto significa que tienen que tener una razón para desalojarlo y deben de expresarle esta razón por escrito. En el estado de Oregón, los arrendadores le tienen que dar una notificación de 30 días a sus inquilinos con una oportunidad de 14 días para solucionar el problema, a menos de que el desalojo sea por una razón seria y potencialmente peligrosa. Si usted soluciona el problema en esos 14 días, el arrendador no lo puede desalojar. Sin embargo, si usted vuelve a cometer la misma violación en los próximos seis meses, el arrendador le puede dar una notificación de desalojo de 10 días sin oportunidad de resolución. Si usted no paga su renta, el arrendador le puede dar una notificación de 72 horas después de que la renta haya estado vencida por siete días. Si usted paga su renta en ese plazo de 72 horas, el arrendador no puede desalojarlo. Hay también otros tipos de notificaciones. Si usted recibe una notificación de desalojo, debe de consultar con un abogado sobre sus derechos. El arrendador le tiene que dar algún tipo de notificación por escrito antes de poder desalojarlo. Una vez que se venza el plazo que le dieron en la notificación, el arrendador tiene que ir al tribunal, y usted tiene el derecho de un juicio antes de que el arrendador pueda desalojarlo.

Si usted es una persona incapacitada y cree que la razón por la cual lo están desalojando tiene que ver con su discapacidad, tiene derecho de solicitar una adaptación razonable (*reasonable accommodation*), lo cual puede evitar el desalojo. Siempre debe de consultar con un abogado si recibe una notificación de desalojo por parte de su arrendador.

¿Se permite tener mascotas en las viviendas subsidiadas?

El congreso les ha garantizado a los inquilinos de viviendas para personas de edad avanzada o personas incapacitadas el derecho de tener mascotas domésticas comunes. Por lo tanto, un arrendador de un edificio subsidiado por el gobierno federal que renta unidades a personas de edad avanzada y a personas incapacitadas no puede tener una política de no aceptar mascotas. En las viviendas de renta baja, cualquier persona puede tener una mascota, dependiendo de las reglas del edificio.

Adicionalmente, en cualquier tipo de vivienda subsidiada, esté o no designada para personas de edad avanzada e incapacitados, si el inquilino tiene una discapacidad que requiera de una mascota de compañía o una mascota de terapia para promover su salud y/o su seguridad, el arrendador tiene que hacer una *adaptación razonable* y concederle el derecho de tener a dicha mascota, incluso aunque el edificio tenga una política de no aceptar mascotas.

¿Dónde puedo obtener más ayuda?

- Consejo de la Vivienda Justa de Oregón (*Fair Housing Council of Oregon*): 1-800-424-3247
- HUD – Vivienda Justa e Igualdad de Oportunidades (*Fair Housing and Equal Opportunity, FHEO*): 1-800-877-0246
- Autoridad de la Vivienda Pública (*Public Housing Authority*): en Internet: www.hud.gov/offices/pih/pha/contacts/states/or.cfm. Para comunicarse con la oficina de Portland: 503-802-8300

PROGRAMA ESTATAL DE ASISTENCIA CON LA RENTA

¿Qué es el Programa de Asistencia con la Renta para Personas de la Tercera Edad (*Elderly Rental Assistance (ERA)*)?

El Programa de Asistencia con la Renta para Personas de la Tercera Edad es un programa de reembolso de renta para personas de bajos ingresos,

de 58 años de edad o mayores y que reúnan otros requisitos.

¿Quién califica para el programa?

Usted califica para ERA si reúne todos los siguientes requisitos:

- Usted o su cónyuge debe tener por lo menos 58 años de edad para el 31 de diciembre del año previo al que llenó su solicitud;
- Sus ingresos totales, o sus ingresos más los de su cónyuge, tienen que ser menores a \$10,000;
- Usted, o ambos usted y su cónyuge, pagaban más del 20 por ciento de sus ingresos en renta, combustible, y servicios básicos (luz, agua, basura, drenaje, calefacción);
- El valor de sus artículos del hogar es de \$25,000 o menos. (Si usted o su cónyuge tiene 65 años o más, no hay un límite en cuanto al valor de sus artículos del hogar);
- Estaba rentando una residencia en Oregón sujeta a impuestos sobre la propiedad;
- Vivía en Oregón el 31 de diciembre del año previo a cuando llenó su solicitud; y
- No vivía en casa propia el 31 de diciembre del año previo al que llenó su solicitud.

¿Puedo solicitar ERA si vivo en una casa de reposo o en vivienda de bajos ingresos?

Si usted vive en vivienda de bajos ingresos, puede solicitar ERA solo sobre la porción de la renta que usted pagó. Su arrendador tiene que pagar los impuestos sobre la propiedad o hacer pagos hacia dichos impuestos para que usted pueda calificar para ERA.

Si vive en una casa de reposo, casa de retiro, o en algún otro tipo de hogar para adultos o institución de vivienda asistida, puede calificar para ERA dependiendo de si el lugar donde vive está sujeto a impuestos sobre la propiedad. Hay reglas especiales para contar los ingresos en este tipo de residencias.

¿Cómo solicito el Programa ERA?

Tiene que llenar y firmar la Forma 90R para reclamar este tipo de asistencia. Puede conseguir esta forma

en el Departamento de Recaudación de Impuestos de Oregón (*Oregon Department of Revenue*). Tiene que presentar su reclamación antes del 1^{ero} de julio si desea recibir su reembolso de renta para Noviembre de ese mismo año. Si presenta su Forma 90R después del 1^{ero} de julio, procesarán su reclamación el próximo año.

Para obtener más información, llame al Departamento de Recaudación de Impuestos de Oregón, al 503-378-4988 o al número gratuito en Oregón 1-800-356-4222.

PROTECCIÓN DE SUS DERECHOS LEGALES

DERECHOS DE VISITAS Y DE CUSTODIA PARA ABUELOS Y OTRAS PERSONAS QUE NO SEAN LOS PADRES

Parte 1. Derechos de Custodia.

¿Qué es la custodia legal?

Tener la custodia legal significa tener el derecho legal y la responsabilidad del cuidado de un niño. Generalmente el tutor legal (la persona que tenga la custodia) del niño es quien vive con él, lo supervisa, da su consentimiento en cuanto a la atención médica del niño, lo inscribe a la escuela y realiza las demás responsabilidades de los padres. Por lo general, ambos padres tienen la custodia legal de sus hijos a menos de que un juez ordene lo contrario – por ejemplo, el juez puede otorgarle la custodia a uno de los padres en un caso de divorcio o le puede otorgar la custodia al estado, en un procedimiento en el tribunal de menores. Un abuelo no puede tener la custodia legal de su nieto sin algún tipo de orden judicial. La orden judicial puede ser de custodia (*custody*) o de tutela (*guardianship*). Mucha de la información a continuación acerca de lo que se requiere para establecer una orden de custodia también es aplicable en los procedimientos de tutela. (Refiérase a la sección de tutelas en este libretto para obtener más información al respecto).

¿Puede el padre o la madre del niño darme la patria potestad temporal de su hijo?

Sí. El padre o madre de un niño le puede dar un poder otorgándole la patria potestad temporal para cuidar al niño, dar su consentimiento en cuanto a su atención médica, inscribirlo a la escuela y para realizar otras responsabilidades de los padres. La carta poder no es una orden legal de custodia. El poder no le permite dar su consentimiento en cuanto al matrimonio o la adopción del menor.

El padre, madre o tutor del niño puede firmar la carta poder. Puede conseguir el formulario para hacer una carta poder en la mayoría de las papelerías. También puede obtener gratuitamente esta forma junto con instrucciones en www.oregonlawhelp.org – haga clic en “Family” y después en “Guardianships for Children”. Una vez que la forma esté completa, el padre/madre la debe de firmar ante un notario público. No es necesario ir al tribunal. Asegúrese de conservar una copia de esta carta poder.

Por lo general, las cartas poder no duran más de seis meses. Sin embargo, el padre/madre puede firmar un nuevo poder cada seis meses. Si el padre/madre pertenece a la Reserva de las Fuerzas Armadas de los EUA y le llaman a servicio activo, puede entonces otorgar un poder que dure el plazo que vaya a estar en servicio activo más 30 días adicionales.

El padre/madre puede terminar la carta poder en cualquier momento al escribir, fechar y firmar una declaración revocando dicho poder.

¿Puedo solicitar la custodia legal de un niño que no sea mi hijo biológico?

Sí, pero tiene que presentar un caso en el tribunal y demostrar: 1) que su relación con el niño es de “padre/madre-hijo”, 2) que los padres no están velando por los intereses del niño y 3) que el otorgarle a usted la custodia es lo que más le conviene al niño. El juez va a considerar muchos diferentes factores al aplicar la ley y al decidir si otorgarle o no la custodia. A continuación aparecen los diferentes factores, así como la ley.

¿Qué es la “relación de padre/madre-hijo” y como se si mi relación con el niño es considerada como tal?

Su relación con el niño se puede considerar de “padre/madre-hijo” si usted vive con el niño y le proporciona comida, ropa, vivienda, ve por sus necesidades y le brinda cuidado, educación y disciplina. La relación tiene que ser de diario y debe de satisfacer las necesidades físicas y psicológicas del niño. Para presentar el caso en el tribunal, esta relación tuvo que haberse establecido seis meses antes de hacer el trámite. Si usted no está relacionado con el niño, debe haber tenido esta “relación de padre/madre-hijo” con él por más de 12 meses antes de que pueda pedir la custodia legal del niño en el tribunal.

¿Tienen los padres más derechos que otras personas de tener la custodia de sus hijos?

Sí. Incluso aunque pueda usted demostrar que tiene una “relación de padre/madre-hijo” con el niño, un juez no le quitaría los derechos de custodia a los padres y otorgárselos a usted a menos de que usted pueda también demostrar que los padres no están velando por los intereses del niño, y que lo que más conveniente para el niño es estar con usted. Los jueces por ley tienen que suponer que los padres velan por los intereses de sus hijos.

¿Cómo determinan los jueces si un padre/madre está velando por los intereses de su hijo?

El juez considera muchos factores antes de invalidar la suposición de que los padres velan por los intereses de sus hijos. Algunos de estos factores son los siguientes:

- Si el padre/madre no está dispuesto o es incapaz de cuidar al niño adecuadamente.
- Si usted ha sido recientemente la persona principalmente encargada del cuidado del niño;
- Si el niño estaría expuesto a circunstancias dañinas si se quedara con su padre/madre;

- Si el padre/madre ha fomentado o está de acuerdo con la relación que usted tiene con el niño; y
- Si el padre/madre le ha negado o limitado su contacto con el niño sin una razón válida.

Se consideran circunstancias dañinas todas aquellas situaciones que le puedan causar daño psicológico, emocional o físico al niño, así como otros hechos que lo lastimen.

El juez también va a considerar otros factores al tomar su decisión. Si el juez determina que el padre/madre no está velando por los intereses de su hijo, tiene que decir específicamente porque es que llegó a tal determinación.

¿Qué sucede si el juez decide que el padre/madre está en efecto velando por los intereses de su hijo?

Si el juez determina que el padre/madre está velando por los intereses del niño, le negarán su solicitud de la custodia y no tendrá derechos legales hacia la custodia del niño.

¿Si el juez determina que el padre/madre no está velando por los intereses del niño, cuál es el siguiente paso?

Si el juez decide que el padre/madre no está velando por los intereses de su hijo, entonces tendrá que determinar si lo que más le conviene al niño es que usted tenga la custodia y se encargue de su cuidado.

¿Qué sucede si el juez decide que lo más conveniente para el niño es estar conmigo?

El juez le otorgaría la custodia legal y le daría una orden judicial por escrito especificando que usted tiene la custodia legal del niño. El juez puede incluir en la orden un horario de visitas (llamado “tiempo de crianza”) para los padres con el niño.

¿Si el juez me concede la custodia, cuanto tiempo dura la orden?

Su orden duraría hasta que el niño cumpla 18 o hasta que se emancipe, a menos de que el juez termine o modifique la orden antes de ese tiempo.

Parte 2. Derechos de Visitas.

¿Qué son los derechos de visitas?

Los derechos de visitas son los derechos establecidos por una orden judicial que le permiten pasar tiempo con el niño. En Oregon, generalmente se les llama a estas visitas “tiempo de crianza.”

¿Puedo solicitar una orden judicial que me conceda visitas con un niño que no sea mi hijo biológico?

Sí, pero necesitará presentar un caso en el tribunal y demostrar lo siguiente: 1) que tiene una “relación de padre/madre-hijo” con el niño o que tiene una “relación personal continua” con él, 2) que los padres del niño no están velando por los intereses de su hijo, y 3) que lo más conveniente para el niño es que usted tenga derechos de visitación con él. El juez va a considerar muchos diferentes factores al aplicar la ley y al decidir si concederle o no derechos de visitación. A continuación, los diferentes factores y la ley.

¿Qué es una relación de padre/madre-hijo?

Refiérase a la sección previa acerca de los derechos de custodia donde se presenta este tema.

¿Qué es una “relación personal continua”?

Una relación personal continua se define como una relación entre usted y el niño que ha durado por lo menos un año. Esto significa que usted ha estado involucrado con el niño de manera regular y significativa por al menos un año ya que, entre otras cosas, ha hablado con él y lo ha visitado y apoyado.

¿Qué no son los padres quienes tienen el derecho de decidir quién convive con su hijo y quién no?

Sí. Incluso aunque usted demuestre que tiene una “relación de padre/madre-hijo” con el niño o una “relación personal continua”, el juez no le quitaría el derecho a los padres de tomar sus propias decisiones acerca de con quien convive su hijo ni le concedería a usted los derechos de visitas a menos de que usted pueda también comprobar que los padres no están velando por los intereses del niño y que lo que le conviene al niño es estar con usted. Por ley, los

jueces tienen que suponer que un padre/madre legal vela por los intereses de su hijo.

¿Cómo decide el juez en un caso de visitación si los padres están velando por los intereses del niño?

El juez considerará muchos factores al decidir si va a invalidar la suposición de que los padres velan por los intereses de sus hijos. Algunos de estos factores son:

- Si usted ha sido recientemente el principal encargado del cuidado del niño;
- Si habrían circunstancias dañinas para el niño si le niegan las visitas;
- Si el padre/madre ha fomentado o estado de acuerdo con la relación que usted tiene con el niño;
- Si acaso las visitas que usted está solicitando se entrometerían considerablemente con la relación entre el niño y su padre/madre o la persona que tiene la custodia; y
- Si el padre/madre ha negado o limitado el contacto entre usted y el niño sin una buena razón.

Las circunstancias dañinas para el niño son aquellas situaciones que le puedan causar daño psicológico, emocional o físico, u otros hechos que puedan lastimarlo.

El juez también considerará otros factores al tomar su decisión. Si el juez determina que el padre/madre no está velando por los intereses del niño, tiene que especificar porqué es que llegó a esa determinación.

¿Qué sucede si el juez determina que en efecto, los padres están velando por los intereses de su hijo?

Si el juez determina que los padres están velando por los intereses del niño, le negarán su solicitud de visitas. Sólo podrá tener contacto con el niño si los padres dan su consentimiento.

¿Si el juez decide que los padres no están velando por los intereses de su hijo, cuál es el siguiente paso?

Si el juez determina que los padres no están velando por los intereses de su hijo, entonces tendrá que decidir si le conviene al niño o no tener visitas con usted.

¿Qué sucede si el juez decide que le conviene al niño tener visitas conmigo?

El juez le concederá derechos de visitación con el niño, y le dará una orden judicial por escrito especificando los detalles de las visitas que le permitirán tener con el niño.

¿Si el juez me concede derechos de visitación, cuanto tiempo dura la orden?

Su orden durará hasta que el niño cumpla dieciocho o hasta que se emancipe, a menos de que un juez termine o modifique la orden antes de ese tiempo.

Parte 3. El Proceso para Solicitar la Custodia o las Visitas.

¿Cómo solicito la custodia o las visitas de un niño que no sea mi hijo biológico?

Tendrá que llenar y presentar documentos legales en el tribunal. Si ya hay un caso existente que tenga que ver con el niño, tendrá que presentar una petición o moción solicitando la custodia o las visitas en ese mismo caso. Si no hay ningún caso pendiente, tendrá que presentar una petición para empezar el caso en el condado en el que viva el niño. Las peticiones y las mociones son tipos de documentos legales. En la mayoría de los casos tendrá que pagarle al tribunal para poder hacer el trámite de sus documentos legales. Si usted tiene bajos ingresos, puede que el tribunal le aplace o le perdone el costo del trámite.

¿Le tengo que decir a ambos padres del niño acerca de mi solicitud de custodia o visitas?

Sí. Ambos padres se consideran “partes” en el caso a menos de que un juez haya terminado su derecho de padres. Por lo tanto, les tiene que dar copias a ambos

padres de todos los papeles que presente al tribunal solicitando la custodia o las visitas con el niño.

¿Necesito abogado para solicitar la custodia o las visitas?

No es requisito, pero sí es una buena idea. Este tipo de casos son complicados. Sin la ayuda de un abogado puede resultar difícil determinar que papeles tiene que presentar y cuáles son los procedimientos legales que tiene que seguir. Además, la consulta con un abogado antes de hacer el trámite le puede ayudar a entender mejor la ley y a decidir si hacer el trámite es el paso correcto para usted. Al final de este libretto encontrará números de teléfono de referencia.

Qué tipo de pruebas se necesitan?

Usted puede llevar al tribunal todas las pruebas (hechos) que considere le vayan a ayudar al juez a decidir si los padres están velando por los intereses del niño y si lo que más le conviene al niño es que usted tenga la custodia o visitas con él. Por lo general los jueces quieren escuchar de testigos como familiares, amigos, doctores, maestros y consejeros que lo conozcan a usted, al niño, a los padres y que estén enterados de la situación del niño. Si su relación con el niño es “personal y continua” pero no “de padre/madre-hijo”, tendrá que presentar un poco más de pruebas para comprobar su caso.

¿Si el juez me concede la custodia o las visitas con el niño, qué sucede si los padres del mismo quieren cambiar más adelante mi orden de custodia o de visitas?

En cualquier momento puede usted, o los padres del niño, solicitarle al juez una modificación (cambio) de la orden judicial. La persona que esté pidiendo el cambio a la orden judicial probablemente tendrá que demostrar que los hechos relacionados a la situación del niño han cambiado, y que por lo tanto, lo que más le conviene al niño es una orden judicial diferente.

Parte 4. Derechos de Visitación de Abuelos y Adopciones de Padrastrros/Madrastras.

¿Cuáles son mis derechos cuando el padrastro/madrastra de mi nieto lo quiere adoptar?

Si el padrastro/madrastra de su nieto presenta en el tribunal una petición de adopción del niño, le deben de dar a usted una copia de los documentos legales, si acaso la persona que está solicitando adoptar al niño tiene manera de conseguir su dirección.

Usted le puede solicitar al juez que le den visitas regulares después de la adopción. Tiene usted que presentar su solicitud de visitas dentro de 30 días de haber recibido notificación del procedimiento de adopción.

¿Me concederá el juez mi solicitud de visitas?

El juez únicamente le concederá su solicitud de visitas después de la adopción si a través de pruebas claras y contundentes determina que:

- Las visitas le beneficiarán al niño;
- Usted tenía una relación importante con el niño antes de que se iniciara la adopción;
- Las visitas no se entrometerán considerablemente con la relación del niño con su familia adoptiva.

Antes de tomar la decisión de concederle visitas con el niño, el juez probablemente tendrá que suponer que los padres legales están velando por los intereses del niño.

¿Tengo derecho de solicitar visitas después que haya tomado lugar la adopción?

No. Una vez que la adopción se haya completado, ya no tiene usted ese derecho.

Parte 5. Asistencia Financiera.

¿Puedo obtener asistencia financiera para mantener a mi nieto?

Muchos abuelos tienen dificultades por el aumento de la carga financiera por el cuidado de sus nietos. Hay

beneficios públicos disponibles para niños que no están siendo criados por sus padres biológicos.

Si un abuelo adopta legalmente a su nieto y se convierte en el “padre” del mismo, el ingreso del abuelo se tomará en cuenta al determinar la elegibilidad para recibir beneficios públicos. Pero si el abuelo solamente tiene la custodia legal del niño, o una carta poder, entonces tiene la opción de que sus ingresos no sean considerados a la hora de determinar la elegibilidad. Por lo tanto, no haber adoptado a su nieto puede a veces incrementar la probabilidad de recibir beneficios para el niño. Hable con un trabajador social de su oficina local del Departamento de Servicios Humanos acerca de las diferentes posibilidades.

Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (Temporary Assistance to Needy Families) (TANF):

Este programa brinda ayuda en efectivo a familias de bajos ingresos que tengan niños viviendo en casa. No necesita tener una carta poder ni la tutela de su nieto para solicitar este tipo de beneficio público. El familiar a cargo del niño (no el padre/madre del niño dependiente) puede solicitar TANF para si mismo y para el niño. El “familiar a cargo del niño” es una persona relacionada con el niño por sangre que se encarga del cuidado, control y supervisión del mismo. Algunas familias solo reciben ayuda para el niño porque el ingreso del abuelo es demasiado alto; otras familias reciben ayuda para si mismos y para el niño. Póngase en contacto con su oficina local del Departamento de Servicios Humanos para solicitar estos beneficios.

Plan de Salud de Oregón (Oregon Health Plan) OHP:

El Plan de Salud de Oregón es un programa de seguros médicos financiado por el estado principalmente para personas de bajos ingresos. Cualquier persona que califique para recibir TANF (arriba mencionado) automáticamente califica para OHP. Incluso aunque su nieto no califique para TANF, puede que comoquiera califique para algún tipo de OHP. Llame a la División de Programas de Asistencia Médica (Medical Assistance Programs) al 1-800-359-9517 (TTY 1-800-621-5260) para hacer su solicitud.

Beneficios del Seguro Social para Dependientes: Si puede demostrar que su nieto depende de usted, y que usted está recibiendo beneficios del seguro social, puede calificar para recibir beneficios para su dependiente a través de su cuenta del seguro social.

Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income) SSI: Algunos niños discapacitados de familias de bajos ingresos pueden recibir SSI. Llame a su oficina local del Seguro Social para pedir más información.

Otros Beneficios: Puede también ser elegible para recibir otros tipos de beneficios públicos tales como estampillas de comida, vivienda para familias de bajos ingresos y programas de subsidios del cuidado de niños. Póngase en contacto con su oficina local del Departamento de Servicios Humanos para hacer su solicitud.

ABUSO DE ANCIANOS, AGRESIÓN SEXUAL Y VIOLENCIA DOMÉSTICA

Parte 1. Abuso de Ancianos.

¿Qué es el abuso de ancianos?

El abuso de ancianos es cuando la persona encargada del cuidado del anciano, un familiar, vecino, amigo u cualquier otra persona se aprovecha o lastima a un anciano. El abuso de ancianos puede incluir abuso físico, abuso psicológico, abuso financiero, abuso sexual, acecho, o negligencia. Por lo general, el abusador es una persona cercana a la víctima. El abuso se considera “violencia doméstica” cuando el abusador es o era el novio/a de la víctima, su cónyuge o ex-cónyuge, padre/madre, hijo/a o hermano/a del anciano. En muchos casos, el abuso de ancianos es un delito que puede ser enjuiciado. A continuación se describen otras opciones legales no-penales para proteger a los ancianos vulnerables.

¿Cómo puedo reportar el abuso de ancianos?

Si usted sospecha de un caso de abuso de ancianos, puede reportarlo al 911 en caso de emergencia, o a la línea de la policía para casos que no son emergencias, o a la oficina de Servicios de Protección de Adultos (*Adult Protective Services*) del Departamento de Servicios Humanos o a su agencia local de Ancianos (*Aging Agency*). Refiérase a la sección de recursos

en este libreto para obtener los números telefónicos. También puede reportar el abuso de ancianos a la Oficina Estatal del Departamento de Servicios Humanos al 1-800-232-3020.

¿Cuáles son los diferentes tipos de abuso de ancianos?

1. Abuso físico: Cualquier dolor o herida física causada a un anciano o persona vulnerable. Estos actos pueden incluir: pellizcos, apretones, empujones, tirones, sacudidas, cachetadas, mordidas, golpes, patadas, estrangulamiento, tirar objetos, contener al anciano, negarle tratamiento médico, etc.

Indicadores de Abuso Físico: Algunas personas que están sufriendo de abuso físico no muestran ninguna señal del mismo, mientras que otras muestran muchas señales. Algunas señales de abuso físico son:

- Cortadas, laceraciones, heridas, quemaduras, moretones, etc.;
- Cualquier herida que no concuerde con la explicación de la misma;
- Una herida que no ha sido atendida adecuadamente (algunas heridas están escondidas en áreas del cuerpo normalmente cubiertas por ropa);
- Mala higiene, deshidratación, o mala nutrición;
- Ropa o sábanas sucias; o
- Estar sobremedicado

2. Abuso Psicológico/Emocional: Causar intencionalmente el sufrimiento, dolor o angustia mental a través de actos verbales o no verbales. Estos actos pueden incluir: chistes crueles, insultos, gritos, maldiciones, y el uso de lenguaje sexual explícito. El abusador también puede hacer uso de la intimidación, amenazas de violencia, puede romper cosas, o aislar a la víctima del contacto con otras personas.

Indicadores del Abuso Psicológico: Algunas personas que están sufriendo de abuso psicológico no muestran ninguna señal del mismo, mientras que otras muestran muchas señales. Algunas señales del abuso psicológico son:

- La víctima muestra señales de impotencia;
- Se muestra renuente a hablar abiertamente; o

- La víctima se muestra temerosa, retraída, deprimida o agitada.

3. *Abuso Financiero*: Robar o tomar el dinero de un anciano sin su permiso, o pedirle dinero a un anciano cuando el anciano no es capaz de entender.

Indicadores de Abuso Financiero: Algunas personas que están pasando por este tipo de abuso no muestran señales, a lo mejor ni están enterados de lo que está sucediendo. Otras personas muestran muchas señales. Algunas señales del abuso financiero son:

- Actividades extrañas o no apropiadas relacionadas con sus propiedades de inversión o con sus cuentas bancarias;
- Firmas en cheques que no son la firma del anciano, o supuestas firmas de un anciano que no puede escribir;
- Cartas poder o cambios a un testamento o fideicomiso o la creación de un testamento o fideicomiso cuando la persona es incapaz de tomar esas decisiones;
- Cuentas no pagadas, renta atrasada, notificaciones de que van a cortar algún servicio (agua, luz, etc.);
- Cuando la persona encargada del cuidado del anciano o un familiar del mismo está gastando demasiado en si mismo;
- Venta sospechosa de bienes muebles e inmuebles, o la desaparición de artículos personales del anciano;
- Aparición repentina de familiares que antes no estaban involucrados con el anciano reclamando sus derechos hacia sus asuntos y pertenencias; o
- Transferencia sospechosa de algún bien a un miembro de la familia o a otra persona.

4. *Abuso/Agresión Sexual*: Contacto sexual de cualquier tipo sin el consentimiento del anciano, incluyendo el abuso deshonesto, el tacto no deseado, y la violación. La agresión sexual ocurre cuando una persona usa la fuerza o la amenaza de fuerza para hacer que otra persona realice actos sexuales en contra de su voluntad. La violencia sexual puede suceder en la propia casa del anciano así como en las casas de reposo. El abusador puede ser un extraño, la persona encargada del cuidado del anciano, un conocido, amigo, o familiar.

Indicadores del Abuso/Agresión Sexual: Algunas personas que están siendo víctimas de este tipo de abuso o agresión no muestran ninguna señal, mientras que otras personas muestran muchas señales. Algunas de las señales del abuso o de la agresión sexual son:

- Sangrado vaginal o anal inexplicable, enfermedades venéreas, o infecciones vaginales;
- Ropa interior rota o manchada de sangre; o
- Cambios psicológicos o emocionales repentinos.

Las víctimas del abuso/agresión sexual suelen depender del perpetrador para recibir servicios o ayuda con sus actividades cotidianas. Por lo general, las víctimas de este tipo de abuso tienen una o más discapacidades físicas o mentales.

5. *Acecho*: Sucede cuando una persona ha contactado al anciano en más de una ocasión de una manera que le haya causado miedo. Este contacto puede ser verbal, ya sea en persona o por teléfono, por escrito, o puede haber sido algún tipo de contacto físico. La persona cometiendo el acecho no tiene que ser ni haber sido la pareja sexual del anciano, ni su familiar, de hecho puede ser un total extraño. Esta persona no tiene que haber cometido un acto de abuso.

Algunos Indicadores de Acecho son:

- Una persona que envíe cartas o tarjetas con amenazas;
- Una persona que lo siga, observe o espere; o
- Una persona que lo amenace por teléfono o en persona o que haga otras cosas que le causen miedo.

6. *Negligencia*: No darle al anciano el nivel y tipo de cuidado que necesita.

Indicadores de Negligencia: Algunas personas que sufren de negligencia no muestran señales de ello, mientras que otras muestran muchas señales. Algunas señales de negligencia son:

- Olor a sucio, a excremento u orina, o algún otro peligro a la seguridad del anciano en su espacio;
- Dejar al anciano en un lugar peligroso;
- Erupciones, llagas, desnutrición, deshidratación, o una pérdida repentina de peso;
- Condiciones médicas descuidadas; o

- No se hacen gastos en el cuidado del anciano, incluyendo sus artículos higiénicos personales.

Parte 2. Intervención Judicial: FAPA, EPPDAPA, Ordenes de Acecho, y Reclamación por Daños.

¿Si soy una persona de edad avanzada, víctima de abuso, qué opciones legales tengo?

Dependiendo de sus circunstancias particulares, puede calificar para uno de los siguientes tipos de acciones legales:

- Orden de Restricción FAPA: Una orden de restricción bajo la Ley de Prevención de Abuso Familiar.
- Orden de Restricción EPPDAPA: Una orden de restricción bajo la Ley de Prevención de Abuso hacia Personas de Edad Avanzada y Personas Incapacitadas.
- SPO: Orden de Protección de Acecho.
- Demandar al abusador para obtener dinero por daños y otros tipos de remedios.

Si le es necesario, el juez le puede asignar a una persona que lo ayude a tomar decisiones, como un tutor o conservador, para ayudar a protegerlo del abuso. Puede encontrar el tema de Tutelas y Conservadurías en este libreto.

¿Cuáles son los diferentes tipos de órdenes de restricción y de acecho?

1. Orden de Restricción bajo la Ley de Prevención de Abuso Familiar (FAPA): Puede obtener una orden de restricción FAPA en contra de:

- Su cónyuge o su ex-cónyuge;
- Un adulto relacionado a usted por sangre, matrimonio o adopción;
- Su pareja de su mismo sexo o del sexo opuesto con quien usted esté viviendo o haya vivido;
- Una persona de su mismo sexo o del sexo opuesto con quien usted haya tenido una relación sexual íntima en los últimos dos años; o
- El padre o madre de sus hijos menores de edad.

Puede que califique para obtener una orden de restricción FAPA en los últimos seis meses (180 días) el abusador ha hecho lo siguiente:

- Lo haya lastimado físicamente o haya tratado de lastimarlo físicamente; o
- Lo haya hecho tener miedo de que lo fuera a lastimar físicamente; o
- Lo haya hecho tener relaciones sexuales en contra de su voluntad usando la fuerza o con amenazas de fuerza, y
- Usted está en peligro inmediato de más actos de abuso.

*Nota: El plazo de 180 días no incluye el tiempo en que el abusador haya estado en la cárcel o haya vivido a más de 100 millas de distancia de usted.

2. Orden de Restricción bajo la Ley de Prevención de Abuso hacia Personas de Edad Avanzada y Personas Incapacitadas (EPPDAPA): Para obtener una orden de restricción EPPDAPA en contra de la persona que lo haya maltratado, tiene que hacer lo que a continuación se describe. No tiene que estar relacionado con la persona cometiendo el abuso para poder calificar para sacar esta orden de protección.

Para calificar para obtener una orden de restricción EPPDAPA, tiene que reunir los siguientes requisitos:

- Tener por lo menos 65 años de edad y no vivir en una institución de atención a largo plazo o
- Tener una discapacidad mental o física o ser incapaz de encargarse de sus propias finanzas;
- Dentro de los últimos seis meses (180 días*) el abusador:
 - ✓ Le haya causado dolor físico o una herida; o haya cometido negligencia hacia usted, causándole daño físico; o
 - ✓ Lo haya abandonado, o lo haya descuidado, siendo esta persona la encargada de su cuidado; o
 - ✓ Haya usado palabras derogatorias, amenazantes, intimidantes o atormentantes hacia usted, o le haya hecho comentarios sexuales inapropiados; o
 - ✓ Haya tenido contacto sexual con usted sin su consentimiento; o
 - ✓ Haya tomado su dinero o alguna de sus propiedades ilícitamente o le haya hecho una amenaza creíble de que iba a hacerlo; o

- ✓ En ciertas circunstancias, le haya ofrecido participar en algún sorteo, y
- Está usted en peligro inmediato de más actos de abuso.

*Nota: El plazo de 180 días no incluye el tiempo en que el abusador haya estado en la cárcel o haya vivido a más de 100 millas de distancia de usted.

3. *Orden de Protección de Acecho (SPO)*: Puede sacar una orden de protección de acecho si:

- La persona que usted considera lo está acechando ha realizado dos o más contactos no deseados que le hayan causado miedo en los últimos dos años;
- La persona sabe que usted no quiere estar en contacto con el/ella;
- Los contactos no deseados lo han hecho sentirse inseguro o lo han hecho preocuparse por la seguridad de su familia o de la(s) persona(s) que viven con usted; y
- El comportamiento de la persona que lo está acechando le causaría miedo a otra persona en una situación como la suya.

¿Cómo puedo obtener una orden de restricción FAPA o EPPDAPA?

Hay formas e instrucciones disponibles para sacar órdenes de restricción en todos los tribunales. Tiene que ir al tribunal, llenar las formas, y el trabajador del tribunal le programaría una audiencia. En dicha audiencia, el juez decidirá si otorgarle la orden temporal de restricción. El sheriff o algún adulto que no sea usted le tiene que dar una copia de la orden de restricción al abusador. Esta orden le requerirá al abusador que no se le acerque. El abusador tiene entonces 30 días para solicitar una audiencia. Si el abusador pide una audiencia, el tribunal le informará cuándo y dónde tomará lugar y usted tiene que presentarse. Si usted no se presenta a la audiencia, lo más seguro es que su orden se desestime. En la audiencia, el juez escuchará su historia, así como el lado de la historia del abusador, y decidirá si otorgarle una orden permanente de restricción.

Obtener una orden de restricción no tiene costo.

¿Cómo puedo obtener una orden de protección de acecho?

Hay dos maneras de obtener una orden de protección de acecho:

1. *Policía o sheriff*. Puede ir a cualquier estación de policía u oficina del sheriff para obtener una citación por acecho. Si ellos consideran que la persona lo está acechando, le entregarían la citación al acechador. La citación le exige al acechador que se presente en el tribunal. En la audiencia el juez decidirá si concederle una orden de acecho que le exija al acechador que no se le acerque. Es importante que usted se presente a esta audiencia para que el juez escuche su lado de la historia.

2. *Tribunal*. La mayoría de los tribunales locales de los diferentes condados tienen formas para hacer una demanda por acecho. Puede llenar estas formas y entregárselas al trabajador del tribunal, quien programaría una audiencia (posiblemente para el próximo día) con un juez. En dicha audiencia, usted le diría al juez acerca de su problema con el acechador. Si el juez está de acuerdo con usted y considera que la persona lo está acechando, le concedería una orden temporal de acecho y programaría una segunda audiencia con usted y el acechador. El sheriff u algún adulto que no sea usted le daría una copia de la orden temporal de acecho al acechador. Esta orden le requeriría al acechador que no se le acerque hasta la segunda audiencia. En la segunda audiencia, el juez escucharía su historia, así como el lado de la historia del acechador y decidiría si otorgarle una orden de acecho permanente o no. Usted se debe de presentar a esa audiencia.

Obtener una orden de protección de acecho no tiene costo.

¿Dónde puedo conseguir ayuda con una orden de restricción o una orden de acecho?

Puede conseguir información acerca de cómo obtener una orden de restricción o de acecho al acudir a los programas de violencia doméstica o agresión sexual, a través de los asistentes de víctimas de la oficina del fiscal, de los trabajadores del tribunal, en las oficinas de servicios legales y en algunos centros de ancianos.

Puede que las personas que trabajan en estas agencias le ayuden a llenar las formas.

Las audiencias pueden ser complicadas, y es mejor tener a un abogado que lo ayude. Para conseguir abogado, puede hablar al Servicio de Referencia de Abogados de la Barra de Abogados de Oregón o puede llamar a su oficina local de servicios legales.

Para obtener información más detallada acerca de las audiencias y de los procedimientos de las órdenes de restricción y de acecho, puede consultar la página en Internet www.oregonlawhelp.org y hacer clic en el enlace de “Protección de Abuso”.

¿Cuánto tiempo duran las órdenes de restricción y de acecho?

Las órdenes FAPA y EPPDAPA duran un año y pueden renovarse, dependiendo de sus circunstancias particulares. Las órdenes de acecho generalmente son permanentes.

¿Qué sucede si el abusador desobedece la orden?

Si el abusador desobedece las disposiciones de una orden de restricción o de acecho, llame inmediatamente a la policía. Si la policía confirma que el abusador violó una orden válida, lo arrestarían. La oficina local del fiscal examinaría los reportes de la policía y dependiendo del tipo de orden que usted tenga, lo acusarían de violación de una orden de restricción o del delito de violación de una orden de acecho.

¿Puedo demandar al abusador?

Usted, su conservador, tutor, o abogado puede iniciar un caso de abuso de ancianos bajo la Ley Enmendada de Oregón (*Oregon Revised Statute*) 124.100 y bajo otras teorías legales. El juez puede concederle daños monetarios, los honorarios de su abogado, y otros tipos de remedios para protegerlo. Póngase en contacto con un abogado para obtener más información acerca de este tipo de demanda.

Parte 3. Oficina de Servicios de Protección de Adultos (Adult Protective Services).

¿Qué hace la oficina de Servicios de Protección de Adultos?

La oficina de Servicios de Protección de Adultos es una agencia estatal cuya función es prevenir el abuso, la negligencia y la explotación de personas de edad avanzada y de personas incapacitadas. En algunos condados, esta agencia también brinda servicios de apoyo tales como consejería, administración monetaria, conservadurías y abogacía a los adultos elegibles. La oficina de Servicios de Protección de Adultos de Oregón es parte del Departamento de Servicios Humanos de Oregón.

¿Quién califica para recibir los Servicios de Protección de Adultos?

Los adultos (personas de 18 o más años de edad) que no puedan proteger sus propios intereses y que estén potencialmente en peligro de abuso, negligencia y explotación califican para recibir servicios de protección de adultos. Los adultos dependientes y las personas de edad avanzada que vivan en su propia casa, hoteles, hospitales, instituciones de cuidado y hogares de adultos también califican para obtener dichos servicios.

¿Qué es lo que la Oficina de Servicios de Protección de Adultos considera “abuso”?

Abuso se refiere al maltrato físico como golpear, estrangular, patear, empujar, o el uso no apropiado de medicamentos o de restricciones físicas. El abuso también puede ser emocional, como intimidar, coaccionar, ridiculizar, acosar y aislar a la persona. También se considera abuso cuando una persona tiene contacto sexual sin el consentimiento del otro o a través de amenazas de violencia.

¿Qué es lo que la Oficina de Servicios de Protección de Adultos considera “negligencia”?

La negligencia sucede cuando una persona le niega a un adulto vulnerable el cuidado necesario para mantener su salud. Algunos ejemplos de negligencia son la deshidratación, malnutrición, llagas por estar en cama que no hayan sido atendidas, y condiciones

de vida peligrosas. La negligencia también puede suceder cuando un adulto vulnerable no puede cuidarse solo. El abandono es un tipo de negligencia severa, y ocurre cuando se deja a un adulto vulnerable sin la capacidad de obtener comida, ropa, vivienda o atención médica.

¿Qué es lo que la Oficina de Servicios de Protección de Adultos considera “explotación”?

La explotación sucede cuando una persona utiliza a un adulto vulnerable o utiliza los recursos de un adulto vulnerable de manera no apropiada. Algunas señales que indican que una persona está siendo explotada son: cambios repentinos en su cuenta bancaria, retiros no autorizados, desaparición de sus bienes, como su carro o sus joyas, personas que antes no estaban involucradas se mudan a la casa del adulto vulnerable, o cambios repentinos en el testamento o en otros documentos financieros.

¿Qué debo hacer si considero que una persona está sufriendo de abuso, negligencia o está siendo explotada?

Llame a la Oficina de Servicios de Protección de Adultos de su condado inmediatamente. Muchos oficiales públicos y privados tales como los doctores, abogados, y miembros del clero son denunciadores bajo mandato, lo cual significa que estos oficiales están obligados a reportar sus sospechas de abuso a la Oficina de Servicios de Protección de Adultos.

¿Cuánto tiempo le toma a la Oficina de Servicios de Protección de Adultos iniciar la investigación de una queja recibida?

La Oficina de Servicios de Protección de Adultos tiene que responder a una queja dentro de 24 horas de haberla recibido.

El teléfono de la Oficina de Servicios de Protección de Adultos es el 1-800-232-3020.

DISCRIMINACIÓN POR EDAD Y POR DISCAPACIDAD

¿Qué debo hacer si creo que he sido discriminado?

Si usted considera que ha sido discriminado, no se tarde en buscar ayuda ya que hay fechas límites y

reglas estrictas en cuanto al tiempo que tiene para presentar su demanda y el lugar dónde puede presentarla. Se le recomienda que llame a un abogado experto en derechos civiles para obtener asesoría y para que lo ayude con su demanda. Para conseguir un abogado experto en derechos civiles, puede llamar al servicio de referencia de abogados de la Barra de Abogados de Oregón al 1-800-452-7636.

¿Qué es la discriminación por edad?

Este tipo de discriminación sucede cuando un empleador se niega a contratar, promover o despide a una persona debido a su edad. La Ley Federal de Discriminación en el Empleo (*Age Discrimination in Employment Act, ADEA*) prohíbe la discriminación en contra de personas de 40 años de edad y mayores. Si usted considera que un empleador lo discriminó, puede ponerse en contacto con la Comisión de Igualdad de Oportunidades en el Empleo (*Equal Employment Opportunity Commission, EEOC*) para pedirle ayuda a uno de sus representantes.

EEOC:

Teléfono: 1-800-669-4000 (TTY) 800-669-6820

Correo electrónico: info@ask.eeoc.gov

Página web: www.eeoc.gov/

Oficina de EEOC en Seattle: 206-220-6883

Oregón también cuenta con leyes estatales que prohíben la discriminación en contra de cualquier persona mayor de 18 años. Estas leyes prohíben la discriminación en el empleo así como en cualquier lugar que preste algún servicio público (hoteles, restaurantes, tiendas, cines, etc.) Si usted considera que fue discriminado por un empleador o por algún lugar que presta servicios públicos, llame a la Oficina de la Labor y la Industria de Oregón (*Oregon Bureau of Labor and Industry, BOLI*) para hablar con uno de sus representantes.

BOLI

Teléfono: 971-673-0761

Correo electrónico: BOLI.MAIL@state.or.us

Página web: www.boli.state.or.us/

¿Qué es la discriminación por incapacidad?

La edad por si misma no se considera una incapacidad, sin embargo, existen leyes federales de discriminación para los impedimentos relacionados

con la edad, por ejemplo; la pérdida auditiva o de la visión, artritis, disminución de movilidad, o disminución de la capacidad de trabajo debido a la edad. La Ley Federal de Americanos Incapacitados (*Americans with Disabilities Act, ADA*) prohíbe la discriminación por incapacidad por parte de empleadores, agencias y oficinas gubernamentales que presten servicios y programas al público, y por parte de lugares que brinden servicios públicos como restaurantes, tiendas, hoteles, etc. Adicionalmente, Oregón cuenta con sus propias leyes estatales que prohíben la discriminación por incapacidad.

Si usted cree que lo han discriminado, puede pedir asesoría en EEOC o en BOLI o a un abogado experto en derechos civiles.

LEYES DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR

1. BANCARROTA

¿Me declaro en bancarrota?

Para la mayoría de las personas, la decisión de declararse en quiebra es difícil, y puede depender del tipo de deudas que tenga, así como de la cantidad total que deba. A veces la bancarrota puede ser la mejor manera de evitar que una persona o un matrimonio pierda sus bienes o de detener el acoso de los acreedores a quienes no les puedan pagar. Refiérase al Libro de esta serie titulado “Cuentas Vencidas del Consumidor” para obtener ayuda para decidir si le conviene o no declararse en bancarrota.

¿Me declaro en bancarrota ahora, o me espero?

Se debe de declarar en quiebra cuando sea más provechoso para usted. En otras palabras, si sabe que en el futuro próximo tendrá deudas que no va a poder pagar, le conviene esperarse a presentar la bancarrota. La bancarrota lo liberará únicamente de aquellas deudas que tenía antes de presentarla. El momento en que presente su petición de bancarrota es de suma importancia. Su situación financiera en la fecha en que presente dicha petición determina cuales activos y pasivos el síndico de la bancarrota considerará como parte de “la masa de la quiebra”. Esta fecha también se usará para determinar si usted ha realizado algún pago a sus acreedores o alguna transferencia de activos que las leyes regentes del proceso de bancarrota consideren fraudulento o

impropio. Esto podría resultar en la denegación de la liberación de sus deudas (en otras palabras, su bancarrota fracasaría). Por lo general, el Tribunal de Quiebras considera cualquier transferencia de propiedades que haya hecho en los últimos dos años, y cualquier pago que le haya hecho a sus acreedores en el último año. También examinarán detenidamente cualquier pago o transferencia de algún bien que le haya hecho a un miembro de su familia durante el año previo a presentar la bancarrota. Si realizó recientemente alguna transacción financiera o de un bien, consulte con un abogado especializado en bancarrota antes de declararse en quiebra. No puede presentar una bancarrota del Capítulo 7 si en los últimos 8 años le otorgaron una liberación de sus deudas a través de una bancarrota del Capítulo 7. Puede presentar una bancarrota del Capítulo 13 siempre y cuando no le hayan otorgado una liberación de sus deudas a través de una bancarrota del Capítulo 7 en los últimos 4 años, o que no le hayan otorgado una liberación de sus deudas a través de una bancarrota del Capítulo 13 en un caso presentado en los últimos 2 años.

¿Qué tengo que hacer antes de declararme en quiebra?

Tiene que obtener un certificado de cumplimiento de un curso de asesoría de crédito en una agencia aprobada. Puede tomar este curso por teléfono o por Internet. Normalmente cuesta entre \$0 y \$50. Antes de que le otorguen la liberación de sus deudas, tendrá que completar un curso de administración financiera personal. Por lo general, este curso tiene las mismas reglas y precios.

¿Cuál es la diferencia entre la bancarrota del Capítulo 7 y la del Capítulo 13?

Bancarrota del Capítulo 7: Este tipo de bancarrota es la más común. A veces se le llama “bancarrota directa”. El propósito de una bancarrota del Capítulo 7 es obtener una liberación (eliminación) de todas o de la mayoría de sus deudas para poder empezar de cero. La mayoría de las deudas que hayan resultado de algún servicio o de tarjetas de crédito son deudas “no garantizadas”, lo que significa que el prestamista o el vendedor no puede quitarle sus bienes si usted no paga la deuda. En una bancarrota del Capítulo 7, el síndico de la quiebra toma y vende sus bienes no

exentos para pagarle a sus acreedores. En la mayoría de las bancarrotas del Capítulo 7 todos los bienes están exentos; se le llama bancarota “sin activos”. Si todos sus bienes son exentos, podría conservarlos. Refiérase a la lista de bienes exentos que aparece a continuación. Si usted es soltero, no tiene dependientes, y sus ingresos anuales totales (con la excepción del Seguro Social) son mayores de \$37,530, puede que tenga que presentar una bancarota del Capítulo 13. Si su familia es de dos personas, el límite para el Capítulo 13 es de \$48,676. Este límite aumenta dependiendo del número de personas en su familia.

Bancarrotas del Capítulo 13: A este tipo de bancarota a veces se le llama “bancarrotas de asalariados”. Puede presentarla solo si cuenta con un ingreso regular y el total de lo que debe no sea mayor a una cantidad específica. El Tribunal de Quiebras le asignaría a un síndico a quien usted le tendría que dar pagos, por lo general por un plazo de 3 años. El síndico usaría esos pagos para pagarle a sus acreedores de acuerdo con el plan que usted y su abogado hayan presentado en el tribunal cuando se declaró en quiebra. El plan tiene que haber sido aprobado por un juez. La bancarota del Capítulo 13 es su mejor opción si la mayoría de sus deudas están “garantizadas”. Una deuda garantizada es cuando el prestamista tiene el derecho de quitarle su propiedad para cobrar la deuda. Por ejemplo, un préstamo para comprar una casa o un carro es una deuda garantizada ya que el prestamista le puede quitar la casa o el carro al prestatario si éste no realiza sus pagos. Los otros tipos de bancarota son el Capítulo 11, utilizado principalmente por negocios* y el Capítulo 12, para familias granjeras. Estos tipos de bancarrotas no se cubren en este libretto.

*Si usted es el único dueño de un pequeño negocio puede hacer su declaración de bancarota bajo el Capítulo 7.

¿Si me declaro en quiebra, perderé mi auto y mi casa?

Probablemente no. En Oregón, los bienes exentos para los acreedores bajo las leyes estatales también están exentos en una bancarota. Por lo general, los bienes exentos incluyen:

- Casa – hasta \$40,000* (\$50,000 para parejas casadas declarándose en quiebra conjuntamente);
- Casa móvil + propiedad – hasta \$23,000* (\$30,000 para parejas casadas);
- Únicamente la casa móvil – hasta \$20,000* (\$27,000 para parejas casadas);
- Artículos del hogar – hasta \$3,000;
- Herramientas de su profesión – hasta \$3,000;
- Libros, cuadros e instrumentos musicales – hasta \$600
- Vehículo – hasta \$3,000* (un matrimonio puede reclamar un vehículo de \$3,000 por persona);
- Herramientas o colección de libros necesarios para su trabajo – hasta \$600;
- Ropa, joyas y artículos personales – hasta \$1,800;
- Animales domésticos y aves de uso familiar – hasta \$1,000;
- Pistola y un rifle – hasta un valor total de \$1,000;
- Pensiones, IRAs, seguro social, welfare, compensación por desempleo, beneficios de veteranos, y otros beneficios gubernamentales;
- Ingresos de un seguro médico o de vida;
- Planes KEOGH según se especifique, con la excepción de pagos de obligaciones de manutención;
- Artículos médicos/equipo médico recetado por un doctor (incluyendo el equipo utilizado por sus dependientes);
- Manutención de niños y de cónyuge;
- Crédito por ingreso del trabajo;
- Pagos a víctimas de delitos o indemnización por daños personales – hasta \$10,000;
- Pagos por la pérdida de ingresos futuros razonablemente necesarios para mantenerse a sí mismo;
- Cuentas bancarias de hasta \$7,500 que se pueda comprobar que son derivadas de una fuente exenta, como su pensión, seguro social, etc.; y
- \$400 de valor de cualquier propiedad personal (no se puede usar para incrementar el valor de otra exención). Por ejemplo, podría usar esta disposición para hacer que el efectivo que tenga a la mano quede exento, o para que su derecho a recibir un reembolso de impuestos quede exento.

* Generalmente, el síndico de la quiebra únicamente considerará su capital hasta estas cantidades.

Tiene que hacer una lista de todos sus bienes en la petición de bancarrota, incluyendo sus bienes exentos.

NOTA: Si todos sus ingresos y todos sus bienes son exentos, probablemente no le convenga declararse en bancarrota ya que se le consideraría estar “a prueba de juicios”. Consulte con un abogado para que lo ayude a determinar si usted está “a prueba de juicios”.

¿Y qué si mi casa ya está en proceso de ejecución hipotecaria, o si mis bienes ya han sido embargados?

Presentar la bancarrota detendría temporalmente el procedimiento de la ejecución hipotecaria, incluso hasta la fecha de la venta de la casa. Sin embargo, si usted está atrasado en sus pagos y no se puede recuperar, tendrá que llegar a algún tipo de acuerdo con el acreedor para evitar la pérdida eventual de su casa. Presentar una bancarrota le podría dar el tiempo necesario para recuperarse. Si ya sabe que no va a poder recuperarse en sus pagos, probablemente le convenga más una bancarrota del Capítulo 13 que la bancarrota del Capítulo 7, ya que el Capítulo 13 le dará más tiempo para ponerse al corriente con sus pagos o para renegociar la hipoteca. Si le embargaron su auto o algún otro bien garantizado antes de que se haya declarado en quiebra, la bancarrota no lo ayudará a recuperar ese bien. Sin embargo, una vez que presenta la bancarrota, todas las acciones de cobranzas se detienen temporalmente, y el acreedor no puede embargarle ningún bien sin la autorización del Tribunal de Quiebras (vea la explicación abajo de la “suspensión automática”). Si usó su auto u otro bien como garantía en un préstamo (son “bienes garantizados”), el acreedor podrá eventualmente quitarle esos bienes si usted no realiza pagos regulares o llega a un acuerdo de pago con el acreedor. Si un acreedor lo está amenazando con quitarle un bien, a lo mejor le conviene declararse en quiebra para tener tiempo de realizar un acuerdo que le permita mantener el bien.

¿Me ayudaría la bancarrota si mi sueldo está siendo embargado?

Sí. Al presentar la petición de bancarrota se detendría el embargo de su sueldo. Tan pronto se declare en quiebra, entra en efecto una “suspensión automática” en contra de todos sus acreedores. La suspensión automática le pone un alto a todas las acciones de cobranzas de sus acreedores y le permite un respiro para ordenar su situación financiera. Normalmente la suspensión automática permanece en efecto por la duración del caso de bancarrota (con la excepción de cuando el Tribunal de Quiebras le concede a alguno de los acreedores la solicitud de levantar la suspensión automática de una deuda en particular.) La suspensión automática le pone un alto a las retenciones de su cheque, embargo de bienes, cortes de servicios (luz, agua, etc.), ejecuciones hipotecarias, y a muchos desalojos.

¿Tengo que comparecer en el tribunal?

Sí. Alrededor de 30 a 45 días después de haber presentado su petición de bancarrota del Capítulo 7, tendrá que comparecer en una audiencia llamada “primera junta con los acreedores”. En esta audiencia, el síndico de la quiebra le hará preguntas bajo juramento acerca de su petición de bancarrota. Estas audiencias por lo general duran entre 10 y 15 minutos y no se llevan a cabo en una sala del tribunal. Por lo general, esa es la única audiencia a la que tendrá que presentarse. Si presentó una bancarrota del Capítulo 7, el Tribunal de Quiebras le enviará un aviso por escrito notificándole sobre la liberación de sus deudas elegibles cerca de 60 días después de la junta con el síndico. Si presentó una bancarrota del Capítulo 13, recibirá su liberación una vez que haya completado el plan de pago.

¿Hay algo más que tenga que hacer?

Sí. Cuando presente su petición de bancarrota, también tendrá que entregarle al Síndico de los Estados Unidos una copia de todos sus talones de cheque que haya recibido de su trabajo en los 60 días previos a la fecha en que presentó su petición. También le tendrá que entregar al síndico una copia de su declaración de impuestos federales más reciente a más tardar 7 días antes de la audiencia. También

tendrá que presentar una copia del certificado de cumplimiento del curso de asesoría de crédito.

¿Quién es el síndico de la quiebra?

El Síndico de los Estados Unidos es el supervisor general de todos los *síndicos*. El *síndico de la quiebra* es la persona nombrada por el juez para que represente su patrimonio en la fecha en que presente la bancarrota. Uno de los deberes del síndico es determinar si usted tiene algún bien que no esté exento, y si ese es el caso, el síndico vendería los bienes no exentos y distribuiría las ganancias a sus acreedores.

¿Podré obtener crédito de nuevo después de haberme declarado en bancarrota?

Depende. La bancarrota permanecerá en su record hasta 10 años después de la fecha en que la haya presentado. Es imprevisible saber si un acreedor individual le vaya a negar crédito por haberse declarado en bancarrota en el pasado. Sin embargo, si no podía pagar sus deudas antes de declararse en quiebra, lo más seguro es que su crédito ya estaba dañado. Una bancarrota que elimine o reduzca el total de sus deudas puede mejorar su oportunidad ante algunos acreedores de que le den crédito. La mejor manera de reestablecer su historial de crédito es haciendo pagos regulares después de haberse declarado en quiebra.

¿Me pueden despedir de mi trabajo por haberme declarado en quiebra?

No. Su empleador no puede despedirlo legalmente por haber presentado una bancarrota. Las leyes también lo protegen de otros tipos de discriminación después de haberse declarado en quiebra. Las agencias gubernamentales tales como las agencias de vivienda o las oficinas de préstamos a estudiantes no pueden negarle beneficios, y las compañías de servicios (agua, luz, etc.) no pueden negarle servicios por la bancarrota. Hay también otros tipos de prohibiciones de discriminación. Consulte con un abogado si considera que lo están discriminando ilegalmente por haberse declarado en bancarrota.

¿Me voy a deshacer de todas mis deudas a través de la bancarrota?

Algunas deudas no pueden ser liberadas en una bancarrota. Por lo general, seguirá debiendo los siguientes tipos de deudas incluso después de la bancarrota:

- Impuestos. Es posible que obtenga una liberación de sus impuestos personales sobre la renta si (1) realizó su declaración de impuestos; (2) han pasado por lo menos 3 años a partir de la fecha en que tenía que hacer su declaración; y (3) han pasado por lo menos 2 años a partir de la fecha en que realizó su declaración. Esta área es complicada y debe de consultar con un abogado al respecto.
- Manutención de niños y de cónyuge;
- Obligaciones que resultaron de un fallo de divorcio, como la obligación hacia su ex-cónyuge de pagar ciertas deudas;
- Préstamos de estudiantes. Para lograr que le concedan una liberación de parte o de todas sus deudas académicas, usted tendría que demostrar que la denegación de la liberación implicaría dificultades excesivas para usted y para sus dependientes. Para lograrlo, tiene que realizar un procedimiento aparte de la bancarrota que puede ser muy complicado;
- Responsabilidades civiles de indemnización por conducta indebida maliciosa o intencional, incluyendo las responsabilidades civiles por haber lastimado o matado a alguien al manejar intoxicado;
- Multas por delitos y restitución; y
- Deudas incurridas después de presentar la bancarrota.

Existen excepciones limitadas en muchas de estas categorías, por lo que debe de consultar con un abogado especialista en bancarrota si acaso tiene alguno de estos tipos de deudas mencionados.

¿Qué sucede si quiero pagar algunas de mis deudas, pero no otras?

Tiene que incluir todas sus deudas en su petición de bancarrota, incluyendo las deudas a su familia y a sus amigos, las deudas que quiere seguir pagando y las deudas que no pueden ser liberadas. Sin embargo,

usted puede continuar pagando cualquiera de sus deudas después de haber presentado su petición de bancarrota. Si usted le paga una deuda de \$600 o más a cualquier persona dentro de 90 días de haberse declarado en bancarrota, el síndico podría recuperar ese dinero que usted pagó y dárselo a sus otros acreedores. Si usted tiene bienes que haya utilizado como garantía para un préstamo, a lo mejor va a tener que reafirmar formalmente la deuda con el acreedor y continuar haciendo pagos hacia esa deuda para evitar que le embarguen ese bien. Algunos ejemplos de bienes que usualmente se usan como garantía* son las casas, autos, y a veces algunos muebles. Lo más seguro es que el acreedor garantizado le ofrezca firmar un “acuerdo de reafirmación” en el cual usted se comprometería a pagar la deuda, por lo general bajo las mismas condiciones originales del préstamo. Usted continuaría debiendo esa deuda específica como si nunca se hubiera declarado en bancarrota. Los acuerdos de reafirmación tienen que ser voluntarios. Es importante que consulte con un abogado especializado en bancarrota antes de firmar un acuerdo de reafirmación. Durante la bancarrota, también tendrá que seguir pagando sus gastos de subsistencia cotidianos tales como sus servicios (luz, agua, etc.), renta y aquellos gastos que no puede liberar como la manutención de sus niños. Obviamente tiene la opción de seguir pagando cualquier deuda durante y después de la bancarrota con la que sienta tener una obligación moral, si acaso tiene con qué pagarla.

NOTA: Si la mayoría de sus deudas son deudas garantizadas, a lo mejor le convenga presentar una bancarrota bajo el Capítulo 13 en lugar del Capítulo 7.

¿Puedo declararme en bancarrota sin la ayuda de un abogado?

No es requisito tener un abogado para declararse en quiebra, y muchas personas lo hacen sin representación legal. Sin embargo, por lo general no es una buena idea. Un abogado le puede ayudar a decidir si es necesario o no declararse en quiebra, y si lo es, le ayudaría a determinar cuando y que tipo de bancarrota presentar. Además, el abogado le puede informar acerca de las exenciones, como mejor proteger sus bienes, y como sacarle el mejor provecho a la bancarrota. En algunos casos, la

asesoría de un abogado puede hacer la diferencia entre un trámite exitoso de bancarrota y un desastre financiero.

¿Cuánto cuesta el trámite?

Actualmente, el trámite cuesta en 2008 \$274 para el Capítulo 13 y \$299 para el Capítulo 7. No tiene que hacer el pago a la hora de presentar su petición y le puede pagar al tribunal en tres plazos. Si usted es de muy bajos ingresos, es posible que el tribunal le perdone este cargo.

2. PRESTAMISTAS PREDADORES

¿Qué es un préstamo predatorio sobre la residencia?

Un préstamo predatorio sobre la residencia es una segunda hipoteca o un acuerdo de refinanciamiento injustificablemente caro. Este tipo de préstamos generalmente se hacen para consolidar deudas o para financiar mejoras a la casa. Los prestamistas predadores por lo general se dirigen a propietarios de bajos ingresos o con malos historiales de crédito. Por lo general contactan a dichos propietarios a través de llamadas telefónicas, visitas de puerta en puerta, anuncios en la televisión, o por correo, donde incluyen cheques falsos de miles de dólares.

Los prestamistas predadores suelen hacer promesas que parecen ser demasiado buenas para ser ciertas y usan tácticas de presión para convencer a los propietarios de firmar en ese momento. Estos prestamistas cobran más de lo razonable, pero ocultan estos costos. A menudo prestan intencionalmente más dinero del que el propietario va a poder pagar. Por lo general no dan a conocer todas las condiciones del préstamo.

Los prestamistas predadores engañan a los propietarios incitándolos a obtener préstamos sabiendo que los propietarios no podrán mantenerse al corriente con los pagos. Generalmente los propietarios terminan pagando comisiones innecesarias y cargos excesivos de intereses. Si no hacen un pago, se arriesgan a perder su casa.

A veces los prestamistas predadores trabajan en conjunto con contratistas de mejoras del hogar para

aprovecharse de aquellos propietarios que tengan que reparar sus casas o realizar una adaptación a sus casas por su incapacidad. El contratista convence al propietario de sacar un préstamo con un prestamista predador para pagar las mejoras.

¿Cómo me puedo dar cuenta si un prestamista usa prácticas predatorias?

A continuación, una lista de cosas a las que debe de estar alerta:

- Tasas de interés altas; generalmente más del 14%
- Pagos mensuales más altos de lo que usted va a poder pagar;
- Puntos y comisiones altos. Evite pagar comisiones más altas del 3% del préstamo. Hay tres tipos de comisiones: de apertura, de suscripción, por la preparación de los documentos y de compromiso. Todas estas comisiones representan ganancias para el prestamista;
- Seguro de crédito de prima única de por vida (*single premium credit life insurance*) y seguro de crédito por incapacidad (*credit disability insurance*). Estos seguros son muy caros y si los paga por adelantado también tendría que pagar intereses;
- Que le agreguen productos adicionales como seguro de crédito y membresías de algún club;
- Pagos globales: Estos préstamos tienen mensualidades más bajas, pero le requieren que pague una gran suma o una suma global dentro de unos cuantos años;
- Si le cobran una penalización por terminar de pagar el préstamo antes de tiempo;
- Firmar su escritura: Si está atrasado en su hipoteca, puede que el prestamista le ofrezca ayuda para encontrarle nuevo financiamiento, y le pida que le firme y pase su escritura como “medida temporal” para evitar la ejecución hipotecaria. ¡Después el préstamo prometido nunca se concreta y usted ya no es dueño de la casa!
- Arbitraje Mandatario: Al firmar, renuncia a su derecho de demandar al prestamista si éste hace algo que usted considere ilegal;
- Tácticas de prometer una cosa y entregar otra (*bait and switch*): El prestamista le promete una

tasa de interés al principio del trato y termina usando una mucho más alta al cerrarlo; y

- Cambio de préstamo (*loan flipping*): Después de que usted realiza algunos pagos hacia su préstamo, el prestamista predador le llama para ofrecerle un préstamo más grande. Cada vez que realiza el refinanciamiento, tiene que pagar puntos altos, comisiones y tasas más altas de interés. Y si su préstamo original lo penalizaba por pagarlo antes de tiempo, también tiene que pagar esa penalización.

¿Cómo puedo evitar caer en uno de estos préstamos predatorios?

A continuación, una lista de algunas cosas que puede hacer para protegerse:

- Piénsela dos veces antes de obtener un préstamo usando su casa como garantía, especialmente si está pidiendo más de lo que vale su casa. Algunos prestamistas prestan más dinero de lo que vale la casa. Pregúntese a si mismo si en realidad necesita este préstamo. Si tiene problemas de dinero, considere todas sus opciones antes de usar su casa como garantía. Recuerde que si decide sacar un préstamo sobre su residencia y después no puede hacer los pagos, el prestamista puede realizar una ejecución hipotecaria y usted podría perder su casa;
- Si pide prestado, pida prestado únicamente lo necesario para sus necesidades y a tasas bajas;
- No pida prestado más de lo que sus ingresos y su presupuesto le permitan;
- Antes de pedir prestando, investigue su propio historial de crédito. Su historial de crédito muestra la manera en que usted ha pagado sus deudas previas y sus tarjetas de crédito. De esta manera usted va a estar enterado de los que los prestamistas van a descubrir cuando investiguen su historial de crédito. También es importante revisar su propio historial por si acaso hay errores que necesita corregir. Hay tres compañías que mantienen bases de datos nacionales y que le proporcionan información a los prestamistas que pregunten acerca de su historial de crédito. Debe de contactar a las tres agencias, al igual que los prestamistas, ya que todas son diferentes. Tiene

derecho a un reporte gratis de crédito por año. Es posible que le cobren máximo \$9.00 por darle una copia con su información.

- Las compañías son:
 - ✓ Equifax, 1-800-685-1111 – www.equifax.com
 - ✓ Experian, 1-888-397-3742, www.experian.com
 - ✓ Transunion, 1-800-888-4213, www.transunion.com
- Siempre compare prestamistas antes de obtener un préstamo. Obtenga por lo menos tres presupuestos por escrito con los costos iniciales, tasas de interés, condiciones del préstamo y los pagos mensuales. Evite a los prestamistas que tratan de conseguir clientes por teléfono, por anuncios en la televisión, por correo y a través de visitas de puerta en puerta;
- No se confíe de anuncios que digan “si tiene mal crédito, no hay problema” o agencias que “arreglen” el mal crédito;
- Si va a hacerle mejoras a su hogar, compare a diferentes contratistas. Asegúrese de que los contratistas tengan licencia, y pídale que le den un presupuesto. No se deje convencer de pedir más dinero prestado del que necesita. No permita que un contratista lo refiera con un prestamista específico para pagar las mejoras;
- No se fije únicamente en los pagos mensuales del préstamo. Considere la duración del mismo y los costos y comisiones totales del préstamo;
- Tenga cuidado con un préstamo de más dinero de lo que valga su casa. Podría perder su casa y seguirle debiendo al prestamista la cantidad por encima del valor de la casa;
- Lea todos los documentos con cuidado antes de firmar. Es posible que el prestamista haya cambiado o agregado números a partir de cuando originalmente hablaron sobre el préstamo;
- No se deje convencer cuando el prestamista use tácticas para presionarlo;
- No tiene que decir que sí de inmediato;
- Haga muchas preguntas;
- Si no entiende las condiciones del préstamo, pídale a alguien de confianza que revise los documentos del préstamo. Si no se siente cómodo o no está seguro de ciertos aspectos, contrate a un abogado que le cobre algunos cientos dólares para que revise los papeles que le pidieron que firmara;

- Nunca firme un documento que tenga partes en blanco o que no estén llenados los espacios de los números. Tenga cuidado con los prestamistas que le prometan llenar los números después;
- De acuerdo con la Ley de Honestidad de Prestamistas (*Truth in Lending Act*), la persona que pide prestado usando su casa como garantía tiene hasta tres días después de haber firmado el contrato para cambiar de parecer. Sin embargo, recuerde que tres días pasan volando, y es mejor investigar todos los aspectos del préstamo antes de firmar;
- Asegúrese de que todos los cheques para pagar las mejorías de su casa se hagan a nombre suyo, no del contratista. No le debe de pagar al contratista hasta que esté satisfecho con el trabajo realizado.

¿Qué hago si ya obtuve un préstamo predatorio?

¡Obtenga ayuda! Hable con un abogado. Si tiene bajos ingresos y no puede pagarle a un abogado, póngase en contacto con la oficina de Servicios Legales que le corresponda o llame a la línea de servicio de referencia de abogados de la Barra de Abogados de Oregón al 1-800-452-7636.

También puede reportar a estos prestamistas a la agencia estatal que regula las diferentes partes de la industria.

- Cualquier asunto del consumidor, preguntas y quejas – Línea del Consumidor de la oficina del Fiscal – 1-877-877-9392 o www.doj.state.or.us;
- Programas de información para inversionistas e información sobre hipotecas, revisión de licencias – *Division of Finance and Corporate Securities* 1-800-814-9710;
- Información y quejas de compañías y agentes de seguros – División de Seguros – 1-888-877-4894;
- Quejas sobre contratistas, revisión de licencias – Junta de Contratistas de Construcción (*Construction Contractors Board*) – 503-378-4621;
- Quejas sobre electricistas y plomeros, revisión de licencias – División de Códigos de Construcción (*Building Codes Division*) – 1-800-442-7457;

- Prevención de abuso/explotación de ancianos – Departamento de Servicios Humanos – 1-800-232-3020.

3. COBRANZA DE DEUDAS Y EL SEGURO SOCIAL

¿Pueden los cobradores de deudas cobrarse de mi Seguro Social y de mi Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)?

Por lo general, los cobradores de deudas de consumo no pueden cobrarse usando sus beneficios del Seguro Social y del SSI. Sin embargo, si usted recibe una notificación legal de que los fondos en sus cuentas pueden ser objeto de una acción legal, tendrá que comprobar que dichos fondos provienen únicamente de su Seguro Social o SSI.

Algunos tipos de deudas sí pueden cobrarse usando sus beneficios del Seguro Social, por ejemplo las deudas de manutención de niños o de cónyuge, impuestos federales sobre la renta, y deudas que no sean de impuestos federales, como su hipoteca y los préstamos a estudiantes. Estas deudas no pueden cobrarse usando sus beneficios de SSI.

¿Qué tipos de deudas pueden cobrarse de mis cheques del Seguro Social?

Cuentas de impuestos federales: El Secretario de la Tesorería puede quitarle hasta el 15% de sus beneficios del Seguro Social al año para cobrarse sus cuentas vencidas de impuestos.

Deudas que no son de impuestos federales: El gobierno le puede quitar cualquier cantidad de sus beneficios del seguro social que tenga por encima de los primeros \$9,000 anuales (\$750 mensuales) para cobrarse deudas que no sean de impuestos federales, tales como préstamos a estudiantes, hipotecas federales incumplidas, etc.

Manutención de niños y de cónyuge: Hay leyes estatales y federales que limitan la cantidad que pueden embargar de sus beneficios por una deuda de manutención de niños o de cónyuge. Las leyes federales limitan esta cantidad a:

- 50% si el beneficiario está manteniendo a un cónyuge y/o hijo diferente al cónyuge y/o hijo para quien se ordenó la manutención.
- 60%, si el beneficiario no está manteniendo a otro cónyuge y/o hijo
- Las cantidades arriba mencionadas pueden subir hasta 55% y 65% si la orden de embargo u otras pruebas presentadas demuestran que la manutención ordenada tiene 12 o más semanas de atraso.

En algunos casos, las leyes de Oregón son más restrictivas que la limitación federal y controlan la cantidad máxima retenida. Los beneficios de SSI no pueden embargarse para cobrar deudas de manutención de niños o de cónyuge.

Cargo por Sobregiros Bancarios: En el oeste de los Estados Unidos los bancos pueden rebajarle de su cheque de depósito directo del Seguro Social y SSI lo que usted les deba por haber sobregirado la cuenta.

¿Puede el gobierno cobrarse más de un tipo de deuda al mismo tiempo usando mis beneficios del seguro social?

Sí. El gobierno le puede cobrar los tres tipos de deudas de su cheque mensual del seguro social. Por lo tanto, podrían dejarlo con menos de \$750 al mes. Si esto le pasa, póngase en contacto con la agencia gubernamental a quien le debe para rebajar los pagos y la manutención de niños. No hay manera de proteger a sus beneficios del gobierno federal, ya que ellos se cobran incluso antes de que le expidan sus beneficios.

¿Cómo puedo evitar que me cobren erróneamente de mis beneficios del seguro social?

La mejor manera de evitar que un acreedor le embargue erróneamente sus beneficios del seguro social y de SSI es abriendo una cuenta que sea únicamente para los depósitos directos de dichos beneficios. Si un acreedor le manda una notificación de embargo a su banco, el banco congelará todas sus cuentas y le enviará a usted la notificación de embargo. Usted tiene que responder a estas notificaciones. Si usted tiene sus beneficios del seguro social y de SSI en una cuenta por separado, le

va a ser más fácil establecer que esos fondos no pueden ser embargados.

Para obtener más información acerca de la cobranza de deudas, lea el libretto de la Oficina de Servicios Legales titulado “Cuentas Vencidas del Consumidor”.

4. SUS DERECHOS A SERVICIOS PÚBLICOS (LUZ, AGUA, ETC.)

¿Qué forma de identificación necesito para solicitar un servicio público?

Un número de licencia de manejo válida de Oregón; y

- El número de seguro social de la(s) persona(s) encargadas del pago; o
- Una identificación estatal o federal válida con foto; o
- Su acta de nacimiento original, o una copia certificada de la misma junto con una identificación actual con foto de la escuela o el trabajo.

¿Qué puedo hacer si me niegan algún servicio por no tener una forma admisible de identificación?

Puede solicitarle a la Comisión de Servicios Públicos (*Public Utility Commission, PUC*) un proceso de resolución de conflictos al 1-800-522-2404.

¿Se requiere que envíen avisos en otros idiomas además del inglés?

Sí. Las agencias de servicios de energía o de teléfonos tienen la obligación de preguntarle si desea recibir avisos en algún otro idioma que no sea inglés.

Todos los avisos de desconexión de servicios de energía o de teléfono deben de contener la siguiente información traducida al español, vietnamita, camboyano, lao y ruso:

AVISO IMPORTANTE: Si tiene un saldo sin pagar en su cuenta, se desconectarán sus servicios (eléctricos, de gas o teléfono). Debe de tomar acción inmediata para evitar la desconexión. Refiérase al aviso anexo para encontrar información importante en inglés acerca de cómo

puede evitar la desconexión. Si no entiende inglés, haga favor de encontrar a alguien que le traduzca el aviso. Si no tiene quien le ayude a traducirlo, llame por favor a (nombre) al (teléfono) quien tratará de ayudarlo. En este número también podrá pedir información en este idioma acerca de los derechos y responsabilidades de los clientes. **TIENE QUE ACTUAR AHORA PARA EVITAR LA DESCONEXIÓN DE SUS SERVICIOS.**

¿Qué puedo hacer si estoy refutando un aviso de desconexión o tengo algún otro problema con una compañía de servicios?

Si tiene alguna disputa con una agencia de servicios acerca de alguna cuenta, cargo o servicio, la agencia tiene que realizar una investigación a fondo y debe de reportarle rápidamente los resultados de la misma.

Si usted está refutándole a la compañía de servicios el establecimiento de su crédito o la terminación de algún servicio, etc., tiene el derecho de solicitar una revisión de supervisión de la disputa. Si la disputa no se resuelve, la compañía de servicios tiene que informarle acerca del procedimiento de resolución de conflictos de PUC y debe de darle el teléfono gratuito de esta comisión.

Si no puede resolver la disputa con la compañía de servicios, tiene el derecho de presentar una queja por escrito en la oficina de PUC. La compañía de servicios tiene 15 días para contestar su queja. La oficina de PUC programaría una audiencia sin demora.

Si usted tiene una disputa o queja formal registrada en la Comisión, tiene entonces derecho a que le restauren el servicio, siempre y cuando:

- No le hayan desconectado el servicio por robo del mismo o por no haber establecido su crédito;
- Haya una disputa genuina;
- Si la desconexión fue por falta de pago, tienen que haber hecho los arreglos de pago necesarios; y
- Esté llevando a cabo una resolución del conflicto a través de PUC.

¿Qué puedo hacer si no tengo con que pagar la cuenta de gas o de electricidad?

Primero, puede presentar un certificado médico a la compañía de servicios.

Si usted presenta un certificado de un médico diciendo que la desconexión del servicio pondría en peligro a su salud, o a la salud de una persona que viva con usted, la compañía de servicios no puede desconectarle el servicio hasta que PUC realice una audiencia. La certificación puede ser verbal, pero tiene que ser seguida por una confirmación de su doctor por escrito dentro de 14 días.

Si tiene un saldo sin pagar, tendrá que firmar un acuerdo de pago con la compañía de gas o de electricidad. Un cliente que haya presentado un certificado médico puede renegociar las condiciones del acuerdo de pago si acaso puede demostrar que tiene dificultades excesivas. Si presentó un certificado médico válido, tiene derecho a que PUC realice una audiencia antes de que le desconecten el servicio.

Segundo, puede solicitar un acuerdo de pago con la compañía de servicios.

La compañía de gas o de electricidad no puede desconectar sus servicios por falta de pago si usted ya estableció un plan de pago por escrito con ellos. Le van a dar a escoger entre varios planes. Por lo menos, podrá escoger entre un “plan de pagos nivelado” (*levelized payment plan*) y un “plan de pagos atrasados iguales” (*equal-pay arrearage plan*).

Si escoge el plan de pagos nivelados, tendrá que hacer un pago inicial que equivalga al promedio anual de la cuenta, incluyendo el saldo de la cuenta, dividido entre 12, y tendrá que hacer un pago de la misma cantidad por 11 meses. La compañía de servicios examinará periódicamente el plan de pagos mensuales y ajustará la mensualidad para saldar la cuenta dentro del tiempo que se especificó en el acuerdo original.

Si escoge el plan de pagos atrasados iguales, tendrá que hacer un pago inicial que equivalga a un doceavo de la cantidad que debe por servicios pasados. En los

siguientes 11 meses se le agregará una cantidad igual al pago inicial a la cuenta debida del mes.

También puede llegar a otro tipo de acuerdo escrito con la compañía de servicios.

Si usted no sigue el plan de pago, la compañía de servicios podría desconectarle sus servicios después de darle una notificación de desconexión de 15 días.

¿Qué tiene que hacer la compañía de teléfonos antes de desconectarle el servicio?

La compañía telefónica tiene que darle una notificación por escrito por lo menos 5 días antes de desconectarle el servicio por falta de pago.

Tiene usted el derecho de usar el proceso de quejas de PUC. La compañía telefónica le debe de dar el teléfono gratuito de la Comisión. (1-800-522-2404).

La compañía telefónica no puede desconectarle el servicio local si usted presenta una certificación médica indicando que la desconexión pondría en peligro su salud o la salud de una persona que viva con usted.

La compañía telefónica no puede desconectar su servicio local residencial por falta de pago si usted presenta una certificación válida de emergencia médica y paga ya sea \$10 o el 25% del saldo que debe, la opción que sea más alta, y establece un plan de pago para poner la cuenta al corriente dentro de 90 días de la fecha del acuerdo.

¿Puede una compañía de servicios públicos desconectarme un servicio por alguna otra razón aparte de la falta de pago?

Sí, le pueden desconectar sus servicios si usted no:

- Establece su crédito pagando un depósito; o
- Proporciona una identificación válida; o
- Establece un plan de pago; o
- No sigue las condiciones del plan de pago.

¿Puede una compañía de servicios negarme sus servicios?

A veces. Las compañías de *energía* tienen que proporcionarle servicio al recibir un pago de por lo

menos la mitad de la cantidad debida, a menos de que la desconexión haya sido por robo del servicio.

Una compañía *telefónica* puede negarse a darle servicio hasta que usted les pague la cantidad total que les debe.

¿Puedo solicitar que la compañía le mande mis cuentas y avisos a una tercera persona?

Sí. Le puede pedir a la compañía que le envíe sus cuentas y avisos a una tercera persona además de a usted.

¿Puede una compañía de servicios cobrar un cargo por pago tarde?

Sí. Sin embargo, las compañías de servicios no pueden cobrarle por pagar tarde a menos que:

- La compañía le ofrezca escoger o cambiar la fecha de cobranza de la cuenta;
- El saldo que debe es mayor de \$200; o
- El cargo se aplica únicamente a las cantidades que hayan sido arrastradas dos meses consecutivos

¿Puedo pedir que revisen mi medidor si creo que la cuenta está incorrecta?

Sí. Tienen que hacer la revisión gratuita dentro de 20 días laborales a partir de su solicitud.

¿Puedo pagar el depósito en plazos?

Sí. Puede pagar el depósito entero, o lo puede pagar en tres plazos. El primer pago lo tiene que hacer de inmediato; los dos pagos restantes los tiene que hacer 30 días y 60 días después del el primero.

¿Tienen las compañías de servicios que darle notificación a ambos, el inquilino y arrendador antes de desconectar el gas o la electricidad?

Sí.

¿Pueden las compañías de servicios requerir un cargo por la reconexión?

Sí.

¿Cómo puedo obtener ayuda para pagar mis cuentas de energía?

Hay varios programas disponibles para ayudar a las personas de bajos ingresos a pagar sus cuentas eléctricas.

- *Oregon Housing and Community Services* tiene un programa financiado por el gobierno federal para ayudar a personas de bajos ingresos con los costos de calefacción llamado *Low Income Energy Assistance Program*, (LIEAP). Su teléfono es 503-986-2000, o www.ohcs.oregon.gov/OHCS/SOS/LowIncomeEnergyAssistance.html;
- *Oregon HEAT* es una organización que ayuda a prevenir la desconexión de electricidad por falta de pago. Su teléfono es 503-612-3790, o www.oregonheat.org;
- *Community Energy Project* tiene un programa para ayudar a las personas a reducir sus gastos de energía a través de mejoras en la aclimatación de la vivienda. Su teléfono es 503-284-6827, o www.communityenergyproject.org;
- *National Energy Affordability and Accessibility Project* tiene una lista de otras agencias y organizaciones en el estado que pueden ser de asistencia en www.ncat.org/liheap/profiles/oregon.htm;
- Puede marcar el 211 para obtener más información y referencias.

¿Qué más puedo hacer si no puedo pagar mi cuenta?

Puede llamar a su agencia local de *Community Action Program* para solicitar asistencia con la energía (en el invierno) y preguntar acerca de otros programas que le ayuden a pagar su cuenta.

Si desea presentar una queja en contra de una compañía de servicios, llame al servicio de quejas del cliente de la Comisión de Servicios Públicos (*Public Utility Commission*) al 1-800-522-2404. También puede llamar a la Oficina de Servicios Legales de Oregón para obtener asesoría acerca de sus derechos a servicios públicos.

5. COMO PONERLE UN ALTO A LAS LLAMADAS DE TELEMARKETING (TELEVENDEDORES)

¿Qué puedo hacer con respecto a las llamadas no deseadas de televendedores?

Hay pasos que puede tomar para reducir el número de llamadas que recibe de televendedores. Se puede registrar en el Registro Nacional de “No llamar” (*National Do Not Call Registry*). La mayoría de los televendedores tienen prohibido llamar a un número que esté registrado en esta lista. Al registrar su número telefónico en esta lista, puede reducir el número de llamadas no deseadas de televendedores. El Registro Nacional de “No Llamar” fue creado en el 2003 por la Comisión Federal de Comercio (*Federal Trade Commission, FTC*) y por la Comisión Federal de Comunicaciones (*Federal Communications Commission, FCC*).

¿Al registrarme en la Lista Nacional de “No Llamar” voy a dejar de recibir todo tipo de llamadas de televendedores?

No. El Registro Nacional de “No Llamar” solo prohíbe a los televendedores comerciales de llamar a los números contenidos en la lista. Los televendedores comerciales son los que venden bienes o servicios por teléfono. El registro no prohíbe las llamadas de organizaciones de caridad u organizaciones políticas para pedir donaciones ni prohíbe que le llamen para realizar encuestas telefónicas. También hay excepciones para los televendedores comerciales, por ejemplo, un vendedor que tenga una relación de negocios establecida con usted lo puede contactar hasta por dieciocho meses. (Debido a esta excepción, su compañía de teléfonos o de cable lo puede llamar para ofrecerle nuevos servicios). Si usted está recibiendo llamadas indeseadas de una compañía con la cual tiene una relación establecida de negocios, puede comoquiera pedir específicamente que esa compañía no lo llame. También puede recibir llamadas de un vendedor si usted le ha dado permiso por escrito de hacerlo o si usted le ha pedido información en los últimos tres meses.

¿Cómo registro mi número de teléfono en la Lista de “No Llamar”?

Lo puede hacer por Internet o por teléfono. Si lo hace por teléfono, tiene que hacer la llamada del teléfono que quiere registrar en la lista.

Teléfono: 1-888-382-1222 TTY: 1-866-290-4236 Página web: www.donotcall.gov

Una vez que se registre, su número debe de aparecer en la lista el próximo día. Los vendedores tienen hasta tres meses para actualizar sus archivos, así es que usted dejaría de recibir la mayoría de las llamadas en tres meses. Su número durará cinco años en el registro.

Si desea preguntar acerca de su registro o si quiere remover su número de la lista, puede hablar al Registro de “No Llamar”. Si se cambia de casa, tiene que volver a registrarse, incluso aunque su número de teléfono no cambie.

¿Cuánto cuesta agregar mi teléfono a la Lista del Registro de “No Llamar”?

Registrarse en gratis.

¿Si ya estoy registrado en la Lista de “No Llamar” de Oregón, también me tengo que registrar en el Registro Nacional?

Sí. Ya que Oregón no ha incorporado su información con la del registro nacional, tiene que agregar su número a la lista nacional aunque ya esté registrado en Oregón.

¿Qué debo de hacer si recibo una llamada de un televendedor y ya estoy registrado en la lista nacional de “No Llamar”?

Si su teléfono ha estado registrado por más de tres meses y recibe una llamada de un televendedor que no le debería de estar llamando puede presentar una queja en el Registro Nacional de “No Llamar”. Asegúrese de apuntar el nombre o teléfono de la compañía que lo llamó, así como la fecha de la llamada.

Puede presentar su queja por Internet en www.donotcall.gov o por teléfono al 1-888-382-1222.

La Comisión Federal de Comercio (FTC) no resuelve quejas individuales, sino que introduce toda la información en una base de datos segura. Las autoridades de orden civil y penal a nivel mundial tienen acceso a esta base de datos.

¿Cómo puedo evitar caer en una estafa de la lista de “No Llamar”?

La FTC no permite que compañías privadas registren a terceras personas a la Lista de “No Llamar”. Nunca debe de recibir una llamada de una compañía ofreciéndole “pre-registrarlo” en la lista nacional o pidiéndole que confirme su registro. *Si recibe una llamada de este tipo, puede ser la víctima de una estafa.*

La FTC sugiere que tome los siguientes pasos para protegerse de este tipo de estafas:

- Nunca dé información referente a su cuenta bancaria o a sus tarjetas de crédito a menos de que sepa con quien está hablando;
- Nunca le de su número de seguro social a alguien que no conozca; y
- Nunca le de su información personal a alguien que diga estar representando al Registro Nacional de “No Llamar” o a una organización para detener el fraude, o incluso si dicen estar llamando de la FTC. Si recibe una llamada de este tipo, cuelgue de inmediato o escriba el nombre y teléfono de la organización que lo está llamando para reportar la llamada al FTC al 1-877-382-4357 o en el sitio web www.ftc.gov.

¿Qué más puedo hacer, aparte de registrar mi número en el Registro Nacional de “No Llamar”, para protegerme del fraude de televendedores?

A continuación, más recursos para cuestiones de fraude al consumidor:

Comisión Federal de Comercio
(*Federal Trade Commission, FTC*)
www.ftc.gov/ftc/consumer.htm
1-877-382-4357

Oficina del Procurador General de Justicia del Departamento de Justicia de Oregón
(*Oregon Department of Justice, Attorney General's Office*)
www.doj.state.or.us/FinFraud/welcome3.htm
Salem: 503-378-4320
Pórtland: 503-229-5576
Número gratuito: 1-877-877-9392
Email: consumer.hotline@doj.state.or.us

Centro Nacional de Información de Fraude
(*National Fraud Information Center*)
www.fraud.org
Línea de fraude: 1-800-876-7060

¿Cómo puedo dejar de recibir ofertas no deseadas de tarjetas de crédito?

Solo tiene que hacer una llamada a un número establecido por la industria de reporte de crédito. El número es:

1-888-5-OPT-OUT (1-888-567-8688)

Cuando llame a este número, puede pedir que quiten su nombre y dirección de la lista que la Oficina Nacional de Crédito (*National Credit Bureau*) vende a la industria de crédito. Las tres agencias que reportan el crédito – Experian (antes llamada TRW), Trans Union y Equifax – **quitarán su nombre por dos años** de todas las listas que proporcionan a las compañías de crédito. Cuando llame, tendrá que darles algunos datos personales y seguir las instrucciones que le indique la grabación. Si sigue dichas instrucciones, deben de quitar su nombre de las listas dentro de cinco días laborales.

6. ROBO DE IDENTIDAD

¿Qué es el robo de identidad?

El robo de identidad ocurre cuando una persona, realiza compras a su nombre o usa su identidad para engañar a otra persona. El robo de identidad sucede cuando consiguen su información personal, como su nombre, número de seguro social, número de tarjeta de crédito, y otros datos personales.

¿Cómo puedo prevenir el robo de identidad?

Puede hacer varias cosas. En primer lugar, no le de su información personal como su número de seguro social o su número de tarjeta de crédito a nadie, a menos de que lo tenga que hacer por ley, o que confíe en quien se lo esté pidiendo. En segundo lugar, tenga cuidado de no tirar papeles a la basura que contengan su información personal. Triture los documentos que contentan sus datos. No deje ningún documento o recibo que contenga datos personales en un centro de reciclaje. Para obtener más información sobre como puede proteger su identidad, visite la página web de la Comisión Federal de Comercio que aparece al final de esta sección.

En 2007 es estado de Oregon paso un ley que prohíbe personas imprimir números de seguridad social en alguna carta o documento que la persona no pidió, o en una tarjeta que usa la personal a cezar servicios o productos.

Los números de seguridad social pueden ser recogidos bajo de la ley federal y estatal. Un recogido permitido es una forma de consentimiento cuando un abogado le representará en un caso contra la Administración de la Seguridad Social.

¿Cómo puedo saber si alguien ya ha robado mi identidad?

Si ha notado retiros o deducciones inexplicables en su cuenta bancaria, o si aparecen compras que usted no realizó en su estado de cuenta de su tarjeta de crédito, o si tiene un bajo puntaje de crédito sin ninguna razón aparente a lo mejor y sea víctima del robo de identidad.

¿Qué puedo hacer si alguien ha robado mi identidad?

Hay varios pasos que tiene que tomar:

Comuníquese con el departamento de fraude de las tres oficinas de crédito. Una vez que lo haga, los acreedores tendrán que comunicarse con usted antes de abrir una nueva cuenta o de hacerle un cambio a una cuenta existente. Las tres oficinas principales de crédito son:

1. Equifax: 1-800-525-6285
2. Experian: 1-888-397-3742
3. Trans Union: 1-800-680-7289

- Cierre todas las cuentas que crea que hayan sido manipuladas. Cuando cancela una tarjeta de crédito, la compañía por lo general cancela su tarjeta, le manda una nueva y el departamento de fraude realiza una investigación de los cargos que usted diga que no son suyos;
- Llene una declaración jurada (affidávit) de lo que sucedió. Este paso es importante para que no lo hagan responsable de las deudas incurridas por el ladrón. Puede conseguir formas para hacer su declaración jurada en la página web de la FTC mencionada a continuación;
- Haga un reporte a la policía, obtenga una copia del mismo, y presénteselo a todos sus acreedores; y
- Presente una queja a la Comisión Federal de Comercio (FTC).

Por lo general, no lo deben de hacer responsable por las deudas o pérdidas que ocurran después de que usted haya reportado el robo. Además, la mayoría de las compañías principales de tarjetas de crédito no lo harán responsable de los cargos fraudulentos que hayan ocurrido antes de que haya hecho su reporte del robo de su identidad. Desafortunadamente, no todas las compañías de tarjetas de crédito están dispuestas a ayudarlo. Si lo hacen responsable de los cargos fraudulentos, probablemente tendrá que consultar con un abogado que le ayude a ejercer sus derechos.

¿Cómo puedo obtener más información sobre el robo de identidad?

Para obtener más información acerca de cómo prevenir el robo de identidad, o sobre qué hacer si es víctima de este robo, visite la página web de la Comisión Federal de Comercio, www.consumer.gov/idtheft/.

7. HIPOTECAS INVERSAS

¿Qué es una hipoteca inversa?

Las hipotecas inversas son una manera en que un propietario de su casa puede pedir dinero prestado. Con una hipoteca inversa, el prestamista le hace pagos a la persona que está pidiendo el dinero prestado (prestatario), y el prestatario puede seguir

viviendo en la casa y seguir siendo dueño de la misma. Puede usar el dinero de los pagos para lo que quiera. El préstamo se vence cuando el prestatario (el dueño) venda la casa o muera. Por lo general, la hipoteca se liquida a través de la venta de la casa, y el dinero que reste de la venta se dirige al prestatario o al patrimonio del mismo.

¿Quién califica para obtener una hipoteca inversa?

Para poder obtener una hipoteca inversa, el prestatario tiene que tener por lo menos 62 años de edad, tiene que ser dueño de la casa donde viva, y tiene que haberla terminado de pagar o de deber muy poco por ella. Para obtener un préstamo tradicional, el prestatario tiene que tener cierto nivel de ingresos. Este no es el caso con las hipotecas inversas ya que los ingresos no son un factor que se considere.

¿Qué sucede si termino debiendo más dinero de lo que vale mi casa?

La mayoría de las hipotecas inversas están aseguradas por el FHA o por el prestamista. Cuando se vence una deuda asegurada, si la casa vale menos que la cantidad del préstamo, el prestamista no puede cobrarle a usted o a su patrimonio para recuperar la diferencia. También hay hipotecas inversas no aseguradas. Con este tipo de hipotecas el prestamista le hace pagos al prestatario por una cantidad fija de años. Cuando se venza el préstamo, el prestatario tiene que liquidar la hipoteca. La única instancia en que se recomienda obtener una hipoteca inversa no asegurada es cuando el prestatario tiene algún medio para liquidar el préstamo una vez que se venza.

¿Cuáles son los riesgos o las desventajas de las hipotecas inversas?

En primer lugar, para evitar el incumplimiento del préstamo y poder mantener la casa, el prestatario tendrá que seguir pagando los impuestos sobre la propiedad y el seguro. En segundo lugar, la tasa de interés en las hipotecas inversas puede ser más alta que en otros tipos de préstamos, causándole al prestatario la pérdida de la plusvalía de la casa. Compare los costos de los préstamos. Los prestamistas, por ley federal, tienen que dar a conocer

el Costo Anual Total del Préstamo (*Total Annual Loan Cost, TALC*) de cada hipoteca.

Es recomendable que los propietarios que estén interesados en obtener una hipoteca inversa consideren maneras alternas de obtener el dinero o que reduzcan sus gastos relacionados a la propiedad. Lo pueden hacer a través de un programa de ayuda con sus impuestos sobre la propiedad, pueden vender la casa y comprar una más barata, o pueden rentar la casa. También es buena idea tratar únicamente con compañías de financiamiento acreditadas. No obtenga una hipoteca inversa con una compañía que lo haya contactado a usted.

¿Dónde puedo obtener más información acerca de las hipotecas inversas?

Las siguientes páginas web contienen información acerca de las hipotecas inversas:

- Departamento de la Vivienda y de Desarrollo Urbano (*Department of Housing and Urban Development, HUD*) en www.hud.gov. Elija la opción de “seniors” y después “reverse mortgages”
- Centro Nacional de Conversión de Plusvalía de Bienes Inmuebles (*National Center for Home Equity Conversion*) en www.reverse.org
- AARP en www.aarp.org/revmort/.

SECCIÓN DE RECURSOS

Oficinas de Servicios Legales y Programas de Abogados Voluntarios

Las siguientes oficinas ofrecen servicios legales a personas de bajos ingresos que vivan en los condados mencionados.

Oficina Regional de Albany

(Linn, Benton)
Legal Aid Services of Oregon
433 Fourth Ave. SW
Albany, OR 97321-2262
(541) 926-8678

Oficina Regional de Bend

(Jefferson, Crook, Deschutes)
Legal Aid Services of Oregon
1029 NW 14th St
Bend, OR 97701
(541) 385-6944
1-800-678-6944

Centro de Servicios Legales No Lucrativos

(Jackson)
225 W Main
P.O. Box 1586
Medford, OR 97501
(541) 779-7291

Oficina de Servicios Legales del Condado de Columbia

(Columbia)
P.O. Box 1400
St. Helens, OR 97051
(503) 397-1628

Oficina Regional de Coos Bay

(Coos, Curry, Western Douglas)
Oregon Law Center
455 S. 4th St., #5
P.O. Box 1098
Coos Bay, OR 97420-0241
(541) 269-1226
1-800-303-3638

Oficina de Campesinos

(Campesinos del Mid-Willamette
Valley)
Legal Aid Services of Oregon
397 N. First Street
Woodburn, OR 97071-4623
(503) 981-5291

Oficina Regional de Grants Pass

(Josephine)
Oregon Law Center
424 NW 6th St., Suite 102
Grants Pass, OR 97526-3133
(541) 476-1058

Oficina Regional de Hillsboro

(Washington, Columbia, Tillamook,
Clatsop, Yamhill)
Legal Aid Services of Oregon
230 NE Second Ave., Suite A
Hillsboro, OR 97124-3011
(503) 648-7163
1-888 245-4094

Condados de Klamath & Lake

Legal Aid Services of Oregon
Inglés: (541) 882-6982
1-800-480-9160
Español: (541) 882-2008
1-800-250-9877

Oficina Regional de Eugene

(Lane)
Legal Aid Services of Oregon
376 East 11th St.
Eugene, OR 97401
(541) 342-6056

Servicios Legales y Centro de Abogacía de Lane County

(Lane)
376 E 11th Avenue
Eugene, OR 97401
(541) 485-1017
1-800-575-9283

Oficina del Condado de Lincoln

(Lincoln)
Legal Aid Services of Oregon
304 SW Coast Highway
P.O. Box 1970
Newport, OR 97365-0132
(541) 265-5305
1-800-222-3884

Servicios Legales de Marion-Polk

Legal Aid Services of Oregon
(Marion, Polk)
1655 State Street
Salem, OR 97301
(503) 581-5265
1-800-359-1845

Servicios Legales de Marion-Polk

769 N Main Street, #B
Independence, OR 97351
(503) 606-3284

Oficina de McMinnville

(Yamhill)
Legal Aid Services of Oregon
720 East Third
P.O. Box 141
McMinnville, OR 97128-0141
(503) 472-9561
1-888-245-4091

Oficina del Condado de Multnomah (Multnomah)

Legal Aid Services of Oregon
921 SW Washington, Suite 500.
Portland, OR 97205
(503) 224-4086
1-888-610-8764

Programa de Nativo-Americanos

812 SW Washington, Suite 700
Portland, OR 97205
(503) 223-9483

Oficina Regional de Ontario

(Malheur, Harney, Grant, Baker)
Oregon Law Center
2449 SW 4th Ave, Suite 208
Ontario, OR 97914
(541) 889-3121 1-800-250-9877

Oficina Regional de Oregon City

(Clackamas, Hood River, Sherman,
Wasco, Wheeler)
Legal Aid Services of Oregon
421 High Street, Suite 110
Oregon City, OR 97045-2249
(503) 655-2518 1-800-228-6958

Oficina Regional de Pendleton

(Gilliam, Morrow, Umatilla, Union,
Wallowa, Wheeler)
Legal Aid Services of Oregon
365 SE Third Street
P.O. Box 1327
Pendleton, OR 97801-0260
(541) 276-6685 1-800-843-1115

Oficina de Roseburg

(Douglas)
Legal Aid Services of Oregon
700 SE Kane
P.O. Box 219
Roseburg, OR 97470-0039
(541) 673-1181

BARRA DE ABOGADOS DEL ESTADO DE OREGÓN
(OREGON STATE BAR)

Servicio de Referencia de Abogados

Oregon State Bar

503-684-3763 en Pórtland, o

1-800-452-7636 número gratuito para Oregón

A través de este servicio, puede conseguir el nombre de un abogado en su comunidad. La primera consulta con el abogado le costaría \$35. El Servicio de Referencia de Abogados cuenta con un programa para personas de bajo ingresos llamado *Modest Means Program*. A través de este programa obtendría referencias de abogados que en algunos casos brindan servicios legales a honorarios reducidos a personas que cumplan con los requisitos de elegibilidad. Llame para pedir más información.

Biblioteca de Grabaciones “Tel-Law”

Tel-Law es una colección de grabaciones de diferentes temas legales. Para obtener una lista completa de los temas, póngase en contacto con: Oregon State Bar, P.O. Box 1689, Lake Oswego, OR 97035-0889. O visite su página web: www.osbar.org.

Para escuchar las grabaciones por teléfono, llame a uno de los números a continuación mencionados y después marque la extensión de cuatro dígitos para escuchar el tema que le interese.

503-620-3000 en Pórtland, o

1-800-452-4776 número gratuito para Oregón.

Los mensajes grabados relacionados con La Ley de la las Personas de la Tercera Edad son los siguientes:

- 1017 ¿Cómo me declaro en bancarrota?
- 1018 ¿La bancarrota me puede ayudar?
- 1019 ¿Hay alguna alternativa a la bancarrota?
- 1021 Derechos de los deudores
- 1022 Capítulo 13 – otro tipo de bancarrota
- 1046 Ley del Consumidor
- 1094 Seguridad de Ingreso Suplementario
- 1096 Seguro Social
- 1097 Medicare
- 1116 Su Testamento
- 1117 ¿Qué es la validación de un testamento (Probate)?
- 1118 ¿Qué impuestos se tienen que pagar cuando una persona muere?
- 1119 ¿Qué es un fideicomiso?
- 1120 ¿Qué es un testamento en vida?
- 1122 Cartas poder y otras herramientas para tomar decisiones
- 1140 Ordenes de Restricción y violencia doméstica
- 1172 Servicios Legales
- 1201 Compra y venta de bienes inmuebles
- 1202 Ejecución hipotecaria de un bien inmueble
- 1232 Beneficios de impuestos federales para personas de 65 años de edad o mayores.

PÁGINAS WEB

AARP Información Nacional

AARP Oregon

Centro de Recursos de Envejecimiento y Incapacidad

Oficina de Servicios Legales de Oregón (*Legal Aid Services of Oregon*)

(Información legal gratuita para residentes de Oregón de bajos ingresos)

Medicare/Medicaid

Departamento de Servicios Humanos de Oregón

(*Oregon Department of Human Services*)

Ancianos y Personas con Discapacidades Físicas

(*Seniors & People with Physical Disabilities*)

Programa de Recetas Médicas de Oregón

(Oregon Prescription Drug Program, OPDP)

Asociación de Asistencia con Recetas Médicas

(*Partnership for Prescription Assistance*)

Asistencia a Ancianos con Beneficios de Seguros Médicos

(*Senior Health Insurance Benefits Assistance, SHIBA*)

Seguro Social (*Social Security*)

Administración de Veteranos (*Veteran’s Administration*)

www.aarp.org

www.aarp.org/or

www.adrcoregon.org

www.oregonlawhelp.org

www.cms.gov

www.oregon.gov/dhs/spwpd

www.opdp.org

www.pparxor.org

www.oregonshiba.org

www.ssa.gov

www.va.gov

OTRAS ORGANIZACIONES

Organizaciones específicamente para personas de la tercera edad y personas incapacitadas

Línea para Reportar Abuso de Ancianos

1-800-232-3020

Elders in Action (Multnomah County)

503-823-5293

www.eldersaction.org

Esta organización representa los intereses de personas de edad avanzada en Pórtland y el área metropolitana a través de programas de voluntarios.

Ombudsman de Atención de Largo Plazo

(Long Term Care Ombudsman)

1-800-522-2602

TTY: 503-378-5847

El programa Ombudsman es una agencia estatal independiente que sirve a los residentes de instituciones de atención de largo plazo. Sus servicios incluyen la investigación y resolución de quejas y la abogacía para mejorar la atención a los residentes.

SHIBA (Senior Health Insurance Benefits Assistance)

1-800-722-4134

SHIBA es una red estatal de voluntarios entrenados para educar y ayudar a las personas con Medicare.

Disability Rights Oregon (DRO)(formerly Oregon Advocacy Center).

503-243-2081

OAC es una oficina de abogados sin fines lucrativos que proporcionan servicios legales a personas discapacitadas con problemas legales relacionados con su discapacidad.

Otras organizaciones que le pueden ser de ayuda

211: número telefónico fácil de usar para obtener información y referencias referentes a su salud y a servicios humanos.

Línea del Consumidor del Procurador General de Justicia (*Attorney General's consumer hotline*):

503-378-4320 (únicamente en Salem)

503 229-5576 (únicamente en el área de Pórtland) o

número gratuito 1-877-877-9392.

Los consumidores que quieran más información acerca de cómo protegerse en Oregón pueden llamar a este número.

Consejo de Vivienda Justa de Oregón (*Fair Housing Council of Oregon*)

1-800-424-3247

503-223-8295 (Portland)

Esta organización estatal hace cumplir las leyes de vivienda justa.

HUD – Vivienda Justa e Igualdad de Oportunidades (*Fair Housing and Equal Opportunity, FHEO*)

(Seattle) 1-800-877-0246

Esta agencia federal hace cumplir las leyes de vivienda justa.

Comisión de Igualdad de Oportunidades en el Empleo (*Equal Opportunity Employment Commission, EEOC*)

1-800-669-4000

www.eeoc.gov/

Esta agencia federal ayuda a personas que consideran haber sido discriminadas por su edad o por su discapacidad.

Oficina de la Labor y la Industria (*Bureau of Labor and Industry, BOLI*)

503-731-4200

www.boli.state.or.us/

Esta agencia estatal ayuda a personas que consideran haber sido discriminadas por su edad o por su discapacidad.

AGENCIAS PARA ANCIANOS EN EL ÁREA (AAA), OFICINAS DE DHS, Y CENTROS PARA PERSONAS DE LA TERCERA EDAD

(Las oficinas que tienen solicitudes para Medicaid están marcadas con un *)

Baker

Community Connection of NE Oregon* (541) 963-3186
Baker County Senior Center (541) 523-6591

Benton

AAA (541) 928-3636
Oregon Cascades West Council of Governments* 1 (800) 638-0510
Corvallis Senior Center – Corvallis (541) 929-2420
South Benton Senior Center – Monroe (541) 857-5403
Dept. of Human Services (DHS)* (541) 766-6096

Clackamas

AAA* (503) 655-8640
Canby Senior Center (503) 266-2970
Estacada Adult Center (503) 630-7454
Gladstone Senior Center (503) 655-7701
Hoodland Senior Center - Welches (503) 622-3331
Lake Oswego Adult Center (503) 635-3758
Milwaukie Senior Center (503) 653-8100
Molalla Senior Center (503) 829-4214
Pioneer Comm. Center – Oregon City (503) 657-8287
Sandy Senior Center (503) 668-5569
Wilsonville Senior Center (503) 682-3727

Clatsop

AAA -NW Senior & Disability Services* (503) 304-3400
North Coast Senior & Disability Services (503) 325-4543
Astoria Senior Center (503) 325-4543
Seaside Senior Center (503) 738-7050
Warrenton Community Center (503) 861-3502
Wickiup Senior Center (503) 458-6888

Columbia

AAA (Community Action Team) (503) 397-3511
Clatskanie Senior Center (503) 728-3608
Rainier Senior Center (503) 556-3889
Scappoose Senior Center (503) 543-2047
St. Helens Senior Center (503) 397-3377
Vernonia Senior Center (503) 429-3912
DHS* (503) 397-5863

Coos

AAA (541) 269-2013
Bandon Senior Activity Center (541) 347-4131
Bay Area Senior Center – Coos Bay (541) 269-2626
Coquille Senior Center (541) 396-5208
Lakeside Senior Center (541) 759-3819
Myrtle Point Senior Center (541) 572-3151
North Bend Senior Center (541) 756-7622

Powers Senior Activity Center (541) 439-3861
DHS* (541) 756-2017

Crook

Central Oregon Council on Aging (541) 548-8817
DHS* (541) 447-4511

Curry

AAA (541) 269-2013
Chetco Senior Activity Center - Brookings(541) 469-6822
Gold Beach Senior Center (541) 247-7506
Port Orford Senior Center (541) 332-5771
DHS* (541) 756-2017

Deschutes

Central Oregon Council on Aging (541) 548-8817
Bend Senior Center (541) 388-1133
La Pine Senior Center (541) 536-6237
Redmond Senior Center (541) 548-6325
Crooked River Ranch (541) 504-8236
DHS (La Pine)* (541) 536-5380
DHS (Bend)* (541) 388-6240
DHS (Redmond)* (541) 548-2206

Douglas

AAA (541) 440-3604
Douglas County Health Center – Roseburg* (541) 440-3519
Lower Umpqua Senior Center – Reedsport(541) 271-4884
Special People’s Depot – Glendale (541) 832-3220
Sutherlin Senior Center (541) 459-9405
Winston Senior Center (541) 679-9715
Yoncalla Community Center (541) 849-2951
Senior Services - Glide (541) 496-3736

Gilliam

AAA 1 (888) 316-1362
DHS* (541) 298-4114

Grant

AAA Contractor (541) 575-2949
Monument Senior Center
Prairie City Senior Center
DHS* (541) 575-0255

Harney

Harney County Senior Center - Burns (541) 573-6024
DHS (Burns)* (541) 573-2691

Hood River

AAA (541) 298-4101
Down Manor Retirement Center (541) 386-5115
Hood River Senior Center (541) 386-2060

DHS* (541) 386-9080

Jackson

AAA (541) 664-6674

Central Point Senior Center (541) 664-4933

Enid Rankin Neighborhood Facility – Medford (541) 772-2273

Upper Rogue Community Center – Shady Cove (541) 878-2702

Medford Senior Services Office* (541) 776-6222

Jefferson

AAA (541) 548-8817

Jefferson County Senior Center – Madras (541) 475-6494

Warm Springs Senior Center (541) 553-3313

DHS (Madras)* (541) 475-6773

Josephine

AAA (541) 664-6674

Cave Junction Senior Center (541) 592-6888

Grants Pass Senior & Disability Services* (541) 474-3110

Klamath

AAA (541) 883-7171

DHS* (541) 883-5551

Lake

AAA Contractor (541) 947-4966

Lake County Senior Center – Lakeview (541) 947-4966

Lane

AAA – Senior and Disabled Services/

Lane Council of Governments:

Eugene (541) 682-4038

Cottage Grove Office (541) 942-5577

Florence Office (541) 902-9430

Celeste Campbell Senior Center – Eugene (541) 682-5318

Cottage Grove Senior Center (541) 942-5577

Hilyard Community Center – Eugene (541) 682-5311

Peterson Barn Community Center – Eugene (541) 682-5521

River Road Park & Rec. Center (541) 688-4052

Trude Kaufman Senior Center – Eugene (541) 342-1881

Tony Garcia Service Center - Veneta (541) 935-2262

Viking Sal Senior Center – Junction City (541) 998-1556

Willamette Activities Center - Oakridge (541) 782-4243

Willamalane Adult Act. Center – Springfield (541) 736-4444

Lincoln

AAA – Oregon Cascades West

Council of Governments (541) 928-3636

Toledo AAA* (541) 336-2289

Newport Senior Activity Center (541) 265-9617

North Lincoln Senior Center - Lincoln City (541) 994-2722

South Lincoln Senior Center - Waldport (541) 563-3042

Linn

AAA – Oregon Cascades West

Council of Governments (541) 928-3636

Albany Senior Center (541) 917-7760

Brownsville Senior Center (541) 466-5935

Lebanon Senior Center (541) 451-7481

Scio Senior Center (503) 394-3342

Sweet Home Senior Center (541) 367-4775

Malheur

Malheur Council on Aging (541) 889-7651

Ontario Senior Center (541) 889-5450

DHS (Ontario)* (541) 889-7553

Marion

NW Senior & Disability Services (503) 304-3400

Woodburn Senior Center (503) 982-5255

Mount Angel Senior Center (503) 845-6998

Salem Senior Center (503) 588-6303

Keizer-Salem Senior Center (503) 390-7441

Morrow

AAA (Community Action Program) (541) 276-1926

Heppner Senior Center (541) 676-9030

Stokes Landing Senior Center - Irrigon (541) 922-3603

DHS* (541) 278-4161

DHS (Hermiston)* (541) 564-9366

Multnomah

DHS/AAA

AAA – Multnomah County* (503) 988-3646

Aging and Disability Services (503) 988-3040

Mid-area Aging & Disability (503) 988-5480

East-area Aging & Disability (503) 988-3840

North-area Aging & Disability (503) 988-3479

Northeast-AAA (503) 988-5470

Southeast-AAA (503) 988-3660

Southeast Disability (503) 988-3288

West-AAA (503) 988-5460

West Disability (503) 988-3690

Senior Centers/District Centers

Fook Lok Woodstock Senior Center (503) 771-3601

Friendly House, Inc. (NW) (503) 224-2640

Gresham Senior Center (YWCA)* (503) 988-3840

Hollywood Senior Center (503) 288-8303

Mid-County YWCA* (503) 988-5480

Mittleman Jewish Community Center (503) 244-1442

Neighborhood House Senior Center (SW) (503) 244-5204

<u>Northeast Multicultural Senior Center</u>	(503) 988-5470
<u>Northwest Pilot Project</u>	(503) 227-5605
<u>Portland Impact, Inc. (SE)</u>	(503) 988-3660
<u>Rose Center for Seniors (NE)</u>	(503) 239-1221
<u>Volunteers of America – Adult Day Care</u>	(503) 235-8655
<u>YWCA Senior Center (North)</u>	(503) 721-6777

Polk

<u>NW Senior & Disability Services*</u>	(503) 304-3400
<u>Senior Services Agency</u>	(503) 623-2301
<u>Dallas Senior Center</u>	(503) 623-8554
<u>Independence Senior Center</u>	(503) 838-2143
<u>Monmouth Senior Center</u>	(503) 838-5678

Sherman

<u>AAA</u>	(541) 298-4101
<u>Mid-Columbia Senior & Disability Services*</u>	(541) 298-4114

Tillamook

<u>AAA Northwest Senior & Disability Services</u>	(503) 842-2770
<u>Tillamook AAA*</u>	(503) 842-4221
<u>Kiwanda Senior & Comm. Center- Pacific City</u>	(503) 965-7900

Umatilla

<u>AAA (Community Action Program)</u>	(541) 276-1926
<u>Hermiston Senior Center</u>	(541) 567-3582
<u>Milton-Freewater Neighborhood Center</u>	(541) 938-3311
<u>Pendleton Senior Center</u>	(541) 276-5303
<u>Umatilla Senior Center</u>	(541) 922-4727
<u>DHS (Hermiston)*</u>	(541) 564-9366
<u>DHS (Milton-Freewater)*</u>	(541) 938-9674
<u>DHS (Pendleton)*</u>	1 (800) 442-4352

Union

<u>AAA</u>	(541) 963-3186
<u>Union County Senior Center – La Grande</u>	(541) 963-7532
<u>DHS (La Grande)*</u>	(541) 963-7276

Wallowa

<u>AAA</u>	(541) 963-3186
<u>Wallowa Senior Center</u>	(541) 426-3840
<u>DHS (La Grande)*</u>	(541) 963-7276
<u>DHS (Enterprise)*</u>	(541) 426-3155

Wasco

<u>AAA*</u>	(541) 298-4114
<u>Mid-Columbia Senior Center – The Dalles</u>	(541) 296-4788

Washington

<u>AAA* – Washington County Disability, Aging & Veteran’s Services</u>	(503) 846-3060
--	----------------

<u>Elsie J. Stuhr Adult Center – Beaverton</u>	(503) 629-6342
<u>Forest Grove Senior Center</u>	(503) 357-2021
<u>Hillsboro Community Senior Center</u>	(503) 648-3823
<u>North Plains Senior Center</u>	(503) 647-5666
<u>Sherwood Senior Center</u>	(503) 625-5644
<u>Tigard Senior Center</u>	(503) 620-4613
<u>Tualatin/Durham Senior Center</u>	(503) 692-6767
<u>Hillsboro Senior Resource Center*</u>	(503) 693-0999
<u>Tigard Senior Resource Center*</u>	(503) 968-2312

Wheeler

<u>AAA</u>	(541) 298-4101
<u>DHS*</u>	(541) 298-4114

Yamhill

<u>AAA McMinnville</u>	(503) 472-9441
<u>Mid-Willamette Valley Senior Services*</u>	(503) 304-3400
<u>McMinnville Senior Center</u>	(503) 472-4214
<u>Chehalem Senior Center</u>	(503) 538-1490