



¡El Comité Asesor Sobre la Experiencia Viva (LEAP) de la Tarjeta Abierta de OHP está buscando miembros!

¡Únete al LEAP!

LEAP es un comité asesor que se reúne virtualmente una vez al mes. El grupo está formado por personas con experiencia en el uso de la Tarjeta Abierta y en ayudar a otros usar la Tarjeta Abierta. Juntos utilizan sus experiencias para mejorar servicios de atención médica para todos los miembros de la Tarjeta Abierta.

¿Qué es la Tarjeta Abierta?

La Tarjeta Abierta del Plan de Salud de Oregon (OHP), también conocido como Fee-for-Service (pago por servicio), es atención médica cubierta por Oregon Health Authority. Cuando un miembro del OHP no está inscrito en una organización de atención coordinada (CCO), esa persona es un miembro de la Tarjeta Abierta.

¿Quién debe unirse al LEAP?

Como miembro de la Tarjeta Abierta o una persona que ayuda a un miembro de la Tarjeta Abierta, su conocimiento es importante para mejorar la Tarjeta Abierta. Se unirá a personas que representan diversas identidades y comunidades en Oregon, incluyendo:

- Miembros actuales o anteriores de la Tarjeta Abierta
- Familiares de los miembros de la Tarjeta Abierta
- Personas que trabajan directamente para apoyar a los miembros de la Tarjeta Abierta, como trabajadores de salud comunitarios, asistentes certificados de OHP y defensores de los miembros de OHP

¿Se les paga a los miembros del LEAP?

Los miembros del LEAP son elegibles para recibir una compensación pagada a una tasa de pago de \$178.00 por día.



¿Cómo puedo entregar la solicitud?

Puede enviar su solicitud por escrito al coordinador del LEAP Spencer Delbridge a medicaid.engagement@oha.oregon.gov. Para obtener una solicitud en línea e información adicional sobre LEAP, visite [el sitio de web del LEAP](#).

¿Puedo obtener ayuda para llenar la solicitud?

¡Sí! Puede obtener información o ayuda gratis en el formato que le resulte más apropiado, incluido braille, audio, letra grande, otros idiomas y otros formatos. También puede solicitar un intérprete. Para presentar una solicitud, comuníquese con Spencer Delbridge al 971-304-6454 o por correo electrónico escribiendo a medicaid.engagement@oha.oregon.gov

Información de contacto

Estas preguntas le permitirán a Oregon Health Authority (OHA) comunicarse con personas interesadas en unirse al LEAP:

- 1.Fecha de hoy:
- 2.Nombre completo:
- 3.Fecha de nacimiento:
- 4.Dirección de correo electrónico:
- 5.Número de teléfono:
- 6.Ciudad, condado y estado (donde vive o trabaja):
- 7.¿Qué pronombres utiliza?

8. Tiene experiencia con la Tarjeta Abierta? La experiencia se define como un miembro de la Tarjeta Abierta o una persona que actualmente o en el pasado ayudó a un miembro de la Tarjeta Abierta, como un miembro de la familia, un trabajador de salud comunitaria, un asistente certificado de OHP, un defensor de miembros de OHP, etc. (seleccione todos los que apliquen).

- Sí, soy un miembro anterior o actual de la Tarjeta Abierta de OHP
- Sí, soy el padre o guardián de un miembro anterior o actual de la Tarjeta Abierta de OHP
- Sí, trabajo o he trabajado con miembros de la Tarjeta Abierta
- No, no he trabajado con un miembro de la Tarjeta Abierta
- No estoy seguro

Conocerle mejor

El propósito de las preguntas es que usted comparta por qué su experiencia personal como miembro de la Tarjeta Abierta o en ayudar a otros miembros de la Tarjeta Abierta le anima unirse al LEAP. Comparta también como sus habilidades, incluidos como la resolución de problemas, la creatividad y la colaboración lo convertirán en un miembro exitoso del LEAP.



9. Por qué quiere unirse al LEAP?

10. Describa su experiencia como miembro de la Tarjeta Abierta o como ha ayudado a otros miembros de la Tarjeta Abierta.



11. Como futuro miembro del LEAP, ¿qué pensamientos o ideas tiene sobre cómo hacer que Open Card sea mejor para las personas que la usan?

12. ¿Cómo balancea sus propias preocupaciones con las de otras personas en un entorno grupal?

Preguntas Demográficas y de Discapacidad Opcionales

Las siguientes preguntas sobre raza y etnia, idioma, dificultades funcionales (discapacidad), orientación sexual e identidad de género son opcionales. Si decide responder a estas preguntas, sus respuestas se mantendrán confidenciales. El propósito de estas preguntas es identificar y abordar las diferencias en los servicios de salud.

13. Le gustaría responder a preguntas sobre su raza, etnia, idioma o habilidad?

- Sí y por favor continúe a continuación con las siguientes preguntas 14-44
- No y por favor envíe su solicitud a medicaid.engagement@oha.oregon.gov

Raza y grupo étnico

Las siguientes preguntas son voluntarias y sus respuestas son confidenciales. Nos gustaría que nos dijera cuál es su raza, grupo étnico, idioma y nivel de su estado físico para que podamos encontrar y hacer frente a las diferencias de salud y servicios.

14. ¿Cómo identifica usted **su raza, grupo étnico, origen tribal, país de origen o ascendencia?**

15. ¿Cuál de las siguientes opciones describe su identidad racial o étnica? Marque TODAS las opciones que correspondan.

- a. **Indígenas norteamericanos y nativos de Alaska:** Indígena estadounidense
- b. **Indígenas norteamericanos y nativos de Alaska:** Nativo(a) de Alaska
- c. **Indígenas norteamericanos y nativos de Alaska:** Inuit canadiense, métis o indígena canadiense (First Nation)
- d. **Indígenas norteamericanos y nativos de Alaska:** Indígena mexicano, centroamericano o sudamericano
- e. **Asiática:** Indígena asiático(a)
- f. **Asiática:** Camboyano(a)
- g. **Asiática:** Chino(a)
- h. **Asiática:** Comunidades de Myanmar
- i. **Asiática:** Filipino(a)
- j. **Asiática:** Hmong
- k. **Asiática:** Japonés(a)
- l. **Asiática:** Coreano(a)

- m. **Asiática:** Laosiano(a)
- n. **Asiática:** Del sur de Asia
- o. **Asiática:** Vietnamita
- p. **Asiática:** Otros asiáticos
- q. **Negro(a) y afroestadounidense:** Afroestadounidense
- r. **Negro(a) y afroestadounidense:** Afrocaribeño(a)
- s. **Negro(a) y afroestadounidense:** Etíope
- t. **Negro(a) y afroestadounidense:** Somalí
- u. **Negro(a) y afroestadounidense:** Africano(a) de otro origen (negro)
- v. **Negro(a) y afroestadounidense:** Otro grupo étnico negro
- w. **Hispano(a) y Latino(a/x):** Centroamericano(a)
- x. **Hispano(a) y Latino(a/x):** Mexicano(a)
- y. **Hispano(a) y Latino(a/x):** Sudamericano(a)
- z. **Hispano(a) y Latino(a/x):** Hispano(a) o latino(a/x) de otro
- aa. **De Oriente Medio/Norte de África:** Oriente Medio

- bb. **De Oriente Medio/ Norte de África:** Norte de África
- cc. **Indígena de Hawái e Isleño(a) del Pacífico:** CHamoru (chamorro(a))
- dd. **Indígena de Hawái e Isleño(a) del Pacífico:** Marshalés(a)
- ee. **Indígena de Hawái e Isleño(a) del Pacífico:** Comunidades de la región de Micronesia
- ff. **Indígena de Hawái e Isleño(a) del Pacífico:** Nativo(a) de Hawái
- gg. **Indígena de Hawái e Isleño(a) del Pacífico:** Samoano(a)
- hh. **Indígena de Hawái e Isleño(a) del Pacífico:** Nativo(a) de otras Islas del Pacífico
- ii. **Blanca:** De Europa del Este
- jj. **Blanca:** Eslavo(a)
- kk. **Blanca:** De Europa Occidental
- ll. **Blanca:** Otro grupo étnico blanco
- mm. No sé
- nn. No deseo responder
- oo. **Otro**

16. Si ha marcado otro, por favor enumere.

17. Si marcó **más de una** de las opciones anteriores, ¿hay **alguna** que usted considere que sea su **principal** identidad racial o étnica?

- a. Sí. Mi identidad racial o étnica principal es:
- b. No tengo una sola identidad racial o étnica primaria
- c. No. Me identifico como birracial o multiracial
- d. N/A. Solo revise una categoría arriba
- e. No sé
- f. No deseo responder

18. Si ha marcado otro, por favor enumere.

Idioma

Las siguientes preguntas son voluntarias y sus respuestas son confidenciales.

19. ¿Qué idioma o idiomas habla usted en su casa?

20. ¿Qué tan cómodo se siente hablando en inglés?

21. Al comunicarnos con usted en persona, por teléfono o por la computadora ¿qué idioma prefiere?

22. ¿En qué idioma desea que le escribamos?

23. Al comunicarnos con usted ¿necesita o desea un intérprete?

24. Si necesita o desea un intérprete, ¿qué clase o tipo de intérprete prefiere?

Dificultades en hacer sus actividades diarias

*Sus respuestas a las siguientes preguntas son confidenciales. Usamos esta información para encontrar diferencias entre la salud y los servicios para las personas con o sin dificultades en hacer sus actividades diarias. *Por favor, escriba “no sé” si no sabe cuándo contrajo esta condición, o “no deseo responder” si no quiere responder a la pregunta.*

25. ¿Es usted una persona **sorda** o tiene **una dificultad seria para oír**?
26. **Si es así**, ¿a qué edad empezó esta condición?
27. ¿Es usted una persona **ciega** o tiene **una dificultad seria para ver**, aunque tenga puestos anteojos o lentes?
28. **Si es así**, ¿a qué edad empezó esta condición?
29. ¿Tiene **una dificultad seria para caminar o subir las escaleras**?
30. **Si es así**, ¿a qué edad empezó esta condición?
31. Debido a una condición física, mental o emocional, ¿tiene **alguna dificultad seria para concentrarse, recordar o tomar decisiones**?

32. **Si es así**, ¿a qué edad empezó esta condición?

33. ¿Tiene **dificultad para vestirse o bañarse**?

34. **Si es así**, ¿a qué edad empezó esta condición?

35. ¿Tiene **alguna dificultad seria para aprender a hacer cosas que la mayoría de las personas de su edad pueden aprender**?

36. **Si es así**, ¿a qué edad empezó esta condición?

37. Cuando usa **el idioma en el que más cómodo se siente**, ¿se le hace **una dificultad seria comunicarse** (por ejemplo, para darse a entender y hacer comprender su idea con otras personas)?

38. **Si es así**, ¿a qué edad empezó esta condición?

39. Debido a una condición física, mental o emocional, ¿tiene alguna dificultad para hacer tareas o mandados solo(a), tal como ir a la cita de salud o ir de compras?

40. **Si es así**, ¿a qué edad empezó esta condición?

41. ¿Tiene **dificultades serias** con lo siguiente: **su estado de ánimo, la intensidad de sus emociones, controlando su comportamiento o padece de delirios o alucinaciones**?

42. **Si es así**, ¿a qué edad empezó esta condición?



Orientación sexual e identidad de género

Las siguientes preguntas son voluntarias y sus respuestas son confidenciales.

43. Describa su género de la manera que desee.

44. Describa su orientación o identidad sexual de la manera que desee.

Por favor envíe su solicitud a medicaid.engagement@oha.oregon.gov. Gracias.