¿Para qué cobertura soy elegible?

En el cuadro abajo indicado, primero encuentre el número de integrantes de su familia y siga la línea que indica la cantidad para la que es elegible. Si usted gana menos del salario anual máximo indicado en una de las columnas, usted puede ser elegible para esa cobertura.

Número de personas en la familia	Seguro de Salud de Oregon (OHP)	Crédito Fiscal y Reducciones de Costos Compartidos (Nivel 1)	OHP para Mujeres Embarazadas	Crédito Fiscal y Reducciones de Costos Compartidos (Nivel 2)	Crédito Fiscal y Reducciones de Costos Compartidos (Nivel 3)	OHP para Niños	Crédito Tributario
1	$16,394	$17,820	$22,572	$23,760	$29,700	$36,234	$47,520
2	$22,108	$24,030	$30,438	$32,040	$40,050	$48,861	$64,080
3	$27,821	$30,240	$38,304	$40,320	$50,400	$61,488	$80,640
4	$33,534	$36,450	$46,170	$48,600	$60,750	$74,115	$97,200
5	$39,247	$42,660	$54,036	$56,880	$71,100	$86,742	$113,760
6	$44,960	$48,870	$61,902	$65,160	$81,450	$99,369	$130,320
7	$50,687	$55,095	$69,787	$73,460	$91,825	$112,027	$146,920
8	$56,428	$61,335	$77,691	$81,780	$102,225	$124,715	$163,560
9	$62,169	$67,575	$85,595	$90,100	$112,625	$137,403	$180,200
10	$67,910	$73,815	$93,499	$98,420	$123,025	$150,091	$196,840

**Este cuadro provee solamente un ESTIMADO de la elegibilidad para un individuo o para familias.*

Para más información o preguntas acerca del Plan de Salud de Oregon llame al **1-800-699-9075** (llamada gratis) o visite **OregonHealthCare.gov**.

Para más información o preguntas acerca de seguro de salud privado llame al **1-800-318-2596** (llamada gratis) (TTY:1-855-889-4325) o visite CuidadoDeSalud.gov.

440-5063 (2/16/COM)