

Necesidades sociales relacionadas con la salud (HRSN) Petición para autorización previa -Vivienda-

Por favor, envíe por fax al 503.850.9398 | Para preguntas llame al 855.722.8205

****Se requieren notas clínicas/documentación clínica relevante, comprobante de ingresos (de los últimos dos meses) y contrato de alquiler. Si se presenta una solicitud para modificación/reparación de la vivienda, incluya el formulario de alcance de los trabajos.****

Completar el formulario PA por completo y proporcionar la documentación requerida ayudará a asegurar el proceso puntual de esta solicitud.

Marque aquí si el miembro tiene un aviso de desalojo y una fecha en la corte.

Información de miembro	
Apellido:	Nombre:
Nº de Identificación del seguro:	Fecha de nacimiento:
Dirección:	Condado:
Teléfono:	Correo electrónico:
Idioma preferido:	Pronombres:

Información del solicitante:	
Proveedor/organización/miembro solicitante:	Teléfono:
Dirección:	Correo electrónico:

Marque aquí si el solicitante será también el proveedor de servicios de vivienda.

Información del proveedor <i>(Proveedor actual que gerencia los factores clínicos de riesgo del miembro relacionados con la salud (HRSN))</i>	
Proveedor de atención:	Teléfono del proveedor de atención:

Solicitud de beneficios: alquiler/servicios públicos/inquilinos	
<input type="checkbox"/> Alquiler (Max. de 6 meses)/servicios para inquilinos Nombre del propietario: _____ Teléfono del propietario: _____ Cantidad por mes: _____ Tamaño del hogar (nº de habitaciones): _____	<input type="checkbox"/> Marque si hay alquiler pendiente Indique los meses que se deben/pendientes: <input type="checkbox"/> Ene <input type="checkbox"/> Feb <input type="checkbox"/> Mar <input type="checkbox"/> Abr <input type="checkbox"/> May <input type="checkbox"/> Jun <input type="checkbox"/> Jul <input type="checkbox"/> Ago <input type="checkbox"/> Sep <input checked="" type="checkbox"/> Oct <input type="checkbox"/> Nov <input type="checkbox"/> Dic
Servicios públicos <input type="checkbox"/> Servicios públicos (Max 6 meses) <input type="checkbox"/> Conexión a los servicios públicos <input type="checkbox"/> No se solicitaron servicios públicos	Marque aquí si tiene servicios públicos pendientes Indique los meses que se deben/pendientes: <input type="checkbox"/> Ene <input type="checkbox"/> Feb <input type="checkbox"/> Mar <input type="checkbox"/> Abr <input type="checkbox"/> May <input type="checkbox"/> Jun <input type="checkbox"/> Jul <input type="checkbox"/> Ago <input type="checkbox"/> Sep <input type="checkbox"/> Oct <input type="checkbox"/> Nov <input type="checkbox"/> Dic
<input type="checkbox"/> Tarifas por almacenamiento	
<input type="checkbox"/> Servicios para los inquilinos (aparte)	

Criterio de calificación (Alquiler/servicios públicos/inquilinos)
Los miembros deben cumplir TODOS los requisitos siguientes. Si el miembro no cumple con los requisitos de elegibilidad: de HRSN, considere solicitar los fondos flexibles de HRS: https://yamhillcco.org/wp-content/uploads/2026/01/Flexible-Services-Request-Form-F-PDF-01.26.2026.pdf
<input type="checkbox"/> Estar registrado en OHP bajo la categoría de CCOA o CCOB -Y- <input type="checkbox"/> Por debajo del 30% de los ingresos medios familiares: tamaño de la familia: ___/ ingresos familiares anuales \$ _____ Trabajando Sin trabajo Jubilado Otro <input type="checkbox"/> Incluya las fuentes adicionales de los ingresos subvencionados, como: Beneficios de desempleo _____ ¿Tiene el miembro la elección de vivienda 8 en este momento? Otro _____ ¿Vale o vivienda subvencionada? En caso afirmativo, ¿cuándo comenzó el beneficio? _____
Aquí se pueden encontrar las pautas para las fuentes de ingresos incluyendo con los servicios de HRSN: https://www.oregon.gov/oha/HSD/OHP/Tools/HRSN-Income-Guide-EN.pdf

- Y -

Tener vivienda en este momento - Y -

No tiene los suficientes recursos o apoyo para prevenir quedarse sin hogar -Y- cumple con AL MENOS UNO de los factores clínicos específicos a la vivienda:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Necesidades de salud conductual complejas | <input type="checkbox"/> Adulto de 65 años o más |
| <input type="checkbox"/> Discapacidades de desarrollo | <input type="checkbox"/> Niño menor de 6 años |
| <input type="checkbox"/> Necesidad de salud física compleja | <input type="checkbox"/> Uso reiterativo del departamento de emergencias y encuentros por crisis |
| <input type="checkbox"/> Experiencia con la violencia interpersonal | <input type="checkbox"/> Joven adulto con necesidades especiales de salud |
| <input type="checkbox"/> Necesidades para asistencia con las actividades de vida diaria o para LTSS elegibles. | <input type="checkbox"/> Embarazo/postparto |

Beneficio solicitado: modificación/remediación en el hogar

<input type="checkbox"/> Modificación en el hogar médicamente necesaria	Formulario del alcance del trabajo adjunto
<input type="checkbox"/> Remediación en el hogar médicamente necesaria	Formulario del alcance del trabajo adjunto
<input type="checkbox"/> Estancia en hotel/motel (solamente disponible para aquellos que cumplen con la definición de estar a riesgo de quedarse sin hogar Y requieren alojarse en un hotel o motel mientras se realizan obras en su vivienda).	

Criterio de calificación (modificación/remediación en el hogar)

Los miembros deben cumplir TODOS los requisitos siguientes.

Si el miembro no cumple con los requisitos de elegibilidad de HRSN, considere solicitar los fondos flexibles de HRS: <https://yamhillcco.org/wp-content/uploads/YCCO-Flex-Funds-Request-1.pdf>

- Estar registrado en OHP bajo la categoría de CCOA o CCOB -Y-
- Estar dentro de AL MENOS UNA de las poblaciones cubiertas por HRSN
 - Adultos o jóvenes dados de alta de un Instituto de Enfermedades Mentales (IMD) en los últimos 12 meses
 - Individuos en transición a un estatus dual con Medicaid/Medicare.
 - Persona que actualmente cumple con la definición de HUD de vivir sin hogar o de estar a riesgo de quedarse sin hogar
 - Estar involucrados en bienestar infantil, incluyendo miembros que han estado involucrados previamente con bienestar infantil.
 - Joven adulto con necesidades especiales de salud

- Y -

Cumplir con AL MENOS UNO de los siguientes factores clínicos de riesgo específicos a la vivienda:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Necesidades de salud conductual complejas | <input type="checkbox"/> Adulto de 65 años de edad o más |
| <input type="checkbox"/> Necesidad por discapacidad de desarrollo | <input type="checkbox"/> Niño de 6 años de edad o menos |
| <input type="checkbox"/> Necesidad de salud física compleja | <input type="checkbox"/> Uso reiterado del departamento de emergencias y encuentros de crisis |
| <input type="checkbox"/> Violencia interpersonal | <input type="checkbox"/> Joven adulto con necesidades de atención médica especiales |
| <input type="checkbox"/> Necesidad de asistencia con las actividades de vida diarias o que califique para LTSS | <input type="checkbox"/> Embarazada/en posparto |

- Y -

- Necesita la modificación/remediación en el hogar para ayudar o prevenir la condición de salud del miembro

Testimonio del miembro (debe completarse totalmente).

- El miembro ha afirmado que no está recibiendo servicios por duplicado a través de otros programas O que el servicio existente no cubre completamente las necesidades del miembro.

El miembro ha consentido para:

- Recibir los servicios de HRSN aprobados.
- Que el personal de YCCO se ponga en contacto con él por teléfono, correo electrónico, y texto.
- Ser contactado por teléfono por el proveedor de servicios de vivienda, y los contratistas o vendedores relacionados
- Ser contactados por Housing Care Management (servicios para inquilinos) (opcional).
- Está de acuerdo en utilizar métodos de tecnología de información para compartir los datos personales.

El miembro atesta lo siguiente:

- Quiero que mi CCO vea si califico para un dispositivo que me ayude durante el clima extremo.
- Mi CCO puede ponerse en contacto conmigo para obtener más información sobre esta solicitud.
- Firmo bajo pena de perjurio. Esto significa, que según mi leal saber y entender, toda la información que he proporcionado en esta solicitud es verdadera, correcta y completa.
- Si proporciono información falsa o incorrecta podría estar sujeto a penas bajo la ley estatal o federal. Esto podría incluir tener que pagar el dinero gastado en cualquier servicio que yo reciba a raíz de esta solicitud.

Comentarios adicionales (opcional):

AVISO IMPORTANTE: Este mensaje está dirigido al uso de la persona o entidad a la que se envía y puede contener información privilegiada, confidencial y exenta de divulgación bajo las leyes pertinentes. Si el lector de este mensaje no es el destinatario al que se dirigió, o el empleado o agente responsable de entregarlo a la persona a la que se dirige, queda notificado por la presente de que cualquier diseminación, distribución o copia de esta información queda ESTRICTAMENTE PROHIBIDA. Si ha recibido este mensaje por error, por favor, notifiquenos inmediatamente y destruya el mensaje mencionado.