Necesidades sociales relacionadas con la salud (HRSN)

Solicitud de autorización previa: Cambios en el hogar para la salud

Envíe por fax al 503.850.9398. Si tiene preguntas, llame al 855.722.8205

****Chart Notes or Medical Provider Contact Information Required****

Complete todas las secciones del presente formulario y envíe toda la documentación requerida para permitir la revisión y el procesamiento oportunos de esta solicitud.

Información del miembro	
Apellido:	Nombre:
Identificación del seguro médico #:	Fecha de nacimiento:
Dirección:	Condado: ☐ Polk ☐ Washington ☐ Yamhill
Teléfono:	Correo electrónico:
Número de contacto alternativo:	Nombre del contacto alternativo:
Idioma preferido:	Pronombres:

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

Información del proveedor *(Proveedor que atiende la afección o las afecciones clínicas del miembro relacionadas con el servicio de HRSN solicitado).*
Nombre del proveedor:
Número de teléfono del proveedor:
Nombre de la clínica del proveedor:

Dispositivo de climatización solicitado (obligatorio)
Marque todos los dispositivos solicitados

Dispositivo solicitado	Necesidad clínica
☐ Aire acondicionado	☐ Mayor riesgo para la salud por calor extremo
☐ Calefactor	☐ Mayor riesgo para la salud por frío extremo
☐ Dispositivo de filtración de aire	☐ Mayor riesgo para la salud por mala calidad del aire o humo de incendios forestales
☐ Minirrefrigerador	☐ Medicamentos que requieren refrigeración
☐ Fuente de energía portátil	☐ El miembro depende de tecnología de asistencia o de equipo médico que funciona con electricidad.

Historial de dispositivos anteriores (obligatorio si corresponde)

☐ El miembro recibió el mismo dispositivo, u otro similar, a través de otro programa en los últimos 36 meses.
Si marcó esta casilla, indique el motivo del reemplazo o del dispositivo adicional:
☐ El dispositivo ya no funciona
☐ El dispositivo se perdió o fue robado
☐ Se produjo un cambio en la necesidad médica
☐ El dispositivo no satisface la necesidad actual
☐ Otro: _____

Información de entrega

Número de teléfono de preferencia para coordinar la entrega: _____

Horario de preferencia para que lo contacten sobre esta solicitud

☐ Mañana ☐ Tarde ☐ Noche ☐ Sin preferencia

Dirección de entrega	Si la dirección de entrega es diferente, indique la dirección completa a
☐ La misma dirección del miembro indicada anteriormente	

Preferencias de entrega (marque todas las opciones que correspondan)

☐ Llamar antes de la entrega
☐ Dejar el artículo si no hay nadie en casa
☐ Comunidad cerrada
☐ Complejo de apartamentos
☐ Ayuda disponible para artículos pesados
☐ Sin ayuda disponible para artículos pesados

Instrucciones especiales de entrega
(código de la puerta, indicaciones para el portón, lugar preferido de entrega, problemas de seguridad, etc.)

Elegibilidad para los dispositivos de climatización de HRSN
Los miembros deben cumplir TODOS los criterios siguientes a fin de ser elegibles para los Servicios de dispositivos de climatización de HRSN.

Requisitos de elegibilidad

☐ El miembro está inscrito en OHP Plus (códigos MMIS: BMD, BMH, BMM y CWX)
☐ El miembro cumple al menos un criterio de población cubierta por HRSN.
☐ El miembro tiene una afección clínica o un factor de riesgo que califica y que está relacionado con el dispositivo solicitado.
☐ El miembro reside en una vivienda propia o alquilada que no es una residencia colectiva ni un entorno institucional.
☐ El dispositivo solicitado es médicamente necesario y está respaldado por la documentación clínica presentada.

Situación de vivienda (obligatorio)

Situación de vivienda actual *(marque una opción)*

☐ Casa
☐ Departamento
☐ Casa prefabricada/casa móvil
☐ Vehículo recreativo (RV)
☐ Vivienda temporal
☐ Sin refugio/sin hogar
☐ Albergue o vivienda de transición
☐ Alojado con familiares o amigos
☐ Otro: _____

Población cubierta por HRSN (obligatorio)
Marque todas las opciones que correspondan

☐ Dado de alta en los últimos 12 meses de un centro que califica para el tratamiento de salud conductual o por consumo de drogas o alcohol
☐ Puesto en libertad tras un encarcelamiento en los últimos 12 meses

☐ Participación actual o anterior en el sistema de Bienestar Infantil de Oregón (Oregon Child Welfare)
☐ En transición a Medicare o con doble elegibilidad reciente (en los últimos 9 meses o en los próximos 3 meses)
☐ En riesgo de quedarse sin hogar o de inestabilidad de vivienda
☐ Adulto joven con necesidades especiales de atención de la salud (YSHCN)

Información sobre los ingresos (obligatorio solo para los miembros que califican en la categoría "En riesgo de quedarse sin hogar o de inestabilidad de vivienda")

Tamaño del hogar: _____

"*Hogar" se define como una unidad económica que presenta declaraciones de impuestos en conjunto y comparte gastos. Podrá incluir parejas y personas a cargo.*
Indique los nombres y las edades de todos los miembros del hogar:

_____

_____

Ingreso anual del hogar: $_____

Documentación presentada:

☐ Documentación de verificación de ingresos
☐ Formulario de verificación de ingresos bajos o nulos (obligatorio si el hogar no tiene ingresos)

Obligatorio: *Presente la documentación de verificación de ingresos o, si el hogar no tiene ingresos, el Formulario de verificación de ingresos bajos o nulos completo.*

Formulario de verificación de ingresos bajos o nulos (inglés|español)

Para obtener orientación sobre las fuentes de ingresos, consulte la Guía de ingresos de HRSN

Justificación clínica (obligatorio)

Describa por qué el dispositivo solicitado es médicamente necesario y de qué manera reducirá, prevendrá o mitigará los riesgos para la salud asociados con la afección o las afecciones clínicas del miembro, con su entorno de vivienda o con circunstancias relacionadas con el clima. Incluya los síntomas pertinentes, las limitaciones funcionales, los problemas de seguridad y los resultados de salud previstos.

Las notas del expediente clínico que se presenten deben respaldar el dispositivo solicitado, la afección o las afecciones clínicas que califican y la necesidad médica de la solicitud.

Código(s) de ICD-10:	**Código(s) de CPT:**

Factores de riesgo para la salud (obligatorio)
Marque todas las opciones que corresponda

Edad o población especial
☐ Niño menor de 6 años
☐ 65 años o más
☐ Embarazo/posparto
Salud conductual
☐ Enfermedad mental grave
☐ Trastorno por consumo de drogas o alcohol

☐ Deterioro cognitivo/trastorno neurocognitivo

Salud física

☐ Afección respiratoria

☐ Afección cardiovascular

☐ Enfermedad renal

☐ Diabetes

☐ Afección neurológica (esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson o lesión de la médula espinal)

☐ Discapacidad que afecta el funcionamiento diario

☐ Cuidados paliativos

☐ Uso de oxígeno en casa

☐ Afección sensible al calor

☐ Afección sensible al frío

☐ Otro: _____

Consentimiento y declaración del miembro (obligatorio)
Debe completarse en su totalidad

El miembro declara y acepta lo siguiente:

☐ Autorizo a YCCO a revisar la información necesaria a fin de determinar mi elegibilidad para los Servicios de dispositivos de climatización de Necesidades sociales relacionadas con la salud (HRSN) y a coordinar los servicios relacionados con esta solicitud.

☐ Acepto que YCCO, los proveedores participantes, los vendedores contratados y los socios de entrega se comuniquen conmigo sobre la determinación de elegibilidad, la coordinación de los servicios, la entrega y el seguimiento.

☐ Si se aprueba la solicitud, acepto recibir el dispositivo solicitado y entiendo que podrá ser necesario brindar información adicional para procesarla.

☐ Declaro que el dispositivo solicitado puede usarse de manera segura en mi vivienda y que cuento con los servicios públicos o la infraestructura necesarios para su funcionamiento, incluido el servicio eléctrico cuando corresponda.

☐ Certifico, bajo pena de perjurio, que la información proporcionada es verdadera, exacta y completa a mi leal saber y entender. Entiendo que proporcionar información falsa, incompleta o engañosa podrá dar lugar a la denegación de los servicios o el reembolso de su costo, y a otras acciones permitidas por la ley.

☐ Doy mi consentimiento para el uso de sistemas electrónicos y métodos de intercambio de información necesarios para la coordinación de la atención, la prestación de los servicios y la administración de esta solicitud.

Firma del miembro (obligatorio)
Se aceptan firmas electrónicas. Si el consentimiento se obtiene verbalmente, el proveedor podrá documentarlo en nombre del miembro. Un representante autorizado podrá firmar por el miembro cuando este sea menor de 18 años o cuando el representante tenga autorización legal para actuar en su nombre.

Nombre del miembro (en letra de imprenta):

_____

Firma del miembro: _____

Nombre del representante (en letra de imprenta) (si corresponde): _____

Firma del representante: _____

Fecha: _____

Comentarios adicionales:

Si el miembro no cumple los criterios de elegibilidad de HRSN, considere presentar una solicitud a través del programa Fondos flexibles de HRS. Fondos flexibles de HRS

https://yamhillcco.org/wp-content/uploads/2026/01/Flexible-Services-Request-Form-F-PDF-01.26.2026.pdf