Necesidades sociales relacionadas con la salud (HRSN)
Solicitud de autorización previa: Nutrición

Envíe por fax al 503.850.9398. I Para preguntas, llame al 855-722-8205

Complete cada sección en su totalidad o se devolverá la solicitud como incompleta.

Información del miembro	
Apellido:	Nombre :
Identificación del seguro médico #:	Fecha de nacimiento:
Dirección:	Condado: ☐Polk ☐ Washington ☐ Yamhill
Teléfono:	Correo electrónico:
Idioma preferido (opcional):	Pronombres (opcionales):

Información de la persona que solicita		
Proveedor /miembro solicitante:	Correo electrónico:	
Dirección:	Teléfono:	Fax:

Información del proveedor médico *Ingrese la información de contacto del proveedor que está tratando el factor de riesgo clínico del miembro relacionado con la elegibilidad para HRSN.*	
Nombre del proveedor:	Clínica del proveedor:
Número de teléfono del proveedor:	

Criterios de elegibilidad

El miembro debe **cumplir con** TODOS los requisitos siguientes (marque los cuatro componentes que figuran a continuación)

Si el miembro no reúne los requisitos de elegibilidad de HRSN, considere presentar una solicitud para los fondos flexibles de HRS:
https://yamhillcco.org/wp-content/uploads/YCCO-Flex-Funds-Request-1.pdf

☐ 1. Estar inscrito en OHP Plus (códigos MMIS: BMD, BMH, BMM y CWX)

Y

☐2. Módulo de encuesta sobre seguridad alimentaria de los hogares de los EE. UU.:
https://www.ers.usda.gov/sites/default/files/_laserfiche/DataFiles/50764/short2024.pdf
Puntuación del formulario abreviado de seis preguntas_____. Debe indicar una seguridad alimentaria baja o muy baja.

Y

☐3. Cumplir con al menos una de las Poblaciones cubiertas por HRSN (marque la casilla que figura a continuación):

- ☐ Adultos y jóvenes dados de alta de una institución de atención de salud conductual elegible para HRSN en los últimos 12 meses
- ☐ Adultos y jóvenes liberados de encarcelamiento en los últimos 12 meses
- ☐ Adultos y jóvenes que participan o participaron en el Sistema de Bienestar Infantil de Oregón
- ☐ Personas que pasaron o pasarán de tener solo Medicaid a tener Medicaid y Medicare en los próximos 3 meses o durante los pasados 9 meses
- ☐Adultos y jóvenes sin hogar o en riesgo de quedarse sin vivienda (con ingresos por debajo de los “Límites

de ingresos extremadamente bajos" del condado: https://www.huduser.gov/portal/datasets/il.html)

☐ Adultos jóvenes (de 19 a 21 años) que reciban beneficios por Necesidades Especiales de Atención (YSCHN)

Y (la lista continúa en la siguiente página)

☐4. Cumplir con al menos uno de los factores de riesgo clínico específicos de la nutrición (marque la casilla que figura a continuación, la lista continúa en la siguiente página):

☐ Necesidades complejas de salud ☐conductual. >Adulto de 65 años con un factor de riesgo adicional

☐Necesidades por discapacidad del desarrollo ☐Niño menor de 6 años con un factor de riesgo adicional

☐Necesidades de salud física complejas. Uso ☐reiterado del departamento de emergencias y atención por situaciones de crisis

☐Necesidad de asistencia con las actividades de la vida diaria o elegible para LTSS. Embarazo ☐ o posparto.

☐Experiencia de violencia interpersonal durante el último año ☐. Adulto joven con necesidades especiales de atención

Encuentre más detalles sobre las afecciones clínicas aquí: https://secure.sos.state.or.us/oard/viewAttachment.action?ruleVrsnRsn=335561

Tipo de solicitud

Los miembros podrán recibir solo MTM, frutas y verduras, O abastecimiento de su alacena a la vez. Marque una opción.

☐**Comidas médicamente específicas (MTM) (hasta 6 meses)**

Fecha de realización de la evaluación de MTM

_____

☐Se adjunta la evaluación de MTM*

☐Plan de atención nutricional completo y adjunto

** La documentación obligatoria debe adjuntarse, o de lo contrario, se devolverá la solicitud de autorización previa (PA)*

Los proveedores podrán consultar estas pautas para la evaluación y los componentes del plan de atención nutricional: https://www.eatrightpro.org/practice/nutrition-care-process/ncp-overview/nutrition-intervention

☐ **Beneficio de frutas y verduras**

☐ **Beneficio de abastecimiento de su alacena**

*Para el abastecimiento de su alacena, el miembro **debe** cumplir con lo siguiente:*

☐ Ser menor de 21 años

☐ Estar recibiendo beneficios de YSCHN

☐ Estar embarazada

☐**Educación sobre la** *nutrición (disponible con todos los beneficios)*

☐El miembro no califica para recibir terapia médica nutricional (MNT) a través de OHP

☐ El miembro rechaza los servicios de educación nutricional

OPCIONAL

Enumere sus alergias o restricciones: _____

Marque los tipos de comida que necesita:

☐ Baja en carbohidratos
☐ Baja en azúcar
☐ Baja en sodio
☐ Baja en colesterol
☐ Sin gluten
☐ Vegetariana
☐ Comidas en puré o blandas

Notas adicionales: _____

_____

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

Declaraciones del miembro

El miembro brindó su consentimiento para lo siguiente:

☐ Recibir los servicios aprobados de HRSN.

☐Que el personal de YCCO lo contactepor teléfono, correo electrónico y mensajes de texto*

☐ Permitir que esta solicitud se comparta con los proveedores de HRSN a fin de coordinar la atención

☐Que el proveedor del servicio y los contratistas o vendedores relacionados lo contacten por teléfono, correo electrónico y mensajes de texto

☐ Aceptar el uso de tecnología de la información para compartir datos personales

☐El miembro declara lo siguiente:

- Deseo que mi CCO vea si califico para recibir apoyo con la nutrición.
- Mi CCO podrá comunicarse conmigo para obtener más información sobre esta solicitud.
- No estoy recibiendo servicios duplicados a través de ningún otro programa.
- Firmo bajo pena de perjurio. Esto significa que, según mi leal saber y entender, toda la información que proporcioné en esta solicitud es verdadera, correcta y completa.
- Si proporciono información falsa o incorrecta, podré estar sujeto a penas bajo la ley estatal o federal. Esto podrá incluir tener que devolver el dinero gastado en cualquier servicio que yo reciba a raíz de esta solicitud.

Firma del miembro (podrá ser digital o el proveedor podrá documentar el consentimiento verbal del miembro):
Comentarios adicionales (opcional):

AVISO IMPORTANTE: Este mensaje está destinado al uso de la persona o entidad a la que va dirigido y podrá contener información privilegiada, confidencial y exenta de divulgación en virtud de las leyes pertinentes. Si el lector de este mensaje no es el destinatario previsto, ni el empleado o agente responsable de entregarlo al destinatario previsto, por la presente se le notifica que queda ESTRICTAMENTE PROHIBIDA cualquier difusión, distribución o copia de esta información. Si recibió este mensaje por error, notifíquenos inmediatamente y destruya el mensaje en cuestión.