

**Solicitud para la Autorización Previa de Necesidades Sociales Relacionados con la Salud (HRSN)**  
**- Vivienda-**

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

**\*\*Se requieren las notas del expediente/Documentación Clínica Relevante, Comprobante de ingresos (de los dos últimos meses), y el acuerdo de Alquiler. Si lo está enviando para una Modificación/Remediación en el hogar, incluya el formulario de Alcance del trabajo\*\***

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

**SOLICITUD EXPEDITADA:**  **Revise aquí para una solicitud de evicción inminente. Incluya una copia del aviso de evicción.**

**Información del miembro**

Apellido	Nombre:
Número de identificación de su 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**

***(Proveedor actual que gerencia los factores de riesgo clínicos del miembro relacionados con HRSN)***

Proveedor de atención:	Teléfono del proveedor de atención:
Nº de TIN:	Nº de NPI:

**Solicitud de beneficios: alquiler/servicios públicos/inquilinos**

<input type="checkbox"/> <b>Alquiler (Max. De 6 meses)/servicios para inquilinos</b> Nombre del casero: _____ Teléfono del casero: _____ Cantidad por mes: _____ Tamaño del hogar (nº de habitaciones): _____	<input type="checkbox"/> <b>Marque si hay alquiler pendiente</b> Indique los meses que se deben/pendientes: <input type="checkbox"/> Enero <input type="checkbox"/> Febrero <input type="checkbox"/> Marzo <input type="checkbox"/> Abril <input type="checkbox"/> Mayo <input type="checkbox"/> Junio <input type="checkbox"/> Julio <input type="checkbox"/> Agosto <input type="checkbox"/> Septiembre <input type="checkbox"/> Octubre <input type="checkbox"/> Noviembre <input type="checkbox"/> Diciembre
	<input type="checkbox"/> <b>Servicios públicos (Max. De 6 meses)</b> <input type="checkbox"/> <b>Conexión con los servicios públicos</b> Marque aquí si tiene servicios públicos pendientes Indique los meses que se deben/pendientes: <input type="checkbox"/> Enero <input type="checkbox"/> Febrero <input type="checkbox"/> Marzo <input type="checkbox"/> Abril <input type="checkbox"/> Mayo <input type="checkbox"/> Junio <input type="checkbox"/> Julio <input type="checkbox"/> Agosto <input type="checkbox"/> Septiembre <input type="checkbox"/> Octubre <input type="checkbox"/> Noviembre <input type="checkbox"/> Diciembre
<input type="checkbox"/> <b>Tarifas por almacenamiento</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Servicios para los inquilinos (aparte)</b>	

**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/YCCO-Flex-Funds-Request-1.pdf>

- Estar registrado en OHP bajo la categoría de CCOA o CCOB Y
- Estar por debajo del 30% de los ingresos medios familiares. Ingreso familiar: \_\_\_\_ Tamaño de la familia: Ingreso familiar anual \$ \_\_\_\_\_

- Y -

Tener vivienda en este momento - Y -

No tener suficientes recursos o redes de apoyo para evitar quedarse sin hogar - 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.

#### Beneficio solicitado: modificación/remediación en el hogar

<input type="checkbox"/> <b>Modificación en el hogar médicamente necesaria</b>	<input type="checkbox"/> Formulario del alcance del trabajo adjunto
<input type="checkbox"/> <b>Remediación en el hogar médicamente necesaria</b>	<input type="checkbox"/> Formulario del alcance del trabajo adjunto
<input type="checkbox"/> <b>Estancia en hotel/motel</b> (solamente disponible para aquellos que cumplen con la definición de estar a riesgo de quedarse sin hogar Y Requieren una estancia en hotel/motel mientras se está llevando a cabo el trabajo en su hogar.)	

#### 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 liberados de una institución de enfermedad mental (IMD) en los últimos 12 meses.
- Adultos o jóvenes liberados de encarcelación en los últimos 12 meses.
- Individuos en transición a un estatus dual con Medicaid/Medicare.
- Individuos que cumplen actualmente con la definición de HUD de vivir sin hogar o estar en riesgo de quedarse sin hogar.
- Estar envueltos en bienestar infantil, incluyendo miembros que han estado envueltos previamente con bienestar infantil.
- Adultos jóvenes con necesidades de atención médica especiales (edades entre 19 y 20).

- 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 evitar la condición médica 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 y texto.
- Que el proveedor del servicio de vivienda se ponga en contacto con él por teléfono, así como los contratistas o vendedores relacionados.
- Que Housing Care Management se ponga en contacto con él (servicios para inquilinos) (opcional).

**Expeditado**- Definido como que la vida, la salud o la capacidad del miembro de recuperar la máxima función está en serio peligro si la determinación no se lleva a cabo en el plazo de tiempo estándar.

**La solicitud debe incluir la documentación de apoyo para sustanciar una revisión expeditada.**

**Se requiere una explicación:**

**Comentarios adicionales (opcional):**

**Información adicional:**

<b>Código</b>	<b>Modificadores</b>	<b>Artículo/servicio solicitado</b>

**AVISO IMPORTANTE:** Este mensaje está diseñado para el uso de la persona o entidad a quien se dirige y podría contener información privilegiada, confidencial y exenta de divulgación bajo las leyes aplicables Si el lector de este mensaje no es la persona a quien se dirigía, el empleado o agente responsable de entregarlo al recipiente original, queda notificado por la presente que cualquier diseminación, distribución o copia de esta información está **ESTRICTAMENTE PROHIBIDA**. Si ha recibido este mensaje por error, por favor, notifíquenos inmediatamente y destruya el mensaje relacionado.