

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.

Marque aquí si el miembro tiene aviso de desalojo y fecha de comparecencia ante el tribunal.

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"/> Alquiler (Max. De 6 meses)/servicios para inquilinos Nombre del casero: _____ Teléfono del casero: _____ 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"/> 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"/> Servicios públicos (Max. De 6 meses)
	<input type="checkbox"/> Conexión con los servicios públicos
	<input type="checkbox"/> Tarifas por almacenamiento
<input type="checkbox"/> Servicios para los inquilinos (aparte)	<input type="checkbox"/> 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

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. Tamaño de la familia ____/Ingreso familiar anual \$_____



Incluya ingresos adicionales de ingresos subsidiados, tales como:

Beneficio por desempleo \$ _____ Otro \$ _____ ¿ El miembro cuenta actualmente con un Vale de Elección de Vivienda de la Sección 8? En caso afirmativo, ¿cuándo comenzó a recibir el beneficio? _____

Puede encontrar orientación sobre las fuentes de ingresos incluidas en los servicios de HRSN aquí:

<https://www.oregon.gov/oha/HSD/OHP/Tools/HRSN-Housing-Eligibility-ES.pdf>

- 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"/> Modificación en el hogar médicamente necesaria	<input type="checkbox"/> Formulario del alcance del trabajo adjunto
<input type="checkbox"/> Remediación en el hogar médica mente necesaria	<input type="checkbox"/> 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 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>

<input type="checkbox"/> Estar registrado en OHP bajo la categoría de CCOA o CCOB Y Estar dentro de <u>AL MENOS UNA</u> de las poblaciones cubiertas por HRSN
<input type="checkbox"/> Adultos o jóvenes liberados de una institución de enfermedad mental (IMD) en los últimos 12 meses.
<input type="checkbox"/> Adultos o jóvenes liberados de encarcelación en los últimos 12 meses.
<input type="checkbox"/> Individuos en transición a un estatus dual con Medicaid/Medicare.
<input type="checkbox"/> Individuos que cumplen actualmente con la definición de HUD de vivir sin hogar o estar en riesgo de quedarse sin hogar.
<input type="checkbox"/> Estar envueltos en bienestar infantil, incluyendo miembros que han estado envueltos previamente con bienestar infantil.
<input type="checkbox"/> 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).
- Acepta el uso de métodos de tecnología de la información para compartir datos personales.

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:

Código	Modificadores	Artículo/servicio solicitado

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 ESTRICAMENTE PROHIBIDA. Si ha recibido este mensaje por error, por favor, notifíquenos inmediatamente y destruya el mensaje relacionado.