

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	
<i>(Proveedor actual que gerencia los factores de riesgo clínicos del miembro relacionados con HRSN)</i>	
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"/> 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"/> 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/YCCO-Flex-Funds-Request-1.pdf
<input type="checkbox"/> Estar registrado en OHP bajo la categoría de CCOA o CCOB Y <input type="checkbox"/> 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 médicamente 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>

☐ 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).
- ☐ Acepta el uso de métodos de tecnología de la información para compartir datos personales.

Expedido- 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 ESTRUCTAMENTE PROHIBIDA. Si ha recibido este mensaje por error, por favor, notifiquenos inmediatamente y destruya el mensaje relacionado.