

Solicitud de autorización previa para necesidades sociales relacionadas con la salud (HRSN) - Vivienda

****Notas de historial requeridas****

Por favor, envíe un fax al 503.850.9398 | Preguntas llame al 855-722-8205

En la solicitud acelerada debe rellenarse la sección requerida

Marque aquí la solicitud de desalojo inminente

Información del miembro

Apellido:	Nombre:
Número de identificación del seguro:	Fecha de nacimiento:
Dirección:	**Requerido** Condado: <input type="checkbox"/> Polk <input type="checkbox"/> Washington <input type="checkbox"/> Yamhill
Idioma preferido (opcional):	Pronombres (opcionales):

****REQUERIDO**** Información de contacto

Nombre:	Teléfono:	Fax:
---------	-----------	------

Médico de Atención Primaria (MAP):

Proveedor solicitante:	TIN#:
Dirección:	NPI#:

Criterios de admisibilidad El miembro debe **cumplir TODOS** los requisitos siguientes.

Si el miembro no cumple los requisitos de la HRSN, considere la posibilidad de solicitar los fondos flexibles de la HRS:

<https://yamhillcco.org/wp-content/uploads/YCCO-Flex-Funds-Request-1.pdf>

- Estar inscrito en el OHP en la categoría CCOA o CCOB Y
- Verificación de ingresos - Por debajo del 30% de la renta familiar media: Tamaño de la familia ____ / Renta familiar anual \$ _____ Y
- Estar actualmente alojado y en AL MENOS UNA (1) población cubierta por HRSN en riesgo de quedarse sin hogar Y
 - Se ha mudado dos (2) o más veces en los últimos 60 días por motivos económicos.
 - Fue notificado por escrito de que el derecho a ocupar la vivienda actual o la situación de vida finalizará en un plazo de 21 días.
 - Vive en un apartamento de una sola habitación o en un estudio o vive en una unidad de vivienda más grande – Solo una habitación - reside con más de dos (2) personas O unidad de vivienda más grande - reside con más de 1,5 personas por habitación.
- Cumplir AL MENOS UNO (1) de los Factores de Riesgo Clínicos Específicos de la Vivienda

<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Necesidades complejas de salud conductual <input type="checkbox"/> Necesidades de discapacidad del desarrollo <input type="checkbox"/> Necesidades complejas de salud física <input type="checkbox"/> Necesidades de ayuda con las AVD o derecho a LTSS <input type="checkbox"/> Experiencia de violencia interpersonal 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Adulto de 65 años o más <input type="checkbox"/> Niño menor de 6 años <input type="checkbox"/> Uso repetido de los servicios de urgencias y encuentros en crisis <input type="checkbox"/> Embarazada/Posparto <input type="checkbox"/> Adulto joven con necesidades especiales de la salud
--	---

Tipo de necesidades: (marque las casillas correspondientes)

Servicios de Vivienda:

Alquiler (Máximo de seis (6) meses)

○ Nombre del propietario _____

○ Número de contacto del propietario _____

○ Importe mensual \$ _____

Servicios públicos (atrasos y establecimiento) (Máximo de seis (6) meses)

Modificaciones del hogar médicamente necesarias

Reparaciones del hogar médicamente necesarias

Honorarios de almacenamiento

Honorarios de Hotel/Motel

Servicios de alquiler

Declaraciones del miembro (debe completarse en su totalidad)

El miembro ha declarado que no recibe servicios duplicados a través de otros programas O el servicio existente no satisface plenamente las necesidades del miembro.

El miembro ha dado su consentimiento para:

- Recibir los servicios HRSN aprobados
- Ser contactado por teléfono y texto por el personal de YCCO.
- Ser contactado telefónicamente por el Proveedor de Servicios de Vivienda y contratistas o proveedores relacionados.
- Ser contactado para la Gestión del Cuidado de la Vivienda (Servicios de Arrendamiento) (opcional)

Acelerado (Expedited)- se define como la vida, la salud, o la capacidad del miembro para recuperar el máximo de sus funciones está en grave peligro si no se toma una decisión en el plazo establecido. **La solicitud debe incluir documentación de apoyo para justificar una revisión acelerada.**

Explicación requerida:

Comentarios adicionales (opcionales):

Información adicional:

Código	Modificadores	Artículo/servicio solicitado:

AVISO IMPORTANTE: Este mensaje está destinado a la persona o entidad a la que va dirigido y puede contener información privilegiada, confidencial y exenta de divulgación en virtud de la legislación aplicable. Si el lector de este mensaje no es el destinatario previsto, o el empleado o agente responsable de entregarlo al destinatario previsto, por la presente se le notifica que cualquier difusión, distribución o copia de esta información está **ESTRICTAMENTE PROHIBIDA**. Si ha recibido este mensaje por error, avisenos inmediatamente y destruya el mensaje relacionado.