

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/Postparto <input type="checkbox"/> Adulto joven con necesidades sanitarias especiales
--	---

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

Tasas de almacenamiento

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.