

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

**\*\*Se requiere registro del expediente medico\*\***

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:
Numero de indentificación del Seguro medico:	Fecha de nacimiento:
Dirección:	<b>**Requerido**</b> Condado: <input type="checkbox"/> Polk <input type="checkbox"/> Washington <input type="checkbox"/> Yamhill
Teléfono:	Correo electrónico:
Idioma preferido (opcional):	Pronombres (opcionales):

### **\*\*REQUERIDO\*\* Solicitar información del proveedor**

Proveedor/Organización/Miembro solicitante:	Correo electrónico:
Dirección:	Teléfono: <span style="float: right;">Fax:</span>

Médico de Atención Primaria (MAP):	TIN#:
Número de teléfono del MAP:	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 considere la posibilidad de solicitar los fondos flexibles de 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 – Estar por debajo del 30% del ingreso familiar mediano: Tamaño de la familia\_\_\_/ Ingreso 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/un estudio O vive en una unidad de vivienda más grande, con este tamaño de hogar: Solo una habitación que reside con más de dos (2) personas; unidad de vivienda más grande que 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"> <li><input type="checkbox"/> Necesidades complejas de salud conductual</li> <li><input type="checkbox"/> Necesidades de discapacidad del desarrollo</li> <li><input type="checkbox"/> Necesidades complejas de salud física</li> <li><input type="checkbox"/> Necesidades de ayuda con las AVD o derecho a LTSS</li> <li><input type="checkbox"/> Experiencia de violencia interpersonal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Adulto de 65 años o más</li> <li><input type="checkbox"/> Niño menor de 6 años</li> <li><input type="checkbox"/> Uso repetido de los servicios de urgencias y encuentros en crisis</li> <li><input type="checkbox"/> Embarazada/Posparto</li> <li><input type="checkbox"/> Adulto joven con necesidades especiales de la salud</li> </ul>
--	---

Tipo de necesidades: (marque las casillas correspondientes)

**Servicios de Vivienda:**

- Alquiler (Máx. de seis (6) meses)/ Servicio de alquiler
  - Nombre del propietario \_\_\_\_\_
  - Número de contacto del propietario \_\_\_\_\_
  - Importe mensual \$ \_\_\_\_\_
  - Tamaño de su hogar (número de recámaras) \_\_\_\_\_

- 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.