

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

Al presentar esta solicitud, deberá incluir documentación clínica pertinente, comprobante de ingresos (de los últimos dos meses), y contrato de arrendamiento. Si se presenta para Modificación/Remediación de la Vivienda, incluya el formulario de Alcance del Trabajo.

En la solicitud acelerada debe rellenarse la sección requerida

Marque aquí la solicitud de desalojo inminente

Información del miembro

Apellido:	Nombre:
Numero de indentificacion del Seguro medico:	Fecha de nacimiento:
Dirección:	**Requerido** 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: Fax:
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"> <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 (Máx. de seis (6) meses)/ Servicio de alquiler
(fecha anterior a los atrasos más antiguos adeudados):
Alquilar: _____/ Utilidades: _____

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) _____

- Modificaciones del hogar médicamente necesarias
- Reparaciones del hogar médicamente necesarias
- Honorarios de almacenamiento
- Honorarios de Hotel/Motel
- Servicios de alquiler
- Servicios públicos (atrasos y establecimiento)(Máx. de seis (6) meses)

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, avísenos inmediatamente y destruya el mensaje relacionado.