

Formulario de solicitud de dispositivos climáticos de la EOCCO



eoocco
EASTERN OREGON
COORDINATED CARE
ORGANIZATION

Es posible que, mediante la ayuda del Plan de Salud de Oregón (OHP), pueda conseguir un calefactor, un aire acondicionado, un filtro de aire, un refrigerador pequeño o una fuente de alimentación para controlar ciertas afecciones médicas durante condiciones climáticas extremas.

Complete el formulario y envíelo a EOCCOHRSNdevicerequest@modahealth.com por correo electrónico para determinar si puede obtener estos dispositivos.

Si no completa todos los campos obligatorios, no podremos procesar su solicitud.

Sección 1: Información sobre la organización solicitante (si corresponde)

Si es usted una organización que ayuda a los miembros a presentar este formulario, incluya los datos que figuran a continuación. Si usted completa el formulario como miembro, pase a la sección 2.

Su función*

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Organización comunitaria (CBO) | <input type="checkbox"/> Proveedor o proveedor de atención primaria (PCP) |
| <input type="checkbox"/> Trabajador de salud comunitario (CHW) o trabajador de la salud tradicional (THW) | <input type="checkbox"/> Padre, madre o tutor |
| <input type="checkbox"/> Personal de la EOCCO | <input type="checkbox"/> Otro <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Representante del miembro | |

Nombre de la persona que presenta el formulario*

Nombre de la organización*

Dirección de la organización solicitante*

Número de teléfono del solicitante*

Dirección de correo electrónico del solicitante*

Sección 2: Datos del miembro

N.º de identificación de Medicaid del OHP o la EOCCO*

Nombre en la tarjeta de identificación de Medicaid del OHP o la EOCCO*

Nombre preferido

Fecha de nacimiento del miembro*

Plan de salud del miembro (si lo sabe)

OHSU Health Services

OHP

Otro

Pronombres

Ella

Él

Elle

Otro

Idioma que prefiere hablar*

La mejor forma de comunicarse conmigo es:*

Por teléfono

Por correo electrónico

Por correo postal

El mejor momento del día para comunicarse conmigo es:*

Mañana

Tarde

Noche

Dirección de correo electrónico del miembro*

Número de teléfono del miembro*

Preferencia sobre mensajes o mensajes de voz*

¿Podemos dejar un mensaje detallado?

Sí. No.

Acuerdo para ponerse en contacto*

Acepto que la EOCCO se ponga en contacto conmigo para obtener más información sobre esta solicitud.

Sí. No.

Sección 3: Autorización para compartir datos *

Los servicios de necesidades sociales relacionadas con la salud (HRSN) son artículos y recursos que están cubiertos sin costo por el programa Medicaid de Oregón, el Plan de Salud de Oregón (OHP). Los servicios de HRSN pueden incluir, entre otros, fuentes de alimentación portátiles o refrigeradores pequeños para mantener la temperatura de medicamentos, comidas para los que siguen una dieta especial por enfermedad o ayuda para la vivienda. Las organizaciones que le prestan servicios de HRSN se conocen como "Proveedores de servicios de HRSN".

El objetivo de este formulario es permitirle autorizar que se comparta su información de salud y otra información confidencial para los fines que se describen a continuación.

Con su firma, solo autoriza a determinadas organizaciones y personas a compartir su información, y solo la cantidad mínima necesaria. Por ejemplo, si tiene diabetes y necesita comidas adaptadas por razones médicas, al firmar este formulario, usted autoriza que su información de salud se comparta para asegurarse de recibir comidas que satisfagan sus necesidades alimentarias especiales. La firma de este formulario no autoriza la comunicación de sus datos a las autoridades policiales o de inmigración. La firma de este documento no significa que usted acepte pagar ningún beneficio de HRSN.

Parte 1. Propósitos de compartir información. Al firmar, usted autoriza que se comparta su información de salud y otra información confidencial con estos fines:

1.24.24

(a) Determinar si reúne los requisitos para recibir servicios de HRSN, remitirlo a ellos, proporcionárselos o ayudarlo a acceder a ellos.

(b) Identificar, apoyar, coordinar, mejorar y pagar los servicios de HRSN que se le presten.

Parte 2. Información que usted autoriza a compartir. Con su firma, usted autoriza que los siguientes tipos de información de salud y otra información sobre usted se compartan según sea necesario para los fines descritos en la parte 1.

- (a) Información demográfica, como su nombre, edad, fecha de nacimiento, dirección, información de contacto, necesidades de accesibilidad, idioma preferido, necesidades de interpretación y otra información que pueda ayudar a conectarlo con un proveedor de servicios de HRSN culturalmente específico.
- (b) Cierta información de salud protegida (PHI), como información sobre su elegibilidad o inscripción en Medicaid y, solo cuando sea necesario, su historia clínica, los resultados de análisis de laboratorio, el uso de medicamentos, afecciones y tratamientos.
- (c) Información específica de HRSN, incluyendo sus criterios de elegibilidad para servicios de HRSN, factores de riesgo clínicos y sociales, servicios de HRSN autorizados y proveedores de servicios de HRSN.
- (d) Información de salud mental, como diagnósticos y tratamientos solo cuando sea necesario. Esto no incluye notas de psicoterapia, que solo se compartirán si usted da su consentimiento.
- (e) Información sobre trastornos por abuso de sustancias, solo según sea necesario para sus servicios de HRSN. Esto puede incluir su consumo actual y pasado de alcohol o drogas, diagnósticos, medicamentos, tratamiento, historial de traumas o altas de centros. Nota: Solo si usted marca la casilla al final de este formulario, se podrá incluir información sobre su trastorno por uso de sustancias, proveniente de un proveedor de servicios para trastornos por uso de sustancias o alcohol, sujeta a las regulaciones federales de confidencialidad para el uso de sustancias (42 C.F.R. Parte 2).

1.24.24

(f) Información sobre vivienda o la falta de ella, incluida su situación, historial y asistencia en relación con la vivienda.

Parte 3. Fuentes y destinatarios de su información. Al firmar, usted acepta el intercambio de su información de salud y otra información confidencial con personas y entidades, y entre ellas, de las cuales ha recibido, recibe actualmente o pueda recibir servicios de salud, de HRSN o de coordinación de cuidados (aliados en la atención de salud). Estos aliados pueden ser los siguientes:

- (a) Proveedores de atención de salud, como hospitales, clínicas, médicos, farmacias, dentistas y proveedores de salud conductual.
- (b) La Autoridad de Salud de Oregón (OHA).
- (c) El contratista externo de la OHA que administra los beneficios de tarifa por servicio del OHP y puede pagar los servicios que usted recibe.
- (d) Los proveedores y distribuidores de servicios de HRSN, que pueden entregarle u ofrecerle artículos, como unidades de aire acondicionado, conforme al beneficio de HRSN. En el Anexo A, se encuentra una lista de dichos proveedores de servicios de HRSN.

Sus aliados en la atención de salud y sus contratistas se comprometen a cumplir todas las leyes vigentes que protegen su información.

Parte 4. Expiración, revocación o modificación de este formulario. Una vez firmado, este formulario entrará en vigor hasta que se produzca una de las siguientes situaciones, lo que ocurra primero:

- (a) Transcurren doce (12) meses a partir de la fecha de su firma en este formulario.
- (b) Usted revoca el presente formulario.
- (c) Usted realiza cualquier cambio en este formulario, y el nuevo formulario entra en vigor.

Parte 5. Sus derechos. Cuando suscribe, confirma que entiende lo siguiente:

1.24.24

- (a) Usted puede revocar o cambiar este formulario en cualquier momento. Debe presentar una petición por escrito al contratista de OHA a esta dirección: [Open Card at ORCM@kepro.com].
- (b) Los datos compartidos antes de que usted revoque este formulario no pueden ser recuperados o borrados.
- (c) Usted puede negarse a firmar este formulario y hacerlo no afectará sus beneficios, tratamiento o cuidado, su elegibilidad o autorización para servicios de HRSN, o pago de servicios autorizados de HRSN, pero puede afectar la capacidad de OHA de remitirlo a proveedores de servicio de HRSN para que usted reciba dichos servicios.
- (d) Usted tiene el derecho a recibir una copia de este formulario.
- (e) La información que usted autoriza para su divulgación podría ser compartida por los aliados en la atención de salud con otras personas o entidades, pero solo de conformidad con este formulario y la ley aplicable.
- (f) Usted puede obtener una lista de sus aliados en la atención de salud con los cuales su información ha sido compartida. Comuníquese con [Open Card en ORCM@kepro.com].

* * * * *

Al marcar la casilla a continuación, estoy firmando este formulario, autorizo a mis aliados en la atención de salud a utilizar y compartir mi información médica y otra información confidencial para los fines descritos en la Parte 1 antes mencionada.

Si voluntariamente incluyo mi número de teléfono en la lista anterior, doy mi consentimiento para recibir mensajes de texto o llamadas de mis aliados en la atención de salud para comunicarme mis opciones de consentimiento y cómo se puede compartir mi información (se pueden aplicar tarifas estándar de mensajes y datos).

Al marcar la casilla más abajo, autorizo también la divulgación de información sobre mí relacionada con trastornos por abuso de sustancias que proceda de proveedores sujetos a las normas federales sobre confidencialidad en materia de abuso de sustancias (42 C.F.R. Parte 2).

Marcar la casilla más abajo sirve como firma.*

Autorizo o estoy de acuerdo con la sección anterior.

Rechazo la autorización o no estoy de acuerdo con la sección anterior.

Nombre del miembro*

Esto servirá de firma.

Sección 4: Información relativa a la elegibilidad

Su plan de salud tendrá que conocer las respuestas a estas preguntas para determinar si puede obtener un dispositivo. El equipo de coordinación de cuidados de su plan de salud se pondrá en contacto con usted para tratar estas cuestiones.

Elegibilidad*

Para poder obtener un dispositivo climático, debe pertenecer al menos a uno de los grupos de elegibilidad que se indican a continuación (marque todas las opciones que correspondan):

En los próximos 3 meses tendré derecho a tener Medicare además del OHP.

Me inscribí en Medicare además del OHP por primera vez hace no más de 9 meses.

Es posible que me quede sin hogar en breve, podría perder mi vivienda, gasto al menos el 50 % de mis ingresos en alquiler, vivo en un vehículo de uso recreativo (caravana, remolque), no tengo hogar, no tengo un lugar habitual donde dormir, me alojo en casa de otra persona.

Recibí atención en el Hospital estatal de Oregón, un tratamiento residencial a gran escala para trastornos por abuso de sustancias o en un programa de control de la abstinencia en los últimos 12 meses.

He salido de una cárcel, centro de detención, centro de la Correccional Juvenil de Oregón o prisión en los últimos 12 meses.

En algún momento de mi vida tuve que recurrir a los Servicios de Bienestar Infantil de Oregón. He estado en un hogar de acogida o de cuidado sustitutivo, he recibido ayuda para la adopción o tutela o servicios de preservación de la familia, o he estado ante un tribunal en relación con el bienestar infantil.

Ninguna de las anteriores.

Enfermedades*

Para obtener un dispositivo climático, debe cumplir con al menos una de estas características que se enumeran a continuación (marque todo lo que corresponda):

- Tengo menos de 6 años.
- Tengo 65 años o más.
- Estoy embarazada.
- Tengo una discapacidad sensorial, física, intelectual o del desarrollo.
- Tomo medicamentos que tienen que estar refrigerados.
- Utilizo equipos médicos que necesitan electricidad para funcionar.
- Tengo diabetes.
- Tengo una enfermedad cardíaca crónica, como insuficiencia cardíaca, o he sufrido un infarto.
- Tengo una enfermedad crónica que me pone en riesgo de sufrir coágulos sanguíneos o un derrame cerebral.
- Tengo afecciones pulmonares crónicas que me obligan a tomar medicamentos regularmente para tratarlas, como enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), asma, fibrosis, bronquitis crónica, bronquiectasia o una enfermedad pulmonar restrictiva.
- Uso oxígeno en casa.
- Tengo una enfermedad renal crónica.
- Tengo esclerosis múltiple.
- Tengo enfermedad de Parkinson.
- He sufrido una lesión en la médula espinal.
- Recibo cuidados paliativos en mi hogar.
- Tuve una enfermedad relacionada con el calor en el pasado.
- Tengo esquizofrenia.
- Tengo trastorno bipolar.
- Tengo un trastorno depresivo mayor y he tenido que recibir servicios de crisis, hospitalización o tratamiento residencial en los últimos 12 meses.

- Tengo un trastorno por consumo de alcohol o sustancias.
 - Tengo un trastorno neurocognitivo mayor que afecta mi desempeño, como la demencia por enfermedad de Alzheimer o una lesión cerebral traumática.
 - Me alimento por sonda (enteral) o catéter intravenoso (parental).
 - Tengo otro problema de salud que no está en la lista pero que podría reunir los requisitos.
 - Ninguna de las anteriores.
-

Sección 5: Solicitud de dispositivo climático

Solicito:*

- Un aire acondicionado.
- Un calefactor portátil.
- Un dispositivo de filtración de aire.
- Un refrigerador pequeño para medicamentos.
- Una fuente de alimentación portátil para mi equipo médico durante un corte de energía.

Uso seguro del dispositivo*

Puedo usar el dispositivo de manera segura donde vivo. Puedo conectar el dispositivo de forma segura y legal a la energía eléctrica.

- Sí. No.

Otras organizaciones y programas*

Otra organización o programa ya me ha entregado el dispositivo o los dispositivos que solicito.

- Sí. No.

Sección 6: Información sobre la dirección de entrega

Esta es la dirección de correo postal en la que se entregará el dispositivo.

TENGA EN CUENTA QUE LOS DISPOSITIVOS NO PUEDEN ENVIARSE A APARTADOS POSTALES.

Dirección*

Tenga en cuenta que los dispositivos no pueden enviarse a apartados postales.

Línea 2 de la dirección (si corresponde)

Incluya el número de apartamento o unidad si es pertinente.

Ciudad*

Estado*

Código Postal*

¿Es la dirección de entrega del dispositivo la misma a la que debe enviarse la carta de decisión?*

Sí. No.

Complete el cuadro de dirección que figura a continuación si desea que la carta de decisión se envíe a un lugar DIFERENTE de la dirección de envío indicada anteriormente.

Dirección de correo postal (si corresponde)*

Sección 7: Certificación

Firmo esta solicitud de determinación de elegibilidad y autorización de servicios de necesidades sociales relacionadas con la salud del Plan de Salud de Oregón bajo pena de perjurio. Esto significa que, a mi leal saber y entender, toda la información que he facilitado en esta solicitud es verdadera, correcta y completa. Sé que, en virtud de la ley estatal o federal, si intencionadamente doy información falsa o inexacta puedo quedar sujeto a sanciones o ser obligado a reembolsar el dinero gastado en la prestación de cualquier servicio que reciba a causa de esta solicitud de servicios. Un representante puede firmar este formulario en nombre del miembro, incluso si este es menor de edad.

Firma del solicitante*

Marcar la casilla más abajo sirve como firma. Acepto la declaración anterior.

Nombre del solicitante*

Puede obtener este documento en otros idiomas, en letra grande, braille o en un formato que usted prefiera. También puede solicitar los servicios de un intérprete. Esta ayuda es gratuita. Llame al 1-888-788-9821 o a la línea TTY 711. Aceptamos llamadas de retransmisión.