

Formulario de la EOCCO para solicitar asistencia con la vivienda



eoocco
EASTERN OREGON
COORDINATED CARE
ORGANIZATION

El Plan de Salud de Oregón (OHP) puede ayudarle con el alquiler, las facturas de servicios públicos, los cambios en su vivienda por necesidades médicas y mucho más.

Llene este formulario y envíelo por correo electrónico a EOCCOhrsrequests@modahealth.com para averiguar si puede obtener estos servicios.

Si no llena todos los campos requeridos, no podremos procesar su solicitud.

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

Si es usted una organización que ayuda al miembro 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 Organización de Atención Coordinada del Este de Oregón (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: Información 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)

EOCCO

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 sobre esta solicitud?

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, remitirle a ellos, proporcionárselos o ayudarle 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, incluidos 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 sobre salud mental, incluidos sus 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, que puede incluir su consumo actual y pasado de alcohol o drogas, diagnósticos, medicamentos, tratamiento, historial de traumas o altas de centros de tratamiento. 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, la que ocurra primero:

- (a) Transcurren doce (12) meses a partir de la fecha en que firma este formulario.
- (b) Usted revoca el presente formulario.
- (c) Usted realiza algún 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 la OHA en Open Card a esta dirección: 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, eso no afectará sus beneficios, tratamiento o atención médica, su elegibilidad o autorización para servicios de HRSN, o pago de servicios autorizados de HRSN, pero puede afectar la capacidad de la OHA para 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 divulgar 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. Para ello, 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 es lo mismo que firmar.*

- Estoy de acuerdo con la sección anterior.
- No estoy de acuerdo con la sección anterior.

Nombre del miembro*

Esto servirá de firma.

Sección 4: Información sobre la solicitud

Solicito ayuda con lo siguiente*

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Alquiler | <input type="checkbox"/> Costos de los servicios públicos | <input type="checkbox"/> Estadías en hotel o motel |
| <input type="checkbox"/> Cambios en mi vivienda por necesidades médicas | <input type="checkbox"/> Costos de almacenamiento | <input type="checkbox"/> Servicios de búsqueda de vivienda, prealquiler y alquiler |

Dirección de la vivienda*

Dirección	
Línea 2 de la dirección (si corresponde) Incluya el número de apartamento o unidad, si corresponde.	
Ciudad	Estado
Código postal	Condado

¿Adjuntó una copia de un documento firmado sobre el alcance del trabajo?

Esto es necesario para todas las solicitudes de modificación y reparación de viviendas.

- Sí. No.

Elegibilidad*

- He salido de una cárcel, centro de detención, centro de la Correccional Juvenil de Oregón o prisión en los últimos 12 meses.
- 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.
- 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.
- Soy una persona adulta joven que tiene necesidades especiales de atención médica.
- Voy a agregar Medicare a mi cobertura de Medicaid en los próximos tres meses o lo agregué en los últimos nueve meses.
- Mis ingresos son iguales o inferiores al 30 % de los ingresos medios de mi zona y no dispongo de recursos o ayudas suficientes para evitar quedarme sin hogar.

Afecciones y factores de riesgo clínico*

Para obtener el beneficio de vivienda de los servicios de HRSN, debe estar en una de estas situaciones:

- Tengo menos de 6 años.
- Tengo 65 años o más.
- Estoy embarazada.
- Tengo una necesidad conductual compleja.
- Tengo una discapacidad del desarrollo.
- Tengo una necesidad compleja en cuanto a mi salud física.
- Necesito ayuda con las actividades de la vida diaria (ADL) o actividades instrumentales de la vida diaria (IADL) o reúno los requisitos para los servicios y soporte a largo plazo (LTSS).
- He sufrido violencia interpersonal.
- He ido muchas veces a la sala de urgencias y he tenido episodios de crisis.
- Soy una persona adulta joven que tiene necesidades especiales de atención médica.
- Ninguna de las anteriores

Otras afecciones*

Si tiene menos de 6 años, ¿tiene antecedentes de alguna de las siguientes afecciones?

- Golpe de calor o agotamiento por calor
- Hipotermia, congelación o sabañón
- Desnutrición
- Deshidratación
- Golpe de calor o agotamiento por calor
- Maltrato infantil en función de lo que establecen los [Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades \(CDC\)](#)
- Una necesidad especial de atención médica en función de lo que establece la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA)
- Una enfermedad respiratoria aguda o crónica
- Una enfermedad infecciosa respiratoria o gastrointestinal, o fiebre a causa de una enfermedad infecciosa
- Bajo peso al nacer (menos de 2,500 gramos)
- Ninguna de las anteriores

Si tiene más de 65 años, ¿tiene o ha tenido alguna de las siguientes afecciones?*

- Golpe de calor o agotamiento por calor
- Hipotermia, congelación o sabañón
- Deshidratación
- Desnutrición
- Actualmente estoy tomando medicamentos que afectan la tolerancia al calor
- Abuso o abandono
- Una enfermedad mental
- Una enfermedad infecciosa respiratoria o gastrointestinal, o fiebre a causa de una enfermedad infecciosa
- Dos o más enfermedades crónicas
- Ninguna de las anteriores

Si tiene dos o más enfermedades crónicas, descríbalas.*

--	--

Si está embarazada o en posparto, ¿tiene o ha tenido alguna de las siguientes afecciones?

- Golpe de calor o agotamiento por calor
- Hipotermia, congelación o sabañón
- Deshidratación o en período de lactancia
- Desnutrición
- Antecedentes de complicaciones en un embarazo, parto o nacimiento
- Abuso o violencia interpersonal
- Una enfermedad respiratoria aguda o crónica
- Hiperémesis gravídica y otras causas de deshidratación
- Embarazo de alto riesgo en función de lo que establecen los Institutos Nacionales de Salud (NIH)
- Bajo peso al nacer (menos de 2,500 gramos)
- Embarazos múltiples
- Una enfermedad mental
- Ninguna de las anteriores

Sección 5: Alquiler

Elegibilidad para los beneficios de vivienda de los servicios de HRSN*

Para obtener el beneficio de vivienda de los servicios de HRSN, debe satisfacer todos estos criterios:

- Tengo vivienda y tengo un contrato de alquiler/acuerdo escrito con el propietario.
- Necesito ayuda para mantener mi vivienda actual.
- Mis ingresos son iguales o inferiores al 30 % de los ingresos medios de mi zona, y no dispongo de recursos o ayudas suficientes para evitar quedarme sin hogar.

Solicitudes relacionadas con el alquiler: se necesita más información*

Si necesita ayuda para pagar el alquiler, cuéntenos más sobre su vivienda:

- 0 a 1 habitaciones 2 habitaciones 3 o más habitaciones

¿Para cuántos meses de alquiler necesita ayuda?

¿Cuántas personas conforman el hogar?

¿El hogar ya recibió este beneficio anteriormente?*

¿Algún miembro del hogar ya recibió este beneficio anteriormente?

- Sí. No.

Contrato de alquiler

Se requiere un contrato de alquiler para todas las solicitudes relacionadas con el alquiler*

Debe adjuntar a este formulario una copia firmada de su contrato de alquiler, o podría tardar más en procesarse.

- Tengo una copia firmada de mi contrato de alquiler (envíe una copia con este formulario). No tengo una copia firmada de mi contrato de alquiler.

¿Está en situación de desalojo? Proporcione más detalles:

- Estoy a punto de ser desalojado. **No** estoy a punto de ser desalojado.

Si está a punto de ser desalojado, cuéntenos más sobre su situación:

- Es una orden judicial de desalojo. Acabo de recibir un aviso del propietario o administrador de mi vivienda.

¿Cuántos días tiene para desalojar?

Sección 6: Servicios públicos

Solicitudes relacionadas con servicios públicos: se necesita más información*

Si necesita ayuda con los costos de los servicios públicos, cuéntenos más sobre sus necesidades:

- Estoy demorado en el pago de los servicios públicos.
- Necesito ayuda para obtener los servicios públicos.
- Necesito ayuda para pagar mis servicios públicos actuales.
- Ninguna de las anteriores

Sección 7: Estadía en hotel o motel

Solicitudes relacionadas con la estadía en hotel o motel: se necesita más información *

Si necesita ayuda para alojarse en un hotel o motel, cuéntenos más al respecto:

- Actualmente recibo asistencia recurrente con el pago del alquiler.
- Están haciendo reparaciones o cambios en mi vivienda y no es seguro vivir ahí en este momento.
- Ninguna de las anteriores

NOTA: Para que se apruebe la estadía en un hotel o motel, necesita estar haciendo reparaciones o modificaciones en su vivienda a través del programa HRSN.

Número de días *

Díganos cuántos días se va a alojar en un hotel o motel:

Sección 8: Información adicional

¿Trabaja ya con un proveedor de servicios de HRSN? *

- Sí.
- No.
- No estoy seguro.

En caso afirmativo, ¿cuál es el nombre del proveedor de servicios de HRSN?

Otras organizaciones y programas*

¿Recibe asistencia con la vivienda de parte de alguna otra organización o programa?

- Sí.
- No. Si la respuesta es afirmativa, especifique:

Sección 9: 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 y establece que usted acepta la certificación anterior.

Nombre del solicitante*

Esto servirá de firma.

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 TTY 711.

Aceptamos llamadas de retransmisión.