



Formulario de solicitud para el beneficio de vivienda del Plan de Salud de Oregon (Oregon Health Plan, OHP)

Parte del beneficio de Necesidades sociales relacionadas con la salud (Health-Related Social Needs, HRSN)

Objetivo

Este es un formulario de solicitud para los miembros del Plan de Salud de Oregon (OHP) que pueden calificar para el beneficio de vivienda. Este beneficio puede ayudarle para mantener la vivienda. El beneficio de vivienda incluye:

- Ayuda con el pago del alquiler
- Apoyo para el arrendamiento (ayuda para conseguir recursos y servicios para inquilinos)
- Cambios en el hogar por salud y seguridad

Las preguntas en las siguientes páginas le ayudarán a saber si es elegible y el tipo de ayuda para la vivienda que podría recibir.

Si es un miembro de una Organización de Atención Coordinada (Coordinated Care Organization, CCO):

Puede solicitar este beneficio de vivienda directamente a su CCO. Consulte por el [formulario de solicitud de su CCO](#) o [comuníquese con su CCO](#). Esto puede ayudar a acelerar el proceso. Su CCO se comunicará con usted si se necesita más información y luego la CCO aprobará o rechazará los servicios.

Si tiene Tarjeta abierta:

Envíe el formulario completo a Acentra Health por correo electrónico ORHRSN@Acentra.com o por fax al 1-833-551-2607. También puede llamar al equipo de HRSN de Acentra Health al 888-834-4304.

Si no sabe si es miembro de una CCO o tiene tarjeta abierta:

- Consulte su tarjeta de ID. Debería haber recibido una tarjeta de ID de su plan de salud que tendrá su nombre y su ID de miembro en el frente.
- Llame a Servicios al cliente del OHP al 1-800-273-0557.

¿Tiene preguntas?

- Miembros de CCO: Pregunte a [your CCO](#) cómo solicitar los servicios de vivienda.
- Puede llamar a Servicios al cliente del OHP al 1-800-273-0557.
- Si está en tarjeta abierta (Acentra Health), puede llamar al 888-834-4304.

Este formulario está disponible en la [página web de HRSN](#) en varios idiomas. También puede obtener este documento en otros idiomas, en letra grande, en braille o en el formato que usted prefiera de forma gratuita. Comuníquese con Chelsea Egbert en chelsea.egbert@oha.oregon.gov o al 503-580-0295 (mensajes de voz y de texto). Aceptamos llamadas por servicio de retransmisión.

La siguiente sección es obligatoria para solicitar el beneficio de vivienda del OHP. También necesitará firmar en la [página 4](#). El resto de la información es opcional.

Sección 1: Acerca de usted

Información obligatoria*

Proporcione toda la información de esta sección.

Esta sección es obligatoria para solicitar el beneficio de vivienda del OHP. También necesitará firmar en la [página 4](#). El resto de la información es opcional.

Nombre

(según está escrito en la tarjeta de ID del Plan de Salud de Oregon)*:

Fecha de nacimiento

(mm/dd/aaaa)*:

Número de ID del Plan de Salud de Oregon

(si lo conoce)*:

La mejor forma para contactarme es:

Llamada Mensaje de texto Correo electrónico Correo postal En persona

El mejor momento para contactarme es:

Mañana Tarde Noche

Número de teléfono*: _____

Dirección de correo electrónico*: _____

Dirección postal*: _____

Ciudad*: _____ **Estado*:** _____

Código postal*: _____

Quiero/necesito (marcar todas las opciones que correspondan):

Ayuda para pagar el alquiler por hasta seis meses (incluidos los pagos atrasados y los servicios públicos)

Cambios en mi hogar por salud y seguridad. Esto incluye (marcar todas las opciones que correspondan):

Agregar barras de apoyo, rampas para sillas de ruedas o tiradores para cajones

Limpieza profunda

Exterminación de plagas

Instalación de persianas en ventanas

Apoyo para el arrendamiento (ayuda para obtener recursos y servicios que me ayudarán a mantener la vivienda)

Sección 2: Declaración de verdad

Al firmar este formulario, entiendo y acepto que:

- Quiero que Acentra Health o mi CCO averigüe si califico para los servicios que marqué más arriba.
- Acentra Health o mi CCO pueden contactarme para obtener más información acerca de esta solicitud.
- Según mi leal saber y entender, toda la información que proporcioné en esta solicitud es verdadera, correcta y completa.
- Si proporciono información que no es verdadera, puedo ser penado en virtud de la ley estatal o federal. Esto puede incluir devolver el dinero gastado en cualquier servicio que reciba gracias a esta solicitud.

Firma

Un representante puede firmar este formulario para un miembro del OHP, incluidos miembros menores de 18 años. Deje las siguientes líneas del nombre y la firma del representante en blanco si completa este formulario usted mismo.

Nombre del miembro: _____

Firma de la miembro: _____

Nombre del representante: _____

Firma del representante: _____

Fecha: _____

Sección 3: Más información acerca de usted

Información opcional

No tiene que completar la siguiente información ahora mismo.

Si lo hace:

Le ayudará a usted y su CCO o Acentra Health a saber si califica para estos servicios.

Si no lo hace:

Su CCO o Acentra Health lo contactarán para hacerle estas preguntas más tarde.

Nombre preferido: _____ Pronombres: _____

Idioma preferido que habla: _____

Idioma escrito preferido: _____

Si lo conoce, ingrese el nombre de (CCO) o ingrese "Tarjeta abierta" si tiene tarjeta abierta:

Sección 4: Descubra si califica

Las siguientes preguntas ayudan a determinar si califica para los beneficios de vivienda descritos anteriormente.

Las siguientes circunstancias pueden calificarle para beneficios de vivienda (marque todas las opciones que se apliquen a usted):

Tengo vivienda

Tengo una afección de salud que requiere que haga un arreglo en mi hogar (ver afección de salud e historial médico más abajo)

Estoy atravesando una de las siguientes situaciones de vida (marque todas las opciones que correspondan):

Salir del encarcelamiento (cárcel, detención, etc.)

Recientemente salí de un centro de recuperación de salud mental o de consumo de sustancias

En el sistema de bienestar infantil (cuidado temporal) de Oregon actualmente o en el pasado

Pasar de los beneficios exclusivos de Medicaid a calificar para Medicaid más Medicare

Tener un ingreso familiar que represente el 30 % o menos del ingreso anual promedio del lugar donde vive **y** debe carecer de recursos o apoyo para evitar quedarse sin hogar. Puede encontrar una [tabla donde se enumeran los ingresos que califican](#) en línea.

Afecciones de salud e historial médico (marcar todas las opciones que correspondan):

Tengo una afección de salud física compleja

Tengo una afección de salud conductual compleja

Tengo una discapacidad del desarrollo o intelectual

Tengo una dificultad con las actividades diarias y de autocuidado

Sufrí abuso o negligencia

Uso frecuentemente la sala de emergencia o los servicios de crisis

Estoy actualmente embarazada o di a luz en los últimos 12 meses

Tengo 65 años o más

La persona para quien completo este formulario es menor de 6 años

No estoy seguro/a

Ninguna de las anteriores

Para calificar para el beneficio de ayuda para pagar el alquiler o el beneficio de apoyo para el arrendamiento, estos son los requisitos (marcar todas las opciones que correspondan)

Tengo vivienda

Tengo apoyo para permanecer en mi vivienda actual

Tengo un contrato de alquiler o acuerdo escrito con la persona a la que le alquilo (arrendador)

Tengo un ingreso familiar que es 30 % o menos que el ingreso promedio anual del lugar donde vivo: puede encontrar una [tabla que enumera los ingresos que califican](#) en línea

Carezco de recursos o apoyo para prevenir la falta de vivienda

Tengo una afección de salud de la lista anterior

No estoy seguro/a

Ninguna de las anteriores

Tenga en cuenta que su solicitud puede tomar hasta dos semanas para revisarse y, si se aprueba, más tiempo para recibir el servicio.

¿Qué cosa describe su situación ahora?

Mi arrendador me entregó un aviso de desalojo y necesito apoyo en menos de dos semanas

No tengo un aviso de desalojo, pero mis facturas vencen en menos de dos semanas

No estoy seguro/a

Ninguna de las anteriores

Sección 5: Información sobre la organización

Si una organización presenta este formulario para el miembro, complete la siguiente información.

Nombre de la organización: _____

Nombre y función de la persona que presenta el formulario:

Número de teléfono: _____ Dirección de correo electrónico: _____

Puede obtener este documento en otros idiomas, en letra grande, en braille o en el formato que usted prefiera de forma gratuita. Comuníquese con Chelsea Egbert en chelsea.egbert@oha.oregon.gov o al 503-580-0295 (mensajes de voz y de texto). Aceptamos llamadas por servicio de retransmisión.

División de Medicaid

Operaciones estratégicas de la exención 1115
800 NE Oregon Street
Portland, OR 97232

Sitio web: <https://www.oregon.gov/oha/hsd/medicaid-policy/pages/hrsn.aspx>



OREGON
HEALTH
AUTHORITY



200-736602 (10/2024) Spanish