

Formulario de solicitud de Necesidades sociales relacionadas con la salud (Health-Related Social Needs, HRSN) para: Solicitud de dispositivo relacionado con el clima

Objetivo

El Plan de Salud de Oregon (OHP) puede cubrir dispositivos que lo mantengan seguro durante el clima riguroso y los eventos de baja calidad del aire como:

- calor extremo
- frío extremo
- humo de incendios forestales o
- cortes de energía provocados por el clima

Use este formulario para solicitar lo siguiente:

- un aire acondicionado
- un calentador portátil
- un dispositivo de filtración de aire
- un minirrefrigerador para medicamentos y
- energía portátil para equipo médico en caso de que se corte la energía

El OHP cubre uno de cada tipo de dispositivo por hogar. Si necesita más de un tipo de dispositivo, el OHP puede cubrirlo según sus circunstancias. Si más de un miembro del hogar necesita un dispositivo, puede completar un formulario para cada persona.

El OHP cubre dispositivos para miembros que:

- Tienen un estado que empeora o es peligroso debido al clima riguroso y los eventos de baja calidad del aire.
- Atraviesan cualquiera de las siguientes situaciones:
 - » Están en riesgo de perder el lugar donde viven o no tienen vivienda, y no tienen un lugar donde vivir.
 - » Pronto tendrán Medicare, además del OHP.
 - » En los últimos 12 meses recibieron atención en:
 - El Oregon State Hospital
 - Un programa de tratamiento residencial por consumo de sustancias
 - Un programa de gestión de abstinencia
 - » En los últimos 12 meses fueron liberados de:
 - una cárcel
 - un centro de detención
 - la Autoridad Juvenil de Oregon
 - una prisión o
 - » recibieron servicios del sistema de protección infantil

¿Quién puede completar este formulario?

- usted
- un progenitor, cuidador o miembro de la familia
- un tutor, apoyo o amigo de confianza
- personal de una organización que le proporciona ayuda

Dónde debe enviar el formulario completo:

- **Miembros de Organización de Atención Coordinada (CCO)** Devuelva este formulario a [su CCO](#).
- **Si está en Open Card (Acentra Health):** Envíelo a ORHRSN@kepro.com o por fax al 1-833-551-2607.

¿Tiene preguntas?

- **Miembros de CCO:** pregunte a su CCO cómo enviar este formulario.
- **Si no conoce a su CCO,** llame al Servicio al cliente del OHP al 1-800-273-0557.
- **Si está en Open Card (Acentra Health),** llame al 888-834-4304.

Información sobre Acentra Health

- La dirección de correo electrónico de HRSN es: ORHRSN@kepro.com
- El número de teléfono de HRSN es: 888-834-4304
- El número de fax de HRSN es: 833-551-2607

Sección 1: Información requerida

Complete toda la información de esta sección.

Información del miembro

N.º de ID del Plan de Salud de Oregon (*si lo conoce*):

Fecha de nacimiento (*MM/DD/AAAA*):

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

Nombre preferido:

Pronombres preferidos:

Idioma preferido que habla:

Idioma escrito preferido:

Si lo conoce, indique el nombre de su organización de atención coordinada (CCO) o indique si tiene Open Card Acentra Health:

La mejor forma para contactarme es: Teléfono Mensaje de texto Correo electrónico Correo En persona

El mejor momento para contactarme es: Mañana Tarde Noche

Puede dejar un mensaje detallado sobre mi solicitud: Sí No

Número de teléfono (*si tiene uno*):

Dirección de correo electrónico (*si tiene una*):

Dirección de correo (*si tiene una*):

Información de la solicitud

Solicito (*marque todas las opciones que correspondan*): Aire acondicionado Calentador portátil Dispositivo de filtración de aire Minirrefrigerador para medicamentos Energía portátil para mi equipo médico en caso de que se corte la energía

Puedo usar con seguridad el dispositivo donde vivo. Puedo enchufar con seguridad y legalmente el dispositivo. Sí No

Otra organización o programa ya me entregó el dispositivo o dispositivos. Sí No

Declaración de verdad

Al firmar este formulario, entiendo y acepto que:

- Quiero que Acentra Health o mi CCO descubra si califico para un dispositivo que me ayude durante el clima riguroso o cuando la calidad del aire es baja.
- Acentra Health o mi CCO pueden contactarme para obtener más información acerca de esta solicitud.
- Firmo bajo pena de perjurio. 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 el 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 2: Información opcional

No necesita responder estas preguntas ahora.

- **Si lo hace:** les ayudarán a usted y su CCO o Acentra Health a saber si califica para un dispositivo.
- **Si no lo hace:** su CCO o Acentra Health lo contactarán para hacerle estas preguntas más tarde.

Circunstancias

(Marque sí, si al menos una de estas opciones se aplica a usted; marque no, si ninguna de estas opciones se aplica a usted.)

Sí No

- Seré elegible para Medicare en los próximos 3 meses.
- Me inscribí en Medicare por primera vez hace menos de 9 meses.
- Es posible que no tenga hogar pronto o que pierda mi vivienda.
- Gasto al menos el 50 por ciento de mis ingresos en el alquiler.
- Vivo en un vehículo recreativo (RV) o tráiler.
- No tengo vivienda.
- No tengo un lugar habitual para dormir.
- Me hospedo en el hogar de otra persona.
- Recibí atención en el Oregon State Hospital en los últimos 12 meses.
- Recibí atención de un tratamiento residencial para el trastorno de consumo de sustancias en los últimos 12 meses.

- Recibí atención de un programa de gestión de la abstinencia en los últimos 12 meses.
- Fui liberado de una cárcel, centro de detención, instalación de la Autoridad Juvenil de Oregon o de prisión en los últimos 12 meses.
- Estuve involucrado con los servicios de protección de menores de Oregon en algún momento de mi vida.
- Estuve en cuidado temporal o sustituto.
- Recibí ayuda para adopción o tutela, o servicios de preservación de la familia.
- Asistí a la corte en relación con protección de menores.

Afecciones de salud e historial

(Marque sí, si al menos una de estas opciones se aplica a usted; marque no, si ninguna de estas opciones se aplica a usted.)

Sí No

- La persona para quien completo este formulario es menor de seis (6) años.
- Tengo 65 años o más.
- Estoy embarazada.
- Tengo un diagnóstico de discapacidad del desarrollo, intelectual o física.
- Tomo medicamentos que deben refrigerarse.
- Uso equipo médico que necesita electricidad para funcionar.
- Uso tecnología de ayuda que necesita electricidad para funcionar.
- Tengo diabetes y necesito tomar medicamentos o insulina para tratarla.
- Tengo una afección cardíaca crónica, como insuficiencia cardíaca o ataque cardíaco.
- Tuve un accidente cerebrovascular.
- Tengo una afección crónica que me pone en riesgo de sufrir coágulos sanguíneos.
- Tengo una afección pulmonar crónica como: enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), bronquitis crónica, bronquiectasia, fibrosis u otra enfermedad pulmonar restrictiva.
- Tengo asma y debo tomar medicamentos regularmente para controlarla.
- Uso oxígeno en el hogar.
- Tengo una enfermedad renal crónica.
- Tengo esclerosis múltiple.
- Tengo enfermedad de Parkinson.
- Tengo una lesión en la médula espinal.
- Recibo atención paliativa en el hogar.
- Tuve una enfermedad relacionada con el calor o el frío y necesité atención de urgencia para tratarla.
- Tengo esquizofrenia.
- Sufro de trastorno bipolar.
- Sufro de un trastorno depresivo mayor y necesité servicios para crisis, hospitalización o tratamiento residencial en los últimos 12 meses.
- Tengo un trastorno de consumo de alcohol o sustancias.
- Tengo Alzheimer u otro tipo de demencia que me dificulta recordar y comprender.
- Obtengo nutrición mediante una sonda (enteral).
- Obtengo nutrición mediante un catéter intravenoso (parental).
- Tengo otra afección de salud que puede calificar.

¿Necesita otros servicios o apoyos?

(Marque todas las opciones que correspondan)

- Proveedor de atención primaria
- Atención dental
- Atención de la visión, como anteojos o un examen
- Atención de la audición, como audífonos o un examen
- Atención médica especializada
- Atención de la salud mental
- Trastorno por consumo de sustancias
- Servicios de apoyo entre pares
- Servicios de trabajador de salud tradicional
- Programa Asistencial de Nutrición Suplementaria (SNAP)
- Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)
- Programa para mujeres, bebés y niños (WIC)
- Servicios educativos
- Servicios legales
- Servicios sociales
- Otros servicio:

Sección 3: 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 prefiera de forma gratuita. Comuníquese con Chelsea Egbert en chelsea.egbert@oha.oregon.gov o llame al 503-580-0295 (voz).
Aceptamos todas las llamadas por servicio de retransmisión.