



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

Parte del beneficio de Necesidades sociales relacionadas con la salud

Objetivo

Este es un formulario de solicitud para los miembros del OHP que pueden calificar para el beneficio climático. Este beneficio puede proporcionarle equipo que le ayude a mantenerse protegido durante el calor, frío y los cortes de energía. El beneficio climático incluye lo siguiente:

- Equipo que ayuda a mantener temperaturas saludables y el aire limpio (incluidos aires acondicionados, calefactores, dispositivos de filtración de aire y miniunidades de refrigeración de medicamentos)
- Equipo como suministros de energía portátiles para operar equipo médico durante cortes de energía provocados por eventos climáticos

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

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

Puede solicitar este beneficio climático 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 su CCO cómo solicitar los servicios climáticos.
- 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 otros 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 climático 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 climático 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):

Equipo de aire acondicionado

Calentador

Dispositivo de filtración de aire

Mini refrigerador para medicamentos

Energía portátil para equipo médico en caso de que se corte la energía

Puedo usar con seguridad el dispositivo donde vivo. Sí No

Puedo enchufar con seguridad y legalmente el dispositivo. Sí No

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.

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 climáticos descritos anteriormente.

Las siguientes circunstancias pueden calificarle para beneficios climáticos (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.

Estar 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.

Podría perder mi vivienda.

No tengo hogar.

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.

Usé 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.

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/OHP/Pages/Climate-Supports.aspx>



200-505451 (10/2024) Spanish