

Formulario de referencia de respuesta ante el COVID solo para la asistencia en hoteles/moteles

Enviar por fax o correo electrónico seguro a su coordinador de vivienda local.

Para: _____ De: _____

Fax: _____ Páginas: _____

Teléfono: _____ Fecha: _____

URN del cliente: _____

Nombre del cliente: _____

Contacto preferido del cliente: _____

Esta referencia es únicamente para la asistencia temporal en hoteles/moteles.
Llene todo el [Paquete de referencia para clientes del OHOP](#) para obtener una referencia para asistencia de largo plazo.

El cliente cumple con el siguiente requisito de elegibilidad (debe marcar uno):

- Cliente o grupo familiar de Ryan White sin vivienda con una necesidad urgente de estabilización de su salud y bienestar.**
- Cliente actual del OHOP (que recibe TBRA) o miembro de su grupo familiar, que necesita ponerse en cuarentena por separado de su grupo familiar, según la recomendación de su proveedor médico o autoridad de salud pública local (LPHA, por sus siglas en inglés). Si se marca esta opción, se debe proporcionar documentación del proveedor médico o de la LPHA.**

Explique la vulnerabilidad del cliente ante el COVID-19 y la necesidad urgente de estabilizar la salud y el bienestar:

Este paquete de referencia es para uso exclusivo de la persona o entidad a quien está dirigido y puede contener información privilegiada, confidencial y exenta de divulgación bajo las leyes correspondientes. Si la persona que está leyendo este mensaje no es el destinatario indicado, se le notifica a usted por medio de la presente que cualquier divulgación o distribución de esta comunicación a otra persona que no sea el destinatario indicado está estrictamente prohibida. Si ha recibido esta comunicación por error, avísele al administrador del programa o al remitente antes mencionado de inmediato por teléfono al 971-673-0144 y devuélvanos el mensaje original a través del Servicio Postal de EE. UU. a la siguiente dirección: OHOP Program, 800 NE Oregon St., Suite 1105, Portland, OR 97232. Si no recibe todas las páginas indicadas, comuníquese por teléfono con el remitente **lo antes posible**.

Para uso exclusivo del coordinador de vivienda del OHOP: se evaluará al cliente con respecto a los criterios de elegibilidad, de conformidad con las políticas temporales del OHOP relacionadas con el COVID. Marque la categoría de elegibilidad:

- Elegible para HOPWA, no OHOP Elegible para HOPWA, OHOP No elegible para HOPWA, elegible para RW

Incluya lo siguiente con esta referencia:

- Identificación con fotografía
- Verificación de falta de hogar (si aplica)
- Documentación de los ingresos del grupo familiar del cliente o declaración jurada de ingresos divulgados por cuenta propia
- Divulgación de información al OHOP (consulte a continuación)



Autorización para el Uso y la Divulgación de Información



Este formulario está disponible en formatos alternativos, incluyendo en Braille, en letra grande, en disco de computadora y en presentación oral.

Apellido legal del cliente/solicitante:	Primer nombre:	Inicial del 2.º nombre:	Fecha de nacimiento:
Otros nombres utilizados por el cliente/solicitante:			Número de identificación del caso:

Al firmar este formulario, autorizo al siguiente encargado de los expedientes a revelar la siguiente información confidencial específica sobre mí:

Sección A	Divulgar desde un encargado de los expedientes: <i>(persona, escuela, empleador, agencia, proveedor médico o de otro tipo)</i>	Información específica que será divulgada:	Intercambio mutuo: Sí/No
	Administrador de casos o coordinador de atención de Ryan White asignado al cliente individual mencionado en la sección C.	Verificación de asistencia y beneficios del programa, ingresos, vivienda, historial crediticio y laboral, otra información para los fines de obtener/mantener vivienda.	Sí
	Si la información contiene cualquiera de los tipos de expedientes o información enumerados a continuación, pueden aplicarse leyes adicionales relacionadas con el uso y la divulgación. Entiendo que esta información no se divulgará a menos que coloque mis iniciales en el espacio junto a dicha información: VIH/SIDA: _____ Salud mental: _____ Análisis genéticos: _____ Diagnóstico, tratamiento, referencias por el consumo de drogas/alcohol: _____		
Sección B	Divulgar a: <i>(dirección requerida si se envía por correo postal)</i> Si está siendo divulgado a un equipo, enumere a los miembros.	Propósito:	Fecha o evento de vencimiento*:
	Autoridad de Salud de Oregon (OHA, por sus siglas en inglés): el Programa de Oportunidades de Vivienda en Sociedad de Oregon (OHOP, por sus siglas en inglés), incluyendo un coordinador local de vivienda y personal de apoyo y administrativo del programa.	Para verificar la elegibilidad al programa OHOP y/o LIHEAP y para obtener y mantener asistencia para la vivienda <i>(incluyendo asistencia de energía)</i> .	
	<p>*Esta autorización tiene un año de validez a partir de la fecha en que fue firmada, a menos que se indique lo contrario.</p> <p>Puedo cancelar esta autorización en cualquier momento. La cancelación no afectará a ninguna información que ya haya sido divulgada. Entiendo que la ley estatal y federal protege la información sobre mi caso. Entiendo lo que significa este acuerdo y apruebo las divulgaciones enumeradas. Estoy firmando esta autorización por mi propia voluntad.</p> <p>Entiendo que la información utilizada y divulgada como se indica en esta autorización puede estar sujeta a ser divulgada nuevamente y ya no estará protegida bajo la ley federal o estatal. También entiendo que la ley federal o estatal prohíbe divulgar nuevamente información sobre VIH/SIDA, salud mental y diagnóstico de drogas/alcohol, tratamiento, expedientes de rehabilitación vocacional o información de remisión, sin autorización específica.</p>		
Sección C	Firma legal completa de un individuo o representante autorizado:	Relación con el cliente:	Fecha:
	Nombre del miembro del personal (en letra de molde):	Nombre/ubicación de la agencia promotora:	Fecha:
	Firma legal completa del miembro del personal de la agencia que está haciendo las copias:		Esta es una copia fiel del documento de autorización original.
	Ponga en letra de molde el nombre del miembro del personal:		

Información requerida para el cliente

Para proporcionar o pagar servicios de salud: si el Departamento de Servicios Humanos (DHS, por sus siglas en inglés) o la Autoridad de Salud de Oregon (OHA, por sus siglas en inglés) está actuando como **proveedor** de sus servicios de atención de salud o está pagando por esos servicios bajo el Plan de Salud de Oregon o el Programa de Medicaid, usted puede optar por no firmar este formulario. Esa decisión **no** perjudicará su capacidad para recibir servicios de salud, *a menos que* los servicios de atención de salud sean únicamente para el propósito de proporcionar información de salud a otra persona y la autorización sea necesaria para hacer dicha divulgación. (*Ejemplos de esto serían evaluaciones, pruebas o exámenes*). Su decisión de no firmar **puede afectar** el pago de sus servicios si esta autorización es necesaria para los reembolsos por parte de aseguradoras privadas u otras agencias no gubernamentales.

Esta autorización para el uso y divulgación de información **podría también ser necesaria** bajo los siguientes casos:

- Para determinar si usted es elegible para inscribirse en algunos programas médicos que paguen por su atención médica
- Para determinar si califica para otro programa o servicio del DHS o la OHA que no actúe como proveedor de atención médica

Este es un formulario voluntario. El DHS o la OHA no pueden condicionar la provisión de tratamiento, el pago o la inscripción en programas de atención médica financiados con fondos públicos al firmar esta autorización, excepto como se describe anteriormente. Sin embargo, se le debe dar información exacta sobre cómo su negativa a autorizar la divulgación de información puede perjudicar la determinación de la elegibilidad o la coordinación de los servicios. Si usted decide no firmar, puede ser referido a un solo servicio que puede ayudarlo, a usted y a su familia, sin un intercambio de información.

Cómo utilizar este formulario

1. **Términos utilizados: Intercambio mutuo:** un “sí” permite que se intercambie información específica entre el encargado de los expedientes y las personas o los programas que aparecen en la autorización. **Equipo:** varias personas o agencias que trabajan juntas regularmente. Los miembros del equipo deben ser identificados en este formulario.
2. **Asistencia:** siempre que sea posible, un empleado del DHS o de la OHA debe llenar este formulario con usted. **Asegúrese de entender el formulario antes de firmarlo.** Siéntase libre de hacer preguntas sobre el formulario y lo que éste permite. Usted puede sustituir una firma por una marca o pedirle a una persona **autorizada** que firme por usted.
3. **Tutela/custodia:** si la persona que firma este formulario es un representante personal, como un tutor, se debe adjuntar a este formulario una copia de los documentos legales que verifican la autoridad del representante para firmar la autorización. Asimismo, si una agencia tiene la custodia y su representante firma, su autoridad de custodia debe adjuntarse a este formulario.
4. **Cancelación:** si posteriormente desea cancelar esta autorización, póngase en contacto con el miembro del personal del DHS o la OHA asignado a usted. Usted puede quitar del formulario a un miembro del equipo. Se le pedirá que ponga la solicitud de cancelación por escrito.
Excepción: las normas federales no requieren que la cancelación sea por escrito para los Programas de Drogas y Alcohol. No se puede divulgar o solicitar más información después de cancelada la autorización. El DHS o la OHA pueden seguir utilizando la información obtenida antes de la cancelación.
5. **Menores de edad:** si usted es menor de edad, puede autorizar la divulgación de información sobre la salud mental o el abuso de sustancias si tiene 14 años o más; para la divulgación de cualquier información sobre enfermedades de transmisión sexual o sobre control natal, independientemente de su edad; para la divulgación de información médica general si tiene 15 años o más.
6. **Cuidados especiales:** para información acerca del **VIH/SIDA, salud mental, pruebas genéticas o tratamiento para el abuso de alcohol/drogas**, la autorización debe identificar claramente la información específica que puede divulgarse y el propósito de la misma.

Divulgar nuevamente: las normas federales (42 CFR parte 2) prohíben la divulgación de información sobre alcohol y drogas; la ley estatal prohíbe la divulgación de información sobre el VIH/SIDA (ORS 433.045, OAR 333-12-0270); y la ley estatal prohíbe la divulgación adicional de información sobre la salud mental, tratamiento de abuso de sustancias, rehabilitación vocacional e información sobre el tratamiento de discapacidades del desarrollo de programas financiados con fondos públicos (ORS 179.505, ORS 344.600) sin autorización específica por escrito.

Nota: Los programas y servicios de salud de Oregon han sido transferidos del Departamento de Servicios Humanos (DHS) a la Autoridad de Salud de Oregon (OHA). El DHS continuará determinando la elegibilidad para muchos de los programas de salud, así como para otros programas administrados por el DHS.