

Formulario de solicitud para el beneficio nutricional 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 nutricional. Este beneficio puede ayudarle a comer de forma saludable y a controlar las afecciones de salud relacionadas con la nutrición.

El beneficio nutricional incluye:

- Servicios de comidas personalizadas desde el punto de vista médico
 - Si los recomienda su proveedor de atención primaria (primary care provider, PCP)
- **y**
- Se incluyen en su plan de atención nutricional diseñado con un dietista
- Educación sobre nutrición para las personas que no trabajen actualmente con un dietista registrado

Las preguntas de las próximas páginas le ayudarán a saber si es elegible para los beneficios nutricionales disponibles.

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

Puede solicitar este beneficio nutricional 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 para realizar la detección sistemática y luego aprobará o rechazará los servicios.

Si tiene Tarjeta abierta:

Envíe el formulario completo a Acentra Health por correo electrónico a 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:** Pregúntele a [su CCO](#) cómo solicitar los servicios de nutrición.
- **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 3](#). El resto de la información es opcional.

Sección 1: Acerca de usted

Información obligatoria*

Proporcione toda la información de esta sección.

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)*:

Quiero/necesito (marque uno):

Educación sobre nutrición para ayudar a entender mejor cómo los alimentos y la nutrición afectan mi salud

Servicios de comidas personalizadas desde el punto de vista médico

Entiendo que para recibir este servicio debo recibir una evaluación y un plan de atención nutricional de parte de un dietista registrado. Generalmente, su proveedor de atención primaria (primary care provider, PCP) trabajará con usted para determinar si tiene una afección médica con la que un dietista podría ayudarle.

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 del 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:

La mejor **forma** de contactarme es:

Llamada

Mensaje de texto

Correo electrónico

Correo postal

En persona

El mejor **momento** para contactarme es:

Mañana

Tarde

Noche

Pueden dejar un mensaje detallado sobre mi solicitud:

Sí

No

Número de teléfono

(si tiene uno):

Dirección de correo electrónico

(si tiene una):

Dirección postal

(si tiene una): _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código postal:** _____

Sección 4: Descubra si califica

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

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

Soy miembro del OHP

Mis necesidades alimentarias no están cubiertas

Pertenezco a una de las siguientes poblaciones cubiertas (marque todas las opciones que correspondan):

Salir del encarcelamiento (cárcel, detención, etc.)

Salir de un centro de salud mental o de recuperación por 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

No tener hogar

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.

Soy un adulto joven de entre 19 y 20 años que vive con una afección de salud infantil continua

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

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

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

1115 Waiver Strategic Operations
800 NE Oregon Street
Portland, OR 97232

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



200-822592 (10/2024) Spanish