



OREGON  
**HEALTH**  
AUTHORITY



# **Formulario de solicitud: Beneficio de vivienda del Plan de Salud de Oregon (OHP)- Beneficio de cambios en el hogar para mejorar la salud y el bienestar para miembros de Tarjeta Abierta**

## **Parte del beneficio de Necesidades Sociales Relacionadas con la Salud (HRSN)**

Este es un formulario de solicitud para los miembros del Plan de Salud de Oregon (OHP) que pueden calificar para el beneficio de cambios en el hogar para mejorar la salud y el bienestar. El beneficio incluye:

- Aparatos para mantener la salud durante condiciones climáticas extremas, como aires acondicionados o filtros.
- Adaptaciones en el hogar para mejorar la calidad de vida, como rampas para sillas de ruedas o control de plagas.

Vea la lista completa en la página 2.

### **Si tiene Tarjeta Abierta:**

Envíe el formulario completo a Acentra Health por correo electrónico a [ORHRSN@Acentra.com](mailto: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 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.

## Sección 1: Acerca de usted

## 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):

Nombre preferido: \_\_\_\_\_ Pronombres: \_\_\_\_\_

Idioma preferido para hablar:

Idioma preferido para escribir:

**La mejor forma de contactarme es:**

- Llamada     Texto     Correo electrónico     Correo postal     En persona

**El mejor momento para contactarme es por la:**

- Mañana       Tarde       Noche

Número de teléfono: Correo electrónico:

Dirección postal:

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

## **Quiero saber si cumple los requisitos para recibir ayuda con (marque todas las opciones que apliquen):**

- Aire acondicionado
- Calentador
- Aparato de filtración de aire
- Mini refrigerador para medicamentos
- Fuente de energía portátil para mi equipo médico en caso de corte de electricidad
- Rampa para sillas de ruedas
- Barras de apoyo
- Cortinas para las ventanas para evitar alergias
- Eliminación y control de plagas
- Limpieza profunda de la casa para reducir los riesgos para su salud o bienestar

## **Sección 2: ¿Cumple los requisitos?**

Las siguientes preguntas le ayudarán a saber si cumple los requisitos para recibir la ayuda para cambios en el hogar por motivos de salud y bienestar.

Puede cumplir los requisitos según las situaciones que se indican a continuación.  
Marque todas las que apliquen:

- Estoy saliendo de prisión (cárcel, centro de detención, etc.).
- He salido recientemente de un centro de salud mental o de recuperación por consumo de sustancias en los últimos 12 meses.
- Estoy o he estado en el sistema de bienestar infantil de Oregon (hogares de protección temporal) en el pasado.
- Voy a pasar de recibir solo beneficios de Medicaid a tener derecho a Medicaid más Medicare.
- Es posible que pierda mi vivienda.
- Me encuentro sin hogar.
- Soy un adulto joven con necesidades especiales de atención médica.

Puede cumplir los requisitos si tiene una o más de las condiciones de salud y antecedentes que se indican a continuación; marque todas las que apliquen:

- Tengo una condición de salud física compleja.
- Tengo una condición de salud mental compleja.
- Tengo una discapacidad física, intelectual o del desarrollo.
- Tengo dificultades para cuidar de mí mismo y realizar las actividades diarias.
- He sufrido abusos o negligencia.
- He utilizado con frecuencia los servicios de urgencias o de crisis.
- Actualmente estoy embarazada o he dado a luz en los últimos 12 meses.
- Tengo 65 años o más.
- La persona para la que estoy completando este formulario tiene 6 años o menos.
- No estoy seguro.
- Ninguna de las opciones anteriores.

## Sección 3: Declaración de verdad

### Al firmar este formulario, entiendo y acepto que:

- Deseo que mi plan de salud averigüe si reúno los requisitos para recibir los servicios que marqué anteriormente.
- Mi plan de salud puede ponerse en contacto conmigo para obtener más información sobre esta solicitud.
- Segundo mi mejor conocimiento, toda la información que he dado en esta solicitud es verdadera, correcta y completa.
- Si presento información que no es verdadera, puedo incurrir sanciones según la ley estatal o federal. Esto puede incluir devolver el dinero gastado en cualquier servicio recibido debido a esta solicitud.

## Firma

Un representante puede firmar este formulario en nombre de un miembro del OHP, incluidos los miembros menores de 18 años. Deje en blanco los espacios para el nombre y la firma del representante si está completando este formulario para usted mismo.

Nombre del miembro: \_\_\_\_\_

Firma del miembro: \_\_\_\_\_

Nombre del representante: \_\_\_\_\_

Firma del representante: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## Sección 4: Información sobre la organización

Si una organización envía este formulario en nombre del miembro, complete la siguiente información.

Nombre de la organización: \_\_\_\_\_

Nombre y cargo de la persona que envía el formulario:  
\_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Puede obtener este documento en otros idiomas, letra grande, braille o en el formato que prefiera de forma gratuita. Puede enviar un correo electrónico a [hrsn.program@oha.oregon.gov](mailto:hrsn.program@oha.oregon.gov) o llamar al 503-580-0295 (voz y texto). Aceptamos todas las llamadas de retransmisión.

**División de Medicaid**

Operaciones estratégicas de la  
exención 1115



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

**Imprimir**

**Reiniciar**