



Formulario de solicitud: Beneficio de Vivienda del Plan de Salud de Oregon (OHP)- Beneficio de Ayuda al Alquiler 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 vivienda. El beneficio de vivienda incluye:

- Ayuda con el pago del alquiler
- Apoyo para el alquiler (ayuda para conseguir recursos y servicios para
- inquilinos)

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 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):

Quiero saber si cumplo los requisitos para recibir ayuda con (marque todas las opciones que apliquen:

- ☐ Alquiler
- ☐ Facturas de servicios públicos
- ☐ Gastos de almacenamiento

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: _____

Sección 2: ¿Cumple los requisitos?

Estos son los requisitos para recibir la ayuda para el alquiler y los servicios públicos. Deberá presentar información o documentos adicionales. Compruebe si todos son aplicables a usted o a su situación antes de presentar la solicitud.

- ☐ Necesito ayuda para permanecer en mi Vivienda actualmente
- ☐ Tengo un contrato de alquiler o un acuerdo por escrito con la persona a la que le alquilo (por ejemplo, un propietario)
 - Deberá presentar su contrato de alquiler junto con esta solicitud.
- ☐ Los ingresos de mi hogar son inferiores al 30 % o menos que los ingresos medios anuales de la zona donde vivo. Puede encontrar la información sobre ingresos en el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (<https://www.huduser.gov/portal/datasets/il.html>).
 - Deberá verificar sus ingresos para iniciar esta solicitud. Puede presentar los recibos de sueldo o las declaraciones de impuestos. Si no dispone de esta información, su plan de salud le ayudará.
- ☐ Me faltan recursos o apoyo para evitar quedarme sin hogar
- ☐ Tengo una condición médica que me da derecho a recibir asistencia médica, por ejemplo, estoy embarazada o acabo de dar a luz, tengo 65 años o más, recibo servicios de atención médica por una condición médica nueva o que ha empeorado, o estoy completando este formulario para alguien menor de 6 años.

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.
- Según 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 o llamar al 503-580-0295 (voz y texto). Aceptamos todas las llamadas de retransmisión.

División de Medicaid

Operaciones estratégicas de la
exención 1115



OREGON
HEALTH
AUTHORITY



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

Imprimir

Reiniciar