



Formulario de derivación para clientes de OHOP

Public Health Division
HIV/STD/TB Program
HIV Care and Treatment Program
Oregon Housing Opportunities in Partnership Program (OHOP)

Enviar por FAX a su coordinador de vivienda local.

A: _____ De: _____
FAX: _____ Páginas: _____
Teléfono: _____ Fecha: _____

URN del cliente (de CAREWare): _____
Agudeza mental del cliente (del último formulario de agudeza): _____

Su plan de vivienda a corto plazo para el cliente y otros comentarios (esto debería detallarse en el plan actual de cuidado del cliente):

Incluir con esta derivación:

- Formulario de derivación del cliente.
- Autorización de DHS para Uso y Divulgación de Información firmada.
- Documentación sobre los ingresos del hogar del cliente.
- Otros documentos de pago pertinentes (contrato de alquiler, facturas de servicios, etc.).

Este paquete de derivación está indicado para uso exclusivo del individuo o entidad a quien va dirigido y puede contener información privilegiada, confidencial y exenta de divulgación según la ley pertinente. Si el lector de este mensaje no es el destinatario, se le notifica por la presente que está estrictamente prohibida la difusión o distribución de este comunicado a personas distintas del destinatario. Si recibió esta comunicación por error, por favor notifique inmediatamente al gerente del programa del remitente arriba indicado, llamando por teléfono al 971 673-0144 y envíenos el mensaje original a través del Servicio Postal de los EUA a la siguiente dirección: OHOP Program, 800 NE Oregon St., Suite 1105, Portland, OR 97232.

Si no recibe todas las páginas indicadas, por favor comuníquese con el remitente por teléfono A LA BREVEDAD.

Formulario de derivación para clientes de OHOP

Algunas cosas que debería saber:

¿Qué es OHOP?

El Programa de Oportunidades de Vivienda en Sociedad de Oregón (OHOP, por sus siglas en inglés) es un programa de vivienda que ayuda a personas de bajos ingresos o sin ingresos que tienen VIH.

El programa OHOP quizás pueda ayudarlo con:

- Derivaciones a refugios de emergencia u otras viviendas de emergencia.
- Derivaciones a viviendas temporales o de transición.
- Ayuda mensual continua para sus pagos de alquiler.

¿Para qué sirve este formulario?

El formulario de derivación para clientes del programa OHOP le permite darnos información sobre su situación actual de vivienda para que podamos empezar a ayudarlo. Es importante que sepa que toda la información que nos da en este formulario es confidencial. No la podemos compartir con nadie sin su permiso.

Nada de lo que nos diga evitará que le ayudemos a conseguir vivienda. Al final de este formulario, le pediremos que lo firme para decirnos que la información dada en el formulario es verdadera. Si contesta todas las preguntas con la verdad, podremos ayudarlo mejor y más rápido con su vivienda.

Una vez que el administrador de su caso nos envíe el formulario, su coordinador de vivienda de OHOP se comunicará con usted para darle más información sobre OHOP y le ayudará a crear un plan sobre la forma en que podemos empezar a ayudarlo.

El presentar este formulario no es garantía de que usted reunirá los requisitos para recibir servicios financieros del programa OHOP ni de que los recibirá.

Public Health Division
HIV/STD/TB Program
HIV Care and Treatment Program
Oregon Housing Opportunities in Partnership Program (OHOP)

Parte 1: ¿Cómo nos podemos comunicar con usted?

1. Nombre legal completo (*primer nombre, inicial del segundo, apellido*) _____
2. ¿Qué idioma habla mejor? Inglés Español Otro: _____
3. ¿Dónde podemos enviarle correspondencia?
_____ Domicilio o casilla postal Ciudad Estado Cód. postal
Domicilio
(*si no es el mismo donde recibe la correspondencia*) _____ Número y calle Ciudad Estado Cód. postal
4. Teléfono al que lo podemos llamar _____
¿Podemos dejarle mensajes en ese número de teléfono? Sí No
Este número de teléfono es el de La casa El celular Un amigo/familiar
 El gerente del caso Otro: _____

Parte 2: ¿Dónde vive ahora?

- Apartamento Casa Dúplex/múltiplex
 Casa prefabricada Sin vivienda

Dénos información sobre su situación actual de vivienda (*con quién vive, tipo de casa en que vive, cuánto tiempo hace que vive allí, cómo hace para pagar el alquiler*).

Parte 3: Firme esta declaración.

Confirmando que todas las declaraciones hechas en este formulario son verdaderas. Entiendo que una vez que yo presente este formulario, el coordinador de vivienda de OHOP se comunicará conmigo para obtener más información.

Firma: _____ Fecha: _____



Autorización para uso y divulgación de información

Este formulario está disponible en otros formatos, tales como Braille, disco para computadora y presentación oral.

Apellido legal del cliente/solicitante:	Primer nombre:	ISN:	Fecha de nacimiento:
Otros nombres usados por el cliente/solicitante:			Número de ID del caso:

Mediante mi firma en este formulario, autorizo a la siguiente entidad tenedora de mi expediente a divulgar la siguiente información confidencial y específica sobre mí:

	Divulgación de un tenedor de expediente (<i>persona, escuela, empleador, agencia, médico u otro proveedor</i>)	Información específica a divulgar	Intercambio mutuo: Sí/No
Sección A	Gerente del caso del programa Ryan White		
	DHS		
	Proveedor de salud mental (<i>Si fue derivado a OHBHI, el cliente debe poner sus iniciales en los espacios sobre salud mental y/o drogas/alcohol más abajo</i>).		
	Si la información contiene alguno de los siguientes tipos de datos o información, su uso y divulgación pueden estar sujetos a otras leyes. Entiendo que esta información sólo se divulgará si pongo mis iniciales en el espacio que se encuentra junto a la información: VIH/SIDA: _____ Salud mental: _____ Diagnósticos, tratamiento o derivación por alcohol/drogas: _____ Análisis genético: _____		

	Divulgar a (<i>dirección requerida si se envía por correo</i>). Si se divulga a un equipo, indicar los miembros.	Propósito	Evento o fecha de vencimiento*
Sección B	Departamento de Servicios Humanos: Programa de Oportunidades de Vivienda en Sociedad de Oregon (<i>incluidos el coordinador de vivienda local y los empleados administrativos y de apoyo del programa</i>).	Verificar el derecho a participar en el programa OHOP y conseguir y mantener asistencia para vivienda.	
	* Esta autorización es válida por un año desde la fecha de su firma, a menos que se especifique lo contrario. Puedo cancelar esta autorización en cualquier momento. Esto no afectará la información ya divulgada. Entiendo que hay leyes federales y estatales que protegen la información sobre mi caso. Entiendo el significado de este acuerdo y autorizo las divulgaciones indicadas. Firmo esta autorización por mi propia voluntad. Entiendo que la información usada y divulgada según lo especificado en esta autorización puede estar sujeta a nueva divulgación y ya no estará protegida por la ley federal ni estatal. También entiendo que la ley federal o estatal prohíbe la redivulgación de información de diagnóstico, tratamiento, registros de rehabilitación vocacional o derivaciones sobre VIH/SIDA, salud mental y alcoholismo y drogadicción, sin autorización específica.		

Sección C	Firma legal completa del individuo o representante personal autorizado:		Relación con el cliente:	Fecha:
	Nombre del empleado de la agencia (<i>letra de molde</i>):	Nombre/ubicación de la agencia que inició el trámite:		Fecha:
	Firma legal completa del empleado de la agencia que hace las copias:			Ésta es una copia fiel del documento de autorización original.
	Nombre del empleado de la agencia en letra de molde:			

No divulgue esta autorización fuera de los programas OHOP / HIV CM

Información que se requiere del cliente

Para proveer o pagar servicios de salud: Si el Departamento de Servicios Humanos (DHS) es el **proveedor** de sus servicios de atención de la salud o paga dichos servicios a través del Plan de Salud de Oregón o del Programa Medicaid, usted puede decidir no firmar este formulario. Esta decisión **no** afectará negativamente su derecho a recibir servicios de salud, *a menos que* estos servicios sólo tengan como fin proveer información de salud a alguna otra persona y que la autorización sea necesaria para realizar dicha divulgación. (*Algunos ejemplos serían análisis o evaluaciones.*) Su decisión de no firmar **puede afectar** el pago de sus servicios si esta autorización es necesaria para que los aseguradores privados u otras agencias no gubernamentales efectúen un reembolso.

Esta autorización para uso y divulgación de información **también puede ser necesaria** para determinar:

- Si usted tiene derecho a inscribirse en algunos programas médicos que pagan la atención de su salud.
- Si usted tiene derecho a recibir otro servicio o programa de DHS que no provea atención de la salud.

Este formulario es voluntario. DHS no puede exigir la firma de esta autorización como requisito para la provisión de tratamiento, pago o inscripción en programas de atención de la salud solventados con fondos públicos, excepto en los casos antes detallados. Sin embargo, usted debe recibir información precisa sobre el efecto negativo que su decisión de no firmar puede tener para la determinación de su elegibilidad o la coordinación de sus servicios. Si decide no firmar, se lo puede derivar a un servicio único que pueda ayudarlos a usted y a su familia sin intercambio de información.

Uso de este formulario

1. **Términos usados: Intercambio mutuo:** Un “sí” permite el intercambio de información entre el tenedor de expedientes y las personas o programas indicados en la autorización. **Equipo:** Grupo de individuos o agencias que normalmente trabajan juntos. Los miembros del equipo se deben identificar en este formulario.
2. **Asistencia:** Siempre que sea posible, un empleado de DHS debe llenar este formulario con usted. **No firme el formulario si no lo entiende.** No dude en hacer preguntas sobre el formulario y lo que éste permite. Puede poner una marca en lugar de firmar o pedir a una persona **autorizada** que firme en nombre de usted.
3. **Tutela/Custodia:** Si la persona que firma este formulario es un representante personal, como un tutor, se debe adjuntar una copia de los documentos legales que verifiquen la facultad del representante para firmar la autorización. Del mismo modo, si una agencia tiene custodia y firma un representante de la agencia, se debe adjuntar el comprobante de la facultad de custodia a este formulario.
4. **Cancelación:** Si quiere cancelar esta autorización en el futuro, hable con el empleado de DHS a cargo de su caso. Puede quitar miembros de equipo del formulario. Se le pedirá que solicite la cancelación por escrito. Excepción: Los reglamentos federales no requieren que la cancelación sea por escrito para los programas de tratamiento de drogas y alcohol. Una vez cancelada la autorización, no se podrá divulgar ni solicitar más información. DHS puede seguir usando la información obtenida antes de la cancelación.
5. **Menores:** Si usted es menor, puede autorizar la divulgación de la información sobre salud mental o abuso de drogas ilegales si tiene 14 años o más; la divulgación de datos sobre enfermedades de transmisión sexual o control de la natalidad sin importar la edad; y la divulgación de información médica general si tiene 15 años o más.
6. **Atención especial:** Para información sobre **VIH/SIDA, salud mental, análisis genéticos o tratamiento para el abuso de drogas/alcohol**, la autorización debe identificar claramente la información específica que se podrá divulgar y el propósito de tal divulgación.

Redivulgación: Los reglamentos federales (42 CFR Parte 2) prohíben redivulgar la información sobre alcohol y drogas; la ley estatal prohíbe redivulgar información sobre VIH/SIDA (ORS 433.045, OAR 333-12-0270); y la ley estatal prohíbe redivulgar datos sobre salud mental, tratamiento para el abuso de drogas ilegales, rehabilitación vocacional y tratamientos para discapacidades del desarrollo provenientes de programas solventados con fondos públicos (ORS 179.505, ORS 344.600) sin autorización escrita específica.



Autorización para uso y divulgación de información

Este formulario está disponible en otros formatos, tales como Braille, disco para computadora y presentación oral.

Apellido legal del cliente/solicitante:	Primer nombre:	ISN:	Fecha de nacimiento:
Otros nombres usados por el cliente/solicitante:			Número de ID del caso:

Mediante mi firma en este formulario, autorizo a la siguiente entidad tenedora de mi expediente a divulgar la siguiente información confidencial y específica sobre mí:

	Divulgación de un tenedor de expediente (<i>persona, escuela, empleador, agencia, médico u otro proveedor</i>)	Información específica a ser divulgada	Intercambio mutuo: Sí / No
Sección A	Administrador de la propiedad /arrendador o acreedor hipotecario, empresa de servicios públicos local, autoridad de vivienda local, Servicios Comunitarios y de Vivienda de Oregón.	(<i>Incluida la asistencia de energía eléctrica [por ejemplo, LIHEAP]</i>).	
Si la información contiene alguno de los siguientes tipos de datos o información, su uso y divulgación pueden estar sujetos a otras leyes. Entiendo que esta información sólo se divulgará si pongo mis iniciales en el espacio que se encuentra junto a la información: VIH/SIDA: _____ Salud mental: _____ Diagnósticos, tratamiento o derivación por alcohol/drogas: _____ Análisis genético: _____			

	Divulgar a (<i>dirección requerida si se envía por correo</i>). Si se divulga a un equipo, indicar los miembros.	Propósito	Evento o fecha de vencimiento*
Sección B	Departamento de Servicios Humanos: Programa de Oportunidades de Vivienda en Sociedad de Oregón, incluidos el coordinador de vivienda local y los empleados administrativos y de apoyo del programa.	Verificar el derecho a participar en el programa OHOP o LIHEAP y conseguir y mantener asistencia para vivienda (<i>incluida la asistencia de energía eléctrica</i>).	
	*Autorización válida por un año desde la fecha de su firma, a menos que se especifique lo contrario. Puedo cancelar esta autorización en cualquier momento. Esto no afectará la información ya divulgada. Entiendo que hay leyes federales y estatales que protegen la información sobre mi caso. Entiendo el significado de este acuerdo y autorizo las divulgaciones indicadas. Firmo esta autorización por mi propia voluntad. Entiendo que la información usada y divulgada según lo especificado en esta autorización puede estar sujeta a nueva divulgación y ya no estará protegida por la ley federal ni estatal. También entiendo que la ley federal o estatal prohíbe la redivulgación de información de diagnóstico, tratamiento, registros de rehabilitación vocacional o derivaciones sobre VIH/SIDA, salud mental y alcoholismo y drogadicción, sin autorización específica.		

	Firma legal completa del individuo o del representante personal autorizado:	Relación con el cliente:	Fecha:
Sección C	Nombre del empleado (<i>letra de molde</i>):	Nombre/ubicación de la agencia que inició el trámite	Fecha:
	Firma legal completa del empleado de la agencia que hace las copias:		Ésta es una copia fiel del documento de autorización original.
	Nombre del empleado de la agencia en letra de molde:		

Información que se requiere del cliente

Para proveer o pagar servicios de salud: Si el Departamento de Servicios Humanos (DHS) es el **proveedor** de sus servicios de atención de la salud o paga dichos servicios a través del Plan de Salud de Oregón o del Programa Medicaid, usted puede decidir no firmar este formulario. Esta decisión **no** afectará negativamente su derecho a recibir servicios de salud, *a menos que* estos servicios sólo tengan como fin proveer información de salud a alguna otra persona y que la autorización sea necesaria para realizar dicha divulgación. (*Algunos ejemplos serían análisis o evaluaciones.*) Su decisión de no firmar **puede afectar** el pago de sus servicios si esta autorización es necesaria para que los aseguradores privados u otras agencias no gubernamentales efectúen un reembolso.

Esta autorización para uso y divulgación de información **también puede ser necesaria** para determinar:

- Si usted tiene derecho a inscribirse en algunos programas médicos que pagan la atención de su salud.
- Si usted tiene derecho a recibir otro servicio o programa de DHS que no provea atención de la salud.

Este formulario es voluntario. DHS no puede exigir la firma de esta autorización como requisito para la provisión de tratamiento, pago o inscripción en programas de atención de la salud solventados con fondos públicos, excepto en los casos antes detallados. Sin embargo, usted debe recibir información precisa sobre el efecto negativo que su decisión de no firmar puede tener para la determinación de su elegibilidad o la coordinación de sus servicios. Si decide no firmar, se lo puede derivar a un servicio único que pueda ayudarlos a usted y a su familia sin intercambio de información.

Uso de este formulario

7. **Términos usados: Intercambio mutuo:** Un “sí” permite el intercambio de información entre el tenedor de expedientes y las personas o programas indicados en la autorización. **Equipo:** Grupo de individuos o agencias que normalmente trabajan juntos. Los miembros del equipo se deben identificar en este formulario.
8. **Asistencia:** Siempre que sea posible, un empleado de DHS debe llenar este formulario con usted. **No firme el formulario si no lo entiende.** No dude en hacer preguntas sobre el formulario y lo que éste permite. Puede poner una marca en lugar de firmar o pedir a una persona **autorizada** que firme en nombre de usted.
9. **Tutela/Custodia:** Si la persona que firma este formulario es un representante personal, como un tutor, se debe adjuntar una copia de los documentos legales que verifiquen la facultad del representante para firmar la autorización. Del mismo modo, si una agencia tiene custodia y firma un representante de la agencia, se debe adjuntar el comprobante de la facultad de custodia a este formulario.
10. **Cancelación:** Si quiere cancelar esta autorización en el futuro, hable con el empleado de DHS a cargo de su caso. Puede quitar miembros de equipo del formulario. Se le pedirá que solicite la cancelación por escrito. Excepción: Los reglamentos federales no requieren que la cancelación sea por escrito para los programas de tratamiento de drogas y alcohol. Una vez cancelada la autorización, no se podrá divulgar ni solicitar más información. DHS puede seguir usando la información obtenida antes de la cancelación.
11. **Menores:** Si usted es menor, puede autorizar la divulgación de la información sobre salud mental o abuso de drogas ilegales si tiene 14 años o más; la divulgación de datos sobre enfermedades de transmisión sexual o control de la natalidad sin importar la edad; y la divulgación de información médica general si tiene 15 años o más.
12. **Atención especial:** Para información sobre **VIH/SIDA, salud mental, análisis genéticos o tratamiento para el abuso de drogas/alcohol**, la autorización debe identificar claramente la información específica que se podrá divulgar y el propósito de tal divulgación.

Redivulgación: Los reglamentos federales (42 CFR Parte 2) prohíben redivulgar la información sobre alcohol y drogas; la ley estatal prohíbe redivulgar información sobre VIH/SIDA (ORS 433.045, OAR 333-12-0270); y la ley estatal prohíbe redivulgar datos sobre salud mental, tratamiento para el abuso de drogas ilegales, rehabilitación vocacional y tratamientos para discapacidades del desarrollo provenientes de programas solventados con fondos públicos (ORS 179.505, ORS 344.600) sin autorización escrita específica.