

**Programa de Oportunidades de Vivienda  
en Sociedad de Oregon (OHOP)  
Formulario de derivación de clientes**

Enviar por fax al coordinador de vivienda local.

Para: \_\_\_\_\_ De: \_\_\_\_\_  
Fax: \_\_\_\_\_ Páginas: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Agudeza mental del cliente (del último formulario de agudeza): \_\_\_\_\_

Su plan de vivienda a corto plazo para el cliente y otros comentarios (*esto se debe detallar en el plan de cuidado actual del cliente*):

Junto con esta derivación, incluir lo siguiente:

- Formulario de derivación del cliente
- 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 el uso exclusivo de la persona o entidad a quien está 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 original, se le notifica por la presente que está estrictamente prohibida la diseminación o distribución de este comunicado a otras personas distintas del destinatario original. Si recibió esta comunicación por error, por favor notifique de inmediato al gerente del programa del remitente antes mencionado, llamando por teléfono al 971-673-0144 y envíenos el mensaje original a través del Servicio Postal de los EE.UU. 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.

## **Algunas cosas que debe saber:**

### **¿Qué es OHOP?**

El Programa de Oportunidades de Vivienda en Sociedad de Oregón (*Oregon Housing Opportunities in Partnership* u OHOP) es un programa de viviendas que ayuda a personas de bajos ingresos o sin ingresos y que tienen VIH.

El programa OHOP puede ayudarlo de las siguientes maneras:

- Derivaciones a refugios de emergencia u otras viviendas de emergencia
- Derivaciones a viviendas temporarias o de transición
- Ayuda mensual continua para el pago de su renta

### **¿Para qué sirve este formulario?**

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

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

Después de que el gerente de su caso nos envíe el formulario, el coordinador de vivienda de OHOP se comunicará con usted para darle más información sobre OHOP y trabajará con usted para planificar cómo podemos empezar a ayudarlo.

El hecho de presentar este formulario no garantiza que usted reúna los requisitos para que el programa OHOP le brinde servicios financieros ni que los reciba.

**Parte 1: ¿Cómo nos podemos comunicar con usted?**

1. Nombre legal completo (*primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido*): \_\_\_\_\_
2. ¿Qué idioma habla mejor?  Inglés  Español  Otro: \_\_\_\_\_
3. ¿Dónde podemos enviarle correspondencia?
- |  |                            |           |        |        |        |        |             |             |
|--|----------------------------|-----------|--------|--------|--------|--------|-------------|-------------|
| _____  | Domicilio o casilla postal | _____     | Ciudad | _____  | Estado | _____  | Cód. postal |             |
| Dirección<br><i>(si no es la misma donde recibe correspondencia)</i> | _____                      | Dirección | _____  | Ciudad | _____  | Estado | _____       | Cód. postal |
4. Teléfono al que lo podemos llamar \_\_\_\_\_
- ¿Le podemos dejar mensajes en ese número de teléfono?  Sí  No
- Este número de teléfono es el de  Mi casa  Mi celular  Un amigo o familiar
- El gerente del caso
- Otro: \_\_\_\_\_
5. Dirección de correo electrónico donde le podemos escribir \_\_\_\_\_

**Parte 2: ¿Dónde vive ahora?**

- Apartamento  Casa  Dúplex o múltiplex
- Casa prefabricada  No tiene un lugar donde vivir

Denos información sobre su situación actual de vivienda (*con quién vive, en qué tipo de casa vive, desde hace cuánto tiempo vive ahí, cómo hace para pagar la renta*)

**Parte 3: Firme esta declaración.**

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

Su firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Este formulario está disponible en diferentes formatos incluyendo Braille, letra grande, disquete de computadora y presentación oral.**

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

Al firmar este formulario, autorizo al siguiente titular de registro a divulgar la siguiente información confidencial y específica sobre mí:

	<b>Divulgar desde un titular de registro:</b> <i>(individuo, escuela, empleador, agencia, proveedor médico u otro)</i>	<b>Información específica a ser divulgada:</b>	<b>Intercambio mutuo: Sí/No</b>
<b>Sección A</b>	Departamento de Servicios Humanos de Oregón: Ancianos y Discapacitados; Programas de Autosuficiencia, trabajador del caso asignado al cliente en particular indicado en la sección C.	Verificación de la asistencia y beneficios del programa, ingresos, vivienda, historial crediticio y laboral, otra información para los fines de conseguir/mantener vivienda.	Sí
<p>Si la información contiene algunos de los siguientes tipos de registros o información, puede estar sujeta a otras leyes sobre su uso y divulgación. Entiendo que esta información sólo se divulgará si pongo mis iniciales en el espacio que se encuentra junto a la información:</p> <p><b>VIH/SIDA:</b> _____ <b>Salud mental:</b> _____ <b>Análisis genético:</b> _____</p> <p><b>Diagnósticos, tratamiento, derivación por drogas/alcohol:</b> _____</p>			
<b>Sección B</b>	<b>Divulgar a:</b> <i>(se requiere dirección si se envía por correo). Si se divulga a un equipo, indicar los miembros.</i>	<b>Propósito:</b>	<b>Fecha o evento de expiración*:</b>
	Autoridad de Salud de Oregón (OHA): Programa de Oportunidades de Vivienda en Sociedad de Oregón (OHOP), incluido el coordinador de vivienda local y empleados administrativos y de apoyo del programa.	Verificar la elegibilidad para el programa OHOP y/o LIHEAP, y conseguir y mantener asistencia para la vivienda <i>(incluida la asistencia para energía eléctrica).</i>	
<p><b>* Autorización válida por un año desde la fecha de su firma a menos que se especifique lo contrario.</b></p> <p>Puedo cancelar esta autorización en cualquier momento. Esto no afectará la información ya divulgada. Entiendo que existen leyes estatales y federales 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.</p> <p>Entiendo que la información usada y divulgada según esta autorización puede estar sujeta a redivulgación y ya no estará protegida por las leyes federales ni estatales. También entiendo que la ley federal o estatal prohíbe la redivulgación de información sobre diagnóstico, tratamiento, registros de rehabilitación vocacional o derivaciones relacionadas con el VIH/SIDA, salud mental y alcoholismo/ drogadicción sin autorización específica.</p>			
<b>Sección C</b>	Firma legal completa del individuo o del representante personal autorizado:	Relación con el cliente:	Fecha:
	Nombre del empleado <i>(letra de molde):</i>	Nombre/ubicación de la agencia iniciadora:	Fecha:
	Firma legal completa del empleado de la agencia que hace las copias:	Esta es una copia fiel del documento de autorización original.	
	Nombre del empleado en letra de molde:		

## Información que se requiere del cliente

**Para proveer o pagar servicios de salud:** Si el Departamento de Servicios Humanos (DHS) o la Autoridad de Salud de Oregon (OHA) actúa como **proveedor** de sus servicios de cuidado de la salud o paga dichos servicios a través del Plan de Salud de Oregon o del Programa Medicaid, usted puede decidir no firmar este formulario. Esto **no** afectará negativamente su elegibilidad para recibir servicios de salud, *a menos que* los servicios de cuidado de la salud sólo tengan como fin proveer información de salud a alguna otra persona y que la autorización sea necesaria para realizar dicha divulgación (*como por ejemplo, para realizar análisis, exámenes 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** en las siguientes situaciones:

- Para determinar si usted es elegible para inscribirse en algunos programas médicos que pagan el cuidado de la salud.
- Para determinar si usted reúne los requisitos para otro programa o servicio de DHS u OHA que no actúa como proveedor de cuidado de la salud

**Este formulario es voluntario.** DHS u OHA no puede exigir la firma de esta autorización como requisito para proporcionarle tratamientos, otorgarle pagos o inscribirlo en programas de cuidado de la salud financiados 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 autorizar la divulgación de información puede tener para la determinación de su elegibilidad o la coordinación de sus servicios. Si decide no firmar, puede ser derivado a un servicio único que pueda ayudarlo 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 titular del registro y las personas o los programas indicados en la autorización. **Equipo:** Un número de personas o agencias que normalmente trabajan juntas. Los miembros del equipo se deben identificar en este formulario.
2. **Asistencia:** Siempre que sea posible, un empleado de DHS u OHA 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 su nombre.
3. **Tutela/custodia:** Si la persona que firma este formulario es un representante personal, como por ejemplo un tutor, se debe adjuntar a este formulario una copia de los documentos legales que verifiquen la autoridad del representante para firmar la autorización. Del mismo modo, si una agencia tiene la custodia y el representante de la agencia firma el formulario, se debe adjuntar al mismo el comprobante que verifique la facultad de custodia.
4. **Cancelación:** Si quiere cancelar esta autorización en el futuro, hable con el empleado de DHS u OHA a cargo de su caso. Usted puede quitar a un miembro del 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 u OHA puede seguir usando la información obtenida antes de la cancelación.
5. **Menores:** Si usted es menor de edad, puede autorizar la divulgación de 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 en general si tiene 15 años o más.
6. **Atención especial:** Para información referida al **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 la información sobre VIH/SIDA (ORS 433.045, OAR 333-12-0270). Además, la ley estatal prohíbe redivulgar los datos sobre salud mental, tratamiento para el abuso de drogas ilegales, rehabilitación vocacional y tratamiento para discapacidades del desarrollo provenientes de programas financiados con fondos públicos (ORS 179.505, ORS 344.600) sin autorización específica por escrito.

**Aviso:** Los servicios y programas de salud de Oregon fueron transferidos del Departamento de Servicios Humanos (DHS) a la Autoridad de Salud de Oregon (OHA). DHS seguirá determinando la elegibilidad para muchos de los programas de salud como así también para otros programas administrados por DHS.