**SERVICIOS RELACIONADOS CON LA SALUD – Formulario de Solicitud de Servicios Flexibles**

**Llene un formulario por separado para cada artículo o servicio. Si usted no llena este formulario por completo, su solicitud no será procesada. Este formulario debe llenarse a máquina o por computadora, ya que no se aceptan copias escritas a mano.**

**Solicitudes urgentes: Las solicitudes urgentes pueden tomar 1-3 días hábiles antes de la fecha en que se necesite la vivienda o el refugio solicitado. Es posible que las solicitudes que se presenten con menos de 2 días hábiles de anticipación no sean revisadas para la fecha en que se necesite la vivienda o el refugio.**

Usted puede recibir este documento en otro idioma, impreso en letra más grande o de cualquier otra manera que sea mejor para usted. Llame al número gratuito (800) 431-4135. Los usuarios del servicio TTY pueden llamar al (800) 735-2900*.*

*You can get this letter in another language, large print, or another way that’s best for you. Call (800) 431-4135 TTY (800) 735-2900.*

 **Por favor envíe una solicitud a la vez a:**

 **Email:** healthrelatedservices@pacificsource.com -o- **Fax:** 541-322-6435

 **Fecha de envío: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ Solicitud urgente *(vivienda/refugio)*:** □

|  |
| --- |
| **Información del Miembro**  |
| Nombre: Haga click o presione aquí para ingresar el texto. | Apellido: Haga click o presione aquí para ingresar el texto. | Fecha de nacimiento: Haga click o presione aquí para ingresar el texto. |
| Dirección *(debe estar actualizada con la OHA)*: Haga click o presione aquí para ingresar el texto. |
| Ciudad: Haga click o presione aquí para ingresar el texto. | Estado: Haga click o presione aquí para ingresar el texto. | Código postal: Haga click o presione aquí para ingresar el texto. |
| Número de teléfono: Haga click o presione aquí para ingresar el texto. | # de ID del Miembro: Haga click o presione aquí para ingresar el texto. |
| **Información del Proveedor de Atención Primaria** |
| Nombre del proveedor de atención primaria y la clínica: Haga click o presione aquí para ingresar el texto.   |
| Dirección completa: Haga click o presione aquí para ingresar el texto. | Número de teléfono: Haga click o presione aquí para ingresar el texto. |
| **Información del Solicitante (*la persona que llena el formulario*)** |
| Nombre y puesto del solicitante: Haga click o presione aquí para ingresar el texto.  | Número de teléfono directo y e-mail: Haga click o presione aquí para ingresar el texto. |
|  | Nombre de la organización: Haga click o presione aquí para ingresar el texto. |
| Dirección del solicitante: Haga click o presione aquí para ingresar el texto.  |
| El solicitante ha recibido una aprobación del proveedor: Sí No   ¿Cuál proveedor dio la aprobación? Haga click o presione aquí para ingresar el texto. Fecha en que se recibió la aprobación: Haga click o presione aquí para ingresar el texto. Fecha en que se recibió la aprobación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| **Artículo o Servicio Solicitado** |
|  Describa el artículo o servicio: Haga click o presione aquí para ingresar el texto.  |
| Nombre de la tienda o de la persona que recibe el pago: Haga click o presione aquí para ingresar el texto.  |
| Dirección/número de teléfono, sitio web: Haga click o presione aquí para ingresar el texto. |
| Información adicional (*enlace directo al artículo u otra información pertinente*): Haga click o presione aquí para ingresar el texto. |
|  Cantidad: Haga click o presione aquí para ingresar el texto.Costo total: Haga click o presione aquí para ingresar el texto. |
|  Padecimientos de salud o diagnósticos relacionados con esta solicitud: Haga click o presione aquí para ingresar el texto. |
|  Describa cómo este servicio o artículo mejorará la salud del miembro/paciente: Haga click o presione aquí para ingresar el texto. |
|  ¿Se han agotado todas las opciones de financiamiento (recursos comunitarios, subvenciones, APD/IDD Plan K, etc.)? □ Sí □ No □ No aplica Por favor explique cuáles opciones no han tenido éxito: Haga click o presione aquí para ingresar el texto.     |
| **Solicitudes de Vivienda (*ayuda con la renta*)/Servicios Públicos** |
|  Nombre que aparece en el contrato de arrendamiento/hipoteca: Haga click o presione aquí para ingresar el texto. ¿A qué mes corresponde el pago? Haga click o presione aquí para ingresar el texto.¿Cuál es el plan de continuidad para resolver la necesidad después de recibir los fondos flexibles? Haga click o presione aquí para ingresar el texto. ¿Aceptará el casero/propietario un pago de una tercera persona? □ Sí □ No □ No aplica  ***\*En el caso de las solicitudes de vivienda, por favor obtenga un formulario W9 del casero/propietario y anéxelo a este formulario.***  |
| **Solicitudes de Refugio y Hotel Solamente:**  |
| ¿Aceptará el hotel un pago de una tercera persona? □ Sí □ No □ No aplica ¿Hay camas o habitaciones disponibles? □ Sí □ No Fecha de inicio: Fecha final:  |
| **Indique abajo la dirección donde se entregará el artículo:** |
|  Dirección del miembro: Solicitante:  Requ  PCP:  ***\*Si la dirección del miembro no coincide con la dirección registrada con la OHA, no se podrá entregar el artículo en esa dirección.***  |