Solicitud de Servicios Flexibles

PacificSource Community Solutions

Gracias por su interés en los servicios flexibles relacionados con la salud.

Los servicios flexibles son artículos o servicios de costo razonable que ofrecemos a los miembros del plan. Son cosas que pueden complementar los beneficios cubiertos.

Los servicios flexibles pueden cubrir artículos o servicios cuando no haya otros recursos disponibles.

El artículo o servicio:

- No debe ser un beneficio cubierto por su plan de salud
- Debe ser de costo razonable
- Debe demostrar un beneficio para la salud comprobado y avalado por evidencias o prácticas clínicas aceptadas
- Debe ser parte de su plan de tratamiento y estar aprobado por su proveedor de servicios de salud

Algunos ejemplos de solicitudes aprobadas de servicios flexibles incluyen:

- Alojamiento a corto plazo en un hotel para recuperarse de una hospitalización
- Báscula para controlar el peso en casa
- Un mes de ayuda para pagar la renta
- Equipos para hacer ejercicio en casa, tales como tapetes de yoga, zapatos para hacer ejercicio o un pequeño juego de pesas
- Pase para un gimnasio o centro de acondicionamiento físico (por periodos breves)
- Artículos recomendados por un médico especializado en salud mental. Ejemplos: cobertores con peso, lámparas de terapia de luz o materiales de terapia de arte

Elegibilidad

Cualquier miembro que actualmente esté inscrito en un plan de salud de PacificSource Community Solutions a través del Plan de Salud de Oregon (Medicaid) puede solicitar los servicios flexibles.

Proceso

1. Llene el formulario adjunto de Solicitud de Servicios Flexibles. Es posible que se rechace el formulario si está incompleto. Un proveedor de servicios de salud o socio comunitario puede ayudarle.
2. Asegúrese de que su solicitud sea aprobada por el proveedor de servicios de salud. Por ejemplo, puede ser su médico de atención primaria, un especialista, un dentista, un profesional de la salud del comportamiento, un cirujano o un encargado de planear las altas del hospital.
3. Usted, su proveedor o socio comunitario pueden enviar el Formulario de Solicitud de Servicios Flexibles. El formulario puede enviarse por fax al **541-322-6435** o por email a HealthRelatedServices@PacificSource.com.

Siguientes pasos

Nos pondremos en contacto con la persona que envió el formulario cuando estemos procesando activamente su solicitud. Una vez que tomemos una decisión, nuevamente nos pondremos en contacto con esa persona y le enviaremos una carta para informarle sobre la decisión.

Usted puede recibir este documento en otro idioma, impreso en una letra más grande o de cualquier otra manera que sea mejor para usted. También puede solicitar un intérprete. Esta ayuda no tiene costo. Llame al 800-431-4135 o por TTY: 711. Aceptamos llamadas del servicio de retransmisión.
You can get this document in another language, large print, or another way that's best for you. You can also request an interpreter. This help is free. Call 800-431-4135 or TTY 711. We accept all relay calls.

MCD198_0525_OHAAPPROVED050825

Formulario de Solicitud de Servicios Flexibles

PacificSource Community Solutions

Llene un formulario *por separado* para cada artículo o servicio.
Este formulario de solicitud se puede llenar. Solamente se procesarán los formularios completos y legibles.

Fecha de presentación _____

Información del miembro

Nombre legal _____ Apellido(s) legal(es) _____

Nombre preferido _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Número de teléfono _____ # de ID del Miembro: _____

Información del solicitante (la persona que llenó el formulario y está disponible para dar seguimiento)

Nombre del solicitante y puesto _____

Nombre de la organización _____

Teléfono directo _____ Dirección de email _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Aprobación del proveedor de servicios de salud

Los servicios flexibles deben formar parte del plan de tratamiento del miembro. Aunque este formulario no requiere la firma del proveedor de servicios de salud, es posible que nos pongamos en contacto con él/ella para confirmar su aprobación.

Nombre del proveedor y puesto/acreditación _____

Email _____ Teléfono _____

Clínica/organización _____ Fecha de aprobación _____

Artículo o servicio solicitado

Describa el artículo o servicio. (PacificSource puede sustituir el artículo o servicio por una opción de costo más razonable).

Describa el diagnóstico o padecimiento de salud relacionado con esta solicitud.

Continúa >

Describa cómo este servicio o artículo mejorará la salud del miembro.

Describa **al menos dos opciones de financiamiento** que no haya logrado conseguir. Por ejemplo, recursos comunitarios específicos, becas, APD/IDD K-Plan o cobertura de seguro. (Nota: 211 no se considera como una opción de financiamiento).

Llene una de las siguientes secciones y marque la sección que haya llenado. Si necesita más de un artículo o servicio, llene un formulario distinto para cada uno.

☐ **A.** Solicitud de artículo	☐ **B.** Solicitud de servicio	☐ **C.** Solicitud de ayuda temporal para pagar la renta	☐ **D.** Solicitud de ayuda para pagar los servicios públicos	☐ **E.** Solicitud de hotel/motel

A. Solicitud de artículo

Proveedor sugerido (no se garantiza el proveedor) _____

Costo del artículo $ _____ Dirección del proveedor _____

Teléfono y sitio web del proveedor _____

Información adicional (enlace directo al artículo y otra información relevante)

¿Dónde se debe entregar el artículo? Marque uno.

☐ Dirección del miembro ☐ Dirección del solicitante ☐ Dirección del proveedor de atención primaria

Nota: 1) Si la dirección del miembro no coincide con la dirección que aparece en los archivos de la Autoridad de Salud de Oregon (OHA), es posible que no se le entregue el artículo. 2) PacificSource puede proporcionar artículos sustitutos que sean de costo más razonable.

Continúa >

B. Solicitud de servicio

Si la solicitud es para un servicio, incluya copias de dos presupuestos. Algunos ejemplos incluyen el servicio de fumigación para plagas, el costo de la reparación de aparatos electrodomésticos, la renta de contenedores de basura o el servicio de limpieza a domicilio.

Nombre del proveedor _____ Presupuesto $ _____

Teléfono y sitio web del proveedor _____

Nombre del proveedor _____ Presupuesto $ _____

Teléfono y sitio web del proveedor _____

C. Solicitud de ayuda temporal para pagar la renta

Nombre que aparece en el contrato _____

¿A qué mes(es) corresponde el pago? _____ Monto de la renta _____

¿Cuál es el costo total? _____ Número de miembros de Medicaid en el hogar _____

Nombres legales de los miembros del hogar y números de ID de miembro de Medicaid

_____

Explique por qué necesita ayuda para pagar la vivienda.

¿Cuál es su plan para conseguir o mantener una vivienda a largo plazo (o después de recibir la ayuda)?

¿Aceptará el propietario de la vivienda el pago de un pagador externo? ☐ Sí ☐ No

Nota: PacificSource pudiera realizar un pago parcial. Confirme que el propietario de la vivienda acepte pagos parciales.

Dirección donde debe enviarse el pago (cheque)

_____

Documentos necesarios—envíelos junto con la solicitud:

- ☐ Formulario W-9 de impuestos del propietario de la vivienda

Y al menos uno de los siguientes:

- ☐ Contrato de renta ☐ Factura o registro de pago de la renta ☐ Aviso de pago atrasado
- ☐ Notificación de desalojo

D. Solicitud de ayuda para pagar los servicios públicos

Nombre en la cuenta del servicio público _____ # de cuenta del servicio público _____

Nombre e información de contacto de la compañía de servicios públicos _____

Monto adeudado $ _____ Monto total solicitado $ _____

Documentos necesarios—envíelos junto con la solicitud: ☐ Factura de servicios públicos más reciente O ☐ Aviso de cancelación del servicio

Continúa >

E. Solicitud de hotel/motel

Acuerdo de Código de Conducta del Miembro

Comprendemos la importancia del descanso durante el proceso de recuperación. Queremos que usted tenga la oportunidad de descansar y estaremos encantados de ayudarle con una estancia en un hotel. A cambio, sólo le pedimos que respete todas las reglas del hotel.

Declaración del miembro:

Cumpliré con todas las reglas del hotel o motel. Entiendo que soy responsable de mis actos, así como de los actos de mis invitados, niños y mascotas. En caso de que yo no siga las reglas, es posible que me pidan que desaloje el hotel o motel. Si me piden que me vaya, entiendo que PacificSource no me proporcionará una habitación en otro hotel o motel. Entiendo que me pueden pedir que desaloje el hotel o motel en caso de que yo haga alguna de las siguientes acciones:

- Acosar, causar lesiones o amenazar con lesionar al personal o a los huéspedes con algo que yo haga, diga, escriba o comunique
- Participar en acciones inseguras que puedan afectar a la seguridad o la salud del personal o de los huéspedes
- Causar o amenazar con causar daños a la propiedad del hotel o motel
- Poseer, utilizar o amenazar con utilizar cualquier tipo de arma en las instalaciones del hotel o motel
- Invitar a personas ajenas que no estén en la reservación
- Perturbar la tranquilidad de otros huéspedes
- Fumar o utilizar drogas ilícitas en la habitación
- Incurrir en gastos adicionales no aprobados, como servicios en la habitación, comida o renta

Entiendo que en caso de que yo no me presente a la hora del registro (check-in) o no cumpla con este acuerdo de código de conducta, es posible que no sea elegible para hospedarme en un hotel o motel a través de PacificSource en el futuro.

Firma del miembro (si está presente) _____ Fecha _____

Declaración del solicitante:

Confirmo que comenté con el miembro el contenido de este formulario y que el miembro comprende las reglas.

Firma del solicitante _____ Fecha _____

PacificSource llenará la información de esta casilla gris.

Nombre del miembro que solicita un financiamiento temporal para el hotel _____

Nombre del alojamiento _____

Aprobado el _____ Fecha de entrada _____

Continúa >

Llene este formulario para asegurarse de que PacificSource tenga toda la información necesaria para reservar un hotel para cada socio. *No se garantiza el hotel preferido o la fecha de entrada.*

Nombre para la reservación _____

¿Tiene el hotel/motel una habitación disponible para la(s) fecha(s) requerida(s)? ☐ Sí ☐ No

Nombre del hotel/motel _____ Teléfono _____

Dirección del hotel/motel _____

Nombre y teléfono de un hotel alterno, en caso de que el anterior no esté disponible:

Nombre del hotel/motel alterno _____ Teléfono _____

Fecha de entrada _____ Número estimado de días que se necesitan _____

Nota: El número máximo de días de alojamiento es de 28 días por cada solicitud.

Costo total, incluyendo impuestos y otras cuotas _____

¿Tiene el miembro necesidades de accesibilidad según la ADA? ☐ Sí ☐ No

En caso de "Sí", indique cuáles son las necesidades:

¿Tiene el miembro mascotas o animales de servicio? ☐ Sí ☐ No

En caso de "Sí", indique el tipo y el número de animales y mencione si son animales de servicio:

¿Se aceptan animales en el hotel? ☐ Sí ☐ No

¿Cuántos huéspedes en total necesitarán una habitación (incluyendo al miembro)? _____

¿Cuántas camas se necesitan? _____

Nombres de todos los huéspedes adultos:

¿Hay niños? (17 años de edad o menos) ☐ Sí ☐ No

En caso de "Sí", indique el número de niños _____ y sus edades _____

¿Tiene el miembro una identificación expedida por el gobierno? ☐ Sí ☐ No

Nota: El hecho de no tener una identificación limitará las opciones de hotel.

¿Cuál es su plan para conseguir una vivienda después de recibir la ayuda?

Nota: A los miembros se les proporciona un fondo anual. Es posible que no se aprueben los artículos o servicios cuyo costo exceda el monto del fondo anual.

Por favor envíe una solicitud a la vez a:

Email: HealthRelatedServices@PacificSource.com | Fax: **541-322-6435**