

## 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 mejorar los beneficios cubiertos.

### El artículo o servicio:

- No debe ser un beneficio cubierto por su plan de salud
- Debe ser de costo razonable y tener un beneficio de salud comprobable. Esto significa que debe estar basado en evidencias o en prácticas clínicas ampliamente aceptadas.
- Debe ser parte de su plan de tratamiento.

### 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
- Gastos de mudanza a una residencia para sobrios
- Equipos para hacer ejercicio en casa, tales como tapetes de yoga, zapatos para hacer ejercicio o un pequeño juego de pesas
- Pase de sesiones prepagadas para un gimnasio o centro de acondicionamiento físico (no membresía)
- Artículos recomendados por un médico especialista 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. 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](mailto:HealthRelatedServices@PacificSource.com).

### Siguientes pasos

Nos pondremos en contacto con la persona que envió el formulario para confirmar que lo hemos recibido e informar sobre el tiempo de respuesta estimado. 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.

# Formulario de Solicitud de Servicios Flexibles



**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 legal \_\_\_\_\_

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. Es posible que nos pongamos en contacto con el proveedor para verificar la aprobación.

Nombre del proveedor y puesto/acreditación \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Clínica/organización \_\_\_\_\_ Fecha de aprobación \_\_\_\_\_

## Artículo o servicio solicitado

Describa el artículo o servicio:

Padecimiento de salud o diagnóstico relacionados con esta solicitud:

Describa cómo este servicio o artículo mejorará la salud del miembro/paciente:

Explique cuáles opciones de financiamiento no han tenido éxito. Por ejemplo, recursos comunitarios, becas, APD/IDD K-Plan o cobertura de seguro:

**Llene una de las siguientes secciones, dependiendo de sus necesidades específicas. Si necesita más de un artículo o servicio, llene un formulario distinto para cada uno.**

<b>A.</b> Solicitud de artículo	<b>B.</b> Solicitud de servicio	<b>C.</b> Solicitud de ayuda temporal para la renta	<b>D.</b> Solicitud de ayuda para los servicios públicos	ó	<b>E.</b> 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: 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.*

Continúa >

## B. Solicitud de servicio

Si la solicitud es para un servicio, incluya copias de dos presupuestos. Algunos ejemplos incluyen el costo de la reparación del automóvil, 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 la renta

Nombre en el contrato de renta \_\_\_\_\_

¿A qué mes(es) corresponde el pago? \_\_\_\_\_ Monto del depósito de seguridad \_\_\_\_\_

Monto de la renta \_\_\_\_\_ ¿Cuál es el costo total? \_\_\_\_\_

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)?

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

Dirección donde debe enviarse el pago

Documentos necesarios—envíelos junto con la solicitud:

Formulario W-9 de impuestos del arrendador

**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        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 ayudarlo 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:**

Confirmando 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 de la reservación \_\_\_\_\_

¿Se confirmó si hay lugar en el hotel/motel?    Sí    No

Nombre del hotel/motel \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección del hotel/motel \_\_\_\_\_

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

Nombre del hotel/motel alternativo \_\_\_\_\_ 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

*Tenga en cuenta que el hecho de no tener una identificación limitará las opciones de hotel.*

Notas adicionales:



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

Email: [HealthRelatedServices@PacificSource.com](mailto:HealthRelatedServices@PacificSource.com) | Fax: **541-322-6435**

¿Tiene usted alguna duda? Comuníquese con el equipo de Servicios Flexibles: **541-284-7964**,

TTY: 711. Aceptamos llamadas del servicio de retransmisión.