**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](mailto: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.*** | | | |