

**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:	Apellido:	Fecha de nacimiento:
Dirección (debe estar actualizada con la OHA):		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Número de teléfono:	# de ID del Miembro:	

**Información del Proveedor de Atención Primaria**

Nombre del proveedor de atención primaria y la clínica:

Dirección completa:

Número de teléfono:

**Información del Solicitante (la persona que llena el formulario)**

Nombre y puesto del solicitante:

Número de teléfono directo y e-mail:

Nombre de la organización:

Dirección del solicitante:

El solicitante ha recibido una aprobación del proveedor:  Sí  No

¿Cuál proveedor dio la aprobación?

Fecha en que se recibió la aprobación:

**Artículo o Servicio Solicitado**

Describa el artículo o servicio:

Nombre de la tienda o de la persona que recibe el pago:

Dirección/número de teléfono, sitio web:

Información adicional (*enlace directo al artículo u otra información pertinente*):

Cantidad:  
Costo total:

Padecimientos de salud o diagnósticos relacionados con esta solicitud:

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

¿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:

**Solicitudes de Vivienda (*ayuda con la renta*)/Servicios Públicos**

Nombre que aparece en el contrato de arrendamiento/hipoteca:

¿A qué mes corresponde el pago?

¿Cuál es el plan de continuidad para resolver la necesidad después de recibir los fondos flexibles?

¿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: \_\_\_\_\_

PCP: \_\_\_\_\_

***\*Si la dirección del miembro no coincide con la dirección registrada con la OHA, no se podrá entregar el artículo en esa dirección.***