



Flexible Services Request Form (Formulario de solicitud de Flexible Services)

Última actualización: Mayo de 2026

Si necesita un aire acondicionado, purificador de aire, calentador, refrigerador para medicamentos o generador, consulte nuestro [Climate Device Request Form](#) (Formulario de solicitud de dispositivos de climatización)

Tengo Oregon Health Plan (OHP)/Medicaid con:



*Incluidos CareOregon,
Kaiser, OHSU y Providence

Información del miembro

Fecha (mes/día/año): _____

Nombre legal: _____

Otros nombres utilizados: _____

N.º de identificación de Medicaid (si lo conoce): _____

Fecha de nacimiento (mes/día/año): _____

Nombre del proveedor de atención primaria: _____

N.º de personas en el hogar: _____ Ingresos anuales del hogar: _____

Necesidades de accesibilidad: ☐ Lengua de señas ☐ Braille ☐ Letra grande

☐ Intérprete _____
(escriba el idioma)

Si llena este formulario por el miembro, ingrese los datos de usted a continuación:

Nombre: _____

Relación con el miembro: _____ Número de teléfono: _____

Pueden comunicarse conmigo (o con la persona que llenó este formulario) en relación con esta solicitud: ☐ Sí ☐ No

Si usted es un proveedor o gestor de caso ayudando con esta solicitud y quiere recibir actualizaciones, incluya los siguientes datos:

Nombre e información de contacto: _____

Organización: _____ Soy un: ☐ Gestor de caso ☐ Proveedor de HRSN

Contacto

Nos comunicaremos con usted para hablar sobre su solicitud. ¿Cómo le gustaría que nos comunicáramos con usted en relación con esta solicitud?

- ☐ Llamada telefónica (escriba su número de teléfono): _____
- ☐ Mensaje de texto: _____
- ☐ Correo electrónico: _____
- ☐ Otro: _____
- ☐ Comuníquense con mi representante para hablar sobre esta solicitud:
 - o Nombre: _____
 - o Teléfono: _____
 - o Dirección de correo postal: _____

¿Nos autoriza a contactar a las siguientes personas u organizaciones para ayudar a coordinar los servicios solicitados? ☐ Sí ☐ No

- Proveedores que estén haciendo trabajos en su vivienda
- Un hotel o lugar de alojamiento
- Propietario o gestor de la propiedad
- Proveedores de instalación de sistemas de climatización

Solicitud de información

1. ¿Para qué fecha necesita que se le entregue o pague este artículo?: _____
(mes/día/año)
2. ¿Por qué necesita este artículo o servicio?
3. ¿Para qué síntomas o diagnósticos médicos sería de ayuda este artículo y por qué?
4. ¿A qué otros recursos ha intentado acceder para pagar este servicio o comprar este artículo?
5. Describa el artículo o servicio que necesita:
Si su solicitud es para un artículo, agregue cualquier detalle de la marca, el tipo, el tamaño, el color y cualquier otro dato importante. Si la solicitud es para alquilar o para servicios públicos, incluya los meses que se deben pagar o las tarifas por retraso, o los servicios públicos incluidos en el contrato de alquiler. Si la solicitud es para hacer una reserva hotelera, complete las secciones de este formulario dedicadas a la Hotel Request Checklist (Lista de solicitud de reserva hotelera) y el Member Code of Conduct (Código de conducta de los miembros).
6. ¿Cuál es el costo total del artículo o servicio, incluidas las tarifas adicionales, como el envío?
IMPORTANTE: Cada miembro puede recibir hasta \$1500 por año calendario en concepto de Flexible Services (Servicios Flexibles).
7. ¿Cuál es la dirección de entrega a la que debe enviarse el artículo o pago? **IMPORTANTE:** Los artículos más grandes que un sobre deberán enviarse a una dirección física segura, no a un apartado postal.
8. ¿A quién le estamos pagando? ¿O dónde estamos comprando el artículo? Incluya enlaces si es posible y corresponde.
9. El programa Flexible Services es un apoyo de financiamiento temporal. ¿Qué medidas está tomando usted para poder pagar este artículo o servicio en el futuro?

10. ¿Ha recibido este artículo o servicio de nuestra parte anteriormente? ☐ Sí ☐ No

11. ¿Ha recibido este artículo de nuestra parte en los últimos 6 meses? ☐ Sí ☐ No

11a. Si ambas respuestas son afirmativas, ¿por qué vuelve a solicitar este artículo o servicio?

12. Si su solicitud es de más de \$1500, incluya los nombres de todos los miembros de su hogar si tienen cobertura del OHP:

Nombre	Cobertura de OHP	Nombre	Cobertura de OHP
	☐ Sí ☐ No		☐ Sí ☐ No
	☐ Sí ☐ No		☐ Sí ☐ No
	☐ Sí ☐ No		☐ Sí ☐ No

Confirmación y autorización del miembro

Al firmar este formulario, entiendo y acepto lo siguiente:

- ☐ Si se aprueban, acepto recibir los servicios solicitados anteriormente.
- ☐ Mi plan médico puede comunicarse conmigo para obtener más información sobre esta solicitud.
- ☐ Firmo bajo pena de perjurio. Eso significa que, a mi leal saber y entender, toda la información que proporcioné en esta solicitud es verdadera y precisa y está completa.
- ☐ Si proporciono información falsa o incorrecta, podría estar sujeto a sanciones en virtud de la ley estatal o federal. Esto puede incluir tener que devolver el dinero gastado en cualquier servicio que reciba en virtud de esta solicitud.

Firma

Escriba su nombre y firme esta solicitud.

Un representante puede firmar este formulario en nombre del miembro, incluso si el miembro es menor de edad.

Nombre del miembro: _____

Firma del miembro: _____

Nombre del representante: _____

Firma del representante: _____ Fecha: _____

Enviar por fax: 503-416-1376 o por correo electrónico: hsrcx@careoregon.org

Si tiene preguntas sobre Flexible Services, necesita ayuda para llenar el formulario o desea presentar una queja formal, llame a Servicio al Cliente al 971-236-2998 o al TTY 711.

Puede obtener este documento en otros idiomas, en letra grande, en braille o en el formato que prefiera. También tiene derecho a un intérprete. Puede obtener ayuda de un intérprete calificado o certificado en el área de atención médica. Esta ayuda es gratuita. Llame a la línea gratuita de su Coordinated Care Organization (CCO, Organización de Atención Coordinada), al TTY 711 o infórmeselo a su proveedor.

Aceptamos llamadas de retransmisión.

CareOregon Health Share: 800-224-4840

Columbia Pacific CCO: 855-722-8206

Jackson Care Connect: 855-722-8208



Hotel Request Checklist (Lista de verificación de solicitud de hotel)

Última actualización: mayo de 2026

Utilice esta lista de verificación para asegurar que tengamos toda la información necesaria para ayudarle a reservar su hotel.

Su nombre: _____

Nombre en la reservación: _____

¿Se confirmó una vacante? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, ¿en qué fecha se confirmó? _____

Nombre del hotel/motel: _____

Dirección del hotel/motel: _____

Número de teléfono del hotel/motel: _____

Fecha de ingreso (día/mes/año): _____

Cantidad estimada de días que se requiere el hospedaje:

☐ 7 noches ☐ 4 noches ☐ 28 noches ☐ Otra _____

Nota: El máximo de días que se puede reservar es de 28 días por solicitud.

¿Tiene necesidades de accesibilidad según la Americans with Disabilities Act (ADA, Ley de Estadounidenses con Discapacidades)? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, detalle cuáles son las necesidades:

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

En caso afirmativo, señale el tipo y la cantidad de animales, e indique si son animales de servicio:

¿El hotel acepta animales? ☐ Sí ☐ No ☐ No sé

¿Cuántas personas en total se alojarán en la habitación con usted o el miembro? _____
(escriba "1" si solo es usted/el miembro)

Si son más de cuatro personas en la reservación, será necesario reservar una habitación adicional.

¿Habrá niños? ☐ Sí ☐ No

Indique todos los demás huéspedes que se alojarán con usted/el miembro y describa su relación con usted/el miembro. Si hay niños menores de 18 años, indique sus edades.

¿Cuántas camas se necesitan y de qué tamaño? _____

¿Tiene una tarjeta de identificación emitida por el gobierno? ☐ Sí ☐ No

Nota: No tener una tarjeta de identificación limita las opciones de hotel.

¿Necesita una habitación para fumadores? ☐ Sí ☐ No

¿El hotel seleccionado tiene disponibles habitaciones para fumadores? ☐ Sí ☐ No



Vivienda temporal: Member Code of Conduct Form (Formulario del código de conducta para miembros)

Última actualización: mayo de 2026

CareOregon se alegra de ayudarle con las opciones de vivienda. Queremos que sea una buena experiencia para usted y el hotel donde se aloje. Por eso, cuando pagamos su habitación de hotel, usted está obligado a cumplir todas las reglas del hotel y a tratar al personal con respeto. Necesitamos que llene el formulario y firme al final para indicar que está de acuerdo.

_____ (nombre del miembro) está recibiendo financiamiento temporal para alojarse en un hotel por parte de CareOregon en nombre Organizaciones de la Atención Coordinada (CCO) de Health Share of Oregon.

Acuerdo del miembro

- Seguiré todas las reglas del hotel o motel.
- Entiendo que soy responsable de mis acciones, incluido daños a la habitación del hotel. Pueden pedirme que abandone el hotel o motel si no sigo sus reglas.
- No tengo ningún derecho de residencia.
Sé que el hotel podría limitar cuántas noches seguidas puedo quedarme. Si necesito quedarme más tiempo del permitido o más noches de las que pedí, tendré que llenar un nuevo formulario de solicitud.
- Entiendo que el hotel o motel tiene un horario de ingreso y que es posible que CareOregon no pueda encontrar otro hotel o motel si no cumplo con el horario de ingreso.

Entiendo que me pueden pedir que abandone el hotel si:

- No sigo las reglas del motel/hotel.
- Acoso al personal o a los huéspedes del hotel o motel.
- Daño o amenaza con dañar la propiedad del hotel o motel.
- Realizo acciones inseguras que podrían afectar la seguridad o salud del personal o los huéspedes.
- Lastimo o amenaza con lastimar al personal o a los huéspedes de manera verbal, por escrito o mediante cualquier otro tipo de comunicación.
- Llevo un arma al hotel o motel.

- Uso o amenaza con usar cualquier arma en la propiedad del hotel o motel.
- Hay demasiados huéspedes no autorizados alojados conmigo.
- Tengo conmigo animales/mascotas/animales de servicio no autorizados.
- Fumo cigarrillos en una habitación de no fumadores.

Importante: Es posible que CareOregon no pueda ofrecer un nuevo motel/hotel en el futuro si usted, o cualquier persona que se aloje con usted, actúa de las formas indicadas anteriormente.

Firma

Firma del miembro: _____ Fecha: _____
(día/mes/año)

Nombre de la persona que envía
el formulario (si es diferente del miembro): _____

Firma de la persona que envía el formulario: _____ Fecha: _____
(día/mes/año)

\

Puede recibir este documento en otros idiomas, en letra grande, en braille o en el formato que prefiera. También tiene derecho a un intérprete. Puede recibir ayuda de un intérprete de atención médica certificado o calificado. Esta ayuda es gratuita. Llame a la línea gratuita de su CCO, al TTY 711 o infórmese a su proveedor. Aceptamos llamadas de retransmisión.

CareOregon Health Share: 800-224-4840

Columbia Pacific CCO: 855-722-8206

Jackson Care Connect: 855-722-8208

OHP-261184700-SP-0611



Hoja de trabajo de ingresos y presupuesto relacionados con la salud

Última actualización: Mayo 2026

NOTA: Puede omitir esta hoja de trabajo si solicita un servicio o artículo único.

Le agradecemos por enviar una solicitud de servicios relacionados con la salud. En algunos casos, nuestro equipo necesita más información para determinar su plan de sostenibilidad y los recursos con los que cuenta. Por favor, complete el formulario a continuación para proporcionarnos más información y así poder determinar la mejor manera de apoyarle.

Por favor, complete esta sección siguiendo las instrucciones de la hoja de presupuesto.

Información del afiliado

Nombre del afiliado: _____ Fecha de nacimiento: _____

Número de identificación del afiliado: _____ Fecha: _____

Dirección/residencia actual: _____

Número de meses/años en su residencia actual: _____

Use la tabla a continuación para calcular el número de personas en su hogar

Usted	
Su esposo(a) legal	
Su pareja que vive con usted (si tiene un hijo menor de 19 años con esta persona)	
Niños (menores de 19) que viven con usted	
Cualquier otra persona que incluya en su declaración federal de impuestos, aunque no viva con usted	
Si es menor de 19 años, incluya a sus padres, padrastros o madrastras y a sus hermanos o hermanas (también menores de 19 años) que vivan con usted.	
Cualquier persona que esté embarazada de su hogar	
Los bebés por nacer de las personas embarazadas de su hogar	
Número total en la vivienda:	

Situación actual de la vivienda

☐ Soy dueño de mi hogar

☐ Sin hogar

☐ Alquiler (solo una unidad familiar vive en esta dirección)

☐ Alquiler compartido (con compañeros de cuarto o con otra unidad familiar) Su porción es:

Ingresos

Fuente de ingresos	Cantidad mensual Adulto #1	Cantidad mensual Adulto #2	Cantidad mensual Adulto #3	Cantidad mensual Adulto #4	Cantidad mensual Adulto #5
Nombre de la persona					
AFDC (TANF)					
Trabajo Part-time (PT, Medio tiempo)/ Full-time (FT, Tiempo completo)					
Beneficios de la VA					
SSI/SSDI					
Desempleo					
Discapacidad estatal					
Ingresos por cuidado de crianza					
Discapacidad de un integrante de la familia					
Manutención infantil/pensión alimenticia					
Pensión/retiro					
Ingresos por negocio propio					
Ingresos por intereses o dividendos					
Otros ingresos					
Total:					

No cuente los siguientes como ingresos:

- Ingresos de menores de 18 años
- Herencia e ingresos del seguro
- Ayuda financiera para estudiantes
- Reembolsos de gastos médicos
- Ingresos del cuidador que vive en el hogar
- Pago por exposición a fuego hostil de las Fuerzas Armadas
- Beneficios SNAP

Gastos para los próximos tres meses

Gastos actuales del mes

Alquiler/hipoteca	\$		Pago del auto	\$
Gas	\$		Seguro de auto	\$
Electricidad	\$		Gasolina	\$
Agua	\$		Artículos para el hogar	\$
Basura	\$		Comida	\$
Teléfono	\$		Cuidado infantil	\$

Gastos del mes siguiente

Alquiler/hipoteca	\$		Pago del auto	\$
Gas	\$		Seguro de auto	\$
Electricidad	\$		Gasolina	\$
Agua	\$		Artículos para el hogar	\$
Basura	\$		Comida	\$
Teléfono	\$		Cuidado infantil	\$

Gastos del tercer mes

Alquiler/hipoteca	\$		Pago del auto	\$
Gas	\$		Seguro de auto	\$
Electricidad	\$		Gasolina	\$
Agua	\$		Artículos para el hogar	\$
Basura	\$		Comida	\$
Teléfono	\$		Cuidado infantil	\$

Ingresos totales del mes: _____ Gastos totales del mes: _____

¿Declaró no tener ingresos? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo ¿tiene un administrador de casos al que podamos llamar para verificar sus ingresos?

Nombre del encargado del caso: _____

Agencia: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Número de teléfono: _____

- ☐ Doy mi permiso para llamar a mi administrador de casos para validar mis ingresos.
- ☐ No tengo un administrador de casos/encargado de casos que pueda validar mis ingresos.
- Certifico que los ingresos indicados en esta hoja de trabajo son verdaderos y completos según mi leal saber y entender.

Firma: _____

Gasto financiero actual

Por favor, cuéntenos más sobre su situación económica actual.

¿Qué es lo que ha provocado que no pueda pagar sus facturas médicas?

Plan para aumentar los ingresos y reducir gastos

Acción		Fecha objetivo
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Envío de los formularios

Puede completar este formulario usted mismo o con la ayuda de uno de sus padres, cuidadores, tutores, una persona de apoyo o de confianza, o un integrante del personal de una organización o clínica.

Envíe por fax los formularios completos al:

503-416-1376

A la atención de: HRS

Cualquier documento relacionado a su solicitud deberá ser enviado con anticipación. Aquí hay dos maneras para enviarlos:

Envío a través del portal

La manera más rápida de enviar sus documentos o revisar el estatus de su solicitud es a través del portal para afiliados. Es una plataforma de mensajería segura a la que puede acceder a través de un sitio web usando una computadora de escritorio. Puede iniciar sesión si ya tiene una cuenta, o seguir las instrucciones en la pantalla para registrarse. **Por favor, tome en cuenta:** Si es menor de 18 años, no puede usar este portal por su cuenta. Un padre o tutor deben ayudarlo.

Para acceder al portal, vaya a careoregon.org/memberportal

Una vez que haya iniciado sesión, envíe sus documentos siguiendo estas instrucciones:

1. Vaya al centro de mensajes y haga clic en “new message” (mensaje nuevo)
2. Haga clic en “add recipients” (añadir destinatarios) y seleccione "Health Related Services Requests"
3. Ponga HRSN en la línea de asunto y adjunte el/los archivo(s) al mensaje usando la herramienta para adjuntar archivos
4. Agregue cualquier otra información adicional y haga clic en “send” (enviar)

Envío a través del portal

Si no puede acceder al portal, puede enviarnos sus documentos por correo electrónico al hrsncx@careoregon.org

Si tiene alguna pregunta o le gustaría recibir ayuda para llenar los formularios de solicitud, llame a Servicio al Cliente al 971-236-2998 o TTY 711.

Puede recibir este documento en otros idiomas, letra grande, braille o el formato que usted prefiera. También tiene derecho a un intérprete. Puede recibir ayuda de un intérprete certificado en atención médica. Esta ayuda es gratuita. Llame a su Coordinated Care Organization (CCO, Organización de Atención Médica Coordinada) sin costo, TTY 711, o dígame a su proveedor. Aceptamos llamadas de retransmisión.

Para CareOregon Health Share: 800-224-4840

Para Columbia Pacific CCO: 855-722-8206

Para Jackson Care Connect: 855-722-8208