



Housing Request Form (Formulario de solicitud de vivienda)

Última actualización: mayo de 2026

Este programa es para miembros con afecciones médicas complejas. Al solicitarlo, utilice al Miembro del Oregon Health Plan (OHP) de su hogar con las afecciones médicas más complejas, en especial aquellas personas que sean menores de 6 años o mayores de 65. Es posible que podamos proporcionarle ayuda para pagar el alquiler y los servicios públicos, para comunicarse con el propietario o para conectarlo con otros recursos para la vivienda. También podemos ayudarlo a mejorar la seguridad de su hogar mediante modificaciones.

Por favor, brinde la información que se solicita en este formulario. Enviar vía fax: 503-416-1376 o por correo electrónico: hsrcx@careoregon.org

Si necesita ayuda para llenar este formulario, llame al 971-236-2998.

Acuerdo de solicitud de servicios

- Sí Solicito ayuda a mi plan médico para saber si reúno los requisitos para recibir apoyo para la vivienda, para ayudarme a conservar mi vivienda o para mejorar la seguridad de mi hogar.
- No

Información del miembro

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

Fecha de nacimiento (día/mes/año): _____ ¿El miembro es menor de 18 años? Sí No

En caso afirmativo, brinde el nombre de la persona a la que se debe contactar en caso de tener preguntas o para la coordinación del beneficio, y su relación con usted:

Nombre (como aparece en la tarjeta de OHP/Medicaid): _____

Nombre y pronombres elegidos: _____

Correo electrónico: _____

Nombre del proveedor de atención primaria: _____

Nombres de los miembros de su hogar y si tienen cobertura del OHP:

Nombre	Cobertura del OHP	Nombre	Cobertura del OHP
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Necesidades de accesibilidad: Lengua de señas Braille Letra grande

Intérprete _____
(indique 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

Tengo OHP/Medicaid con:



*Incluidos CareOregon, Kaiser, OHSU y Providence

Situación actual

Las siguientes situaciones podrían permitirle obtener ayuda para realizar cambios en su hogar por razones de salud y seguridad. Marque todas las opciones que correspondan:

- Actualmente tengo vivienda
- Tengo una afección médica que requiere cambios en mi vivienda actual por razones de seguridad
- Estoy atravesando uno de los siguientes cambios en mi vida: (marque todas las opciones que correspondan)
 - Además del OHP, seré elegible para Medicare en los próximos tres meses
 - Me inscribí en Medicare además del OHP por primera vez hace menos de nueve meses
 - Es posible que me quede sin hogar o pierda mi vivienda pronto
 - Recibí atención en un centro de salud mental o de recuperación por consumo de sustancias en los últimos 12 meses

- He participado en los servicios de asistencia social infantil (cuidado de acogida) de Oregón ahora o en el pasado
- Ninguna de las opciones anteriores

Las siguientes situaciones podrían permitirle obtener ayuda para conservar su vivienda actual, como apoyo para el alquiler. Marque todas las opciones que correspondan:

- Actualmente tengo vivienda
- Necesito ayuda para quedarme en mi vivienda actual
- Tengo un contrato de arrendamiento o acuerdo por escrito con la persona a la que le alquilo (p. ej., el propietario)
- No soy dueño de mi propia casa
- No tengo recursos para evitar quedarme sin hogar
- Tengo una afección médica que se indica en la siguiente sección
- Ninguna de las opciones anteriores

Hogar

Comparta la siguiente información sobre su hogar. Su hogar está integrado por usted y su cónyuge o hijos.

¿Cuántas personas constituyen su hogar? _____

¿Cuál es su ingreso familiar anual estimado, antes de los impuestos? _____

¿El propietario vive con usted? Sí No

En caso afirmativo, ¿qué porcentaje del alquiler paga el propietario? _____

¿Vive con alguien que no sea parte de su hogar? Sí No

En caso afirmativo, ¿qué porcentaje del alquiler paga esta persona? _____

¿Su contrato de alquiler es un subarrendamiento? Sí No

Empleo e ingresos

¿Cuál es su situación laboral actual?

- Empleado de tiempo completo Empleado de medio tiempo Jubilado
- Trabajador independiente Desempleado Estudiante No lo sé
- Otro _____

¿Tiene otras fuentes de ingresos? Sí No
En caso afirmativo, ¿cuáles son sus otras fuentes de ingresos mensuales?

Afecciones médicas

Sí No ¿Alguna de las afecciones mencionadas a continuación corresponde a su caso?

Marque las casillas que correspondan:

- Afección física compleja (especifique): _____
 - Una afección física grave que sigue empeorando o que puede ser mortal. Requiere tratamiento regular, ayuda para mantenerse estable o tratamiento para evitar que empeore. Esta afección hace que le cueste pagar la vivienda. Entre los ejemplos se incluyen: enfermedad renal crónica, Parkinson y diabetes insulínica dependiente.
- Afección compleja de salud del comportamiento (especifique): _____
 - Una afección grave de salud del comportamiento que sigue empeorando o que puede ser mortal. Requiere tratamiento regular, ayuda para mantenerse estable o tratamiento para evitar que empeore. Esta afección hace que le cueste pagar la vivienda. Entre los ejemplos se incluyen: trastorno bipolar, esquizofrenia y trastorno depresivo grave que han requerido hospitalización en los últimos 12 meses.
- Discapacidad intelectual o del desarrollo (especifique): _____
- Dificultad con el autocuidado y las actividades diarias (especifique): _____
- Experiencia de abuso o negligencia, actualmente o en el pasado
- Uso frecuente de la sala de emergencias o servicios para crisis
- Actualmente está embarazada o dio a luz en los últimos 12 meses
- Tiene 65 años o más
- Tiene 6 años o menos

Solicitud de apoyo para la vivienda

Solicito el siguiente apoyo para la vivienda (marque todas las casillas que correspondan):

- Ayuda para pagar el alquiler por hasta seis meses, incluido cualquier alquiler actual o adeudado*
- Ayuda para pagar facturas de servicios públicos por hasta seis meses, incluido cualquier servicio público actual o adeudado*
- Tarifas de instalación de servicios públicos*
- Tarifas de almacenamiento
- Apoyo al inquilino (ayuda para obtener recursos y servicios para inquilinos)
- Apoyo para pagar el hotel o motel (si marca esta casilla, llene la *Hotel Request Checklist [Lista de verificación de solicitud de hotel]*)

Cambios a la vivienda por razones de salud y seguridad (especifique y describa la solicitud específica):

- Agregar barras de apoyo, rampas para silla de ruedas o manijas para cajones
- Limpieza profunda
- Eliminación de plagas
- Instalación de cortinas en las ventanas
- Otro: _____

¿Es propietario de su casa o es inquilino? Propietario Inquilino

- Si alquila, ¿tiene la aprobación del propietario para realizar estos cambios? Sí No

**Si necesita ayuda, llene la Rent & Utility Assistance Checklist (Lista de verificación de asistencia para el alquiler y los servicios públicos).*

¿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

¿Recibe el mismo servicio o servicios similares a los solicitados anteriormente a través de algún programa financiado a nivel local, estatal o federal, como el Department of Housing and Urban Development (HUD, Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano) o Housing Assistance Payments (HAP, Pagos de Ayuda para la Vivienda)? Sí No

En caso afirmativo, especifique:

¿Recibe algún servicio similar a través de otro programa que cubra esas necesidades, sin duplicar los servicios que solicita más arriba? Sí No

Comparta más información sobre sus circunstancias actuales. Las siguientes preguntas son opcionales, pero nos ayudarán a determinar la mejor manera de atender sus necesidades.

• ¿Actualmente tiene un aviso de desalojo? Sí No

En caso afirmativo, ¿cuál es la fecha de desalojo? _____

• ¿Actualmente tiene programada una audiencia de desalojo? Sí No

En caso afirmativo, ¿cuál es la fecha de la audiencia? _____

• ¿Actualmente tiene un aviso de corte de servicios públicos o ya se los cortaron? Sí No

En caso afirmativo, ¿cuándo le cortarán los servicios públicos? _____

• ¿Ha experimentado falta de vivienda antes? Sí No

• ¿Lo han desalojado antes? Sí No

• ¿Se produjo algún cambio reciente en sus circunstancias por el que tenga la necesidad de recibir apoyo para el alquiler o los servicios públicos, por ejemplo, el fallecimiento de algún miembro del hogar? Sí No

En caso afirmativo, explique:

Contacto

CareOregon se comunicará con usted para hablar sobre su solicitud. ¿Cómo desea que nos comuniquemos con usted?

Llamada telefónica (escriba un número de teléfono): _____

¿Podemos dejar un mensaje de voz detallado sobre esta solicitud? Sí No

Mensaje de texto (si es diferente del anterior, escriba el número de teléfono):

Correo electrónico: _____

Otro: _____

Comuníquense con mi representante:

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección de correo postal: _____

Me gustaría comunicarme con un coordinador de atención para que me ayude a obtener más atención médica o servicios de salud del comportamiento, o tratar mis afecciones médicas. A continuación, indico mis necesidades:

Confirmación y aprobación del miembro

- Me gustaría que mi plan médico verificara si reúno los requisitos para recibir apoyos para la vivienda.
- Si se aprueban, acepto recibir los servicios que solicité anteriormente.
- Mi plan médico puede comunicarse conmigo o mi proveedor para obtener más información a través de comunicaciones electrónicas, como correos electrónicos o mensajes de texto, los cuales puedo cancelar en cualquier momento.
Mi plan médico puede consultar mis registros. Esto incluye registros sobre mis necesidades de atención. Esto también podría incluir los expedientes de mis proveedores de atención médica.
- Entiendo que mi plan médico se comunicará conmigo sobre esta solicitud, la cual podría denegar si no proporciono la información necesaria para procesarla.
- Firmo bajo pena de perjurio, lo que 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 podría incluir tener que devolver el dinero por cualquier servicio que reciba en virtud de esta solicitud.
- Acepto el uso de métodos que ofrece la tecnología de la información para compartir datos personales.

Firma

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 vía fax: 503-416-1376 o por correo electrónico: hrsncx@careoregon.org



Rent & Utility Assistance Checklist (Lista de verificación de asistencia para el alquiler y los servicios públicos)

Última actualización: mayo de 2026

Asistencia para el alquiler

Elija el tipo de ayuda que necesita para el alquiler. Marque todas las opciones que correspondan:

- Ayuda para el alquiler actual o futuro
 - Cantidad de meses solicitados: _____
 - Meses para los que necesita el pago: _____
 - Pago mensual del alquiler: _____
 - Cantidad de habitaciones de la vivienda alquilada: _____
 - Fecha del siguiente pago: _____
- Ayuda para alquileres adeudados
 - Cantidad de meses adeudados: _____
 - Meses para los que necesita el pago: _____
 - Pago mensual del alquiler: _____
 - Monto total adeudado, incluidas las tarifas: _____
 - Cantidad de habitaciones de la vivienda alquilada: _____

¿Cuál es el nombre y la dirección de la empresa o persona a la que deben enviarse los pagos? (por ejemplo, propietario, administrador de propiedades, empresa de servicios públicos)

Nombre: _____

Dirección: _____

Comparta cualquier información adicional que deba incluirse en el cheque del alquiler, como el número de cuenta, el número de unidad o el nombre:

Asistencia para servicios públicos

Elija el tipo de ayuda que necesita para los servicios públicos. Marque todas las opciones que correspondan:

- Ayuda para los servicios públicos actuales o futuros
 - Tipo de servicio público (indique todos los tipos con los que necesita ayuda):

 - Cantidad de meses solicitados: _____
 - Meses para los que necesita el pago: _____
 - Monto mensual del pago de servicios públicos: _____
 - Fecha del siguiente pago: _____
- Ayuda para servicios públicos adeudados
 - Tipo de servicio público (indique todos los tipos con los que necesita ayuda):

 - Cantidad de meses adeudados: _____
 - Meses para los que necesita el pago: _____
 - Monto total adeudado, incluidas las tarifas: _____
- Tarifas de instalación de servicios públicos
 - Tipo de servicio público (indique toda la ayuda que necesita): _____
 - Montos que solicita: _____
 - Fecha de instalación: _____

Documentos adjuntos

Adjunte los siguientes documentos a su solicitud. Si no incluye estos documentos, el trámite podría tardar más.

- Ayuda para el alquiler
 - Un contrato de alquiler firmado con su nombre, o un contrato de alquiler y un comprobante de domicilio
 - Comprobante del monto adeudado por demora en el pago del alquiler
 - Formulario W9 del propietario, si está disponible en el momento de la solicitud
 - Aviso de desalojo, si corresponde
- Ayuda para los servicios públicos
 - Facturas de servicios públicos a su nombre
 - Si la factura de servicios públicos no está a su nombre, envíe un comprobante de domicilio (por ejemplo, un contrato de arrendamiento, correspondencia oficial, otra factura de servicios públicos con su nombre, una copia de su identificación con la dirección actual).
 - Aviso de corte de servicios públicos, si corresponde



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 ayudarlo 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