



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: _____

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:
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
	<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

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 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