



Housing Request Form (Formulario de solicitud de vivienda)

Última actualización: Julio 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: hsrcnx@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
	☐ Sí ☐ No		☐ Sí ☐ No
	☐ Sí ☐ No		☐ Sí ☐ No
	☐ Sí ☐ No		☐ Sí ☐ 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 Oregon 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 ¿Alguna de las afecciones mencionadas a continuación corresponde a su caso?
☐ No

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])

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

☐ 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
- Propietario o gestor de la propiedad
- Proveedores de instalación de sistemas de climatización

¿Tenemos permiso para iniciar contacto con su casero? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, por favor, proporcione la información de contacto de su casero, incluyendo su nombre, correo electrónico y número de teléfono.

¿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: _____

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: Julio 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
 - Hoja de trabajo de ingresos/presupuesto relacionado con la salud (vea la siguiente página)
- ☐ 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

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 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



Hoja de trabajo de ingresos y presupuesto relacionados con la salud

Última actualización: Mayo 2026

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