

**Formulario de elegibilidad para financiación de servicios para indigentes -
Servicios para adicciones del condado de Multnomah**

La División de Salud Mental y Servicios para Adicciones del condado de Multnomah exige que los proveedores documenten la información pertinente sobre la elegibilidad para recibir financiación para servicios de trastornos por consumo de sustancias (substance use disorder, SUD) para indigentes. La elegibilidad debe determinarse en el momento del ingreso y en intervalos de 6 meses. Los proveedores pueden usar este formulario o el formulario de su propia Agencia (si incluye toda la información necesaria). Adjuntar el formulario a la historia del Cliente.

Nombre y apellido legal: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección/Ubicación: _____

**Si es una persona sin hogar indicar dónde pasa la mayoría de las noches.*

- Residente del condado de Multnomah
- No residente del condado de Multnomah (elegible solo para alojamiento y comida para niños, no cubierto por ningún otro servicio)

Razón para recibir tratamiento en el condado de Multnomah: _____

Estado de seguro inicial:

- Actualmente está solicitando el OHP/Proveedor ayudará a solicitar el OHP
- Tiene Medicare como seguro principal
- No puede obtener seguro
- Seguro insuficiente. Marque todo lo que corresponda:
 - Deducible alto (no lo puede pagar) Beneficio excedido (se excedió el monto o el límite por sesión de \$)
 - No hay proveedores en la red Otro:

Fuente de ingresos:

Monto mensual:

SSI	_____
SSDI	_____
Jubilación/Pensión	_____
Asistencia general (p. ej., TANF)	_____
Empleo (cliente)	_____
Empleo (cónyuge)	_____
Orden judicial (manutención de niños, manutención de cónyuge, etc.)	_____
Otro (p. ej., fondo de fideicomiso, inversiones, etc.)	_____
Ingreso total	_____
Cantidad en la familia	_____

Cumple con las pautas anuales actuales para el 200 % del nivel de pobreza federal Sí No

Nombre de la agencia: _____ N.º de teléfono: _____

Al firmar a continuación, la agencia certifica la verificación de la elegibilidad del cliente para Multnomah Otro:

Firma del personal

Nombre del personal (en imprenta)

Fecha

Certifico que la información antes proporcionada es exacta a mi leal saber y entender. Entiendo que cualquier información falsa puede dar como resultado la descalificación inmediata de los servicios. Acepto notificar a mi proveedor si surge un cambio significativo en mis circunstancias financieras, si me inscribo en el Plan de Salud de Oregon (OHP) o en otro seguro, o si ya no soy residente del condado de Multnomah. Si el cliente no está disponible para firmar, indique el motivo en su lugar.

Firma del cliente

Fecha

Motivo por el que no está disponible: _____

Formulario de recertificación para financiación de servicios para indigentes - Servicios para adicciones del condado de Multnomah

Nombre y apellido legal: _____ **La elegibilidad para la recertificación debe realizarse en intervalos de 6 meses.**

Fecha de recertificación	Nombre y firma del personal que verifica la elegibilidad	Ingresos (las fuentes incluyen SSI, SSDI, TANF, empleo, manutención de niños/cónyuge, etc.)	Estado de seguro	Condado de residencia
<p align="center"><i>6 meses</i></p> <p><i>Fecha:</i></p>	<p><i>Nombre del personal:</i></p> <p><i>Firma:</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Cumple con el nivel de pobreza federal del 200 % del año en curso <input type="checkbox"/> El ingreso no cambió</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Complete: Fuentes de ingresos actuales:</p> <p><i>Ingreso mensual total actual:</i></p> <p><i>Tamaño del grupo familiar actual:</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Tiene Medicare como seguro principal</p> <p><input type="checkbox"/> No puede obtener seguro</p> <p><input type="checkbox"/> Seguro insuficiente</p> <p><input type="checkbox"/> Deducible alto (el cliente no puede pagarlo)</p> <p><input type="checkbox"/> Beneficio excedido (monto en \$/límite de sesión excedido)</p> <p><input type="checkbox"/> No hay proveedores en la red</p> <p><input type="checkbox"/> Otro:</p>	<p><input type="checkbox"/> Residente del condado de Multnomah</p>
<p align="center"><i>6 meses</i></p> <p><i>Fecha:</i></p>	<p><i>Nombre del personal:</i></p> <p><i>Firma:</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Cumple con el nivel de pobreza federal del 200 % del año en curso <input type="checkbox"/> El ingreso no cambió</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Complete: Fuentes de ingresos actuales:</p> <p><i>Ingreso mensual total actual:</i></p> <p><i>Tamaño del grupo familiar actual:</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Tiene Medicare como seguro principal</p> <p><input type="checkbox"/> No puede obtener seguro</p> <p><input type="checkbox"/> Seguro insuficiente</p> <p><input type="checkbox"/> Deducible alto (el cliente no puede pagarlo)</p> <p><input type="checkbox"/> Beneficio excedido (monto en \$/límite de sesión excedido)</p> <p><input type="checkbox"/> No hay proveedores en la red</p> <p><input type="checkbox"/> Otro:</p>	<p><input type="checkbox"/> Residente del condado de Multnomah</p>

Formulario de recertificación para financiación de servicios para indigentes - Servicios para adicciones del condado de Multnomah

Nombre y apellido legal: _____ La elegibilidad para la recertificación debe realizarse en intervalos de 6 meses.

Fecha de recertificación	Nombre y firma del personal que verifica la elegibilidad	Ingresos (las fuentes incluyen SSI, SSDI, TANF, empleo, manutención de niños/cónyuge, etc.)	Estado de seguro	Condado de residencia
<p align="center">6 meses</p> <p>Fecha:</p>	<p>Nombre del personal:</p> <p>Firma:</p>	<p><input type="checkbox"/> Cumple con el nivel de pobreza federal del 200 % del año en curso <input type="checkbox"/> El ingreso no cambió</p> <p><u>Q</u> Complete: Fuentes de ingresos actuales:</p> <p>Ingreso mensual total actual:</p> <p>Tamaño del grupo familiar actual:</p>	<p><input type="checkbox"/> Tiene Medicare como seguro principal</p> <p><input type="checkbox"/> No puede obtener seguro</p> <p><input type="checkbox"/> Seguro insuficiente</p> <p><input type="checkbox"/> Deducible alto (el cliente no puede pagarlo)</p> <p><input type="checkbox"/> Beneficio excedido (monto en \$/límite de sesión excedido)</p> <p><input type="checkbox"/> No hay proveedores en la red</p> <p><input type="checkbox"/> Otro:</p>	<p><input type="checkbox"/> Residente del condado de Multnomah</p>
<p align="center">6 meses</p> <p>Fecha:</p>	<p>Nombre del personal:</p> <p>Firma:</p>	<p><input type="checkbox"/> Cumple con el nivel de pobreza federal del 200 % del año en curso <input type="checkbox"/> El ingreso no cambió</p> <p><u>Q</u> Complete: Fuentes de ingresos actuales:</p> <p>Ingreso mensual total actual:</p> <p>Tamaño del grupo familiar actual:</p>	<p><input type="checkbox"/> Tiene Medicare como seguro principal</p> <p><input type="checkbox"/> No puede obtener seguro</p> <p><input type="checkbox"/> Seguro insuficiente</p> <p><input type="checkbox"/> Deducible alto (el cliente no puede pagarlo)</p> <p><input type="checkbox"/> Beneficio excedido (monto en \$/límite de sesión excedido)</p> <p><input type="checkbox"/> No hay proveedores en la red</p> <p><input type="checkbox"/> Otro:</p>	<p><input type="checkbox"/> Residente del condado de Multnomah</p>