

Instrucciones para cómo completar los Formularios de Pago de Incentivo para Alta - Parte 1 y Parte 2

Para asegurar el oportuno procesamiento de la Solicitud de Pago enviada a la Oficina Central de Envejecimiento y Personas con Discapacidades del Departamento de Servicios Humanos de Oregon (APD y ODHS, por sus siglas en inglés, respectivamente), envíe por correo electrónico el Formulario de Pago de Incentivo para el Alta (o Formulario de pago) a: hcbs.oregon@odhsoha.oregon.gov

¿Solicita el 1.º pago? Use la **Parte Uno** del Formulario

Use el Formulario de Pago de Incentivo para el Alta – **Parte Uno** (*Discharge Incentive Payment Form – Part One*) para solicitar el pago inicial (primer pago). Usted (el proveedor) tiene 30 días a partir de la fecha en que el individuo es dado de alta del hospital o del asilo (o centro de enfermería especializada) (SNF/NF, por sus siglas en inglés) para solicitar el primer pago.

Casilla #:	Información que necesita agregar para el Formulario Parte 1
Sobre el individuo	
1	Nombre
2	Fecha de nacimiento
3	Seguro (Si se selecciona “Otro” incluya el Tipo de seguro)
3a	Si el individuo tiene Medicaid, ponga el # de Medicaid (o el # de Prime)
4	¿Hizo una evaluación de las necesidades del individuo en el hospital o en el SNF/NF?
5	¿Ha realizado una evaluación completa de su habilidad para cubrir las necesidades del individuo?
6	Nombre del hospital o del SNF/NF
7	Fecha en la que el individuo fue admitido al hospital o al SNF/NF
8	# de días que el individuo estuvo en el hospital o en el SNF/NF
9	Si el alta del individuo fue retrasada, razón para el retraso (si se conoce)
10	Fecha en que el individuo se muda a (AFH/RCF) o empieza a recibir servicios (IHCA)
11	¿El individuo recibirá ahora atención para enfermos terminales (hospicio)?

12	La situación de vida antes de ingresar al hospital o al SNF/NF
12a	Si se seleccionó "Otro" explique
13	¿Acordó el individuo en mudarse a (AFH/RCF), o en empezar a recibir servicios (IHCA), por él/ella mismo/a?
14	Si él/ella no es capaz de acordar en mudarse a (AFH/RCF), o en empezar a recibir servicios (IHCA). ¿un representante legal estuvo involucrado?
14a	Nombre del representante legal, si es que uno estuvo involucrado
15	Nombre de la persona que tomó la decisión a nombre del individuo para su mudanza a (AFH/ RCF), o para empezar a recibir servicios (IHCA), si es que el individuo no pudo y no hubo un representante legal involucrado
16	Género con el que el individuo se identifica
17	Raza/Origen étnico
17a	Indígena estadounidense y/o Natural de Alaska
17b	Asiático
17c	Negro/Afroestadounidense
17d	Latino/Latinx/Hispano
17e	Mediorienta o del norte de África
17f	Nativo de Hawái y/o de las Islas del Pacífico
17g	Blanco/caucásico
17h	Otro
18	¿Tiene el individuo dificultad para comunicarse o para darse a entender con otros?
18a	En caso que "Sí", explique la razón de la dificultad
19	Idioma(s) que él/ella habla
20	Idioma(s) que él/ella escribe
21	Discapacidades principales, si existen
Acerca de usted (el proveedor)	
22	Tipo de proveedor (AFH, RCF o IHCA)
23	# de identificación fiscal
24	# de Medicaid (también llamado # de Proveedor)
25	Nombre completo del proveedor (por ejemplo: Juana López)
26	Nombre de AFH, RCF o IHCA, si es diferente a #24
27	# de teléfono
28	Correo electrónico
29	Dirección física

Parte inferior del formulario	
Firma del proveedor	/ Fecha de la firma
Nombre en letra imprenta del proveedor	

¿Solicita el 2.º pago? Use la Parte Dos del Formulario

Use el Formulario de Pago de Incentivo para el Alta – **Parte Dos** (*Discharge Incentive Payment Form – Part Two*) para solicitar el pago subsecuente (segundo pago). Cuando el individuo ha vivido en su casa/centro (AFH/RCF) o reciba servicios de su (IHCA) por lo menos por 90 días después del alta del hospital y SNF/NF, usted puede solicitar el segundo pago.

Casilla #:	Información necesaria para presentar el Formulario Parte Dos
Sobre el individuo	
1	Nombre
2	Fecha de nacimiento
3	Fecha en que el individuo se muda a (AFH/RCF) o empieza a recibir servicios (IHCA)
4	¿El individuo está recibiendo atención para enfermos terminales (hospicio) ahora?
5	¿Fue el individuo remitido a atención para enfermos terminales (hospicio) después de mudarse a (AFH/RCF), o de empezar a recibir servicios (IHCA)?
6	Durante los 90 días desde que el individuo se mudó a (AFH/RCF), o empezó a recibir servicios (IHCA):
6a	¿Él/Ella salió de (AFH/RCF), o dejó de recibir servicios (IHCA)?
6b	Si la respuesta a 6a es "Sí", explique por qué él/ella dejó de recibir servicios
7	El salir de (AFH/RCF), o dejar de recibir servicios (IHCA) fue algo voluntario, involuntario o algo diferente (Otro)
8	Él/Ella falleció
8a	Si la respuesta es "Sí", indique la fecha del fallecimiento
9	La nueva situación de vida del individuo (si él/ella salió de (AFH/RCF), o paró los servicios (IHCA), si es pertinente)
9a	Casa de cuidado temporal para adulto o Casa de grupos para adultos
9b	Centro de Asistencia para la Vida o Centro de Atención Residencial: (esto incluye centros que son respaldados por Atención para la Memoria)

9c	Casa (esto incluye una casa, departamento, casa/departamento de la familia, casa móvil)
9d	Hospital
9e	Sin casa
9f	Centros de enfermería especializada o Asilos
9g	Otro
9h	Si 9g es "Otro", por favor, explique

Acerca de usted (el proveedor)	
10	Tipo de proveedor (AFH, RCF o IHCA)
11	Solo para IHCA: Usted adjuntó los registros EVV para cada persona que ofrece servicios para este individuo a través de su IHCA por todo el tiempo desde que él/ella fue dada de alta del hospital o SNF/NF
12	# de identificación fiscal
13	# de Medicaid (también llamado # de Proveedor)
14	Nombre completo del proveedor (por ejemplo: Juana López)
15	Nombre de AFH, RCF o IHCA, si es diferente a #24
16	# de teléfono
17	Correo electrónico
18	Dirección física
Parte inferior del formulario	
Firma del proveedor / Fecha de la firma	
Nombre en letra imprenta del proveedor	

Una vez que el APD recibe la Solicitud de Pago, confirmaremos que el individuo y el proveedor cubran los requisitos del programa. Dentro de un plazo de 10 días a partir de haber recibido la solicitud apropiada, el APD pedirá a la Oficina de Servicios Financieros (OFS, por sus siglas en inglés) que emita el pago.

NOTA: El número de proveedores participando en este programa de incentivo es grande, así que dé tiempo para que se procesen los pagos. Si no hemos recibido el pago en un plazo de 30 días, notificaremos a APD por correo electrónico a:

hcbs.oregon@odhsoha.oregon.gov

Si tiene preguntas, por favor, contacte a: hcbs.oregon@odhsoha.oregon.gov

- # = Número
- AFH - Adult Foster Home (Casa de cuidado temporal para adultos)
- APD - Aging and People with Disabilities (Envejecimiento y personas con discapacidades)
- EVV - Electronic Visit Verification (Verificación electrónica de visita)
- ID – Identification (Identificación)
- IHCA - In-Home Care Agency (Agencia de atención domiciliaria)
- NF - Nursing Facility (Asilo)
- ODHS - Oregon Department of Human Services (Departamento de Servicios Humanos de Oregon)
- OFS - Office of Financial Services (Oficina de servicios financieros)
- RCF - Residential Care Facility (Centro de atención residencial)
- SNF - Skilled Nursing Facility (Centro de enfermería especializada)