**Formulario de presentación de barreras**

***No incluya información médica protegida en este formulario***

***Este formulario se puede encontrar en UmpQuaHealth.com en las pestañas Proveedor y Miembro del OHP*** [*https://www.umpquahealth.com/wp-content/uploads/2020/05/barrier-submission-form-3-3.docx*](https://www.umpquahealth.com/wp-content/uploads/2020/05/barrier-submission-form-3-3.docx)

**Fecha:** Haga clic aquí para introducir el texto.

**Edad de la persona afectada por la barrera:**

**Tipo de barrera (marque todas las que correspondan):**

Servicios y apoyos (acceso, entorno, ubicación, calidad, brechas o financiación)

Políticas y procedimientos (específicos del sistema o de la agencia)

Reuniones de equipo al servicio de jóvenes y familias (proceso, protocolo o funcionamiento)

Reglas estatales y federales (FERPA, HIPAA, mandatos, leyes o políticas)

Competencia cultural y lingüística

Colaboración del sistema (falta de coordinación o comunicación entre sistemas u organismos)

Funciones y responsabilidades (quién hace qué)

Compromiso (familia, comunidad o niño/joven)

Inestabilidad de vivienda

Transporte/distancia

Cuidado infantil

Inseguridad alimentaria

Otros: Haga clic aquí para introducir el texto.

**La barrera está relacionada con el siguiente sistema (marque todo lo que corresponda):**

Educación I/Discapacidades del desarrollo (I/DD)

Juvenil  Bienestar infantil

Foster  Salud mental

Salud física  Envolvente

Familia  Otros:Haga clic aquí para introducir el texto.

**Description of barrier (2 or more sentences):**

Haga clic o toque aquí para ingresar texto.

**Recommendation (please include suggestions on how to overcome barrier, if any):**

Haga clic o toque aquí para ingresar texto.

**Sección 2:**

**¿La persona afectada por la barrera está en lista de espera?**  **Sí**   **No**

**¿Qué tipo de lista de espera?** Haga clic aquí para introducir el texto.

**¿Qué tipo de seguro tiene la persona afectada por la barrera?**

UHA-CCO (OHP)Tarjeta abierta (OHP)

Otros CCO Seguro privado

Sin Seguro Otros:Haga clic aquí para introducir el texto.

**¿Ubicación o ubicación de la persona afectada por la barrera?**

Casa

Refugio juvenil (que actualmente reside en un refugio juvenil)

Personas sin hogar (que actualmente residen en un campamento, vehículo o sofá de un amigo)

Foster (que actualmente reside en un hogar de acogida)

Otros:Haga clic aquí para introducir el texto.

**Nombre de la persona que envía el formulario:** Haga clic aquí para introducir el texto.

**Si procede, organización o función:** Haga clic aquí para introducir el texto.

Click here to enter text.

**Información de contacto (teléfono o correo electrónico):** Haga clic aquí para introducir el texto.

**Información adicional:** Haga clic aquí para introducir el texto.

**Envíe el formulario completo a** [**SOCBarriers@umpquahealth.com**](mailto:SOCBarriers@umpquahealth.com)**, o en persona a: Servicios para miembros de Umpqua Health Alliance ubicados en 500 SE Cass Avenue, Suite 101 | Roseburg, OR 97470.**