**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****, o en persona a: Servicios para miembros de Umpqua Health Alliance ubicados en 500 SE Cass Avenue, Suite 101 | Roseburg, OR 97470.**