

# Solicitud de financiamiento para el desarrollo de la capacidad de la comunidad de necesidades sociales relacionadas con la salud (por sus siglas en inglés, HRSN)

## Solicitud para el desarrollo de la capacidad de la comunidad

### Instrucciones

Para poder recibir el financiamiento, las organizaciones deben completar y firmar el formulario de solicitud en su totalidad. Para que este formulario se considere completo, todos los componentes deben estar completos, se debe adjuntar una solicitud de presupuesto y la solicitud debe estar firmada por el representante autorizado de la entidad que solicite el financiamiento.

**Para solicitar financiamiento, complete el formulario en línea de Trillium en [www.trilliumohp.com/ccbf](http://www.trilliumohp.com/ccbf).**

### Información de la organización solicitante

El propósito de esta sección es recopilar información general de la organización solicitante. Complete la información solicitada en la siguiente tabla.

<b>Nombre de la organización solicitante</b>	
<b>Nombre del punto de contacto</b>	
<b>Cargo del punto de contacto</b>	
<b>Número de teléfono del punto de contacto</b>	
<b>Dirección de correo electrónico del punto de contacto</b>	
<b>Dirección de correo postal</b>	

### Criterios de elegibilidad

Las organizaciones deben cumplir con los criterios mínimos de elegibilidad para recibir el financiamiento para el desarrollo de la capacidad de la comunidad.

#### Certifique lo siguiente:

- La organización es capaz de brindar o apoyar la prestación de uno o más servicios de necesidades sociales relacionadas con la salud (por sus siglas en inglés, HRSN) a los beneficiarios de Medicaid dentro del estado de Oregón
- La organización tiene la intención de contratar con una o más organizaciones de atención coordinada (por sus siglas en inglés, CCO) o con el contratista externo de pago por servicio (por sus siglas en inglés, FFS TPC) para actuar como un proveedor de HRSN para brindar al menos un servicio de HRSN
- La organización demuestra un historial de administración financiera responsable a través de informes financieros anuales recientes, una auditoría realizada externamente, experiencia al recibir otros fondos federales u otra documentación similar

Los siguientes tipos de organizaciones son elegibles para solicitar y recibir el financiamiento para el desarrollo de la capacidad de la comunidad. **Seleccione la casilla que más se alinee con su tipo de organización (seleccione más de una, según sea necesario):**

- Organizaciones basadas en la comunidad, incluidas:
  - Agencias de servicios sociales
  - Agencias y proveedores de vivienda
  - Proveedores de servicios de alimentación y nutrición
  - Proveedores de servicios climáticos
  - Proveedores de divulgación y compromiso
- Organizaciones proveedoras que incluyen aquellas que prestan o coordinan los servicios de HRSN, entre las que se incluyen las siguientes:
  - Proveedores de administración de casos
  - Trabajadores de la salud tradicionales
  - Organizaciones que se enfocan en niños, mujeres y familias
- Agencias gubernamentales locales, de ciudades y condados

## Preguntas de la organización solicitante del financiamiento para el desarrollo de la capacidad de la comunidad de HRSN

### A quién se le brindará el servicio

El propósito de esta sección es recopilar información sobre la población a la que su organización le brinda el servicio y aprender más sobre sus estrategias específicas y culturalmente receptivas para involucrar a las personas.

**1. Condados que reciben servicios.** Indique con una X en qué condados su organización brindará servicios de HRSN.

- |                                     |                                     |
|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pastelero  | <input type="checkbox"/> Lago       |
| <input type="checkbox"/> Benton     | <input type="checkbox"/> Carril     |
| <input type="checkbox"/> Clackamas  | <input type="checkbox"/> Lincoln    |
| <input type="checkbox"/> Clatsop    | <input type="checkbox"/> Linn       |
| <input type="checkbox"/> Columbia   | <input type="checkbox"/> Malheur    |
| <input type="checkbox"/> Coos       | <input type="checkbox"/> Marion     |
| <input type="checkbox"/> Curva      | <input type="checkbox"/> Mañana     |
| <input type="checkbox"/> Curry      | <input type="checkbox"/> Multnomah  |
| <input type="checkbox"/> Deschutes  | <input type="checkbox"/> Polk       |
| <input type="checkbox"/> Douglas    | <input type="checkbox"/> Sherman    |
| <input type="checkbox"/> Gilliam    | <input type="checkbox"/> Tillamook  |
| <input type="checkbox"/> Subvención | <input type="checkbox"/> Umatilla   |
| <input type="checkbox"/> Harney     | <input type="checkbox"/> Unión      |
| <input type="checkbox"/> Río Hood   | <input type="checkbox"/> Wallowa    |
| <input type="checkbox"/> Jackson    | <input type="checkbox"/> Wasco      |
| <input type="checkbox"/> Jefferson  | <input type="checkbox"/> Washington |
| <input type="checkbox"/> Josephine  | <input type="checkbox"/> Wheeler    |
| <input type="checkbox"/> Klamath    | <input type="checkbox"/> Yamhill    |

2. **Para cada condado marcado anteriormente, su organización debe brindar detalles específicos sobre:**  
1) la relación laboral actual y el conocimiento de ese condado; 2) las asociaciones actuales o planeadas para apoyar el trabajo propuesto y 3) el trabajo que se propone en ese condado, incluida la forma en que sus poblaciones específicas de interés en cada condado se beneficiarán del trabajo propuesto.

Si su organización no tiene relaciones existentes en el condado, debe describir cómo pretende desarrollar esas relaciones. (300 palabras máximo)

3. **Poblaciones que recibirán servicios.** Seleccione las poblaciones a las que su organización brindará servicios. Seleccione solo las poblaciones específicas a las que brindará servicios de cada lista a continuación:

Poblaciones cubiertas por los servicios de HRSN: (consulte los fundamentos científicos y técnicos [por sus siglas en inglés, STC] para describir a la población)

- Adultos jóvenes con necesidades especiales de atención médica (por sus siglas en inglés, YSCHN)
- Adultos y jóvenes dados de alta de una institución para personas con enfermedades mentales
- Adultos y jóvenes liberados de prisión
- Jóvenes involucrados con el bienestar infantil
- Personas en transición al estado dual
- Personas que no tienen hogar o están en riesgo de quedarse sin hogar
- Personas con una necesidad clínica de alto riesgo en una región donde el clima es extremo

Poblaciones prioritarias:

- Comunidades indoamericanas/nativas de Alaska/indígenas:
- Comunidades asiáticas:
- Comunidades de color/afroamericanas/africanas:
- Comunidades latinas/x:
- Comunidades isleñas del Pacífico:
- Comunidades de Europa oriental:
- Personas con discapacidades:
- Comunidades lesbianas, gays, bisexuales, transgénero o de género expansivo, queer o inquisitivas, intersexuales, asexuales y de dos espíritus (por sus siglas en inglés, LGBTQIA2S+):
- Comunidades de inmigrantes y refugiados:
- Comunidades rurales:
- Comunidades de fe:
- Comunidades sin hogar:
- Personas con afecciones de salud del comportamiento:
- Otras comunidades que no se mencionaron (describa):

4. **Acceso al idioma proporcionado por su organización.** Indique la capacidad de su organización para hablar y escribir en otros idiomas además del inglés. También indique si la capacidad de lenguaje es de un hablante nativo o no nativo.

Idioma 1: \_\_\_\_\_

- Hablado con fluidez por hablantes nativos
- Hablado con fluidez por hablantes no nativos o acceso a un servicio de interpretación
- Escrito por hablantes nativos
- Escrito por hablantes no nativos o acceso a un servicio de traducción

Idioma 2: \_\_\_\_\_

- Hablado con fluidez por hablantes nativos
- Hablado con fluidez por hablantes no nativos o acceso a un servicio de interpretación
- Escrito por hablantes nativos
- Escrito por hablantes no nativos o acceso a un servicio de traducción

Idioma 3: \_\_\_\_\_

- Hablado con fluidez por hablantes nativos
- Hablado con fluidez por hablantes no nativos o acceso a un servicio de interpretación
- Escrito por hablantes nativos
- Escrito por hablantes no nativos o acceso a un servicio de traducción

Idioma 4: \_\_\_\_\_

- Hablado con fluidez por hablantes nativos
- Hablado con fluidez por hablantes no nativos o acceso a un servicio de interpretación
- Escrito por hablantes nativos
- Escrito por hablantes no nativos o acceso a un servicio de traducción

(Opcional) Otros accesos a otros idiomas ofrecidos por su organización que no se mencionaron arriba:

## Solicitud y justificación de financiamiento para el desarrollo de la capacidad de la comunidad de HRSN

### Antecedentes de la organización

5. **Describa cómo su organización usará el financiamiento para el desarrollo de la capacidad de la comunidad para desarrollar capacidad para brindar servicios de HRSN a poblaciones de interés. Garantice que la respuesta incluya una descripción de cómo la organización promoverá la equidad en la salud mediante la prestación de servicios de HRSN. (250 palabras máximo)**

6. **Describa cómo su organización brinda servicios cultural y lingüísticamente receptivos e informados sobre el trauma a las poblaciones que reciben servicios. (250 palabras máximo)**

7. **A continuación, marque con qué iniciativa de servicios de HRSN (Apoyo climático, Vivienda, Apoyo Nutricional, Divulgación y Educación) tiene experiencia su organización.** Para cada respuesta marcada,

1) describa a continuación su experiencia como proveedor de estos servicios y 2) describa cómo su organización pretende brindar este servicio como proveedor de servicios de HRSN. **Marque todas las opciones que correspondan.**

A. Servicios climáticos:

Describa la experiencia de su organización en la prestación de servicios climáticos. También explique cómo piensa brindar servicios climáticos como un proveedor de HRSN. (200 palabras máximo)

B. Apoyo para la vivienda:

Describa la experiencia de su organización en la prestación de servicios de apoyo para la vivienda. También explique cómo piensa brindar servicios de apoyo para la vivienda como un proveedor de HRSN. (200 palabras)

C. Apoyo nutricional:

Describa la experiencia de su organización en la prestación de servicios de apoyo para la nutrición. También explique cómo piensa brindar servicios de apoyo para la nutrición como un proveedor de HRSN. (200 palabras)

D. Divulgación y Educación:

Describa la experiencia de su organización en la prestación de servicios de divulgación y educación. También explique cómo piensa brindar servicios de divulgación y educación como un proveedor de HRSN. (200 palabras)

### Usos permitidos de financiamiento<sup>3</sup>

El propósito de esta sección es recopilar información sobre:

- el propósito de su solicitud de financiamiento;
- necesidad y justificación de financiamiento; y
- cómo se utilizará el financiamiento.

Las entidades elegibles pueden solicitar el financiamiento para el desarrollo de la capacidad de la comunidad para apoyar el desarrollo y la implementación de servicios de HRSN en cuatro categorías:

- 1) Tecnología
- 2) Desarrollo de prácticas comerciales u operativas
- 3) Desarrollo de la fuerza de trabajo y
- 4) Divulgación, educación y convocatoria de socios

**8. Marque la casilla de cada categoría** en la que busca financiamiento. También debe proporcionar una breve descripción de 1) por qué se necesita el financiamiento y 2) cómo se utilizará para desarrollar capacidad para participar en el programa HRSN 3) la experiencia de sus organizaciones en esta categoría. Marque todas las opciones que correspondan.

**A) Tecnología:**

Obtención de plataformas de datos/infraestructura de tecnología de la información (TI) para admitir HRSN. Por ejemplo:

- Autorización de los servicios de HRSN
- Remisión a los servicios de HRSN
- Prestación de servicio de HRSN
- Facturación del servicio de HRSN
- Supervisión, monitoreo e informes del programa HRSN

- Modificación de los sistemas existentes para admitir HRSN
- Desarrollo de una herramienta de evaluación de elegibilidad/servicios de HRSN
- Integración de plataformas de datos/sistemas/herramientas
- Incorporación de sistemas nuevos, modificados o existentes (por ejemplo, intercambio de información comunitaria)
- Capacitación para el uso de sistemas nuevos, modificados o existentes

---

<sup>3</sup> Tenga en cuenta que el protocolo de infraestructura que describe los usos permitidos de financiamiento está pendiente de aprobación por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (por sus siglas en inglés, CMS). Una vez aprobado por los CMS, el protocolo de infraestructura final se actualizará y estará disponible en la página web de exención de la Autoridad de Salud de Oregón (por sus siglas en inglés, OHA).

***Si busca financiamiento para Tecnología,*** describa lo siguiente: 1) por qué se necesita financiamiento; 2) cómo se utilizará para desarrollar capacidad para participar en el programa HRSN y 3) la experiencia de sus organizaciones en esta categoría. (250 palabras máximo)

**B) Desarrollo de prácticas comerciales u operativas:**

- Desarrollo de políticas o procedimientos relacionados con:
  - i. Flujos de trabajo de remisión y prestación de servicios de HRSN
  - ii. Facturación/emisión de facturas
  - iii. Intercambio de datos/informes
  - iv. Supervisión/monitoreo del programa
  - v. Evaluación
  - vi. Privacidad y confidencialidad
- Capacitación/asistencia técnica en los roles/responsabilidades del programa HRSN
- Artículos administrativos necesarios para cumplir con los deberes de HRSN o ampliar la capacidad de prestación de servicios de HRSN (p. ej., la compra de un refrigerador comercial para ampliar la capacidad para proporcionar comidas adicionales adaptadas médicamente a los miembros que califican)
- Necesidades de planificación para la implementación del programa HRSN
- Adquisición de apoyos administrativos para ayudar con la implementación del programa HRSN

***Si busca financiamiento para el desarrollo de prácticas operativas o comerciales,*** describa lo siguiente: 1) por qué se necesita financiamiento y 2) cómo se utilizará para desarrollar capacidad para participar en el programa HRSN, 3) la experiencia de sus organizaciones en esta categoría. (250 palabras máximo)

**C) Desarrollo de la fuerza de trabajo:**

- Costo de la contratación y capacitación de personal nuevo
- Salario y márgenes para el personal que tendrá un papel directo en la supervisión, diseño, implementación y ejecución de responsabilidades de HRSN, tiempo limitado a un período de 18 meses. Las organizaciones no podrán acceder a este financiamiento para una misma persona más de una vez.
- Certificaciones, capacitaciones, asistencia técnica o educación necesarias para el personal que participe en el programa HRSN (p. ej., sobre atención culturalmente competente o informada sobre traumas)
- Capacitación/asistencia técnica sobre la privacidad/confidencialidad relacionada con la prestación de servicios de HRSN
- Costos de producción de materiales de capacitación o expertos en lo que respecta al programa HRSN

*Si busca financiamiento para el desarrollo de la fuerza de trabajo*, describa lo siguiente: 1) por qué se necesita financiamiento y 2) cómo se utilizará para desarrollar capacidad para participar en el programa HRSN, 3) la experiencia de sus organizaciones en esta categoría. (250 palabras máximo)

**D) Divulgación, Educación y Convocatoria de Socios:**

- Producción de materiales necesarios para la promoción, la divulgación, la capacitación y la educación
- Traducción de materiales
- Planificación y facilitación de eventos de divulgación basados en la comunidad para apoyar la concientización sobre los servicios de HRSN
- Planificación y facilitación de colaboraciones de aprendizaje o convocatorias de socios
- Actividades de participación comunitaria necesarias para respaldar la implementación y puesta en marcha del programa HRSN (p. ej., mesa redonda para solicitar comentarios sobre los documentos de orientación)
- Costos administrativos o generales asociados con la divulgación, educación o convocatoria.

*Si busca financiamiento para la Divulgación, Educación y Convocatoria de Socios*, describa lo siguiente: 1) por qué se necesita financiamiento y 2) cómo se utilizará para desarrollar capacidad para participar en el programa HRSN, 3) la experiencia de sus organizaciones en esta categoría. (250 palabras máximo)

9. **¿Su organización ha solicitado o recibido fondos de otras CCO para el financiamiento para el desarrollo de la capacidad de la comunidad?** Si la respuesta es sí, proporcione detalles sobre cuál CCO y para qué actividades (200 palabras máximo).

- Sí    No

## Atestaciones y Certificación

Como un representante autorizado de la organización, la organización certifica lo siguiente y acepta las siguientes condiciones:

1. El financiamiento que se recibió a través de la iniciativa de financiamiento para el desarrollo de la capacidad de la comunidad de HRSN no se duplicará ni suplantarán los reembolsos que se recibieron a través de otros fondos federales, estatales y locales.
2. El financiamiento que se recibió para la iniciativa de financiamiento para el desarrollo de la capacidad de la comunidad de HRSN solo se gastará en usos permitidos, como se mencionó anteriormente.
3. La organización presentará los informes del avance sobre el financiamiento para el desarrollo de la capacidad de la comunidad de HRSN de manera y en el plazo estipulado por la CCO.
4. La organización entiende que la CCO puede suspender, rescindir o recuperar el financiamiento para el desarrollo de la capacidad de la comunidad de HRSN en casos de desempeño deficiente o fraude, desperdicio y abuso.
5. La organización alertará a la CCO si las circunstancias le impiden llevar a cabo las actividades descritas en la solicitud del programa. En tales casos, es posible que la organización tenga la obligación de devolver los fondos no utilizados dependiendo de las circunstancias.
6. Como representante autorizado de la organización, certifico que toda la información provista en esta solicitud es verdadera y precisa a mi leal saber.

**Firma** \_\_\_\_\_

**Nombre y cargo** \_\_\_\_\_

**Fecha** \_\_\_\_\_