

Other formats and languages

You can get this document in other languages, large print, braille or a format you prefer free of charge. Contact HRSN Program at HRSN.Program@oha.oregon.gov or 503-945-5772 (voice/text). We accept all relay calls.

HRSN Notice of Impact Form: Benefit Transfer or Temporary Benefit Pause (Wildfire)

Aviso de impacto de HRSN: Transferencia o suspensión temporal de beneficios (incendio forestal)

This form is to notify the health plan (Open Card or coordinated care organization) that an HRSN-authorized member has been displaced by wildfire. The information provided will be used to determine whether HRSN rent and utility financial assistance may be paused and resumed at the same unit or paused and transferred to a new unit.

Este formulario es para notificar al plan de salud (Open Card u organización de atención coordinada) que un miembro autorizado por HRSN ha sido desplazado por un incendio forestal. La información proporcionada se utilizará para determinar si la asistencia para pagar el alquiler y los servicios públicos de HRSN puede suspenderse y reanudarse en la misma vivienda o suspenderse y transferirse a una nueva vivienda.

Member Information / Información del miembro

Member name / Nombre del miembro:

OHP ID number / Número de identificación de OHP:

Date of birth / Fecha de nacimiento:

Phone number / Número de teléfono:

Address of impacted rental unit Dirección de la vivienda afectada

Street / Calle:

City, State, Zip Code / Ciudad, Estado, Código Postal:

Wildfire Impact Information

Información sobre el impacto del incendio forestal

Date rental unit impacted by wildfire

Fecha en que la vivienda se vio afectada por el incendio forestal:

Description of the wildfire impact to the unit / Descripción del impacto del incendio forestal en la vivienda:

Requested HRSN benefit action (select one)

Acción solicitada sobre el beneficio de HRSN (seleccione una)

☐ **Option A - Wildfire Benefit Transfer**

Opción A - Transferencia de beneficio por incendios forestales

The member is unable to continue living in the rental unit due to wildfire impacts and will permanently vacate the unit. The member is requesting that any remaining HRSN rental assistance be transferred to a replacement rental unit in accordance with OHA policy.

El miembro no puede seguir viviendo en la vivienda de alquiler debido a los efectos de los incendios forestales y la desocupará definitivamente. El miembro solicita que cualquier subsidio de alquiler restante de HRSN se transfiera a una vivienda de alquiler alternativa, de acuerdo con la política de OHA.

Expected move-out date (if known) / Fecha prevista de mudanza (si se sabe):

☐ **Option B - Temporary Benefit Pause**

Opción B - Suspensión temporal del beneficio

The member has been temporarily displaced due to wildfire impacts but intends to return to current rental unit.

El miembro se encuentra temporalmente desplazado debido a los incendios forestales, pero tiene la intención de regresar a su vivienda actual.

Requested start date of benefit pause

Fecha solicitada para la suspensión de beneficios:

Expected return date (if known)

Fecha de regreso prevista (si se conoce):

Attestation / Atestación

I attest that, to the best of my knowledge, the rental unit identified in this form has been directly impacted by wildfire, and the information provided is true and accurate.

Certifico que, según mi leal saber y entender, la vivienda de alquiler identificada en este formulario se ha visto directamente afectada por un incendio forestal, y que la información proporcionada es veraz y exacta.

Member / Miembro

Signature / Firma:

Date / Fecha:

Printed name / Nombre impreso:

Landlord or Property Owner / La persona o empresa a la que se alquila (propietario)

Signature / Firma:

Date / Fecha:

Printed name / Nombre impreso:

Phone number / Número de teléfono:

Email / Correo electrónico:

Relationship / Relación: ☐ Property owner / Propietario | ☐ Property manager / Administrador de la propiedad | ☐ Authorized Representative / Representante autorizado

Coordinated Care Organization Staff

Personal de la organización de atención coordinada (CCO)

Date received / Fecha de recepción:

Requested action / Acción solicitada: ☐ Benefit Transfer / Transferencia de beneficios
☐ Temporary Benefit Pause / Suspensión temporal de beneficios

Date approved / Fecha de aprobación:

Approved by / Aprobado por:

Comments / Comentarios:

CCO contact information / Información de contacto de la CCO

CCO name | CCO email | CCO phone