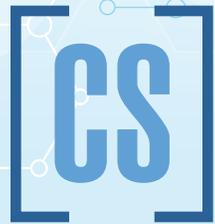




**Gold Coast  
Health Plan**<sup>SM</sup>  
A Public Entity



**Apoyos  
Comunitarios**

**Solicitud de Certificación de Proveedor**

**Servicios de Navegación de Transición de Vivienda**

## Solicitud de Certificación de Proveedor de Apoyos Comunitarios (CS): Servicios de Navegación de Transición de Vivienda

### Instrucciones:

1. Esta Solicitud de Proveedor de CS refleja los requisitos y expectativas que establecen el DHCS y GCHP para actuar como proveedor de CS para miembros de GCHP.
2. Por favor, complete la Solicitud de Proveedor de CS y envíela a [calaimpr@goldchp.org](mailto:calaimpr@goldchp.org) con el texto en la línea de asunto “CS Provider Application.”
3. Si tiene alguna pregunta, por favor, participe en las reuniones de Asistencia Técnica de GCHP o contacte a [calaimpr@goldchp.org](mailto:calaimpr@goldchp.org).
4. Mientras completa su solicitud, por favor, sea consciente de que GCHP realizará un proceso de revisión de preparación para asegurar que usted cumple los requisitos del DHCS y puede prestar los servicios en la forma en que describen la política del DHCS y los P&P de GCHP. Para ello:
  - a. Por favor, revise detalladamente las expectativas para la prestación de servicios de CS según describen los documentos orientativos citados al final de estas instrucciones y que se comentarán en los Webinars de Asistencia Técnica de GCHP.
  - b. Por favor, revise estas expectativas dentro de su organización para asegurarse que ustedes las entienden con claridad y están preparados para proporcionar estos servicios. Puede haber discusión y/o requisitos adicionales para poblaciones focales específicas, según se describen en la Guía de Políticas de CS a la que se hace referencia en estas instrucciones.
  - c. Por favor, proporcione detalles sobre la forma en que su organización implementará los servicios de CS para cumplir las expectativas del programa. Por favor, sea claro y conciso en su presentación, para que los revisores entiendan la forma en que su organización proporciona servicios de CS.
  - d. Si tiene algún subcontratista que proporcione cualquier parte de los servicios de CS en nombre de su organización, por favor, presente una copia del MOU / contrato como parte de su solicitud.
  - e. Si usted propone que un subcontratista cumpla los requisitos de proveedor de CS, por favor, complete también la “Sección 1K: Supervisión y Seguimiento.”
5. GCHP revisará todas las solicitudes y responderá individualmente a los proveedores de CS con peticiones de información adicional o aclaración de áreas de la solicitud que no cumplan los requisitos de CS.
6. Para todas las respuestas en forma narrativa, por favor, sea claro y conciso. Por favor, limite su respuesta a 500 palabras o menos para cada sección.
7. No incluya ninguna PHI ni PII.
8. Cuando sea posible, evite usar acrónimos, o definalos en una lista en un documento de apoyo.
9. Utilicen las convenciones terminológicas estándar en todos los archivos.
10. Por favor, consulte los siguientes materiales de referencia para obtener información y ayuda:
  - a. Documentos de Referencia del DHCS para ECM y CS: [el documento de Términos y Condiciones Estándar para Proveedores de ECM y CS](#) proporciona detalles sobre lo que se espera de los proveedores.
  - b. Directrices de política del DHCS para CS: [Esta directriz](#) proporciona orientación estatal sobre todos los CS.

## Clave de Acrónimos:

- Actividades de la Vida Diaria (ADL)
- Selección de Formato Alternativo (AFS)
- Especialista Certificado de Envejecimiento en el Hogar (CAPS)
- Trabajadores de Salud Comunitaria (CHW)
- Apoyos Comunitarios (CS)
- Continuidad de Atención (CoC)
- Sistema Coordinado de Entrada (CES)
- Departamento de Servicios de Salud (DHCS)
- Administración de Atención Mejorada (ECM)
- Gold Coast Health Plan (GCHP)
- Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA)
- Filtro de Partículas de Aire de Alta Eficiencia (HEPA)
- Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS)
- Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (ADL)
- Control Integrado de Plagas (IPM)
- Plan de Atención Administrada (MCP)
- Memorando de Entendimiento (MOU)
- Identificador Nacional de Proveedor (NPI)
- Sistema Personal de Respuesta a Emergencias (PERS)
- Información Identificable Personalmente (PII)
- Proveedor de Atención Primaria (PCP)
- Proceso y Procedimientos (P&P)
- Información de Salud Protegida (PHI)
- Dietista Registrado (RD)
- Protocolo Seguro de Transferencia de Archivos (SFTP)
- Ingreso del Seguro Suplementario (SII)

## Sección de Información sobre el Proveedor:

Esta Solicitud de Certificación de Proveedor de CS tiene la intención de garantizar que el proveedor de CS aporta **evidencias satisfactorias** de cumplir los requisitos de CS según describen el DHCS y GCHP para ser certificado como proveedor de CS.

**Por favor, complete la Solicitud de Certificación de Proveedor de CS y preséntela por correo electrónico a [calaimpr@goldchp.org](mailto:calaimpr@goldchp.org) escribiendo en la línea de “Asunto” “CS\_Provider: Organization\_Name\_Certification\_Date” dentro de las tres semanas de su recepción. Si tiene alguna pregunta o duda mientras completa la solicitud, por favor, contacte [calaimpr@goldchp.org](mailto:calaimpr@goldchp.org).**

<b>Organización Proveedor de CS:</b>	
<b>Tipo de Organización Proveedor de CS:</b>	
<b>Número de Identificación Fiscal (TIN):</b>	
<b>Identificador Nacional de Proveedor (NPI) (Si es aplicable)</b> (es decir, Presentar NPI de Tipo 2 si es aplicable. Si usted tiene una solicitud pendiente de NPI, indíquelo aquí): <b>Nota: No todos los proveedores tendrán un NPI</b>	
<b>Completado Por:</b>	
<b>Fecha:</b>	
<b>Cargo:</b>	
<b>Número de Teléfono:</b>	
<b>Dirección de Correo Electrónico:</b>	

## Sección General de Proveedores

Sección	Requisitos	Preguntas para Potenciales Proveedores
<b>1A</b>	<p><b>Información General sobre el Proveedor</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Información general sobre la organización:               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Tipo de Organización</li> <li>b. Licencia(s) de Negocio</li> <li>c. ¿Tienen ustedes actualmente un contrato de MCP? Si es así, ¿para qué servicio(s) y con qué MCP(s)?</li> </ol> </li> <li>2. Servicios ofrecidos</li> <li>3. Ubicaciones geográficas servidas</li> <li>4. Horas de operaciones</li> <li>5. Historial de fraude, desperdicio y/o abuso; actividad delictiva; o reclamos por responsabilidad.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Proporcione información sobre su organización para todas las categorías a la izquierda (1-5).</li> </ol> <p><b>Respuesta del Solicitante:</b></p>
<b>1B</b>	<p><b>Experiencia Sirviendo a Beneficiarios de Medi-Cal</b></p> <p>El proveedor está interesado en ofrecer CS a población de atención administrada de Medi-Cal de ámbito completo (no de Pago por Servicio).</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Está usted interesado en ofrecer CS a población de atención administrada de Medi-Cal de ámbito completo (no de Pago por Servicio)?  <input type="checkbox"/> Sí o <input type="checkbox"/> No</li> <li>2. Describa su experiencia sirviendo a beneficiarios de Medi-Cal y/u otras poblaciones vulnerables. Indique el porcentaje estimado de sus clientes que son beneficiarios de Medi-Cal.</li> </ol> <p><b>(Nota: No es obligatoria experiencia de Medi-Cal para ser considerado para contratación de CS)</b></p> <p><b>Respuesta del Solicitante:</b></p>

Sección	Requisitos	Preguntas para Potenciales Proveedores
<b>1C</b>	<b>Prestación de Servicios de CS</b> <input type="checkbox"/> Servicios de Navegación de Transición de Vivienda	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Marque cada CS que su organización <b>esté interesada y dispuesta a proporcionar</b>. Complete las solicitudes de certificación correspondientes con documentación o anexos adicionales según se solicite sobre la forma en que su organización tiene previsto prestar cada servicio de CS.</li> </ol>
<b>1D</b>	<b>Difusión y Participación</b> El Proveedor de CS es responsable de realizar contacto y lograr la participación de miembros asignados.  <b>El Proveedor de CS debe poder completar lo siguiente:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aceptar remisiones de miembros desde GCHP para el servicio de CS autorizado, hasta la capacidad predeterminada del proveedor de CS.</li> <li>2. Contactar al miembro remitido para el servicio de CS autorizado lo antes posible, incluyendo realizar un contacto inicial dentro de las 24 horas de la asignación.</li> <li>3. Responder a llamadas entrantes u otros contactos de miembros, incluyendo mantener una línea telefónica dotada de personal o capaz de grabar correo de voz 24 horas al día, siete días a la semana.</li> </ol>	<b>Para cada servicio de CS que estén interesados en proporcionar:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Describa sus estrategias actuales de contacto y para lograr participación y cómo tiene previsto usted cumplir los requisitos de contacto y participación de GCHP.</li> <li>2. Describa su proceso de recepción de remisiones y la forma en que usted se comunica con GCHP y los miembros remitidos para asegurar el contacto y participación oportunos.</li> <li>3. Capacidad Estimada de Miembros: Describa el número estimado de miembros a los que puede atender su organización en relación con el servicio de Apoyos Comunitarios que usted proporcionará.</li> </ol> <b>Respuesta del Solicitante (recuerde incluir información para cada servicio de CS que estén interesados en proporcionar):</b>

Sección	Requisitos	Preguntas para Potenciales Proveedores
<p><b>1E</b></p>	<p><b>Inscripción y Consentimiento del Miembro</b> El Proveedor de CS será responsable de obtener y documentar la inscripción voluntaria del miembro para participar en CS.</p> <p><b>El Proveedor de CS debe poder completar lo siguiente:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. El Proveedor de CS obtendrá y documentará que cada miembro asignado está de acuerdo en recibir CS.</li> <li>2. Cuando lo exijan las leyes federales, el proveedor de CS se asegurará que los miembros autorizan compartir información con GCHP y todas las demás personas que participen en la atención al miembro, según sea necesario, para apoyar al Miembro y maximizar los beneficios de los CS.</li> <li>3. El Proveedor de CS obtendrá y documentará la autorización del miembro para comunicarse electrónicamente con el miembro y/o familiar(es), tutor legal, cuidador y/o persona(s) autorizada(s) de apoyo, si tiene intención de hacerlo.</li> </ol>	<p><b>Para cada servicio de CS que estén interesados en proporcionar:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Describa su proceso actual de inscripción de miembros o de consentimiento de miembros para participar en el programa, y la forma en que su documentación documenta, almacena y comparte esta información con GCHP. Si actualmente no tiene un proceso, describa la forma en que tiene previsto cumplir este requisito.</li> <li>2. Describa la forma en que usted obtendrá y documentará la autorización del miembro relacionada con compartir y comunicar datos.</li> </ol> <p><b>Respuesta del Solicitante (recuerde incluir información para cada servicio de CS que estén interesados en proporcionar):</b></p>
<p><b>1F</b></p>	<p><b>Coordinación de Atención</b> El proveedor de CS es responsable de coordinar la atención al miembro con otros proveedores incluyendo el proveedor de ECM, el PCP, otros proveedores de CS, GCHP, y otros, según sea apropiado.</p> <p><b>El Proveedor de CS debe poder completar lo siguiente:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Coordinarse con otros proveedores que estén el equipo de atención del miembro, incluyendo el proveedor de ECM según sea aplicable, y GCHP;</li> <li>2. Evaluar si un miembro que no participa en ECM reúne los requisitos de ECM y, si es así, presentar una remisión a ECM para el miembro.</li> <li>3. Si se interrumpe un CS por cualquier motivo, el proveedor de CS apoyará la planificación de transición para el miembro a otros programas o servicios que cubran sus necesidades.</li> </ol>	<p><b>Para cada servicio de CS que estén interesados en proporcionar:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Describa la forma en que usted coordina la atención actualmente con otros proveedores en el equipo de atención al miembro.</li> <li>2. Describa la forma en que usted comunica y comparte información con otros proveedores y completa el proceso de cualquier planificación de transición y/o coordinación de atención que pueda necesitar el miembro.</li> <li>3. Si actualmente no tiene un proceso de coordinación de atención, por favor, describa cómo tiene previsto cumplir este requisito y qué ayuda puede necesitar de GCHP.</li> <li>4. Describa el proceso existente para dar el alta a los clientes de su(s) programa(s) y hacer la transición a otros servicios adecuados.</li> </ol> <p><b>Respuesta del Solicitante (recuerde incluir información para cada servicio de CS que estén interesados en proporcionar):</b></p>

Sección	Requisitos	Preguntas para Potenciales Proveedores
<b>1G</b>	<p><b>Remisión a Servicios Comunitarios y de Apoyo:</b></p> <p>Se recomienda al proveedor de CS identificar servicios adicionales de CS de los que pueda beneficiarse el miembro y enviar petición(es) adicional(es) de servicios de CS para que los autorice GCHP.</p>	<p><b>Para cada servicio de CS que estén interesados en proporcionar:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Describa la forma en que usted identifica actualmente las necesidades de servicios comunitarios y de apoyo del miembro.</li> <li>2. Describa la forma en que usted ayuda al miembro a conectar con nuevos recursos en la comunidad. ¿Cómo hace usted seguimiento con el miembro para asegurarse de que se prestaron los servicios (es decir, remisiones de circuito completo)? Si es aplicable, ¿utiliza usted alguna plataforma de recursos para compartir recursos comunitarios o hacer seguimiento de remisiones?</li> <li>3. Si no tiene usted un proceso actualmente en marcha, describa la forma en que tiene previsto cumplir este requisito y qué ayuda puede necesitar de GCHP.</li> </ol> <p><b>Respuesta del Solicitante (recuerde incluir información para cada servicio de CS que estén interesados en proporcionar):</b></p>
<b>1H</b>	<p><b>Requisitos de Servicios Cultural y Lingüísticamente Apropriados y Sin Discriminación:</b></p> <p><b>El Proveedor de CS debe poder completar lo siguiente:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. El proveedor de CS debe cumplir los requisitos de competencia lingüística y cultural y de AFS que establezca el requisito anual de capacitación de GCHP.</li> <li>2. Cumplir los requisitos de no discriminación que establezcan las leyes estatales y federales y el Contrato con GCHP.</li> <li>3. El Proveedor de CS debe demostrar un historial de servir a miembros de Medi-Cal de una forma equitativa, no discriminatoria y basada en la comunidad.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Describa la forma en que su organización brinda servicios cultural y lingüísticamente apropiados. Indique cualquier capacitación del personal relevante o servicios que usted ofrece para cumplir este requisito.</li> <li>2. Describa la forma en que usted proporciona acceso a servicios de traducción o interpretación, incluyendo TTY para personas con dificultades auditivas, o braille o impresión con letra grande para las personas con dificultades visuales, para ayudar a los miembros que participan en sus servicios/programas. Esto puede incluir el uso de recursos de GCHP.</li> <li>3. Indique en qué idiomas se ofrecen sus servicios para cubrir las necesidades de sus miembros.</li> <li>4. Describa la forma en que su organización proporciona servicios de una forma equitativa y no discriminatoria.</li> </ol> <p><b>Respuesta del Solicitante:</b></p>

Sección	Requisitos	Preguntas para Potenciales Proveedores
<b>1I</b>	<p><b>Reclamos y Presentación / Pago de Facturas:</b></p> <p>El proveedor de CS registrará, generará y enviará un reclamo a GCHP por los servicios de CS prestados en el formato estándar (archivo 837) <b>o</b> enviará una factura a GCHP en el formato de Excel especificado por el DHCS. El Proveedor de CS debe tener autorización de servicios de CS para recibir pago por la prestación de servicios. El Proveedor de CS debe disponer de un mecanismo para aceptar el pago por parte de GCHP por los servicios autorizados y prestados.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Describa su proceso actual para registrar, generar y presentar reclamos o facturas para el pago de los servicios prestados. Indique cualquier sistema electrónico o plataforma relevante que utilice actualmente.</li> <li>2. Si no tiene un proceso actual, indique la forma en que tiene previsto presentar reclamos o facturas por el/los servicio(s) de CS que desea proporcionar. ¿Qué ayuda necesita de GCHP para desarrollar este proceso?</li> </ol> <p><b>Respuesta del Solicitante:</b></p>
<b>1J</b>	<p><b>Compartir Datos para Apoyar los CS:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Intercambio de archivos de datos <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Miembros que potencialmente reúnan los requisitos</li> <li>b. PHI de los miembros asignados</li> <li>c. Respuesta de estado del programa</li> </ol> </li> <li>2. Informes <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Contacto y participación de miembros</li> <li>b. Informe(s) suplementarios obligatorios del DHCS</li> </ol> </li> <li>3. Requisitos de Privacidad y Seguridad <ol style="list-style-type: none"> <li>a. HIPAA</li> <li>b. 42 CFR Part 2</li> </ol> </li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Describa la capacidad de su organización para transferir datos e informes a GCHP mediante un sitio SFTP u otro mecanismo seguro de intercambio de datos para apoyar la prestación del servicio.</li> <li>2. Describa qué plataformas de intercambio de datos utiliza actualmente su organización.</li> <li>3. Describa la forma en que usted cumple con los requisitos de Privacidad y Seguridad de HIPAA y, si es aplicable, de 42 CFR Parte 2 para proporcionar servicios y evitar las filtraciones de datos.</li> <li>4. Describa si usted aporta información requerida a informes suplementarios que requiere el DHCS (por ejemplo, Informe trimestral de Seguimiento de Implementación de CS), y si es así, la forma en que lo hace.</li> <li>5. Si no tiene un proceso actual, describa la forma en que tiene previsto cumplir este requisito y qué ayuda puede necesitar de GCHP.</li> </ol> <p><b>Respuesta del Solicitante:</b></p>

Sección	Requisitos	Preguntas para Potenciales Proveedores
<p><b>1K</b></p>	<p><b>Seguimiento y Supervisión:</b>  El proveedor de CS debe cooperar con actividades de supervisión y seguimiento de GCHP para asegurar el cumplimiento de los requisitos de servicios de CS.  El proveedor de CS debe cumplir las actividades de seguimiento de GCHP, incluyendo informes, auditorías y acciones correctoras obligatorias, entre otras actividades de supervisión.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Describa su experiencia en ser objeto de seguimiento y supervisión por parte de otra entidad con la que haya tenido contrato para prestar (un) servicio(s) de CS.</li> <li>2. Describa las auditorías internas que realiza y las auditorías externas en las que ha participado.</li> </ol> <p><b>Respuesta del Solicitante:</b></p>

## Servicios de Navegación de Transición de Vivienda

Sección	Requisitos	Preguntas para Potenciales Proveedores
<p><b>2A</b></p>	<p><b>Descripción del CS</b> Los proveedores deben ayudar a los miembros de GCHP a obtener vivienda y tener la capacidad de proporcionar la totalidad de los 15 servicios enumerados a continuación.</p> <p><b>Por favor, indique cuáles de los siguientes servicios proporciona usted actualmente (marque todos los que apliquen):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 1. Realizar una evaluación de inquilinos y evaluación de vivienda que identifique las preferencias del participante y las barreras relacionadas con un arrendamiento con éxito. La evaluación puede incluir recoger información sobre las necesidades de vivienda del participante, posibles barreras para la transición de vivienda, e identificación de barreras para la conservación de la vivienda.</li> <li><input type="checkbox"/> 2. Desarrollar un plan individualizado de apoyo a la vivienda basado en la evaluación de vivienda que aborde las barreras identificadas, incluya objetivos medibles a corto y largo plazo para cada problema, establezca el enfoque del participante para cumplir el objetivo, e identifique qué otros proveedores o servicios, tanto reembolsados como no reembolsados por Medi-Cal, pueden ser necesarios para cumplir el objetivo</li> <li><input type="checkbox"/> 3. Buscar opciones de vivienda y presentación.</li> <li><input type="checkbox"/> 4. Ayudar a obtener vivienda, incluyendo completar solicitudes de vivienda y obtener la documentación necesaria (por ejemplo, tarjeta del Seguro Social, acta de nacimiento, historial anterior de alquileres).</li> <li><input type="checkbox"/> 5. Ayudar con la defensa de beneficios, incluyendo ayudar a obtener identificación y documentación para elegibilidad para SSI y apoyar el proceso de solicitud de SSI. Este servicio puede ser subcontratado externamente para obtener el conjunto de habilidades especializadas necesarias.</li> <li><input type="checkbox"/> 6. Identificar y obtener recursos necesarios para ayudar con el alquiler subvencionado (tales como: Sección 8, programas de ayuda estatales y locales, etc.) y asignar a los miembros los recursos de ayuda al alquiler disponibles que correspondan.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Describa brevemente la forma en que su organización proporciona estos servicios. ¿Cuál es su capacidad actual y prevista en el futuro para los servicios o programas de CS que usted ofrece? Indique si usted podría atender a todos los miembros asignados, incluyendo a aquellos que no están conectados actualmente con su organización.</li> <li>2. Describa su experiencia en lograr la participación de miembros con condiciones complejas de salud, de discapacidad y/o de salud del comportamiento.</li> <li>3. Describa cualesquiera actividades que actualmente usted subcontrate o remita a otro proveedor. Aporte detalles específicos sobre la forma en que usted trabaja con cualquier subcontratista para completar servicios a domicilio.</li> <li>4. Si hay alguna actividad obligatoria para este servicio de CS que usted no proporcione actualmente, ¿cómo tiene previsto incrementar su capacidad para proporcionarla?</li> <li>5. ¿Necesitaría usted ayuda de GCHP, y si es así, con qué servicio(s) / actividades específicos?</li> <li>6. Describa cualquier estrategia de difusión basada en la calle que usted utilice actualmente o planea utilizar para este servicio de CS.</li> </ol> <p><b>Respuesta del Solicitante:</b></p>

Sección	Requisitos	Preguntas para Potenciales Proveedores
	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 7. Si está incluido en el plan de apoyo a la vivienda, identificar y obtener recursos para cubrir gastos, tales como depósito de seguridad, costos de mudanza, ayudas adaptativas, modificaciones del entorno, costos de mudanza y otros gastos únicos. (Nota: El pago real de estos depósitos de vivienda y gastos de mudanza es un servicio por separado de CS dentro de Depósitos de Vivienda.)</li> <li><input type="checkbox"/> 8. Ayudar con peticiones de adaptaciones razonables, si son necesarias.</li> <li><input type="checkbox"/> 9. Educación y participación de arrendadores.</li> <li><input type="checkbox"/> 10. Asegurarse que el entorno de vivienda es seguro y está listo para mudarse.</li> <li><input type="checkbox"/> 11. Comunicarse en nombre del cliente con los arrendadores y defender al cliente.</li> <li><input type="checkbox"/> 12. Ayudar a organizar y apoyar los detalles de la mudanza.</li> <li><input type="checkbox"/> 13. Establecer procedimientos y contactos para conservar la vivienda, incluyendo desarrollar un plan de crisis de apoyo a la vivienda que incluya servicios de prevención e intervención temprana cuando la vivienda está en peligro. (Nota: Los servicios asociados al plan de crisis son un servicio de CS dentro de Servicios de Arrendamiento y Sostentamiento de Vivienda.)</li> <li><input type="checkbox"/> 14. Identificar, coordinar, obtener o financiar transporte no de emergencia, no médico para ayudar a la movilidad de los miembros para asegurar acomodaciones razonables y acceso a opciones de vivienda antes de la transición y en el día de la mudanza.</li> <li><input type="checkbox"/> 15. Identificar, coordinar modificaciones ambientales para instalar las acomodaciones necesarias para la accesibilidad.</li> </ul>	

Sección	Requisitos	Preguntas para Potenciales Proveedores
<b>2B</b>	<p><b>Capacidades del Proveedor y Buenas Prácticas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Experiencia en servir a personas que sufren indigencia.</li> <li>• Admisión, Inscripción, Evaluación: Experiencia en realizar una evaluación de necesidades de vivienda.</li> <li>• Defensa de Beneficios: Experiencia en defensa de beneficios para miembros, pacientes y clientes, como completar elegibilidad para SSI y apoyar el proceso de solicitud / apelaciones.</li> <li>• Administración de Casos / Navegación de Salud: Experiencia en proporcionar coordinación de atención a clientes, incluyendo concertar citas, transporte y programación adecuada para incrementar la independencia y las habilidades de vida.</li> <li>• Planificación y Navegación de Servicios de Vivienda: Experiencia en desarrollar un plan de apoyo a la vivienda para miembros, pacientes y clientes.</li> <li>• Experiencia en búsqueda de vivienda y completar el plan de apoyo a la vivienda para miembros, pacientes y clientes.</li> <li>• Experiencia en resolver problemas de arrendamiento para miembros, pacientes y clientes.</li> <li>• Experiencia en proporcionar acompañamiento a citas.</li> <li>• Tener acceso a CES y conexión con CoC local.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Cuánto tiempo lleva su organización proporcionando este servicio?</li> <li>2. ¿Tiene su organización una cuenta de lectura / escritura HMIS?</li> <li>3. ¿Utiliza su organización atención habilitada en el tratamiento del trauma, y/o prácticas de reducción de daño? ¿Cómo capacitan al personal e implementan estas prácticas?</li> <li>4. ¿Ofrece su organización algún servicio de apoyo para ayudar a mitigar posibles barreras para la búsqueda de vivienda (por ejemplo, transporte, cuidado de niños)? Si es así, ¿cuáles?</li> <li>5. Si está disponible, ¿cuál es su tasa de colocación de vivienda para clientes / pacientes?</li> </ol> <p><b>Respuesta del Solicitante:</b></p>
<b>2C</b>	<p><b>Criterios de Elegibilidad</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿A qué tipos de personas presta usted servicios actualmente?</li> <li>2. ¿Tiene alguna área focal específica o restricciones sobre criterios de elegibilidad para este servicio en su organización?</li> </ol> <p><b>N/A</b></p>

Sección	Requisitos	Preguntas para Potenciales Proveedores
<b>2D</b>	<b>Personal y Capacidad del Proveedor</b>	<ol style="list-style-type: none"><li data-bbox="1138 196 2011 256">1. Describa la estructura actual de personal para la prestación de este servicio de CS.</li><li data-bbox="1138 269 2011 329">2. Describa qué tipo de apoyo o ayuda para desarrollo de capacidades puede ser necesario por parte de GCHP para lanzar o ampliar este servicio.</li><li data-bbox="1138 342 2011 443">3. ¿Incluye usted actualmente a pares y/o individuos con experiencia vivida en su modelo de prestación de servicio? Si es así, por favor, describa su papel en su prestación de servicio.</li></ol> <p data-bbox="1138 456 1465 480"><b>Respuesta del Solicitante:</b></p>



**Gold Coast  
Health Plan**<sup>SM</sup>  
A Public Entity

**Apoyos Comunitarios (CS)**

Solicitud de Certificación de Proveedor: Servicios de Navegación de Transición de Vivienda

711 East Daily Drive, Suite 106, Camarillo, CA 93010

[www.goldcoasthealthplan.org](http://www.goldcoasthealthplan.org)