Foundational Community Supports (FCS) Attestation of Chronic Homelessness

Washington | Medicaid

Las personas interesadas en inscribirse en el programa de apoyo de vivienda Foundational Community Supports (FCS) deben satisfacer una necesidad de salud y un factor de riesgo para ser elegibles para el programa, además de otros criterios indicados a continuación.

Declaro que soy un trabajador de inscripción debidamente autorizado de FCS y que he seguido las políticas y procedimientos de mi agencia, al igual que la política de Washington State Health Care Authority, para establecer la indigencia crónica para los fines del programa FCS. He determinado la indigencia crónica mediante uno de los criterios siguientes:

☐ Homelessness Management Information System (HMIS)

☐ Una declaración escrita y firmada por un agente de alcance comunitario

☐ Una referencia escrita y firmada por otro proveedor de vivienda o servicios

☐ La declaración firmada por el inscrito de la duración y frecuencia de la indigencia

Declaro que _____ satisface los requisitos de duración y frecuencia de la indigencia crónica: la persona ha vivido en un lugar no apto para vivienda humana, un refugio seguro o un albergue de emergencia durante al menos 12 meses o en al menos cuatro ocasiones separadas en los últimos tres años, siempre que la duración total sea de al menos 12 meses.

Nota: Esta definición también incluye a personas que cumplieron anteriormente con la definición de indigencia crónica de HUD, pero que han tenido alojamiento en los últimos 60 días (el tiempo de alojamiento no debe superar los 60 días).

Cobertura proporcionada por Wellpoint Washington, Inc.

Wellpoint Washington, Inc. reconoce y respeta profundamente la soberanía inherente de las Tribus reconocidas federalmente en el estado de Washington. En nuestros esfuerzos por promover un cuidado médico de alta calidad, honramos el derecho Tribal a la autogobernanza, manteniendo en alta estima la relación de gobierno a gobierno existente entre el estado y las Tribus, un vínculo reiterado por el Acuerdo del Centenario y establecido por el RCW 43.376. Reafirmamos con profundo compromiso nuestra voluntad de mejorar la coordinación, la colaboración y el reconocimiento de las tradiciones y valores profundamente enraizados de las comunidades Tribales.

WAWP-CD-095320-25 | Diciembre de 2025

* Firma del trabajador de inscripción autorizado de FCS:	* Fecha:
* Nombre de la agencia:	Dirección:
Declaración del inscrito Yo, _____, he experimentado la situación de indigencia por los últimos 12 meses, en los cuales viví en un lugar no apto para vivienda humana, un refugio seguro o un albergue de emergencia; o en al menos cuatro ocasiones separadas en los últimos tres años, fui indigente por un total de al menos 12 meses. *Nota: Esta definición también incluye personas que cumplieron anteriormente con la definición de indigencia crónica del HUD, pero que han tenido alojamiento en los últimos 60 días (el tiempo de alojamiento no debe superar los 60 días).*	
* Firma:	* Fecha:

* Indica un campo obligatorio.