# Форма запиту на пільгу в рамках Медичного страхового плану штату Орегон (OHP) «Зміни в житлі для покращення здоров’я та безпеки» для учасників із відкритою карткою (Open Card)

## Частина пільги «Потреби, пов’язані зі здоров’ям та соціальними обставинами» (HRSN)

Це форма запиту для учасників Медичного страхового плану штату Орегон (OHP), які можуть мати право на пільгу «Зміни в житлі для покращення здоров’я та безпеки». Пільга охоплює:

- Пристрої для підтримання здоров’я під час екстремальних погодних умов, наприклад, кондиціонери повітря або фільтри.
  Повний перелік наведено на сторінці 2.
- Зміни в житлі для покращення безпеки, такі як пандус для інвалідного візка або контроль за шкідниками.
  Повний перелік наведено на сторінці 2.

### Використовуйте цю форму, якщо у вас Відкрита картка (Open Card):

Надішліть заповнену форму до Acentra Health електронною поштою на електронну адресу ORHRSN@Acentra.com або факсом на номер 1-833-551-2607. Ви також можете зателефонувати до офіса HRSN Acentra Health за номером 888-834-4304.

### Якщо ви не знаєте, чи маєте ви Відкриту картку (Open Card), або якщо у вас є додаткові запитання:

- Подивиться на свою ідентифікаційну картку. Ви мали отримати картку від свого медичного страхового плану, на якій зазначено його назву та ваш ідентифікаційний номер учасника.
- Зателефонуйте в службу підтримки клієнтів OHP за номером 1 -800-273-0557.

Ви можете отримати цей документ іншими мовами, великим шрифтом, шрифтом Брайля або в іншому зручному для вас форматі. З відділом програми Medicaid можна зв’язатися за адресою HRSN.program@oha.oregon.gov чи зателефонувати за номером 503-580-0295 (голосове/текстове повідомлення). Ми приймаємо всі виклики з ретрансляцією.

## Розділ 1: Інформація про вас і ваші потреби

**Ім'я**
(Як зазначено на ідентифікаційній картці Медичного страхового плану штату Орегон):

_____

**Дата**
(мм/дд/рррр):

_____

**Ідентифікаційний номер картки Медичного страхового плану штату Орегон** (якщо відомо)**:** _____

Ім'я, якому надаєте перевагу: _____

Займенники: _____

Мова для спілкування, якій надаєте перевагу: _____

Мова для письмового спілкування, якій надаєте перевагу: _____

**Найкращий спосіб зв'язатися зі мною:**

☐ Телефон ☐ Текстові повідомлення ☐ Електронна пошта
☐ Пошта ☐ Особисто

**Найкращий час, щоб зв'язатися зі мною:**

☐ Ранок ☐ Друга половина дня ☐ Вечір

Номер телефону: _____

Електронна пошта: _____

Поштова адреса: _____

Місто: _____ Штат: _____ Поштовий індекс: _____

### Я хочу дізнатися, чи маю я право отримати (позначте все, що підходить):

За потреби встановлення включено для таких пристроїв, як кондиціонери, або для змін у житлі, таких як пандуси для інвалідних візків та поручні-скоби.

☐ Кондиціонер повітря
☐ Обігрівач
☐ Пристрій для фільтрації повітря
☐ Мініхолодильник для ліків
☐ Переносне джерело живлення для мого медичного обладнання на випадок вимкнення електроенергії
☐ Пандус для інвалідного візка
☐ Поручні-скоби
☐ Віконні покриття від алергенів
☐ Видалення та контроль шкідників
☐ Генеральне прибирання житла для зменшення ризиків для мого здоров'я чи безпеки

## Розділ 2: Чи маєте ви право?

Наведені запитання допоможуть визначити, чи маєте ви право на пільгу «зміни в житлі для покращення здоров'я та безпеки».

### Ви можете мати право залежно від наведених нижче обставин (позначте все, що підходить):

- ☐ Я звільнився(-лася) з місця позбавлення волі протягом останніх 12 місяців (в'язниця, місце тримання під вартою тощо).
- ☐ Я нещодавно залишив(-ла) заклад із лікування психічного здоров'я або залежностей протягом останніх 12 місяців.
- ☐ Я перебуваю або перебував(-ла) раніше в системі захисту дітей штату Орегон (проживання у прийомній родині).
- ☐ Я переходжу з пільг лише за програмою Medicaid до права на отримання пільг за програмою Medicaid разом із Medicare.
- ☐ Я можу втратити житло.
- ☐ У мене немає постійного місця проживання.
- ☐ Я молода доросла особа з особливими потребами в медичному обслуговуванні.

### Ви можете мати право, якщо маєте чи мали в минулому один або кілька з наведених нижче станів здоров'я (позначте все, що підходить):

- ☐ Я маю проблеми з фізичним станом здоров'я.
- ☐ Я маю проблеми зі станом поведінкового здоров'я.
- ☐ Я маю фізичну інвалідність, порушення розвитку або порушення інтелектуального розвитку.
- ☐ Я маю труднощі із самообслуговуванням та виконанням щоденних завдань.
- ☐ Я зазнавав(-ла) насильства або занедбання.
- ☐ Я часто звертався(-лася) до відділення невідкладної допомоги або кризових служб.
- ☐ Я зараз вагітна або народила протягом останніх 12 місяців.
- ☐ Мені 65 років чи більше.
- ☐ Особі, для якої я заповнюю цю форму, 6 років або менше
- ☐ Не знаю.
- ☐ Жоден із перелічених вище пунктів.

## Розділ 3: Заява про достовірність відомостей

### Підписуючи цю форму, я розумію та підтверджую, що:

- Я хочу, щоб мій медичний страховий план з’ясував, чи маю я право на послуги, які я позначив(-ла) вище.
- Мій медичний страховий план може зі мною зв’язатися, щоб отримати додаткову інформацію щодо цього запиту.
- Наскільки мені відомо, вся інформація, яку я вказав(-ла) в цьому запиті, є правдивою, точною та повною.
- Якщо я надам недостовірну інформацію, мене можуть притягнути до відповідальності відповідно до законодавства штату або федерального законодавства. Це може включати повернення коштів, витрачених на будь-які послуги, отримані мною внаслідок цього запиту.

### Підпис

Представник може підписати цю форму від імені учасника OHP, у тому числі учасників молодше 18 років. Залиште наведені нижче поля для імені та підпису представника порожніми, якщо ви заповнюєте цю форму від свого імені.

П.І.Б. учасника: _____

Підпис учасника: _____ Дата: _____

Ім’я представника: _____

Підпис представника: _____ Дата: _____

## Розділ 4: Інформація про організацію

Якщо організація подає цю форму від імені учасника, заповніть поля нижче.

Назва організації: _____

Ім’я та роль особи, яка подає форму:

_____

Номер телефону: _____

Електронна пошта: _____

**Medicaid Division**
1115 Waiver Strategic Operations

Сайт: https://www.oregon.gov/oha/hsd/medicaid-policy/pages/hrsn.aspx

Роздрукувати Скинути

200-1195302 (10/2025) Ukrainian