

Форма запиту на житлову допомогу за Планом охорони здоров'я Oregon Health Plan (ОHP)

Частина допомоги на соціальні потреби, пов'язані зі здоров'ям Health-Related Social Needs (HRSN)

Призначення

Це форма запиту для учасників Плану охорони здоров'я Oregon Health Plan (ОHP), які мають право на житлову допомогу. Ця допомога дозволить отримати житло. До житлової допомоги входить:

- Допомога з орендною платою
- Підтримка в питаннях оренди (допомога в отриманні ресурсів та послуг для орендарів)
- Зміни в оселі, пов'язані зі здоров'ям та безпекою

Питання на наступних сторінках допоможуть дізнатися, чи маєте ви на це право та який тип допомоги з житлом ви можете отримати.

Якщо ви є членом організації координованої допомоги (ССО):

Ви можете подати запит на цю житлову допомогу безпосередньо від своєї ССО. Перевірте вашу [ССО на форму запиту](#) чи [зверніться до вашої ССО](#). Це може прискорити процес. Ваша ССО зв'яжеться з вами, якщо знадобиться додаткова інформація; ССО ухвалить чи відмовить у послугах.

Якщо у вас відкрита картка:

Надішліть заповнену форму в Acentra Health за адресою ORHRSN@Acentra.com чи надішліть факсом на номер 1-833-551-2607. Також можна зателефонувати в групу HRSN Acentra Health за номером 888-834-4304.

Якщо не знаєте, чи є ви членом ССО та чи маєте відкриту картку:

- Перевірте свою ідентифікаційну картку. Ви повинні були отримати ідентифікаційну картку від плану охорони здоров'я, на лицьовій поверхні якої вказана назва та ваш ідентифікатор.
- Телефонуйте в службу роботи з клієнтами ОHP за номером 1-800-273-0557.

Є питання?

- Учасники ССО: Дізнайтеся в [ССО](#) як замовити житлові послуги.
- Ви можете зателефонувати в службу роботи з клієнтами ОНР за номером 1-800-273-0557.
- Маючи відкриту картку (Acentra Health), ви можете зателефонувати за номером 888-834-4304.

Ця форма доступна на сторінці [HRSN](#) на різних мовах. Ви також можете безкоштовно отримати документ іншими мовами, великим шрифтом, шрифтом Брайля або у форматі, який вам подобається. Зв'яжіться з Челсі Егберт за адресою chelsea.egbert@oha.oregon.gov чи номером 503-580-0295 (дзвінки й текст). Ми приймаємо всі види дзвінків.

Наступний розділ потрібен для запиту на житлову пільгу ОНР. Вам також треба увійти на [сторінці 4](#). Решта інформації опціональна.

Розділ 1: Про вас

Необхідна інформація*

Надайте всю інформацію в цьому розділі.

Цей розділ необхідний для запиту житлової пільги ОНР. Вам також треба увійти на [сторінці 4](#). Решта інформації опціональна.

Ім'я

(як написано на ідентифікаційній картці Плану охорони здоров'я Oregon Health Plan ID) *:

Дата народження

(мм/дд/рррр)*:

Ідентифікаційний номер плану охорони здоров'я

Oregon Health Plan ID

(якщо відомо)*:

Найкращий спосіб зв'язку зі мною:

Дзвоніть

Пишіть

Email

Пошта

Особисто

Найкращий час для зв'язку зі мною:

Вранці

В обід

Увечері

Номер телефону*: _____ Електронна адреса*: _____

Поштова адреса*: _____

Місто*: _____ Штат*: _____ Індекс*: _____

Я бажаю/потребую (відзначте все, що підходить):

Допомога в оплаті оренди до шести місяців (включно з простроченням платежів і комунальних послуг)

Зміни в моєму домі для здоров'я та безпеки. Це включає (відзначте все, що підходить):

Додавання поручнів, пандусів для візків або ручок для ящиків

Ретельне прибирання

Позбавлення від шкідників

Встановлення жалюзі

Допомога з орендою (отримання ресурсів і послуг, що допоможуть мені з житлом)

Розділ 2: Заява про достовірність

Підписуючи цю форму, я розумію та погоджуюся, що:

- Я хочу, щоб Acentra Health або моя ССО дізналися, чи маю я право на послуги, позначені вище.
- Acentra Health чи моя ССО можуть звернутися до мене, щоб отримати більше інформації про цей запит.
- Наскільки мені відомо, інформація, надана в цьому запиті, є правдивою, правильною та повною.
- За надання інформації, що не відповідає дійсності, мене можуть покарати за законами штату чи держави. Це може включати повернення грошей, витрачених на послуги, які я отримую через цей запит.

Підпис

Представник може підписати цю форму за учасника ОНР, включно з учасниками віком до 18 років. Якщо заповнюєте цю форму самостійно, залиште рядки для імені представника та підпису порожніми.

Ім'я учасника: _____

Підпис учасника: _____

Ім'я представника: _____

Підпис представника: _____

Дата: _____

Розділ 3: Більше даних про вас

Додаткова інформація

Вам не обов'язково зараз заповнювати наведену нижче інформацію.

Якщо заповните:

Це допоможе вам і вашій ССО чи Acentra Health дізнатися, чи маєте ви право на ці послуги.

Якщо не заповните:

Ваша ССО чи Acentra Health зв'яжеться з вами, щоб поставити ці питання пізніше.

Бажане ім'я: _____ Займенники: _____

Бажана усна мова: _____

Бажана письмова мова: _____

Якщо відомо, введіть назву (ССО) чи введіть «відкрита картка», якщо у вас відкрита картка:

Розділ 4: Дізнайтесь, чи маєте право

Наступні питання допоможуть визначити, чи маєте ви право на житлові пільги, описані вище.

Наведені нижче обставини можуть дати вам право на отримання житлових пільг (позначте все, що підходить):

Я маю житло

Мій стан здоров'я вимагає ремонту будинку (див. стан здоров'я та історію нижче)

Я знаходжуся в одній з життєвих ситуацій (позначте все, що підходить):

Вихід із місць позбавлення волі (в'язниця, арешт тощо)

Нещодавно вийшов із закладу для психічно хворих або споживачів психоактивних речовин

У системі захисту дітей Орегону (прийомна сім'я) зараз або в минулому

Перехід від пільг за програмою Medicaid до прав на пільги за програмою Medicaid plus Medicare

Маю сімейний прибуток, що становить 30% або менше від середньорічного доходу за місцем проживання **та** мені не вистачає ресурсів або підтримки, щоб уникнути бездомності. Ви можете знайти [таблицю з переліком відповідних прибутків](#) онлайн.

Медичний стан та історія (відзначте все, що підходить):

У мене складний фізичний стан здоров'я

У мене складний поведінковий стан здоров'я

У мене вада розвитку чи інтелектуальна вада

У мене труднощі з самообслуговуванням і повсякденними справами

Я стикався з жорстоким поведінням або нехтуванням

Я часто звертаюсь по невідкладну чи кризову допомогу

Зараз я вагітна чи народила протягом останніх 12 місяців

Мені 65 років чи більше

Особа, за яку я заповнюю цю форму, молодше 6 років

Я не впевнений

Нічого з вищевказаного

Нижче наведено вимоги для отримання пільг з оплати оренди чи підтримки з орендою (позначте все, що підходить)

Я маю житло

Я маю підтримку, проживаючи в поточному житлі

У мене є договір оренди чи письмова угода з особою, в якій я орендую житло (орендодавцем)

Я маю сімейний прибуток, що становить 30% чи менше від середньорічного доходу за місцем проживання—ви можете знайти [таблицю з переліком відповідних прибутків онлайн](#)

Мені бракує ресурсів чи підтримки, щоб уникнути бездомності

У мене стан здоров'я з вищенаведеного списку

Я не впевнений

Нічого з вищевказаного

Майте на увазі, що розгляд заявки може тривати до двох тижнів; у разі схвалення, отримання послуги також потребуватиме часу.

Яка ваша ситуація зараз?

Мій орендодавець надіслав повідомлення про виселення, і мені потрібна допомога менш ніж за два тижні

У мене немає повідомлення про виселення, але мої рахунки мають бути сплачені менш ніж за два тижні

Я не впевнений

Нічого з вищевказаного

Розділ 5: Відомості від організації

Якщо організація подає цю форму за учасника, надайте інформацію, вказану нижче.

Назва організації: _____

Ім'я та роль особи, яка подає форму:

Номер телефону: _____ Електронна адреса: _____

Ви можете безкоштовно отримати документ іншими мовами, великим шрифтом, шрифтом Брайля або у форматі, який вам подобається. Зв'яжіться з Челсі Егберт за адресою chelsea.egbert@oha.oregon.gov чи номером 503-580-0295 (дзвінки й текст). Ми приймаємо всі види дзвінків.

Підрозділ Medicaid

1115 Відмова від стратегічних операцій
800 NE Oregon Street
Portland, OR 97232

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



200-736602 (10/2024) Ukrainian