俄勒岡州健康計劃 (OHP) Open Card
會員健康與安全相關住家改造福利申請表

健康相關社會需求 (HRSN) 福利的一部分

這是一份提供給俄勒岡州健康計劃 (Oregon Health Plan, OHP) 會員使用的申請表，適用於可能有資格享有健康與安全相關住家改造福利的會員。此項福利包括：

- 在極端氣候期間用於協助保持健康的裝置，例如冷氣機或空氣過濾器。
  請參閱第 2 頁的完整清單。
- 為了安全所進行的住家改造，例如輪椅坡道或害蟲防治。
  請參閱第 2 頁的完整清單。

如果您持有 Open Card，請使用本表格：

請將填妥的表格透過電子郵件 ORHRSN@Acentra.com 寄送給 Acentra Health，或傳真至 1-833-551-2607。您也可以致電 888-834-4304 與 Acentra Health 的 HRSN 團隊聯絡。

如果您不確定自己是否持有 Open Card，或者您有進一步疑問：

- 請查看您的識別卡。您應已透過您的健康計劃收到識別卡，識別卡的正面將列有健康計劃的名稱和您的會員識別號碼。
- 請致電 1-800-273-0557 與 OHP 客戶服務部聯絡。

您可以免費取得本文件的其他語言版本、大字體版本、點字版本或您偏好的格式版本。請透過 HRSN.program@oha.oregon.gov 或致電 503-580-0295（語音/簡訊）與 Medicaid 部門聯絡。我們接受所有傳譯電話。

第 1 部分：與您及您需求有關的資訊

姓名
（如俄勒岡州健康計劃識別卡上所示）：

日期
(月月/日日/年年年年)：

_____ _____

俄勒岡州健康計劃識別卡號碼（如知曉）：_____

慣用姓名：_____ 代名詞：_____

慣用口頭語言：_____

慣用書面語言：_____

與我聯絡的最佳方式：

☐ 電話 ☐ 簡訊 ☐ 電子郵件 ☐ 郵件 ☐ 當面

與我聯絡的最佳時間：

☐ 上午 ☐ 下午 ☐ 晚上

電話號碼：_____

電子郵件：_____

通訊地址：_____

城市 _____ 州：_____ 郵遞區號：_____

我想確認我是否符合下列資格 (請勾選所有適用選項)：

如有需要，裝置（例如冷氣機）或住家改造（例如輪椅坡道和扶手）皆包含安裝服務。

☐ 冷氣機
☐ 暖氣機
☐ 空氣過濾器
☐ 用於存放藥物的迷你冰箱
☐ 停電時供醫療器材用的攜帶式電源
☐ 輪椅坡道
☐ 扶手
☐ 預防過敏的窗簾
☐ 除蟲與害蟲防治
☐ 深度住家清潔以減少對健康或安全的風險

第 2 部分：您是否符合資格？

以下問題將可協助判定您是否有資格享有健康與安全相關住家改造福利。

您可能因以下情況而符合資格 (請勾選所有適用選項)：

- ☐ 我在過去 12 個月內從監禁處（監獄、拘留所等）釋放。
- ☐ 我在最近 12 個月內從心理健康或物質濫用康復機構出院。
- ☐ 我目前正在使用或過去曾經使用俄勒岡州兒童福利系統（寄養）。
- ☐ 我即將從僅享有 Medicaid 福利轉變為同時符合 Medicaid 和 Medicare 資格。
- ☐ 我可能會失去我的住房。
- ☐ 我目前無家可歸。
- ☐ 我是有特殊醫療保健需求的年輕人。

您可能因有以下一項或多項健康病症及病史而符合資格（請勾選所有適用選項)：

- ☐ 我患有複雜的身體健康病症。
- ☐ 我患有複雜的行為健康病症。
- ☐ 我是肢體殘障、發育障礙或智能障礙人士。
- ☐ 我在自我護理和日常活動方面有困難。
- ☐ 我曾遭受虐待或疏忽照顧。
- ☐ 我經常使用急診室或危機處理服務。
- ☐ 我目前懷孕或在過去 12 個月內曾生產。
- ☐ 我已年滿 65 歲或 65 歲以上。
- ☐ 我為他人填寫本表格，且該人士的年齡為 6 歲或 6 歲以下。
- ☐ 我不確定。
- ☐ 以上皆非。

第 3 部分：事實聲明

簽署本表格即表示本人瞭解並同意：

- 本人希望健康計劃確認本人是否有資格享有本人在上方所勾選的服務。
- 本人的健康計劃可與本人聯絡，以取得與此項申請有關的進一步資訊。
- 就本人所知，本人就此申請所提供的所有資訊均正確無誤且完整無缺。
- 如果本人提供不實資訊，本人可能會根據州法律或聯邦法律受到懲罰。其中可能包括償還花費於本人因此申請所獲得之任何服務的費用。

簽名

代表可代替 OHP 會員簽署本表格，包括未滿 18 歲的會員。如果您是自己填寫本表格，請將下方代表姓名和簽名欄位留白。

會員姓名：_____

會員簽名：_____ 日期：_____

代表姓名：_____

代表簽名：_____ 日期：_____

第 4 部分：組織資訊

如果是由組織代替會員提交本表格，請填寫以下資訊。

組織名稱：_____

表格提交人姓名和職稱：

_____

電話號碼：_____

電子郵件：_____

Medicaid Division
1115 Waiver Strategic Operations

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

列印 重設

200-1195302 (10/2025) Traditional Chinese