

健康相關社會需求 (HRSN) 申請表： 申領氣候相關裝置

目的

俄勒岡州健康計劃 (OHP) 可以承保在惡劣天氣及發生空氣質素不佳事件期間確保您安全的裝置，例如：

- 極度炎熱、
- 極度寒冷、
- 山火煙霧，或者
- 惡劣天氣造成停電。

請使用本表申領：

- 空調機、
- 便攜式加熱器、
- 空氣過濾裝置、
- 用於存放藥物的小型雪櫃，以及
- 停電時為醫療設備供電的便攜式電源。

OHP 為每戶家庭承保每種裝置類型之一。如果您需要申領不只一種裝置類型，OHP 有可能根據您的情況提供承保。如有超過一名家人需要申領裝置，您可以為每人各填寫一份申請表。

OHP 為有以下情況的會員提供裝置承保：

- 患有會因為惡劣天氣和空氣質素不佳事件而變得難以承受或危險的健康狀況，並且
- 曾經歷過以下任何情況：
 - » 面臨失去住所或無家可歸且無處可居的風險，
 - » 除了 OHP 之外，很快會享有 Medicare，
 - » 曾在過去 12 個月內接受過護理：
 - 俄勒岡州立醫院
 - 物質濫用住院治療計劃，或
 - 戒癮管理計劃
 - » 在過去 12 個月內從以下機構釋放：
 - 看守所、
 - 拘留中心，或者
 - 俄勒岡青年管理局、
 - 監獄，或者
 - » 曾在俄勒岡州獲得兒童福利服務。

誰可以填寫本表？

- 您、
- 家長、照顧者或家人，
- 監護人、支持者或值得信賴的朋友，
- 為您提供協助之組織的職員。

填妥的表格要寄往何處：

- 協調護理組織 (Coordinated Care Organizations, CCO) 會員：請把本表交回給您的 CCO。
- 如果您享有 Open Card (Acentra Health)：將其電郵至 ORHRSN@kepro.com 或傳真至 1-833-551-2607。

有問題嗎？

- CCO 會員：詢問您的 CCO 如何提交本表。
- 如果您不知道您的 CCO，請致電 1-800-273-0557 聯絡 OHP 客戶服務部。
- 如果您享有 Open Card (Acentra Health)，請致電 888-834-4304。

Acentra Health 資料

- HRSN 的電郵地址為：ORHRSN@kepro.com
- HRSN 的電話號碼為：888-834-4304
- HRSN 的電子傳真為：833-551-2607

第 1 部分：必填的資訊

請將所有資訊填入本部分。

會員資訊

俄勒岡州健康計劃 ID 號碼 (如果已知)：

出生日期 (月/日/年)：

姓名 (與俄勒岡州健康身份證上所寫者相同)：

首選姓名：

首選代名詞：

首選口語：

首選書面語：

如果您知道您的協調護理組織 (CCO) 名稱，請予註明，或請註明您是否享有 Open Card Acentra Health：

聯絡我的最佳方法為： 電話 短訊 電郵 信件 當面

聯絡我的最佳時間為： 早上 下午 晚上

可以留下有關我的申請的詳細訊息： 是 否

電話號碼 (如果您有的話)：

電子郵件地址 (如果您有的話)：

郵寄地址 (如果您有的話)：

申請資訊

我想申領 (請標記所有適用項)： 空調機 便攜式加熱器 空氣過濾裝置

存放藥物的小型雪櫃 停電時為我的醫療設備供電的便攜式電源

我可以安全地在我所居之處使用該裝置。我可以安全合法地接入該裝置。 是 否

另一個組織或計劃已給我提供一個或多個裝置。 是 否

真實聲明

簽署本表，即表示我理解並同意：

- 我希望 Acentra Health 或我的 CCO 查明，我是否有資格申領可幫助我度過惡劣天氣或空氣質素不佳時期的裝置。
- Acentra Health 或我的 CCO 可以聯絡我以索取有關此項申請的更多資訊。
- 我是在知悉偽證罪之處罰下簽署本表。盡我所知，我在本申請中提供的所有資訊均真實、正確且完整。
- 若我提供不真實的資訊，我可能會受到州或聯邦法律的處罰。這當中可能包括償還已花費在因本項申請而提供給我之任何服務上的資金。

簽名

可以由一位代表為 OHP 會員 (包括 18 歲以下的會員) 簽署本表。

如果是您本人填寫本表，請將代表的姓名和簽名行留空。

會員姓名： _____

會員簽名： _____

代表的姓名： _____

代表簽名： _____

日期： _____

第 2 部分：可選填的資訊

您不必現在就回答這些問題。

- **如果您現在回答：**這些問題將幫助您和您的 CCO 或 Acentra Health 了解您是否有資格申領裝置。
- **如果您現在不回答：**您的 CCO 或 Acentra Health 會在以後聯絡您詢問這些問題。

情況

(如果其中至少有一項符合您的情況，請標記「是」；如果其中沒有一項符合您的情況，請標記「否」)

是 否

- 我將在接下來 3 個月內變得有資格享用 Medicare。
- 我是在不到 9 個月前第一次加入 Medicare。
- 我可能很快就會無家可歸或失去居所。
- 我的收入有至少 50% 花在了房租上。
- 我住在休閒車 (RV) 或拖車中。
- 我無家可歸。
- 我沒有固定的睡眠之所。
- 我住在別人家。
- 過去 12 個月內，我在俄勒岡州立醫院接受過護理。
- 過去 12 個月內，我在大型物質濫用障礙住院治療中接受過護理。
- 過去 12 個月內，我在一個大型戒癮管理計劃中接受過護理。

- 過去 12 個月內，我從看守所、拘留中心、俄勒岡州青年管理局設施或監獄中釋放。
- 我一生中曾有一段間參與俄勒岡州的兒童福利服務。
- 我曾接受寄養或替代照護。
- 我接受過收養或監護援助或家庭保護服務。
- 我曾因兒童福利問題出庭。

健康狀況和病史

(如果其中至少有一項符合您的情況，請標記「是」；如果其中沒有一項符合您的情況，請標記「否」。)

是 否

- 我代其填寫本表之人尚未滿六 (6) 歲。
- 我 65 歲或以上。
- 我現時正在懷孕。
- 我有感知、身體、智力或發育障礙。
- 我使用的藥物需要冷藏。
- 我使用的醫療設備需要電力才能運作。
- 我使用的輔助技術需要電力才能運作。
- 我患有糖尿病，需要服用藥物或胰島素來治療。
- 我患有慢性心臟病，例如心臟衰竭或心臟病發作。
- 我曾經中風。
- 我患有使我面臨血栓風險的慢性病。
- 我患有慢性肺病，例如：慢性阻塞性肺病(COPD)、慢性支氣管炎、支氣管擴張、肺纖維化或其他限制性肺病。
- 我患有氣喘，必須定期服藥來控制病情。
- 我在家中使用氧氣。
- 我患有慢性腎病。
- 我患有多發性硬化症。
- 我患有帕金森氏症。
- 我的脊髓受過傷。
- 我在家中接受臨終關懷。
- 我曾患有與炎熱或寒冷相關的疾病，曾需要緊急護理來治療。
- 我患有精神分裂症。
- 我患有躁鬱症。
- 我患有重度抑鬱症，在過去 12 個月內曾需要危機服務、住院或在住所治療。
- 我患有酒精或物質濫用障礙。
- 我患有阿茲海默症或其他癡呆症而難以記憶和理解。
- 我透過管飼(腸內)獲取營養。
- 我透過靜脈導管(腸外)獲取營養。
- 我還有另一種可能合資格的健康狀況。

您需要其他服務或支援嗎？

(勾選所有適用項)

- 初級保健提供者
- 牙齒護理
- 視力保健，例如眼鏡或檢查
- 聽力保健，例如助聽器或檢查
- 專業醫療護理
- 心理健康診療護理
- 物質濫用障礙護理
- 同伴支援服務
- 傳統衛生工作者服務
- 補充營養援助計劃 (SNAP)
- 貧困家庭臨時援助 (TANF)
- 婦女、嬰兒和兒童 (WIC) 計劃
- 教育服務
- 法律服務
- 社會服務
- 其他服務

第 3 部分：組織資訊

如由組織為會員提交本表，請在下方填寫資訊。

組織名稱：

提交本表之人的姓名和角色：

電話號碼：

電郵地址：

您可以免費獲取本文件其他語言、大字體、盲文或您首選格式的版本。聯絡 Chelsea Egbert 於 chelsea.egbert@oha.oregon.gov 或 503-580-0295 (語音)。我們接受所有轉駁電話。