

俄勒岡州健康計劃 (OHP) 氣候福利申請表

屬於健康相關社會需求福利的一部分

目的

此申請表面向可能有資格獲取氣候福利的 OHP 會員。此福利可為您提供設備，協助您在炎熱、寒冷和停電期間保持安全。氣候福利包括：

- 有助於維持健康室溫和潔淨空氣的設備（包括空調、加熱器、空氣過濾設備和小型藥物冷藏裝置）
- 在氣候事件導致停電期間運行醫療設備的便攜式電源等設備

下一頁的問題將幫助您了解您是否符合資格以及您可以獲得的氣候設備幫助類型。

如果您是協調護理組織 (CCO) 會員：

您可以直接從您的 CCO 申請此氣候福利。查看您的 [CCO 的申請表](#) 或 [與您的 CCO 聯絡](#)。這可能有助於加快流程。如果您的 CCO 需要更多資料，其將與您聯絡，然後 CCO 將批准或拒絕服務。

如果您有 Open Card：

透過電子郵件 ORHRSN@Acentra.com 或傳真 1-833-551-2607 將填妥的表格發送至 Acentra Health。您也可以致電 Acentra Health 的 HRSN 團隊，電話為 888-834-4304。

如果您不知道自己是否為 CCO 會員或是否擁有 Open Card：

- 查看您的 ID 卡。您應該已經從您的健康計劃收到一張 ID 卡，正面印有其名稱和您的會員 ID。
- 請致電 OHP 客戶服務部，電話為 1-800-273-0557。

有問題嗎？

- CCO 會員：詢問您的 CCO 如何申請氣候服務。
- 您可以致電 OHP 客戶服務部，電話為 1-800-273-0557。
- 如果您有 Open Card (Acentra Health) ，您可以致電 888-834-4304。

此表格在 [HRSN 網頁](#) 上有其他多種語言版本。您還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。請聯絡 Chelsea Egbert，電子郵件：chelsea.egbert@oha.oregon.gov 或電話：503-580-0295（語音和短訊）。我們接受所有轉駁電話。

下一部分是申請 OHP 氣候福利的必填項。您還需要在第 4 頁簽名。其餘資料可選填。

第 1 部分：關於您

必填資料*

請提供本部分的所有資料。

本部分是申請 OHP 氣候福利的必填項。您還需要在第 4 頁簽名。其餘資料可選填。

姓名

(如俄勒岡州健康計劃 ID 卡上所寫) *：

出生日期

(月月/日日/年年年年) *：

俄勒岡州健康計劃 ID 號碼

(如果知道) *：

聯絡我的最佳方法為：

電話

短訊

電子郵件

郵寄

當面溝通

聯絡我的最佳時間為：

上午

下午

晚上

電話號碼*：

電子郵件地址*：

郵寄地址*：

城市*：

州*：

郵政編碼*：

我想要/需要 (選擇所有適用項)：

空調機

加熱器

空氣過濾裝置

用於存放藥物的小型雪櫃

停電時為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。

是

否

我可以安全合法地接入該裝置。

是

否

第 2 部分：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 能查明我是否有資格獲得我上面標出的服務。
- 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。
- 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。

代表可為 OHP 會員（包括未滿 18 歲的會員）簽署本表。如果是您本人填寫本表，請將下面的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 3 部分：關於您

可選填的資料

您無需現在填寫以下資料。

如果您現在回答：

它將幫助您和您的 CCO 或 Acentra Health 了解您是否有資格獲得這些服務。

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。

首選姓名： _____ 代詞： _____

首選口語： _____

首選書面語： _____

如果知道(CCO)的名稱，請輸入或如果您有 Open Card，請輸入「Open Card」：

第 4 部分：了解您是否符合資格

以下問題有助於確定您是否符合上述氣候福利的資格。

以下情況可能使您符合氣候福利的資格（選擇所有適用項）：

- 出獄（監獄、拘留所等）。
- 最近離開精神健康或物質濫用康復機構
- 現在或過去（寄養）在俄勒岡州兒童福利系統。
- 從僅享有 Medicaid 福利轉為有資格兼享 Medicaid 及 Medicare 福利。
- 我可能會失去居所。
- 我當前無家可歸。

健康狀況和病史（選擇所有適用項）：

- 我有複雜的身體健康狀況。
- 我有複雜的行為健康狀況。
- 我有發育或智力障礙。
- 我在自我照顧和日常活動方面有困難。
- 我遭受過虐待或忽視。
- 我經常使用急症室或危機服務。
- 我目前懷孕或在過去 12 個月內曾分娩。
- 我 65 歲或以上。
- 我代其填寫此表的人士未滿 6 歲。
- 我不確定。
- 以上都不適用。

第 5 部分：組織資料

如由組織為會員提交本表，請在下方填寫資料。

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。請聯絡 Chelsea Egbert，電子郵件：chelsea.egbert@oha.oregon.gov 或電話：503-580-0295（語音和短訊）。我們接受所有轉駁電話。

Medicaid Division

1115 Waiver Strategic Operations
800 NE Oregon Street
Portland, OR, 97232

網址：<https://www.oregon.gov/oha/HSD/OHP/Pages/Climate-Supports.aspx>



200-505451 (10/2024) Traditional Chinese