

俄勒岡州健康計劃 (OHP) 營養福利申請表

屬於健康相關社會需求 (HRSN) 福利的一部分

目的

這是俄勒岡州健康計劃 (OHP) 會員的申請表，這些會員可能有資格獲得營養福利。此福利可以幫助您透過飲食保持健康並管理與營養相關的健康狀況。

營養福利包括：

- 醫療客製化膳食服務
 - 如果您的初級保健提供者 (PCP) 推薦
- 以及
 - 在您與營養師制定的營養護理計劃中
- 針對目前未接受註冊營養師服務的人士的營養教育

下一頁的問題將幫助您瞭解您是否有資格獲得可用的營養福利。

如果您是協調護理組織 (CCO) 會員：

您可以直接從您的 CCO 申請此營養福利。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。您的 CCO 將與您聯絡進行篩選，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](#) 如何申請營養服務。
- **您可以致電** OHP 客戶服務部，電話為 1-800-273-0557。
- 如果您擁有 Open Card (Acentra Health)，您可以致電 888-834-4304。

此表格在 [HRSN 網頁](#) 上有多種語言版本。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 住屋福利所必需的資料。您也需要在 [第 3 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。

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) *：

我想要/需要 (選一個)：

營養教育，以幫助更多瞭解食物和營養如何影響我的健康

或

醫療客製化膳食服務

我明白要獲得這項服務，我必須擁有註冊營養師提供的評估和營養護理計劃。通常，您的初級保健提供者 (PCP) 將與您合作，以瞭解您是否患有營養師可以幫助治療的疾病。

第 2 部分：真實性聲明

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。

簽名

代表可以為 OHP 會員（包括 18 歲以下的會員）簽署此表格。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」：

聯絡我的最佳方式是：

電話

短訊

電子郵件

郵寄

當面溝通

聯絡我的最佳時間是：

上午

下午

晚上

可以留下有關我的申請的詳情：

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)： _____

城市： _____ 州： _____ 郵政編碼： _____

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有資格獲得上述營養福利。

以下情況可能使您有資格獲得營養福利（請勾選所有適用於您的選項）：

我是 OHP 會員

我無法滿足食物需求

我屬於以下受保族群之一（請勾選所有適用的選項）：

出獄（監獄、拘留所等）

離開精神健康或物質濫用障礙復健機構

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

當前無家可歸

家庭收入為您居住地平均年收入的 30% 或以下，**並且**您必須缺乏資源或支援來防止無家可歸。您可以在線找到[列出收入條件的表格](#)。

我是一名 19-20 歲的年輕成人，患有持續的兒童時期出現的健康問題

健康狀況和病史（選擇所有適用項目）：

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

我曾經被虐待或忽視

我經常使用急症室或危機服務

我目前懷孕或在過去 12 個月內曾經分娩

我年滿 65 歲

我代其填寫此表的人未滿 6 歲

我不確定

以上都不適用

請記住，您的申請可能需要長達兩週的時間進行審核，如果獲得批准，則需要更多時間才能獲得服務。

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 部門

1115 豁免策略營運處
800 NE Oregon Street
Portland, OR, 97232

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



200-822592 (10/2024) Traditional Chinese