استمارة طلب تعديلات منزلية لخطة أوريغون الصحية (OHP) لمنافع الصحة والسلامة لأعضاء البطاقة المفتوحة

جزء من منافع الاحتياجات الاجتماعية المتعلّقة بالصحة (HRSN)

هذه استمارة طلب لأعضاء خطة أوريغون الصحية (OHP) الذين قد يكونون مؤهّلين للحصول على منفعة تعديلات المنزل لأغراض الصحة والسلامة. تشمل المنفعة ما يلي:

- أجهزة لدعم الصحة أثناء الظروف الجوية القاسية، مثل المكيّفات أو أجهزة تنقية الهواء. راجع القائمة الكاملة في الصفحة 2.
- تعديلات في المنزل لأغراض السلامة، مثل منحدرات الكراسي المتحركة أو مكافحة الآفات. راجع القائمة الكاملة في الصفحة 2.

استخدم هذه الاستمارة إذا كانت لديك بطاقة مفتوحة (Open Card):

أرسل الاستمارة المُكتملة إلى أسينترا هيلث (Acentra Health) عبر البريد الإلكتروني ORHRSN@Acentra.com أو بالفاكس إلى الرقم 1-833-551-2607. يمكنك أيضاً الاتصال بفريق HRSN لدى Acentra Health على الرقم 888-834-4304.

إذا كنت لا تعرف ما إذا كنت تمتلك بطاقة مفتوحة أو إذا كانت لديك أية أسئلة أخرى:

- تحقق من بطاقة هويتك. من المفترض أنك قد استلمت بطاقة هوية من خطتك الصحية تحمل اسمها ورقم عضويتك على الجهة الأمامية.
- اتصل بخدمة عملاء خطة أوريغون الصحية (OHP) على الرقم 1-800-273-0557.

يمكنك الحصول على هذا المستند مجاناً بلغات أخرى، أو بخط كبير، أو بلغة البرَيل أو بأية صيغة تفضلها. اتصل بقسم الميديكيد على البريد الإلكتروني HRSN.program@oha.oregon.gov أو اتصل على الرقم 503-580-0295 (صوت/رسالة نصية). نستقبل جميع المكالمات المحولة.

القسم 1: معلومات عنك وعن احتياجاتك

الاسم
(كما هو مكتوب في بطاقة هوية خطة أوريغون الصحية): ______________________________

التاريخ
(الشهر/اليوم/السنة): ______________

رقم بطاقة خطة أوريغون الصحية (إن وُجد): ______________________________

الاسم المفضّل: ____________________ الضمائر: ________________

اللغة المفضلة للتحدّث: ______________________________

اللغة المفضلة للكتابة: ______________________________

أفضل طريقة للتواصل معي هي:

☐ الاتصال هاتفياً ☐ رسالة نصية ☐ البريد الإلكتروني ☐ بريدياً ☐ شخصياً

أفضل وقت للتواصل معي هو:

☐ صباحاً ☐ بعد الظهر ☐ مساءاً

رقم الهاتف: ______________________________

البريد الإلكتروني: ______________________________

العنوان البريدي: ______________________________

المدينة ____________________ الولاية ________ الرمز البريدي: ____________

أرغب في معرفة ما إذا كنتُ مؤهلاً لـ (يرجى تحديد كل ما ينطبق):

إذا لزم الأمر، يشمل ذلك تركيب الأجهزة مثل المكيفات أو التعديلات المنزلية مثل منحدرات الكراسي المتحركة أو مقابض الإمساك.

☐ مُكيّف هواء
☐ مدفأة
☐ جهاز تنقية الهواء
☐ ثلاجة صغيرة لحفظ الأدوية
☐ مصدر طاقة محمول لمعداتي الطبية في حال انقطاع التيار الكهربائي
☐ منحدر للكرسي المتحرك
☐ مقابض إمساك
☐ أغطية نوافذ للحساسية
☐ إزالة الآفات ومكافحتها
☐ تنظيف منزلي شامل لتقليل المخاطر على صحتي أو سلامتي

القسم 2: هل أنت مؤهل؟

تساعد الأسئلة التالية في تحديد ما إذا كنتَ مؤهلاً للحصول على منفعة تعديلات المنزل لأغراض الصحة والسلامة.

قد تكون مؤهلاً بناءً على الحالات التالية (يرجى تحديد كل ما ينطبق):

- ☐ لقد غادرتُ منشأة احتجاز خلال الاثني عشر شهراً الماضية (سجن، مركز توقيف، إلخ).
- ☐ لقد غادرتُ مؤخراً مركزاً للصحة النفسية أو مركزاً للتعافي من تعاطي المخدرات خلال الاثني عشر شهراً الماضية.
- ☐ أنا مُسجل أو كنتُ مُسجلاً سابقاً في نظام رعاية الطفل في ولاية أوريغون (الرعاية البديلة).
- ☐ سأنتقل من منافع برنامج ميديكيد (Medicaid) فقط إلى التأهل لبرنامج ميديكيد (Medicaid) بالإضافة إلى ميديكير (Medicare).
- ☐ قد أفقد مسكني.
- ☐ أعاني من التشرد.
- ☐ أنا شاب بالغ لديّ احتياجات خاصة في الرعاية الصحية.

قد تكون مؤهلاً بناءً على إصابتك بواحدة أو أكثر من الحالات الصحية والتاريخ المرضي أدناه (يرجى تحديد جميع ما ينطبق):

- ☐ أعاني من حالة صحية جسدية مُعقدة.
- ☐ أعاني من حالة صحية سلوكية مُعقدة.
- ☐ أعاني من إعاقة جسدية أو نمائية أو ذهنية.
- ☐ أجد صعوبة في العناية بنفسي والقيام بالأنشطة اليومية.
- ☐ لقد تعرضتُ لسوء معاملة أو إهمال.
- ☐ لقد استخدمتُ خدمات الطوارئ أو الأزمات بشكل متكرر.
- ☐ أنا حامل حالياً أو أنجبتُ خلال الاثني عشر شهراً الماضية.
- ☐ عمري 65 عاماً أو أكثر.
- ☐ الشخص الذي أَملأ هذه الاستمارة نيابةً عنه يبلغ من العمر 6 سنوات أو أقل.
- ☐ لستُ متأكداً.
- ☐ لا شيء مما سبق.

القسم 3: إقرار بصحة المعلومات

من خلال التوقيع على هذه الاستمارة، إني أفهم وأوافق على أن:

- أريد من خطتي الصحية معرفة ما إذا كنتُ مؤهلاً للخدمات التي حددتها أعلاه.
- يمكن لخطة التأمين الصحي التواصل معي للحصول على مزيد من المعلومات حول هذا الطلب.
- حسب علمي، فإن جميع المعلومات التي قدمتها في هذا الطلب صحيحة ودقيقة وكاملة.
- إذا قدمتُ معلومات غير صحيحة، فقد أتعرض لعقوبات بموجب قانون الولاية أو القانون الفيدرالي. قد يشمل ذلك ردّ الأموال التي أنفقتها على أية خدمات حصلت عليها بسبب هذا الطلب.

التوقيع

يجوز لممثل أن يوقّع هذه الاستمارة نيابةً عن عضو في خطة أوريغون الصحية (OHP)، بما في ذلك الأعضاء الذين تقل أعمارهم عن 18 عاماً. اترك اسم الممثل وتوقيعه أدناه فارغين إذا كنتَ تُكمل هذه الاستمارة بنفسك.

اسم العضو: ____

توقيع العضو: ______________________ التاريخ: ____________

اسم الممثل: ____

توقيع الممثل: ______________________ التاريخ: ____________

القسم 4: معلومات المؤسسة

إذا كانت جهة ما تُقدم هذه الاستمارة نيابةً عن العضو، يُرجى تعبئة المعلومات أدناه.

اسم المؤسسة: ____

اسم ودور الشخص الذي يُقدم الاستمارة:

____

رقم الهاتف: ____

البريد الإلكتروني: ____

Medicaid Division
1115 Waiver Strategic Operations

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

طباعة | إعادة التنظيم

200-1195302 (10/2025) Arabic