

نموذج طلب الحصول على إعانة المناخ من خطة أوريغون الصحية (OHP)

جزء من إعانة الاحتياجات الاجتماعية المتعلقة بالصحة

الغرض

هذا نموذج طلب لأعضاء خطة أوريغون الصحية الذين قد يكونون مؤهلين للحصول على إعانة المناخ. يمكن أن توفر لك هذه الإعانة أجهزة تساعدك على البقاء آمناً أثناء الحرارة والبرودة وانقطاع التيار الكهربائي. تشمل إعانة المناخ ما يلي:

- أجهزة تساعد على الحفاظ على درجات حرارة صحية وهواء نظيف (بما في ذلك مكيفات الهواء، والسخانات، وأجهزة تنقية الهواء، ووحدات تبريد صغيرة لحفظ الأدوية فيها)
- أجهزة مثل مصادر الطاقة المحمولة اللازمة لتشغيل المعدات الطبية أثناء انقطاع التيار الكهربائي الناجم عن الأحداث المناخية

ستساعدك الأسئلة الموجودة في الصفحات التالية على معرفة ما إذا كنت مؤهلاً للحصول على إعانة السكن، ونوع المساعدة التي يمكنك الحصول عليها بشأن أجهزة المناخ.

إذا كنت عضواً في منظمة الرعاية المنسقة (CCO):

يمكنك طلب الحصول على إعانة المناخ هذه مباشرةً من منظمة الرعاية المنسقة الخاصة بك. تحقق من نموذج طلب منظمة الرعاية المنسقة (<https://www.oregon.gov/oha/HSD/OHP/Pages/Climate-Supports.aspx>) أو تواصل مع منظمة الرعاية المنسقة (<https://www.oregon.gov/oha/hsd/ohp/pages/cco-plans.aspx>). قد يساعد هذا في الإسراع بالعملية. ستتواصل معك منظمة الرعاية المنسقة لديك إذا كانت هناك حاجة إلى مزيد من المعلومات، وبعد ذلك ستوافق منظمة الرعاية المنسقة على تقديم الخدمات أو رفضها.

إذا كانت لديك بطاقة مفتوحة:

أرسل النموذج المكمل إلى Acentra Health عبر البريد الإلكتروني ORHRSN@Acentra.com أو أرسله بالفاكس إلى 1-833-551-2607. يمكنك أيضاً الاتصال بفريق HRSN التابع لـ Acentra Health على الرقم 888-834-4304.

إذا كنت لا تعرف ما إذا كنت عضوًا في منظمة الرعاية المنسقة أو كانت لديك بطاقة مفتوحة:

- تحقق من بطاقة هويتك. يجب أن تكون قد حصلت على بطاقة هوية من خطتك الصحية، والتي ستحتوي على اسمها وبطاقة هوية العضو الخاصة بك في الواجهة الأمامية.
- اتصل بخدمات عملاء خطة أوريغون الصحية على 1-800-273-0557.

هل لديك أسئلة؟

- أعضاء منظمة CCO: استقم من منظمة الرعاية المنسقة (<https://www.oregon.gov/oha/HSD/>) ([OHP/pages/coordinated-care-organizations.aspx](https://www.oregon.gov/oha/HSD/OHP/pages/coordinated-care-organizations.aspx)) حول كيفية طلب خدمات الإسكان.
- يمكنك الاتصال بخدمات عملاء خطة أوريغون الصحية على الرقم 1-800-273-0557.
- إذا كنت تستخدم بطاقة مفتوحة (Acentra Health)، فيمكنك الاتصال على الرقم 888-834-4304.

هذا النموذج متاح على صفحة HRSN على الويب (<https://www.oregon.gov/oha/HSD/OHP/>) ([Pages/Climate-Supports.aspx](https://www.oregon.gov/oha/HSD/OHP/Pages/Climate-Supports.aspx)) بلغات متعددة. يمكنك أيضًا الحصول على هذا المستند بلغات أخرى، أو بحروف كبيرة، أو بطريقة برايل، أو بتنسيق آخر مجانًا. يمكنك الاتصال بالسيدة Chelsea Egbert على chelsea.egbert@oha.oregon.gov أو الاتصال على الرقم 503-580-0295 (مكالمة صوتية ونصية).
نقبل جميع مكالمات الترحيل.

القسم التالي مطلوب لطلب الحصول على إعانة المناخ من خطة أوريغون الصحية. سيتعين عليك أيضًا التوقيع في الصفحة 4. بقية المعلومات اختيارية.

المعلومات المطلوبة*

يُرجى توفير جميع المعلومات المطلوبة في هذا القسم.

القسم التالي مطلوب لطلب الحصول على إعانة المناخ من خطة أوريغون الصحية. سيتعين عليك أيضاً التوقيع في [الصفحة 4](#). بقية المعلومات اختيارية.

تاريخ الميلاد
(شهر/يوم/سنة) *

الاسم
(كما هو مكتوب على بطاقة هوية خطة أوريغون الصحية) *

رقم هوية خطة أوريغون الصحية
(إذا كان معروفاً) *

أفضل طريقة للتواصل معي هي:

الحضور الشخصي

البريد العادي

البريد الإلكتروني

الرسائل النصية

الهاتف

أفضل وقت للتواصل معي هو:

في المساء

بعد الظهر

في الصباح

رقم الهاتف: * عنوان البريد الإلكتروني: *

عنوان المراسلات البريدية: *

المدينة: * الولاية: * الرمز البريدي: *

أريد/أحتاج (ضع علامة على كل ما ينطبق):

مكيف هواء

سخان

جهاز تنقية الهواء

ثلاجة صغيرة لحفظ الأدوية فيها

مصدر طاقة محمول للمعدات الطبية في حالة انقطاع التيار الكهربائي

يمكنني استخدام الجهاز بأمان في المكان الذي أعيش فيه. نعم لا

يمكنني توصيل الجهاز بشكل آمن وقانوني. نعم لا

من خلال التوقيع على هذا النموذج، أفهم وأوافق على ما يلي:

- أريد من Acentra Health أو منظمة الرعاية المنسقة الخاصة بي معرفة ما إذا كنت مؤهلاً للحصول على الخدمات التي حددتها أعلاه.
 - يجوز أن تتصل بي Acentra Health أو منظمة CCO التي أتبعها للحصول على مزيد من المعلومات حول هذا الطلب.
 - على حد علمي، جميع المعلومات التي قدمتها في هذا الطلب حقيقية وصحيحة وكاملة.
 - إذا قدمت معلومات غير صحيحة، فقد أتعرض لعقوبات بموجب قانون الولاية أو القانون الفيدرالي. قد يشمل ذلك سداد الأموال التي أنفقت على أي خدمات أتلقاها بموجب هذا الطلب.
- يجوز لشخص ممثل عن عضو في خطة أوريغون الصحية (OHP) التوقيع على هذا النموذج، بما في ذلك الأعضاء الذين تقل أعمارهم عن 18 عامًا. اترك سطري اسم الممثل والتوقيع أدناه فارغين إذا كنت تملأ هذا النموذج لنفسك.

اسم العضو:

توقيع العضو:

اسم الممثل:

توقيع الممثل:

التاريخ:

معلومات اختيارية

لا يتعين عليك ملء المعلومات أدناه الآن.

إذا أجبت عنها:

سيساعدك هذا أنت ومنظمة الرعاية المنسقة الخاصة بك أو Acentra Health في معرفة ما إذا كنت مؤهلاً للحصول على هذه الخدمات.

إذا لم تجب عنها:

ستتصل بك منظمة CCO التي تتبعها أو Acentra Health لطرح هذه الأسئلة لاحقاً.

الاسم المفضل:

الضمائر المفضلة:

لغة المحادثة المفضلة:

اللغة المكتوبة المفضلة:

إذا كان معروفاً، فأدخل اسم (منظمة الرعاية المنسقة) أو أدخل "البطاقة المفتوحة" إذا كانت لديك بطاقة مفتوحة:

القسم الرابع: معرفة ما إذا كنت مؤهلاً للحصول على إعانة المناخ

تساعدك الأسئلة التالية في تحديد ما إذا كنت مؤهلاً للحصول على الإعانات المناخية الموضحة أعلاه.

قد تؤهلك الظروف التالية للحصول على الإعانات المناخية (ضع علامة على كل ما ينطبق):

- الخروج من الحبس (السجن، والاحتجاز، وما إلى ذلك).
- مغادرة مرفق صحة نفسية أو التعافي من تعاطي المخدرات حديثاً.
- الإدراج في نظام رعاية الطفل بولاية أوريغون (الرعاية البديلة) الآن أو في الماضي.
- الانتقال من إعانات Medicaid فقط إلى التأهل للحصول على Medicaid بالإضافة إلى Medicare.
- إمكانية فقدان السكن.
- أعاني من التشرد.
- أن تكون بالغاً لديه احتياجات رعاية صحية خاصة.

التاريخ الصحي والحالات الصحية (ضع علامة على كل ما ينطبق):

- أعاني من حالة صحية جسدية معقدة.
- أعاني من حالة صحية سلوكية معقدة.
- أعاني من إعاقة ذهنية أو إعاقة في النمو.
- أواجه صعوبة في الرعاية الذاتية وممارسة الأنشطة اليومية.
- لقد تعرضت للإساءة أو الإهمال.
- لقد استخدمت كثيرًا غرفة الطوارئ أو خدمات الأزمات.
- أنا حامل حاليًا أو أنجبت خلال الـ 12 شهرًا الماضية.
- أبلغ من العمر 65 عامًا أو أكثر.
- الشخص الذي أقوم بملء هذا النموذج لأجله يقل عمره عن ست 6 سنوات.
- أنا لست متأكدًا.
- لا شيء مما سبق.

القسم الخامس: معلومات عن المؤسسة

إذا كانت هناك مؤسسة ما تقدم هذا النموذج للعضو، فأكمل المعلومات أدناه.

اسم المؤسسة: _____

اسم الشخص الذي يقدم النموذج ووظيفته: _____

رقم الهاتف: _____ عنوان البريد الإلكتروني: _____

يمكنك الحصول على هذا المستند بلغات أخرى، أو بحروف كبيرة، أو بطريقة برايل، أو بتنسيق آخر مجاناً. يمكنك الاتصال بالسيدة Chelsea Egbert على chelsea.egbert@oha.oregon.gov أو الاتصال على الرقم 503-580-0295 (مكالمة صوتية ونصية). نقبل جميع مكالمات الترحيل.



قسم الإعانات الطبية

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

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

200-505451 (01/2025) Arabic