

## نموذج طلب الاحتياجات الاجتماعية المتعلقة بالصحة (HRSN): طلب جهاز متعلق بالمناخ

### الغرض

تغطي خطة أوريغون الصحية (OHP) أجهزة الحفاظ على سلامتك في أثناء الطقس القاسي وأحداث جودة الهواء الرديئة، مثل:

- الحرارة المفرطة، أو
- البرد القارس، أو
- دخان حرائق الغابات، أو
- انقطاع التيار الكهربائي بسبب الطقس.

استخدم هذا النموذج لطلب:

- مكيف هواء، و
- سخان قابل للنقل، و
- جهاز تنقية هواء، و
- ثلاجة صغيرة للأدوية، و
- مصدر طاقة محمول للمعدات الطبية في حالة انقطاع التيار الكهربائي.

تغطي خطة أوريغون الصحية (OHP) واحدًا من كل نوع من الأجهزة لكل أسرة. إذا كنت بحاجة إلى أكثر من جهاز من نوع واحد، فقد تغطيها خطة OHP بناءً على ظروفك. إذا احتاج أكثر من فرد واحد من أفراد الأسرة إلى جهاز، فيمكنك ملء نموذج لكل شخص.

تغطي خطة OHP الأجهزة للأعضاء الذين:

- يعانون من حالة صحية تتدهور أو تصبح خطيرة نتيجة أحداث الطقس القاسي وجودة الهواء الرديئة، و
- ينطبق عليهم أي مما يلي:

« معرضون لخطر فقدان مكان للعيش فيه أو مشردون وليس لديهم مكان للعيش فيه،  
« سيحصلون قريبًا على الرعاية الطبية Medicare بالإضافة إلى خطة OHP،  
« تلقوا الرعاية خلال الاثني عشر شهرًا الماضية في:

- مستشفى ولاية أوريغون، أو
- أحد برامج العلاج الداخلي لمتعاطي المخدرات، أو
- أحد برامج التعامل مع انسحاب المواد المخدرة من الجسم

« تم الإفراج عنهم خلال الاثني عشر شهرًا الماضية من:

- السجن، أو
- أحد مراكز الاحتجاز، أو
- هيئة شباب أوريغون، أو
- السجن، أو

« تلقوا خدمات رعاية الطفل في ولاية أوريغون.

## مَن يجب أن يملأ هذا النموذج؟

- أنت،
- أحد الوالدين أو مقدم الرعاية أو أحد أفراد الأسرة،
- أحد الأوصياء أو صديق داعم موثوق به،
- أحد موظفي المؤسسة التي تقدم لك المساعدات.

## جهة إرسال النموذج المكمل:

- أعضاء مؤسسة الرعاية المنسقة: أعد هذا النموذج إلى [مؤسسة CCO التي تتبعها](#).
- إذا كنت مشتركاً في برنامج بطاقة أسينترا الصحية المفتوحة (Acentra Health): أرسل النموذج إلى: [ORHRSN@kepro.com](mailto:ORHRSN@kepro.com) أو أرسله بالفاكس إلى 1-833-551-2607.

## هل لديك أسئلة؟

- أعضاء مؤسسة CCO: اسأل مؤسسة CCO التي تتبعها عن كيفية إرسال هذا النموذج.
- إذا كنت لا تعرف مؤسسة CCO التي تتبعها، فاتصل بخدمات عملاء خطة OHP على الرقم 1-800-273-0557.
- إذا كنت مشتركاً في برنامج بطاقة أسينترا الصحية المفتوحة (Acentra Health)، فيرجى الاتصال على الرقم 888-834-4304.

## معلومات عن Acentra Health

- عنوان بريد HRSN الإلكتروني: [ORHRSN@kepro.com](mailto:ORHRSN@kepro.com)
- رقم هاتف HRSN: 888-834-4304
- فاكس HRSN الإلكتروني: 833-551-2607

## القسم الأول: المعلومات المطلوبة

يُرجى إكمال جميع المعلومات المطلوبة في هذا القسم.

### معلومات الأعضاء

تاريخ الميلاد (شهر/يوم/سنة):

رقم معرف خطة أوريغون الصحية (إذا كان معروفاً):

الاسم (كما هو في بطاقة الهوية الصحية لأوريغون):

الضمائر المفضلة:

الاسم المفضل:

اللغة المكتوبة المفضلة:

لغة المحادثة المفضلة:

اذكر اسم مؤسسة الرعاية المنسقة (CCO) التي تتبعها إذا كنت تعرفها أو اذكر ما إذا كان لديك بطاقة مفتوحة لبرنامج أسينترا الصحي (Open Card Acentra Health)

أفضل طريقة للتواصل معي هي:  الهاتف  الرسائل النصية  البريد الإلكتروني  البريد  وجهًا لوجه

أفضل وقت للتواصل معي هو:  الصباح  بعد الظهر  المساء

لا بأس من ترك رسالة مفصلة حول طلبي:  نعم  لا

عنوان البريد الإلكتروني (إذا كان لديك واحد):

رقم الهاتف (إذا كان لديك واحد):

العنوان البريدي (إذا كان لديك واحد):

### بيانات الطلب

أنا أطلب (ضع علامة أمام كل ما ينطبق):  مكيف هواء  سخان قابل للنقل  جهاز تنقية هواء  ثلاجة صغيرة للأدوية  مصدر طاقة محمولة لمعداتي الطبية في حالة انقطاع التيار الكهربائي

يمكنني استخدام الجهاز بأمان في المكان الذي أعيش فيه. يمكنني توصيل الجهاز بشكل آمن وقانوني.  نعم  لا

مؤسسة أخرى أو برنامج آخر أعطاني بالفعل الجهاز أو الأجهزة.  نعم  لا

## إقرار بالحقيقة

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

- أريد أن تعرف Acentra Health أو أعضاء مؤسسة CCO التي أتبعها ما إذا كنت مؤهلاً للحصول على جهاز لمساعدتي في أثناء الطقس القاسي أو حالات جودة الهواء الرديئة.
- يجوز أن تتصل بي Acentra Health أو مؤسسة CCO التي أتبعها للحصول على مزيد من المعلومات حول هذا الطلب.
- أوقع هذا الطلب تحت طائلة عقوبة شهادة الزور. على حد علمي، جميع المعلومات التي قدمتها في هذا الطلب حقيقية وصحيحة وكاملة.
- إذا قدمت معلومات غير صحيحة، فقد أعرض لعقوبات بموجب قانون الولاية أو القانون الفيدرالي. قد يشمل ذلك سداد الأموال التي أنفقت على أي خدمات أتلقاها بموجب هذا الطلب.

## التوقيع

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 اسم الممثل والتوقيع فارغين إذا كنت تملأ هذا النموذج لنفسك.

اسم العضو:

---

توقيع العضو:

---

اسم الممثل:

---

توقيع الممثل:

---

التاريخ:

---

## القسم الثاني: معلومات اختيارية

لست مرغمًا على الإجابة عن هذه الأسئلة الآن.

- إذا أُجبت عنها: سوف تتم مساعدتك وستعرف مؤسسة CCO التي تتبعها أو Acentra Health ما إذا كنت مؤهلاً للحصول على جهاز.
- إذا لم تجب عنها: ستتصل بك مؤسسة CCO التي تتبعها أو Acentra Health لطرح هذه الأسئلة لاحقًا.

الظروف

(ضع علامة أمام "نعم" إذا كان ينطبق عليك على الأقل واحدة مما يلي، ضع علامة أمام "لا" إذا لم يكن ينطبق عليك أي منها.)

نعم  لا

- سأصبح مؤهلاً للتسجيل في Medicare في الأشهر الثلاثة المقبلة.
- لقد سجلت في Medicare لأول مرة منذ ما لا يزيد عن 9 أشهر.
- قد أكون بلا مأوى قريبًا أو أفقد مسكني.
- أنفق ما لا يقل عن 50 في المائة من دخلي على الإيجار.
- أعيش في مركبة ترفيهية أو مقطورة.
- مشرد.
- ليس لدي مكان مستقر للنوم فيه.
- أقيم في منزل شخص آخر.
- تلقيت الرعاية في مستشفى ولاية أوريغون خلال الاثني عشر شهرًا الماضية.

- تلقيتُ الرعاية في أحد مرافق العلاج الداخلي لاضطراب تعاطي المخدرات الكبيرة خلال الاثني عشر شهرًا الماضية.
- تلقيتُ الرعاية في برنامج كبير معني بالتعامل مع انسحاب المواد المخدرة من الجسم خلال الاثني عشر شهرًا الماضية.
- تم إطلاق سراحي من سجن أو مركز احتجاز أو منشأة تابعة لهيئة شباب أوريغون أو سجن خلال الاثني عشر شهرًا الماضية.
- شاركتُ في خدمات رعاية الطفل في ولاية أوريغون في مرحلة ما من حياتي.
- كنتُ مقيمًا في إحدى دور الرعاية البديلة.
- تلقيتُ مساعدة في خدمات التبني أو الوصاية أو خدمات الحفاظ على الأسرة.
- لقد كنتُ في المحكمة بسبب قضية تتعلق برعاية طفل.

### الحالات الصحية والسجل الطبي

(ضع علامة أمام "نعم" إذا كان ينطبق عليك على الأقل واحدة مما يلي، ضع علامة أمام "لا" إذا لم يكن ينطبق عليك أي منها.)

نعم  لا

- الشخص الذي أقوم ملء هذا النموذج لأجله يقل عمره عن ست (6) سنوات.
- أبلغ من العمر 65 عامًا أو أكثر.
- أنا حامل.
- أعاني من إعاقة حسية أو جسدية أو ذهنية أو إعاقة في النمو.
- أتلقى دواءً (أدوية) يجب تربيده.
- أستخدم معدات طبية تتطلب وجود تيار كهربائي لتعمل.
- أستخدم تقنيات مساعدة تتطلب وجود تيار كهربائي لتعمل.
- أعاني من مرض السكري وأحتاج إلى تلقي أدوية أو الإنسولين لمعالجته.
- أعاني من حالة قلبية مزمنة، مثل قصور القلب أو نوبة قلبية.
- أصبتُ بسكتة دماغية.
- لدي حالة مزمنة تجعلني عرضة لخطر الإصابة بجلطات الدم.
- أعاني من حالة رئوية مزمنة مثل: مرض الانسداد الرئوي المزمن (COPD)، أو التهاب الشعب الهوائية المزمن، أو توسع الشعب الهوائية، أو تليف بالرئة، أو مرض رئوي مقيد آخر.
- أعاني من الربو وأضطر إلى تلقي أدوية بانتظام للسيطرة عليه.
- أتلقى العلاج بالأكسجين في المنزل.
- أعاني من مرض كلوي مزمن.
- أعاني من تصلب الأنسجة المتعدد.
- أعاني من داء باركنسون.
- تعرضتُ لإصابة النخاع الشوكي.
- أتلقى الرعاية التلطيفية في المنزل.
- عانيتُ من مرض متعلق بالحرارة أو البرودة وكنت بحاجة إلى رعاية عاجلة لمعالجته.
- أعاني من الفصام.
- أعاني من الاضطراب ثنائي القطب.
- أعاني من الاكتئاب الرئيسي وكنت بحاجة إلى خدمات الأزمات أو دخول المستشفى أو العلاج الداخلي خلال الاثني عشر شهرًا الماضية.
- أعاني من اضطراب تعاطي الكحول أو المخدرات.
- أعاني من الزهايمر أو حالة أخرى من الخرف تسبب ليّ مشكلات في التذكر والفهم.
- أحصل على التغذية من خلال التغذية الأنبوبية (المعوية).
- أحصل على التغذية من خلال القسطرة الوريدية (التغذية الوريدية).
- لدي حالة صحية أخرى قد تؤهلني للحصول على جهاز.

هل تحتاج إلى خدمات أخرى أو دعم آخر؟  
(حدد كل ما ينطبق)

- مقدم رعاية أولية  
 العناية بالأسنان  
 العناية بالبصر، مثل النظارات أو فحص العين  
 العناية بالسمع، مثل معينات المساعدة أو فحص الأذن  
 الرعاية الطبية المتخصصة  
 الرعاية المتعلقة بالصحة النفسية  
 رعاية اضطراب تعاطي المخدرات  
 خدمات دعم الأقران  
 خدمات العاملين الصحيين التقليديين  
 برنامج المساعدات الغذائية التكميلية (SNAP)  
 المساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة (TANF)  
 برنامج النساء والرضع والأطفال (WIC)  
 الخدمات التعليمية  
 الخدمات القانونية  
 الخدمات الاجتماعية  
 الخدمات الأخرى

### القسم الثالث: 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 مجانًا. يمكنك الاتصال بالسيدة Chelsea Egbert عبر البريد الإلكتروني [chelsea.egbert@oha.oregon.gov](mailto:chelsea.egbert@oha.oregon.gov) أو عبر الهاتف على الرقم 503-580-0295 (مكالمة صوتية). نقبل جميع مكالمات الترحيل.