

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

جزء من إعانة الاحتياجات الاجتماعية المتعلقة بالصحة (HRSN)

الغرض

هذا نموذج طلب لأعضاء خطة أوريغون الصحية (OHP) الذين قد يكونون مؤهلين للحصول على إعانة السكن. يمكن أن تساعدك هذه الإعانة على البقاء في السكن. تشمل إعانة السكن ما يلي:

- المساعدة في مدفوعات الإيجار
 - دعم الإيجار (المساعدة في الحصول على الموارد والخدمات للمؤجرين)
 - التغييرات المنزلية من أجل الصحة والسلامة
- ستساعدك الأسئلة الموجودة في الصفحات التالية على معرفة ما إذا كنت مؤهلاً للحصول على إعانة السكن، ونوع المساعدة التي يمكنك الحصول عليها بشأن السكن.

إذا كنت عضوًا في منظمة الرعاية المنسقة (CCO):

يمكنك طلب الحصول على إعانة السكن هذه مباشرةً من منظمة الرعاية المنسقة الخاصة بك. تحقق من [نموذج طلبمنظمة الرعاية المنسقة الخاصة بك](#) أو [تواصل مع منظمة الرعاية المنسقة الخاصة بك](#). قد يساعد هذا في الإسراع بالعملية. ستتواصل معك منظمة الرعاية المنسقة الخاصة بك 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 أيضًا 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 مؤسسة CCO: اسأل [منظمة الرعاية المنسقة الخاصة بك](#) عن كيفية طلب خدمات السكن.
- 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 ويب HRSN](#) بلغات متعددة. يمكنك أيضاً 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.

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

المعلومات المطلوبة*

يُرجى توفير جميع المعلومات المطلوبة في هذا القسم.

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

الاسم
(كما هو مكتوب على بطاقة هوية خطة أوريغون الصحية)*: _____
تاريخ الميلاد
(شهر/يوم/سنة)*: _____

رقم هوية خطة أوريغون الصحية
(إذا كان معروفًا)*: _____

أفضل طريقة للتواصل معي هي:

الهاتف _____ الرسائل النصية _____ البريد الإلكتروني _____ البريد العادي _____ الحضور الشخصي _____

أفضل وقت للتواصل معي هو:

في الصباح _____ بعد الظهر _____ في المساء _____

رقم الهاتف*: _____ عنوان البريد الإلكتروني*: _____

عنوان المراسلات البريدية*: _____

المدينة*: _____ الولاية*: _____ الرمز البريدي*: _____

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

المساعدة في سداد الإيجار لمدة تصل إلى ستة أشهر (بما في ذلك المدفوعات المتأخرة والمرافق)

التغييرات في منزلي من أجل الصحة والسلامة. يتضمن هذا (ضع علامة على كل ما ينطبق):

إضافة قضبان مسك أو مدخل لكرسي مقعدين أو مقابض أدراج

التنظيف العميق

التخلص من الآفات

تركيب ستائر متحركة ذات نوافذ

دعم الإيجار (المساعدة في الحصول على الموارد والخدمات التي ستساعدني على البقاء في السكن)

القسم الثاني: إقرار بالحقيقة

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 مؤسسة 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.

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 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 مؤسسة CCO التي تتبعها أو Acentra Health لطرح هذه الأسئلة لاحقاً.

الإسم المفضّل: _____ الضمائر المفضّلة: _____

لغة المحادثة المفضّلة: _____

اللغة المكتوبة المفضّلة: _____

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

القسم الرابع: معرفة ما إذا كنت مؤهلاً للحصول على إعانات السكن

تساعدك الأسئلة التالية في تحديد ما إذا كنت مؤهلاً للحصول على إعانات السكن الموضحة أعلاه.

قد تؤهلك الظروف التالية للحصول على إعانات السكن (ضع علامة على كل ما ينطبق):

لدي سكن

أعاني من حالة صحية تتطلب مني إجراء إصلاح في منزلي (انظر التاريخ الصحي والحالات الصحية أدناه)

ينطبق عليّ أحد مواقف الحياة هذه (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

وجود دخل أسرة يبلغ 30% أو أقل من متوسط الدخل السنوي في المكان الذي تعيش فيه، و تفتقر إلى الموارد

أو الدعم اللازم لمنع التشرّد. يمكنك العثور على [جدول يدرج الدخول المؤهلة](#) عبر الإنترنت.

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

أستخدم غرفة الطوارئ أو خدمات الأزمات غالباً

أنا حامل حالياً أو أنجبت خلال الـ 12 شهراً الماضية

أبلغ من العمر 65 عاماً أو أكثر

الشخص الذي أقوم ملء هذا النموذج لأجله يقل عمره عن ست 6 سنوات

انا لست متأكدًا

لا شيء مما سبق

للتأهل للحصول على إعانة المساعدة في دفع الإيجار أو إعانة دعم الإيجار، إليك المتطلبات (ضع علامة على كل ما ينطبق)

لدي سكن

لقد حصلت على دعم للبقاء في سكني الحالي

لدي عقد إيجار أو اتفاق مكتوب مع الشخص الذي أستاذج منه السكن (المالك)

لدي دخل أسري يبلغ 30% أو أقل من متوسط الدخل السنوي في المكان الذي أعيش فيه—يمكنك العثور على [جدول يسرد الدخل المؤهلة](#) عبر الإنترنت

أفتقر إلى الموارد أو الدعم اللازم لمنع التشرّد

أعاني من حالة صحية من إحدى الحالات المدرجة في القائمة المذكورة أعلاه

انا لست متأكدًا

لا شيء مما سبق

يُرجى الأخذ في الاعتبار أن طلبك قد يستغرق ما يصل إلى أسبوعين حتى تتم مراجعته، وفي حالة الموافقة عليه، قد يستغرق تلقي الخدمة المزيد من الوقت.

ما الذي ينطبق على وضعك الآن؟

لقد أعطاني مالك عقاري إشعارًا بالإخلاء، وأحتاج إلى الدعم في أقل من أسبوعين

ليس لدي إشعار بالإخلاء، لكن فواتيري مستحقة الدفع خلال أقل من أسبوعين

انا 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

العمليات الاستراتيجية للإعفاء 1115

NE Oregon Street 800

Portland, OR 97232

الموقع الإلكتروني: <https://www.oregon.gov/oha/hsd/>

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

Arabic (10/2024) 200-736602