

نموذج طلب الحصول على الإعانات الغذائية 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 الإعانات الغذائية. يمكن أن تساعدك هذه الإعانات على تناول الطعام الصحي والتعامل مع الحالات الصحية المتعلقة بالتغذية.

تشمل الإعانات الغذائية ما يلي:

- خدمات الوجبات المجهزة طبياً
 - إذا أوصى بذلك مقدم الرعاية الأولية المتابع لك
 - و
 - في خطة الرعاية الغذائية التي تم وضعها بالتعاون مع اختصاصي تغذية
 - التثقيف الغذائي للأفراد الذين لا يتلقون حالياً استشارات اختصاصي تغذية مسجل
- ستساعدك الأسئلة في الصفحات التالية في معرفة ما إذا كنت مؤهلاً للحصول على الإعانات الغذائية المتاحة

إذا كنت عضواً في منظمة الرعاية المنسقة (CCO):

يمكنك طلب الحصول على الإعانات الغذائية هذه مباشرةً من منظمة الرعاية المنسقة التابع لها. تحقق من [نموذج طلب منظمة الرعاية المنسقة](#) أو [تواصل مع منظمة الرعاية المنسقة التابع لها](#). قد يساعد هذا في الإسراع بالعملية. ستتواصل معك منظمة الرعاية المنسقة لإجراء فحص أولي، وبعد ذلك ستوافق المنظمة 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 عضواً 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 التابع لها](#) عن كيفية طلب الخدمات الغذائية.
- 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 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 السكن من خطة أوريغون الصحية. سيتعين عليك أيضًا التوقيع في الصفحة 3. بقية المعلومات اختيارية.

القسم الأول: معلومات عنك

المعلومات المطلوبة*

يُرجى توفير جميع المعلومات المطلوبة في هذا القسم.

تاريخ الميلاد
(يوم/شهر/سنة)*:

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

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

أريد/أحتاج إلى (حدد خيارًا واحدًا):

التثقيف الغذائي للمساعدة على فهم المزيد حول تأثير الغذاء والتغذية على صحتي

أو

خدمات الوجبات المجهزة طبيًا

أفهم أنه للحصول على هذه الخدمة، يتعين عليّ الحصول على تقييم وخطة رعاية غذائية من اختصاصي تغذية مسجل. عادةً، سيتعاون مقدم الرعاية الأولية معك لمعرفة ما إذا كانت لديك حالة طبية يمكن لاختصاصي التغذية مساعدتك فيها.

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 عاماً. اترك سطرِي 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 أُجبت 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.

الاسم المفضّل: _____ الضمائر المفضّلة: _____

لغة المحادثة المفضّلة: _____

اللغة المكتوبة المفضّلة: _____

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

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

لا بأس من ترك رسالة مفصّلة حول طلبي:

نعم لا

رقم الهاتف (إن وُجد):

عنوان البريد الإلكتروني (إن وُجد):

العنوان البريدي

(إن وُجد):

المدينة:

الولاية:

الرمز البريدي:

القسم الرابع: معرفة ما إذا كنت مؤهلاً

تساعدك الأسئلة التالية في تحديد ما إذا كنت مؤهلاً للحصول على الإعانات الغذائية الموضحة أعلاه. قد تؤهلك الظروف التالية للحصول على الإعانات الغذائية (حدد كل ما ينطبق):

أنا عضو في خطة أوريغون الصحية

أواجه تحديات في تلبية احتياجاتي الغذائية

أنا أنتمي إلى إحدى الفئات المشمولة (يرجى تحديد جميع ما ينطبق):

الخروج من الحبس (السجن، والاحتجاز، وما إلى ذلك)

مغادرة مرفق صحة نفسية أو تعافي من اضطراب تعاطي المخدرات

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
المعانة من التشرد

وجود دخل أسرة يبلغ 30% أو أقل من متوسط الدخل السنوي في المكان الذي تعيش فيه، و تقتقر إلى الموارد أو الدعم اللازم لمنع التشرد. يمكنك العثور على [جدول يدرج المداخل المؤهلة](#) عبر الإنترنت.

أنا شاب بالغ في العشرينيات من العمر أعاني من حالة صحية مزمنة منذ الطفولة

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 غالبًا

أنا حامل حاليًا أو أنجبت خلال الـ 12 شهرًا الماضية

أبلغ من العمر 65 عامًا أو أكثر

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

انا لست متأكدًا

لا شيء مما سبق

يرجى 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.

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/medicaid-policy/pages/hrsn.aspx>

Arabic 200-822592 (10/2024)

6 من 6 (Arabic 200-822592 (12/2024)