

오리건주 건강보험(OHP) 기후 혜택 요청 양식

건강 관련 사회적 요구 혜택의 일부

목적

이 양식은 기후 혜택을 받을 자격이 있는 OHP 회원을 위한 요청 양식입니다. 이 혜택은 더위, 추위 및 정전 기간 중에 안전을 유지하는 데 도움이 되는 장비를 제공해 드릴 수 있습니다. 기후 혜택에 포함되는 사항은 다음과 같습니다.

- 안전한 온도와 깨끗한 공기를 유지하는 데 도움이 되는 장비(에어컨, 히터, 공기 여과 장치 및 약품용 미니 냉장고 포함)
- 기후 사건을 원인으로 발생하는 정전 기간 중에 의료 장비를 작동하기 위한 휴대용 전원 공급 장치와 같은 장비

다음 페이지의 질문은 귀하가 지원 자격이 있는지, 그리고 귀하가 받을 수 있는 기후 장치의 종류를 알아내는 데 도움이 될 것입니다.

협력 진료 기관(CCO) 회원인 경우:

CCO에 직접 기후 혜택을 요청할 수 있습니다. CCO의 요청 양식(<https://www.oregon.gov/oha/HSD/OHP/Pages/Climate-Supports.aspx>)을 확인하거나 CCO(<https://www.oregon.gov/oha/hsd/ohp/pages/cco-plans.aspx>)와 연락하십시오. 이는 프로세스 속도를 높이는 데 도움이 될 수 있습니다. 추가 정보가 필요할 경우 CCO가 귀하에게 연락하고, CCO가 서비스를 승인하거나 거부할 것입니다.

오픈 카드가 있는 경우:

작성한 양식을 이메일 ORHRSN@Acentra.com으로 Acentra Health로 보내거나 1-833-551-2607번으로 팩스로 보내주십시오. 888-834-4304번으로 Acentra Health의 HRSN 팀에 전화할 수도 있습니다.

CCO 회원인지 또는 오픈 카드가 있는지 모르는 경우:

- ID 카드를 확인하십시오. 이미 건강 보험사로부터 ID 카드를 받았을 것이며, ID 카드 앞면에 보험사 이름과 회원 ID가 적혀 있을 것입니다.
- 1-800-273-0557번으로 OHP 고객 서비스에 전화하십시오.

질문이 있습니까?

- CCO 가입자: CCO(<https://www.oregon.gov/oha/HSD/OHP/pages/coordinated-care-organizations.aspx>)에 기후 서비스 요청 방법을 문의하십시오.
- 1-800-273-0557번으로 OHP 고객 서비스에 전화할 수 있습니다.
- 오픈 카드(Acentra Health)에 등록되어 있는 경우, 888-834-4304번으로 전화할 수 있습니다.

이 양식은 HRSN 웹페이지(<https://www.oregon.gov/oha/HSD/OHP/Pages/Climate-Supports.aspx>)에서 여러 다른 언어로 이용 가능합니다. 본 문서를 다른 언어, 큰 활자체, 점자 또는 다른 선호하는 형태로 제공받을 수도 있습니다. chelsea.egbert@oha.oregon.gov 또는 503-580-0295(음성 및 문자)번으로 Chelsea Egbert에게 연락하십시오. 저희는 모든 중계 통화를 허용합니다.

다음 섹션은 OHP 기후 혜택을 요청하는 데 필요합니다. [4페이지](#)에도 서명해야 합니다. 나머지 정보는 선택 사항입니다.

섹션 1: 신청인 정보

필수 정보*

이 섹션의 모든 정보를 제공해 주시기 바랍니다.

이 섹션은 OHP 기후 혜택을 요청하는 데 필요합니다. [4페이지](#)에도 서명해야 합니다. 나머지 정보는 선택 사항입니다.

이름

(오리건주 건강보험 ID 카드에 기재된 이름)*:

생년월일

(월월/일일/년년년년)*:

오리건주 건강보험 ID 번호

(아는 경우)*:

본인이 연락을 가장 잘 받을 수 있는 수단:

전화

문자

이메일

우편

직접 방문

본인이 연락을 가장 잘 받을 수 있는 시간대:

아침

오후

저녁

전화번호*: _____ 이메일 주소*: _____

우편 주소*: _____

시*: _____ 주*: _____ 우편번호*: _____

원함/필요함(해당 항목 모두 선택):

에어컨

히터

공기 여과 장치

의약품용 미니 냉장고

정전 발생 시 내 의료 장비를 위해 사용할 휴대용 전원

본인은 본인이 거주하는 곳에서 장치를 안전하게 사용할 수 있습니다. 예 아니요

본인은 장치의 플러그를 안전하게 그리고 합법적으로 꽂을 수 있습니다. 예 아니요

섹션 2: 사실 진술 확인서

본 양식에 서명함으로써 본인은 다음을 이해하고 이에 동의합니다.

- 본인은 Acentra Health나 CCO를 통해 위에 표시한 서비스를 받을 자격이 있는지 알아보고 싶습니다.
- Acentra Health 또는 본인의 CCO는 이 요청과 관련해 추가 정보를 얻기 위해 본인에게 연락할 수 있습니다.
- 본인이 아는 한, 이 요청에서 본인이 제공한 모든 정보는 진실되고 정확하며 완전합니다.
- 진실이 아닌 정보를 제공할 경우 본인은 주 또는 연방법에 따라 처벌을 받을 수 있습니다. 여기에는 이 요청 때문에 본인이 받는 서비스에 대해 지출된 비용을 상환하는 것이 포함됩니다.

대리인은 18세 미만의 가입자를 포함한 OHP 가입자를 대신해 이 양식에 서명할 수 있습니다. 귀하 스스로 이 양식을 작성하는 경우 아래 대리인 이름과 서명줄은 공란으로 남겨 두십시오.

가입자 이름: _____

가입자 서명: _____

대리인 이름: _____

대리인 서명: _____

날짜: _____

섹션 3: 본인 정보

선택적 정보

지금 당장 아래 정보를 작성할 필요는 없습니다.

답변을 할 경우:

귀하와 귀하의 CCO 또는 Acentra Health가 귀하가 이러한 서비스를 받을 자격이 있는지 확인하는 데 도움이 될 것입니다.

답변을 하지 않을 경우:

귀하의 CCO 또는 Acentra Health에서 나중에 이 질문들을 하기 위해 귀하에게 연락할 것입니다.

선호하는 이름: _____ 대명사: _____

대화 시 선호하는 언어: _____

서면 소통 시 선호하는 언어: _____

알려진 경우 (CCO)의 이름을 입력하거나 오픈 카드가 있는 경우 “오픈 카드”를 입력하십시오.

섹션 4: 귀하가 자격이 있는지 알아보십시오.

다음 질문은 귀하가 위에 기술한 기후 혜택을 받을 자격이 있는지 판단하는 데 도움이 됩니다.

아래의 상황은 귀하가 기후 혜택을 받을 자격이 될 수 있습니다(해당 항목 모두 선택):

- 투옥(감옥, 구금 등)되었다가 나옴.
- 최근 정신 건강 또는 약물 사용 회복 시설에서 나옴.
- 현재 또는 과거에 오리건 아동복지 시스템(양육보호 시설)에 있거나 있었음.
- Medicaid 전용 혜택에서 Medicaid plus Medicare 자격으로 전환.
- 주거 공간을 잃을 수 있음.
- 노숙 상황을 경험하고 있음.
- 특수 돌봄이 필요한 청년임.

건강 상태 및 병력(해당 항목 모두 항목 선택)

- 복합적인 신체 건강 질환이 있음.
- 복합적인 행동 건강 질환이 있음.
- 발달 장애나 지적 장애가 있음.
- 자기 관리와 일상 활동에 어려움이 있음.
- 학대나 방치를 경험했음.
- 자주 응급실 또는 위기 서비스를 이용하고 있음.
- 현재 임신 중이거나 지난 12개월 이내에 출산함.
- 65세 이상임.
- 본인이 대신해서 이 양식을 작성해 주고 있는 사람이 6세 미만임.
- 잘 모름.
- 위 항목 중 아무것도 해당되지 않음.

섹션 5: 조직 정보

조직이 가입자를 위해 이 양식을 제출하는 경우, 아래 정보를 작성해 주십시오.

조직명: _____

양식을 제출하는 사람의 이름 및 역할:

전화번호: _____ 이메일 주소: _____

본 문서는 다른 언어, 큰 글자, 점자 또는 다른 선호하는 형태를 무료로 제공받을 수 있습니다. chelsea.egbert@oha.oregon.gov 또는 503-580-0295(음성 및 문자)번으로 Chelsea Egbert에게 연락하십시오. 저희는 모든 중계 통화를 허용합니다.

Medicaid Division

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

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



200-505451 (01/2025) Korean