

기후변화 관련 기기 요청을 위한 건강 관련 사회적 요구(HRSN) 요청 양식

목적

Oregon Health Plan(OHP)은 다음과 같은 혹독한 날씨 및 대기질이 좋지 않은 상황 속에서 안전을 유지할 수 있도록 하는 기기의 비용을 부담할 수 있습니다.

- 극심한 고온
- 극심한 추위
- 산불 연기
- 날씨로 인한 정전

본 양식을 사용하여 요청할 수 있는 기기:

- 에어컨
- 휴대용 히터
- 공기 여과 장치
- 의약품용 미니 냉장고
- 정전 발생 시 의료 장비를 위해 사용할 휴대용 전원

OHP는 가구당 각 유형별로 기기 한 대씩에 대한 비용을 부담합니다. 어떤 기기 유형에 대해 두 대 이상이 필요할 경우, OHP는 귀하의 상황에 근거하여 그에 대한 비용을 부담할 수도 있습니다. 두 명 이상의 가구원이 하나의 기기를 필요로 할 경우, 각자에 대해 양식을 작성할 수 있습니다.

OHP는 다음에 해당하는 가입자에 대해 기기 비용을 부담합니다.

- 혹독한 날씨 및 대기질이 좋지 않은 상황으로 인해 건강 상태가 악화되거나 위험해질 수 있음
- 다음을 경험한 적이 있음:
 - » 거주할 장소를 잃을 위험에 처하거나, 노숙자이고 거주할 장소가 없음
 - » 곧 OHP에 더해 Medicare 혜택을 받을 예정
 - » 최근 12개월 중에 다음을 통해 치료를 받음:
 - 오리건 주립 병원
 - 약물 사용 거주 치료 프로그램
 - 금단 현상 관리 프로그램
 - » 최근 12개월 중에 다음으로부터 풀려났음:
 - 교도소
 - 소년원
 - 오리건주 청소년 교화부
 - 감옥
 - » 오리건주의 아동 복지 서비스를 받음

누가 이 양식을 작성할 수 있습니까?

- 귀하
- 부모, 간병인 또는 가족 구성원
- 보호자, 지원자 또는 신뢰할 수 있는 친구
- 귀하를 돕는 조직 내 직원

작성된 양식을 보낼 곳:

- **협력 진료 기관(CCO) 가입자:** 이 양식을 [귀하의 CCO](#)에 송부합니다.
- **오픈 카드(Acentra Health)에 등록되어 있는 경우:** ORHRSN@kepro.com으로 보내거나 팩스 1-833-551-2607번으로 보냅니다.

질문이 있습니까?

- **CCO 가입자:** 이 양식을 제출하는 방법에 대해 CCO에 문의하십시오.
- **귀하의 CCO를 모르는 경우,** OHP 고객 서비스 부서에 1-800-273-0557번으로 전화하십시오.
- **오픈 카드(Acentra Health)에 등록되어 있는 경우,** 888-834-4304번으로 전화하십시오.

Acentra Health 정보

- HRSN 이메일 주소: ORHRSN@kepro.com
- HRSN 전화번호: 888-834-4304
- HRSN E-팩스: 833-551-2607

섹션 1: 필수 정보

이 섹션의 모든 정보를 작성해 주시기 바랍니다.

가입자 정보

Oregon Health Plan ID # (아는 경우):

생년월일(월월/일일/년년년년):

이름(오리건주 건강 ID 카드에 적혀 있는 이름):

선호하는 이름:

선호하는 대명사:

대화 시 선호하는 언어:

서면 소통 시 선호하는 언어:

알고 있다면, 협력 진료 기관(CCO)의 이름을 기재하거나 오픈 카드 Acentra Health를 보유하고 있는지 여부를 기재하십시오.

본인이 연락을 가장 잘 받을 수 있는 수단: 전화 문자 이메일 우편 직접 대면

본인이 연락을 가장 잘 받을 수 있는 시간대: 오전 오후 저녁

본인의 요청에 대한 상세 메시지를 남겨도 괜찮습니다: 예 아니요

전화번호(있는 경우):

이메일 주소(있는 경우):

우편 주소(있는 경우):

요청 정보

본인은 다음을 요청합니다(해당되는 항목을 모두 표시): 에어컨 휴대용 히터 공기 여과 장치
 의약품용 미니 냉장고 정전 발생 시 의료 장비를 위해 사용할 휴대용 전원

본인은 본인이 거주하는 곳에서 장치를 안전하게 사용할 수 있습니다. 본인은 장치의 플러그를 안전하게 그리고 합법적으로 꽂을 수 있습니다. 예 아니요

다른 조직 또는 프로그램에서 본인에게 하나 또는 여러 대의 장치를 이미 지급했습니다. 예 아니요

사실 진술 확인서

본 양식에 서명함으로써 본인은 다음을 이해하고 이에 동의합니다.

- 본인은 Acentra Health 또는 CCO에서 혹독한 날씨 또는 대기질이 좋지 않은 상황 속에서 본인을 도울 장치를 받을 혜택 수혜 자격이 본인에게 있는지 여부를 확인하기를 원합니다.
- Acentra Health 또는 본인의 CCO는 이 요청과 관련해 추가 정보를 얻기 위해 본인에게 연락할 수 있습니다.
- 본인은 위증을 할 경우 처벌을 받을 수 있음을 알고 서명합니다. 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.

서명

대리인은 18세 미만의 가입자를 포함한 OHP 가입자를 대신해 이 양식에 서명할 수 있습니다.

귀하 스스로 이 양식을 작성하는 경우 대리인 이름과 서명은 공란으로 남겨 두십시오.

가입자 이름: _____

가입자 서명: _____

대리인 이름: _____

대리인 서명: _____

날짜: _____

섹션 2: 선택적 정보

이제 다음 질문들에는 반드시 답변할 필요는 없습니다.

- **답변을 할 경우:** 귀하와 귀하의 CCO 또는 Acentra Health는 귀하가 장치를 받을 혜택 수혜 자격이 있는지 여부를 알게 될 것입니다.
- **답변을 하지 않을 경우:** 귀하의 CCO 또는 Acentra Health에서 나중에 이 질문들을 하기 위해 귀하에게 연락할 것입니다.

상황

(다음 중 최소 한 가지 이상이 해당되는 경우 예에 표시하고, 다음 중 한 가지도 해당되지 않는 경우 아니요에 표시하십시오.)

예 아니요

- 본인은 향후 3개월 후에 Medicare 자격을 얻게 됩니다.
- 본인은 Medicare에 처음으로 등록한 지 9개월을 넘지 않았습니다.
- 본인은 곧 노숙자가 되거나 주거 공간을 잃을 수 있습니다.
- 본인은 소득의 최소 50% 이상을 집세로 냅니다.
- 본인은 레저용 차량(RV) 또는 트레일러에 거주합니다.
- 본인은 노숙자입니다.
- 본인은 수면을 취할 고정적인 장소가 없습니다.
- 본인은 다른 사람의 집에서 머무르고 있습니다.

- 본인은 최근 12개월 중에 오리건 주립 병원에서 치료를 받았습니다.
- 본인은 최근 12개월 중에 대형 약물 사용 장애 주거 치료 시설에서 치료를 받았습니다.
- 본인은 최근 12개월 중에 대규모 금단 현상 관리 프로그램을 통해 치료를 받았습니다.
- 본인은 최근 12개월 중에 교도소, 소년원, 오리건주 청소년 교화부 시설 또는 감옥에서 석방되었습니다.
- 본인은 인생의 특정 시점에 오리건주의 아동 복지 서비스에 참여했습니다.
- 본인은 위탁 양육 또는 대리 돌봄 상태에 있었습니다.
- 본인은 입양 또는 후견인 지원 혹은 가족 보존 서비스를 받았습니다.
- 본인은 아동 복지와 관련해 법정에 선 적이 있습니다.

건강 상태 및 병력

(다음 중 최소 한 가지 이상이 해당되는 경우 예에 표시하고, 다음 중 한 가지도 해당되지 않는 경우 아니요에 표시하십시오.)

예 아니요

- 본인이 대신해서 이 양식을 작성하고 있는 사람은 육(6)세 미만입니다.
- 본인은 65세 이상입니다.
- 본인은 임신한 상태입니다.
- 본인은 감각 장애, 신체 장애, 지적 장애 또는 발달 장애가 있습니다.
- 본인은 냉장 보관해야 하는 약물을 복용하고 있습니다.
- 본인은 전기로 작동해야 하는 의료 장비를 사용합니다.
- 본인은 전기로 작동해야 하는 보조 기술을 사용합니다.
- 본인은 당뇨병을 앓고 있으며 이를 치료하기 위해 약물을 복용하거나 인슐린을 투여해야 합니다.
- 본인은 심부전 또는 심근 경색과 같은 만성 심장 질환을 앓고 있습니다.
- 본인은 뇌졸중을 앓은 적이 있습니다.
- 본인은 혈전이 발생할 위험이 있는 만성 질환을 앓고 있습니다.
- 본인은 만성 폐쇄성 폐질환(COPD), 만성 기관지염, 기관지 확장증, 섬유증 또는 다른 억제성 폐질환과 같은 만성 폐질환을 앓고 있습니다.
- 본인은 천식을 앓고 있으며 이를 관리하기 위해 정기적으로 약물을 복용해야 합니다
- 본인은 집에서 산소를 사용합니다.
- 본인은 만성 신장 질환을 앓고 있습니다.
- 본인은 다발성 경화증을 앓고 있습니다.
- 본인은 파킨슨병을 앓고 있습니다.
- 본인은 척추 손상을 입은 적이 있습니다.
- 본인은 집에서 호스피스 케어를 받고 있습니다.
- 본인은 온열 질환 또는 한랭 질환을 앓은 적이 있으며 이를 위해 긴급한 치료가 필요했습니다.
- 본인은 조현병을 앓고 있습니다.
- 본인은 양극성 장애를 앓고 있습니다.
- 본인은 주요 우울 장애를 앓고 있으며 최근 12개월 중에 이에 대한 위기 서비스, 입원 또는 주거 치료가 필요했습니다
- 본인은 알코올 또는 약물 사용 장애를 앓고 있습니다.
- 본인은 기억하거나 이해하는 것을 어렵게 만드는 알츠하이머병 또는 다른 치매를 앓고 있습니다
- 본인은 튜브 영양 공급(장관 영양법)을 통해 영양분을 섭취합니다.
- 본인은 IV 카테터(장관외 영양법)를 통해 영양분을 섭취합니다.
- 본인은 자격이 될 수 있는 다른 건강 질환을 앓고 있습니다.

다른 서비스 또는 지원이 필요하십니까?

(해당하는 모든 항목에 체크 표시)

- 일차 진료 제공자
- 치아 관리
- 안경 또는 시력 검사와 같은 시력 관리
- 보청기 또는 청력 검사와 같은 청력 관리
- 전문 의료
- 정신 건강 관리
- 약물 사용 장애 관리
- 동료 지원 서비스
- 전통적인 의료계 종사자 서비스
- 보충 영양 지원 프로그램(SNAP)
- 저소득층 가정을 위한 임시 지원(TANF)
- 여성, 영아 및 아동(Women, Infants and Children, WIC) 프로그램
- 교육 서비스
- 법률 서비스
- 사회보장 서비스
- 기타 서비스

섹션 3: 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 형태로 무료로 제공받을 수 있습니다. Chelsea Egbert에게 chelsea.egbert@oha.oregon.gov 또는 503-580-0295번(음성)으로 문의하십시오. 저희는 모든 중계 통화를 허용합니다.