

与健康有关的社会需求 (HRSN) 申请表, 用于: 气候相关设备申请

目的

俄勒冈州健康计划 (OHP) 可以承保在恶劣天气和空气质量差的情况下保证您安全的设备, 例如:

- 极端高温
- 极度寒冷
- 野火烟雾, 或
- 天气原因造成的停电。

使用此表格可申请:

- 空调
- 便携式加热器
- 空气过滤装置
- 用于存放药品的小型冰箱, 以及
- 停电时为医疗设备供电的便携式电源。

OHP 为每户家庭的每一种类设备承保一个。如果您需要一种以上的设备类型, OHP 可能会根据您的情况进行承保。如果不止一名家庭成员需要一个设备, 您可以为每个人填写一份表格。

OHP 为有以下情况的会员承保设备:

- 恶劣天气和空气质量差的事件使得健康状况变得艰难或危险, 以及
- 有过以下任何一种经历:
 - » 有失去住处、或无家可归、没有住处的风险,
 - » 除 OHP 外, 不久还将获得 Medicare,
 - » 在过去 12 个月中, 曾在以下机构接受过护理:
 - 俄勒冈州立医院
 - 药物滥用住院治疗计划, 或
 - 药物戒断管理计划
 - » 在过去 12 个月中, 从以下机构获释:
 - 牢房
 - 拘留中心, 或
 - 俄勒冈青年管理局
 - 监狱, 或
 - » 曾在俄勒冈州接受过儿童福利服务。

谁可以填写此表？

- 您
- 父母、陪护人员或家庭成员
- 监护人、支持者或可信赖的朋友
- 帮助您的组织的工作人员。

将填好的表格寄往何处：

- 协调护理组织 (CCO) 会员: 将此表交回您的 CCO。
- 如果您是开放卡 (Acentra Health) 用户: 请发送至 ORHRSN@kepro.com 或传真至 1-833-551-2607。

有问题吗？

- CCO 会员: 请咨询您的 CCO 如何提交此表。
- 如果您不知道您的 CCO, 请致电 1-800-273-0557 联系 OHP 客户服务部。
- 如果您是开放卡 (Acentra Health) 会员, 请致电 888-834-4304。

Acentra Health 信息

- HRSN 的电子邮件地址是: ORHRSN@kepro.com
- HRSN 电话号码是: 888-834-4304
- HRSN 电子传真是: 833-551-2607

第 1 部分:所需信息

请填写本部分的所有信息。

会员信息

俄勒冈州健康计划 ID 编号(如果知道):

出生日期(月/日/年):

姓名(与俄勒冈州健康身份证上的姓名相同):

首选姓名:

首选代词:

首选口语:

首选书面语言:

如果您知道,请注明您的协调护理组织(CCO)的名称或者注明您是否持有 Acentra Health 开放卡:

联系我的最佳方式是: 电话 短信 电子邮件 邮件 面谈

联系我的最佳时间是: 上午 下午 晚上

是否可以就我的要求留言详细的信息: 是 否

电话号码(如有):

电子邮件地址(如有):

邮寄地址(如有):

请求信息

我请求要(在所有适用处打勾): 空调 便携式取暖器 空气过滤装置 小型药品冰箱
停电时医疗设备的便携式电源

我可以在我居住的地方安全地使用该设备。我可以安全、合法地插入设备。 是 否

其他组织或项目已经向我提供了设备或多个设备。 是 否

事实声明

通过签署本表,我理解并同意:

- 我希望 Acentra Health 或我的 CCO 了解我是否有资格在恶劣天气或空气质量不佳时获得设备帮助。
- Acentra Health 或我的 CCO 可能会与我联系,以了解有关此请求的更多信息。
- 我签字,如是伪证,愿受处罚。据我所知,我在此申请中提供的信息都是真实、正确和完整的。
- 如果我提供了不真实的信息,我可能会受到州或联邦法律的处罚。这可能包括偿还我因这项请求而获得的任何服务的费用。

适用情况

代表可为 OHP 会员(包括未满 18 岁的会员)签署本表。

如果您为自己填写此表,请将代表姓名和签名留空。

会员姓名: _____

会员签名: _____

代表姓名: _____

代表签名: _____

日期: _____

第 2 部分:选填信息

您现在不必回答这些问题。

- **如果您现在回答:**这些回答将帮助您和您的 CCO 或 Acentra Health 了解您是否有资格获得设备。
- **如果您现在不回答:**您的 CCO 或 Acentra Health 稍后会联系您询问这些问题。

情况

(如果其中至少一项适用于您,请标注“是”;如果一项都不适用,请标注“否”。)

是 否

- 我将在未来 3 个月内有资格获得 Medicare。
- 我第一次参加 Medicare 不超过 9 个月。
- 我可能很快就会无家可归或失去住房。
- 我至少将收入的 50% 用于支付房租。
- 我住在休闲车 (RV) 或拖车里。
- 我无家可归。
- 我没有固定的地方睡觉。
- 我住在别人家里。
- 在过去 12 个月中,我在俄勒冈州立医院接受过治疗。
- 在过去 12 个月中,我在一家大型药物滥用失常治疗机构接受过治疗。
- 在过去 12 个月中,我在一家大型药物戒断管理计划接受过治疗。
- 在过去 12 个月中,我从看守所、拘留中心、俄勒冈州青年管理局设施或监狱中获释。

- 在俄勒冈州,我曾经接受过儿童福利服务。
- 我曾被寄养或替代照料。
- 我接受或收养或监护援助或家庭保护服务。
- 我曾就儿童福利问题出过庭。

健康状况和病史

(如果其中至少一项适用于您,请标注“是”;如果一项都不适用,请标注“否”。)

是 否

- 我为其填写此表的人年龄小于六(6)岁。
- 我的年龄在 65 岁或以上。
- 我怀孕了。
- 我有感官、肢体、智力或发育障碍。
- 我服用的药物需要冷藏。
- 我使用的医疗设备需要用电才能工作。
- 我使用的辅助技术需要电力才能工作。
- 我患有糖尿病,需要服用药物或胰岛素来治疗。
- 我患有慢性心脏病,如心力衰竭或心脏病发作。
- 我曾有过中风。
- 我患有慢性疾病,有血栓风险。
- 我患有慢性肺部疾病,如:慢性阻塞性肺病 (COPD)、慢性支气管炎、支气管扩张、肺纤维化或其他限制性肺部疾病。
- 我患有哮喘,必须定期服药控制病情。
- 我在家里使用氧气。
- 我患有慢性肾病。
- 我患有多发性硬化症。
- 我患有帕金森症。
- 我的脊髓曾受过伤。
- 我在家中接受临终安宁疗护。
- 我曾患过与高温或寒冷有关的疾病,需要紧急护理来治疗。
- 我患有精神分裂症。
- 我患有躁郁症。
- 我患有重度抑郁症,并在过去 12 个月内因此需要危机服务,住院治疗或在住宅环境中治疗。
- 我患有酗酒或药物滥用失常。
- 我患有阿尔茨海默氏症或其他痴呆症,使我难以记忆和理解。
- 我通过插管进食(肠道)获得营养。
- 我通过静脉导管(肠胃外)获得营养。
- 我有其他健康状况,可能符合条件。

您还需要其他服务或支持吗？

(勾选所有适用项)

- 初级保健提供者
- 牙科保健
- 视力保健, 如配眼镜或检查
- 听力保健, 如助听器或检查
- 特殊医疗护理
- 心理健康护理
- 药物滥用失常护理
- 同伴支持服务
- 传统保健工作者服务
- 补充营养援助计划 (SNAP)
- 贫困家庭临时援助 (TANF)
- 妇女、婴儿和儿童 (WIC) 计划
- 教育服务
- 法律服务
- 社会服务
- 其他服务

第 3 部分: 机构信息

如果由某个机构代会员提交此表, 请填写以下信息。

机构名称:

提交表格者的姓名和职务:

电话号码:

电子邮件地址:

您可免费获取使用其他语言、大号字体、盲文或您首选格式编写的本文件。通过以下方式联系 Chelsea Egbert, 发送电子邮件至: chelsea.egbert@oha.oregon.gov 或致电 503-580-0295。我们接受所有中继电话。