



俄勒冈州健康计划 (OHP) 气候福利申请表

属于健康相关社会需求福利的一部分

目的

此申请表面向可能有资格获取气候福利的 OHP 会员。此福利可为您提供设备，帮助您在炎热、寒冷和停电期间保持安全。气候福利包括：

- 有助于保持健康室温和洁净空气的设备（包括空调、加热器、空气过滤设备和小型药物冷藏装置）
- 在气候事件导致停电期间运行医疗设备的便携式电源等设备

下一页的问题将帮助您了解您是否符合资格以及您可以获得的气候设备帮助类型。

如果您是协调护理组织 (CCO) 会员：

您可以直接从您的 CCO 申请此气候福利。查看您的 [CCO 的申请表](#) 或 [与您的 CCO 联系](#)。这可能有助于加快流程。如果您的 CCO 需要更多信息，其将与您联系，然后 CCO 将批准或拒绝服务。

如果您有 Open Card：

将填妥的表格通过电子邮件 ORHRSN@Acentra.com 或传真 1-833-551-2607 发送给 Acentra Health。您也可以致电 Acentra Health 的 HRSN 团队，电话为 888-834-4304。

如果您不知道自己是否为 CCO 会员或拥有 Open Card：

- 查看您的 ID 卡。您应该已经从您的健康计划收到一张 ID 卡，正面印有其名称和您的会员 ID。
- 致电 OHP 客户服务部，电话为 1-800-273-0557。

有问题吗？

- CCO 会员：询问您的 CCO 如何申请气候服务。
- 您可以致电 OHP 客户服务部，电话为 1-800-273-0557。
- 如果您拥有 Open Card (Acentra Health) ，您可以致电 888-834-4304。

此表格在 [HRSN 网页](#) 上有多种其他语言版本。您还可以免费获取本文件的其他语言、大号字体、盲文或您首选格式的版本。联系 Chelsea Egbert，邮箱 chelsea.egbert@oha.oregon.gov 或电话 503-580-0295（语音和短信）。我们接受所有中继电话。

下一部分是申请 OHP 气候福利的必填项。您还需要在 [第 4 页](#) 签名。其余信息可选填。

第 1 部分：关于您

必填信息*

请提供本部分的所有信息。

本部分是申请 OHP 气候福利的必填项。您还需要在[第 4 页](#)签名。其余信息可选填。

姓名

(如俄勒冈州健康计划 ID 卡上所写) *:

出生日期

(月月/日日/年年年年) *:

俄勒冈州健康计划 ID 号

(如果知道) *:

联系我的最佳方式是：

电话

短信

电子邮件

邮寄

当面沟通

联系我的最佳时间是：

上午

下午

晚上

电话号码*:

电子邮件地址*:

邮寄地址*:

城市*:

州*:

邮编*:

我想要/需要（选择所有适用项）：

空调

加热器

空气过滤装置

用于存放药品的小型冰箱

停电时为医疗设备供电的便携式电源

我可以在我居住的地方安全地使用该设备。

是

否

我可以安全、合法地插入设备。

是

否

第 2 部分：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 查明我是否有资格获得我上面标出的服务。
- 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。
- 据我所知，我在此申请中提供的所有信息都是真实、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。

代表可为 OHP 会员（包括未满 18 岁的会员）签署本表。如果您是自己填写此表格，请将下面的代表姓名和签名行留空。

会员姓名： _____

会员签名： _____

代表姓名： _____

代表签名： _____

日期： _____

第 3 部分：关于您的更多信息

选填信息

您无需现在填写以下信息。

如果您现在回答：

它将帮助您和您的 CCO 或 Acentra Health 了解您是否有资格获得这些服务。

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。

首选姓名： _____ 代称： _____

首选口语： _____

首选书面语言： _____

如果知道 (CCO) 的名称，请输入或如果您有 Open Card，请输入 “Open Card”：

第 4 部分：了解您是否符合资格

以下问题有助于确定您是否符合上述气候福利的资格。

以下情况可能使您符合气候福利的资格（选择所有适用项）：

出狱（监狱、拘留所等）。

最近离开精神健康或物质滥用康复机构。

现在或过去在俄勒冈州儿童福利系统（寄养）。

从仅享有 Medicaid 福利转变为符合 Medicaid 及 Medicare 的资格。

我可能会失去住房。

我目前无家可归。

健康状况和病史（选择所有适用项）：

我有复杂的身体健康状况。

我有复杂的行为健康状况。

我有发育或智力障碍。

我在自我照顾和日常活动方面有困难。

我遭受过虐待或忽视。

我经常使用急诊室或危机服务。

我目前怀孕或在过去 12 个月内曾分娩。

我已年满 65 岁。

我代其填写此表的人士未满 6 岁。

我不确定。

以上都不适用。

第 5 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。联系 Chelsea Egbert，邮箱 chelsea.egbert@oha.oregon.gov 或电话 503-580-0295（语音和短信）。我们接受所有中继电话。

Medicaid 部

1115 豁免战略运营
800 NE Oregon Street
Portland, OR 97232

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



200-505451 (10/2024) Simplified Chinese