



俄勒冈州健康计划 (OHP) 营养福利申请表

属于健康相关社会需求 (HRSN) 福利的一部分

目的

这是俄勒冈州健康计划 (OHP) 会员的申请表，这些会员可能有资格获得营养福利。此福利可以帮助您通过饮食保持健康并管理与营养相关的健康状况。

营养福利包括：

- 医疗定制膳食服务
 - 如果您的初级保健提供者 (PCP) 推荐和
 - 在您与营养师制定的营养护理计划中
- 针对目前未接受注册营养师服务的人士的营养教育

下一页的问题将帮助您了解您是否有资格获得可用的营养福利。

如果您是协调护理组织 (CCO) 会员：

您可以直接从您的 CCO 申请此营养福利。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。您的 CCO 将与您联系进行筛查，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 1-800-273-0557。

有问题吗？

- **CCO 会员：**咨询[您的 CCO](#) 如何申请营养服务。
- **您可以致电** OHP 客户服务部 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](#) 上提供多种语言版本。您还可以免费获得本文件其他语言、大号字体、盲文或您首选格式编写的版本。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 住房福利所必需的信息。您还需要在[第 3 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。

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

(如知道) *:

我想要/需要 (选一个) :

营养教育，以帮助更多地了解食物和营养如何影响我的健康

或

医疗定制膳食服务

我明白，要获得这项服务，我必须拥有注册营养师提供的评估和营养护理计划。通常，您的初级保健提供者 (PCP) 将与您合作，了解您是否患有营养师可以帮助治疗的疾病。

第 2 部分：真实性声明

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。

签名

代表可以为 OHP 会员（包括 18 岁以下的会员）签署此表格。如果您是自行填写此表格，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”：

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

可以留下有关我的请求的详细信息：

是 否

电话号码（如有）：

电子邮件地址（如有）：

邮寄地址

（如有）： _____

城市： _____ 州： _____ 邮编： _____

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有资格获得上述营养福利。

以下情况可能使您有资格获得营养福利（选择所有适用于您的情况）：

我是 OHP 会员

我无法满足食物需求

我属于以下受保人群之一（选择所有适用情况）：

出狱（监狱、拘留所等）

离开精神健康或物质滥用障碍康复机构

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

目前无家可归

家庭收入为您居住地平均年收入的 30% 或以下，**并且**您必须缺乏资源或支持来防止无家可归。您可以在线找到[列出收入条件的表格](#)。

我是一名 19-20 岁的年轻成人，患有持续的儿童时期出现的健康问题

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

我曾经被虐待或忽视

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未满 6 岁

我不确定

以上都不适用

请记住，您的申请可能需要长达两周的时间进行审核，如果获得批准，则需要更多时间才能获得服务。

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/
medicaid-policy/pages/hrsn.aspx](https://www.oregon.gov/oha/hsd/medicaid-policy/pages/hrsn.aspx)



200-822592 (10/2024) Simplified Chinese