

# Formulário de solicitação para o benefício climático do Oregon Health Plan (OHP)

## Parte do benefício por necessidades sociais relacionadas à saúde

### Objetivo

Este é um formulário de solicitação para membros do OHP que podem se qualificar para o benefício climático. Esse benefício pode lhe fornecer equipamentos para ajudar você a manter sua segurança durante o calor, o frio e quedas de energia. Os benefícios climáticos incluem:

- Equipamentos que ajudam a manter as temperaturas saudáveis e o ar limpo (incluindo ar-condicionado, aquecedores, purificador de ar e pequenas unidades de refrigeração para medicamentos)
- Equipamentos como fontes de energia portáteis para operar equipamentos médicos durante quedas de energia causadas por eventos climáticos

As perguntas nas próximas páginas o ajudarão a saber se você é elegível e o tipo de ajuda com dispositivos climáticos que poderá receber.

### Se você for um membro da Coordinated Care Organization (CCO):

Você pode solicitar esse benefício climático diretamente com sua CCO. Verifique o formulário de solicitação de sua CCO (<https://www.oregon.gov/oha/HSD/OHP/Pages/Climate-Supports.aspx>) ou entre em contato com sua CCO (<https://www.oregon.gov/oha/hsd/ohp/pages/cco-plans.aspx>). Isso pode ajudar a acelerar o processo. Sua CCO entrará em contato com você se mais informações forem necessárias; então, a CCO aprovará ou negará os serviços.

### Se você tiver o Open Card:

Envie o formulário preenchido para a Acentra Health por e-mail [ORHRSN@Acentra.com](mailto:ORHRSN@Acentra.com) ou por fax para +1 (833) 551-2607. Você também pode entrar em contato com a equipe de HRSN da Acentra Health pelo telefone (888) 834-4304.

Se você não souber se é um membro da CCO ou se tem o Open Card:

- Verifique sua carteirinha de identificação. Você deve ter recebido uma carteirinha de identificação de seu plano de saúde que terá seu nome e sua ID de membro na frente.
- Entre em contato com o serviço de atendimento ao cliente do OHP pelo telefone +1 (800) 273-0557.

## Dúvidas?

- Membros da CCO: Pergunte a sua CCO (<https://www.oregon.gov/oha/HSD/OHP/pages/coordinated-care-organizations.aspx>) como solicitar serviços climáticos.
- Você pode entrar em contato com o serviço de atendimento ao cliente do OHP pelo telefone +1 (800) 273-0557.
- Se você estiver em Open Card (Acentra Health), você pode ligar para (888) 834-4304.

Esse formulário está disponível na página de HRSN (<https://www.oregon.gov/oha/HSD/OHP/Pages/Climate-Supports.aspx>), disponível em diversos idiomas. Você também pode ter acesso a este documento gratuitamente em outros idiomas, letras grandes, braile ou em algum formato de sua preferência. Para isso, entre em contato com Chelsea Egbert pelo e-mail [chelsea.egbert@oha.oregon.gov](mailto:chelsea.egbert@oha.oregon.gov) ou pelo telefone (503) 580-0295 (voz e mensagens de texto). Aceitamos todas as chamadas com recursos de telecomunicações para pessoas com deficiência auditiva.

**A próxima seção é obrigatória para solicitar o benefício climático do OHP. Você também precisará assinar na [página 4](#). O resto das informações é opcional.**

## Seção 1: Sobre você

### Informações obrigatórias\*

Forneça todas as informações nesta seção.

Esta seção é necessária para solicitar o benefício climático do OHP. Você também precisará assinar na [página 4](#). O resto das informações é opcional.

**Nome**

(exatamente como escrito na carteirinha de identificação do Oregon Health Plan)\*:

**Data de nascimento**

(mm/dd/aaaa)\*:

**Número de identificação do Oregon Health Plan**

(se souber)\*:

**A melhor forma de entrar em contato comigo é:**

Ligação telefônica

Correspondência

Mensagem de texto

Pessoalmente

E-mail

**O melhor horário para entrar em contato comigo é:**

Manhã

Tarde

Noite

**Telefone\*:** \_\_\_\_\_ **E-mail\*:** \_\_\_\_\_

**Endereço para correspondência\*:** \_\_\_\_\_

**Cidade\*:** \_\_\_\_\_ **Estado\*:** \_\_\_\_\_ **Código postal\*:** \_\_\_\_\_

**Eu quero/preciso de (marque todas as opções que se aplicam):**

Ar-condicionado

Aquecedor

Purificador de ar

Minigeladeira para medicamentos

Fontes de energia portáteis para meu equipamento médico em caso de queda de energia

Eu posso usar o aparelho de forma segura no lugar onde eu moro.                      Sim      Não

Eu posso ligar o aparelho na tomada de forma segura e legal.                      Sim      Não

## Seção 2: Declaração de verdade

### Ao assinar este formulário, eu compreendo e concordo que:

- Quero que a Acentra Health ou minha CCO descubram se eu tenho direito aos serviços que marquei acima.
- A Acentra Health ou minha CCO podem entrar em contato comigo para obter mais informações sobre esta solicitação.
- Até onde é de meu conhecimento, todas as informações que forneci nesta solicitação são verdadeiras, corretas e completas.
- Se eu fornecer informações que não são verdadeiras, poderei sofrer penalidades de acordo com as leis estaduais ou federais. Isso pode incluir o reembolso do dinheiro gasto em eventuais serviços que eu receba em função desta solicitação.

Um representante pode assinar este formulário por um membro do OHP, incluindo membros com menos de 18 anos. Deixe o nome do representante e as linhas de assinatura abaixo em branco se estiver preenchendo este formulário para você mesmo.

Nome do membro: \_\_\_\_\_

Assinatura do membro: \_\_\_\_\_

Nome do representante: \_\_\_\_\_

Assinatura do representante: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

## Seção 3: Mais informações sobre você

### Informações opcionais

Você não precisa preencher as informações abaixo agora.

#### **Caso você responda:**

Elas ajudarão você e sua CCO ou a Acentra Health a saber se você tem direito a esses serviços.

#### **Caso você não responda:**

Sua CCO ou A Acentra Health entrará em contato com você para fazer essas perguntas posteriormente.

Nome de preferência: \_\_\_\_\_ Pronomes: \_\_\_\_\_

Idioma falado de preferência: \_\_\_\_\_

Idioma escrito de preferência: \_\_\_\_\_

Se souber, insira o nome da (CCO) ou insira “open card” se você tiver o open card:

\_\_\_\_\_

## Seção 4: Descubra se você tem direito

As perguntas a seguir ajudam a determinar se você tem direito aos benefícios climáticos descritos acima.

### **As circunstâncias abaixo podem qualificar você para obter benefícios climáticos (marque todas as opções aplicáveis):**

Saída de encarceramento (prisão, centro de detenção etc.).

Saída recente de uma instituição de recuperação de uso de substâncias ou apoio à saúde mental.

No sistema de proteção à infância e adolescência do Oregon (acolhimento familiar) agora ou no passado.

Transição de benefícios apenas do Medicaid para ter direito ao Medicaid mais Medicare.

Posso perder minha moradia.

Estou em situação de rua (falta de moradia).

Sou um jovem adulto com necessidades especiais de saúde.

### **Histórico e condições de saúde (marque todas as opções que se aplicam):**

Tenho uma condição física de saúde complexa.

Tenho uma condição comportamental de saúde complexa.

Tenho alguma deficiência intelectual ou de desenvolvimento.

Tenho dificuldades para cuidar de mim e realizar as atividades do dia a dia.

Sofri abuso ou negligência.

Usei o pronto-socorro ou os serviços de crise com frequência.

Estou grávida no momento ou dei à luz nos últimos 12 meses.

Tenho 65 anos ou mais.

A pessoa para quem estou preenchendo tem menos de 6 anos de idade.

Não sei dizer.

Nenhuma das anteriores.

## Seção 5: Informações da instituição

Se uma instituição estiver enviando este formulário para o membro, preencha as informações abaixo.

Nome da instituição: \_\_\_\_\_

Nome e cargo da pessoa que está enviando o formulário:

\_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Você pode ter acesso a este documento gratuitamente em outros idiomas, letras grandes, braile ou um formato de sua preferência. Para isso, entre em contato com Chelsea Egbert pelo e-mail [chelsea.egbert@oha.oregon.gov](mailto:chelsea.egbert@oha.oregon.gov) ou pelo telefone (503) 580-0295 (voz e mensagens de texto). Aceitamos todas as chamadas com recursos de telecomunicações para pessoas com deficiência auditiva.

### Medicaid Division

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

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



OREGON  
HEALTH  
AUTHORITY



200-505451 (01/2025) Portuguese