

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 ajudá-lo a se manter seguro durante o calor, o frio e as 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 alimentação 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 de sua CCO. Verifique o [formulário de solicitação de sua CCO](#) ou [conecte-se com sua CCO](#). 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 ou por fax para +1 (833) 551-2607. Você também pode ligar para a equipe de HRSN da Acentra Health no número (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.
- Ligue para o serviço de atendimento ao cliente do OHP no número +1 (800) 273-0557.

Dúvidas?

- Membros da CCO: Pergunte à sua CCO como solicitar serviços climáticos.
- Você pode ligar para o serviço de atendimento ao cliente do OHP no número +1 (800) 273-0557.
- Se você estiver em Open Card (Acentra Health), você pode ligar para (888) 834-4304.

Este formulário está disponível na [página da HRSN](#) em vários outros idiomas. Você também pode obter 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 ou (503) 580-0295 (voz e mensagens de texto). Aceitamos todas as chamadas com aparatos de telecomunicações para surdos.

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
(dd/mm/aaaa)*:

Número de identificação do Oregon Health Plan

(se souber)*:

A melhor forma de entrar em contato comigo é:

Ligação Mensagem de texto E-mail Correspondência Ao vivo

O melhor horário para entrar em contato comigo é:

Manhã Tarde Noite

Telefone*: _____ **E-mail*:** _____

Endereço para correspondência*: _____

Cidade*: _____ **Estado*:** _____ **CEP*:** _____

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

Ar-condicionado

Aquecedor

Purificador de ar

Pequena geladeira para medicamentos

Energia portátil para meu equipamento médico em caso de falta 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 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 do 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 cuidados infantis do estado de Oregon (acolhimento familiar) agora ou no passado.

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

Posso perder minha moradia.

Estou passando por uma situação de rua (falta de moradia).

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

Tenho uma condição de saúde física complexa.

Tenho uma condição de saúde comportamental complexa.

Tenho alguma deficiência intelectual ou de desenvolvimento.

Tenho dificuldades para cuidar de mim e fazer as atividades diárias.

Passei por 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 tenho certeza.

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 obter 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 ou (503) 580-0295 (voz e mensagens de texto). Aceitamos todas as chamadas com aparatos de telecomunicações para surdos.

Medicaid Division

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

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



200-505451 (10/2024) Portuguese