

Formulário de solicitação de necessidades sociais relacionadas à saúde (Health-Related Social Needs, HRSN) para: Solicitação de dispositivos relacionados ao clima

Objetivo

O Oregon Health Plan (OHP) cobre dispositivos para mantê-lo seguro durante condições climáticas adversas e situações de baixa qualidade do ar, como:

- Calor extremo,
- Frio extremo,
- Fumaça de incêndio florestal, ou
- Quedas de energia causadas pelo mau tempo.

Utilize este formulário para solicitar:

- Um ar-condicionado,
- Um aquecedor portátil,
- Um purificador de ar,
- Uma mini geladeira pra medicamentos, e
- Bateria portátil para equipamentos médicos em caso de falta de energia.

O OHP cobre um dispositivo de cada tipo por domicílio. Se você precisar de mais de um tipo de dispositivo, a OHP poderá cobrir dependendo das circunstâncias. Se mais de um membro da família precisar de um dispositivo, você poderá preencher um formulário para cada pessoa.

O OHP cobre dispositivos para membros:

- Cuja saúde faça com que eventos climáticos adversos e má qualidade do ar sejam complicados ou perigosos, e
- Que estão em alguma das seguintes situações:
 - » Em risco de perder o lugar onde moram ou de ficar sem casa e não ter onde morar,
 - » Em breve terão Medicare além do OHP,
 - » Nos últimos 12 meses, foram atendidos:
 - No Oregon State Hospital
 - Em um programa de tratamento domiciliar para uso de substâncias, ou
 - Em um programa de controle de abstinência
 - » Nos últimos 12 meses, saíram:
 - Da cadeia,
 - De um centro de detenção, ou
 - De um centro de ressociação de menores de Oregon,
 - De uma prisão, ou
 - » Foram atendidos pela assistência social infantil no Oregon.

Quem pode preencher este formulário?

- Você,
- Um pai, cuidador ou membro da família,
- Um tutor, apoiador ou amigo de confiança,
- Funcionários de uma instituição da qual você recebe ajuda.

Para onde enviar o formulário preenchido:

- **Membros da organização de cuidados coordenados (coordinated care organization, CCO):** Devolva este formulário ao [seu CCO](#).
- **Se você estiver em Open Card (Acentra Health):** Envie por e-mail para ORHRSN@kepro.com ou via fax para 1-833-551-2607.

Dúvidas?

- **Membros da CCO:** Pergunte à sua CCO como enviar este formulário.
- **Se você não sabe qual é sua CCO,** ligue para o Atendimento ao Cliente OHP em 1-800-273-0557.
- **Se você estiver em Open Card (Acentra Health),** ligue para 888-834-4304.

Informações sobre o Acentra Health

- O endereço de e-mail do HRSN é: ORHRSN@kepro.com
- O telefone do HRSN é: (+1) 888-834-4304
- O e-fax do HRSN é: 833-551-2607

Seção 1: Informações obrigatórias

Preencha todas as informações nesta seção.

Informações do membro

Número de identificação do Oregon Health Plan (*se souber*):

Data de nascimento (*MM/DD/AAAA*):

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

Nome de preferência:

Pronomes de gênero de preferência:

Idioma falado de preferência:

Idioma escrito de preferência:

Se você souber, indique o nome da sua organização de assistência coordenada (CCO) ou indique se você possui o Open Card Acentra Health:

A melhor forma de entrar em contato comigo é: Telefone Mensagem de texto E-mail Correio
 Pessoalmente

O melhor horário para entrar em contato comigo é: Manhã Tarde Noite

Não há problema em deixar uma mensagem detalhada sobre minha solicitação: Sim Não

Número de telefone (*caso você tenha*):

Endereço de e-mail (*caso você tenha*):

Endereço postal (*caso você tenha*):

Informações sobre a solicitação

Eu quero solicitar (*marque todas as opções que se apliquem*): Ar-condicionado Aquecedor portátil
 Purificador de ar Mini geladeira para medicamentos
 Bateria portátil para equipamentos médicos em caso de falta de energia

Eu posso usar o aparelho de forma segura no lugar onde eu moro. Eu posso ligar o aparelho na tomada de forma segura e legal. Sim Não

Outra instituição ou programa já me forneceu o aparelho ou aparelhos. Sim Não

Declaração de verdade

Ao assinar este formulário, eu compreendo e concordo que:

- Eu quero que a Acentra Health ou a minha CCO descubram se eu tenho direito a um aparelho que me ajude durante condições climáticas adversas ou má qualidade do ar.
- A Acentra Health ou minha CCO podem entrar em contato comigo para obter mais informações sobre esta solicitação.
- Assino sob pena de falso testemunho. 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.

Assinatura

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

Nome do membro: _____

Assinatura do membro: _____

Nome do representante: _____

Assinatura do representante: _____

Data: _____

Seção 2: Informações opcionais

Você não precisa responder a essas perguntas agora.

- **Caso você responda:** Elas ajudarão você e sua CCO ou Acentra Health a saber se você tem direito a um aparelho.
- **Caso você não responda:** Sua CCO ou Acentra Health entrará em contato com você para fazer essas perguntas posteriormente.

Situação financeira

(Marque sim se pelo menos uma destas situações se aplica a você, marque não se nenhuma delas se aplica a você.)

Sim Não

- Eu terei direito ao Medicare nos próximos 3 meses.
- Eu me inscrevi no Medicare pela primeira vez há não mais de 9 meses.
- Posso ficar sem teto em breve ou perder minha casa.
- Eu gasto pelo menos 50% da minha renda com aluguel.
- Eu moro em um trailer ou motorhome.
- Eu sou sem teto.
- Não tenho um lugar fixo para dormir.
- Estou morando na casa de outra pessoa.
- Recebi atendimento no Oregon State Hospital nos últimos 12 meses.

- Recebi atendimento em um grande tratamento residencial para transtornos por uso de substâncias nos últimos 12 meses.
- Recebi atendimento em um grande programa de controle de abstinência nos últimos 12 meses.
- Eu saí da cadeia, centro de detenção, centro de ressocialização de menores de Oregon ou prisão nos últimos 12 meses.
- Estive na assistência social infantil do Oregon em algum momento da minha vida.
- Eu passei por um orfanato.
- Fui adotado ou recebi assistência do conselho tutelar ou serviços de suporte à família.
- Já fui para o tribunal em função da assistência social infantil.

Histórico de saúde e saúde atual

(Marque sim se pelo menos uma destas situações se aplica a você, marque não se nenhuma delas se aplica a você.)

Sim Não

- A pessoa para quem estou preenchendo tem menos de seis (6) anos de idade.
- Tenho 65 anos de idade ou mais.
- Estou grávida.
- Tenho alguma deficiência sensorial, física, intelectual ou de desenvolvimento.
- Tomo medicamentos que precisam ser mantidos em refrigeração.
- Uso equipamentos médicos que precisam de eletricidade para funcionar.
- Uso tecnologia assistiva que precisa de eletricidade para funcionar.
- Tenho diabetes e preciso tomar medicamentos ou insulina para tratamento.
- Tenho uma doença cardíaca crônica, como insuficiência cardíaca ou infarto.
- Tive um derrame.
- Tenho uma doença crônica que me põe em risco de ter coágulos sanguíneos.
- Tenho uma doença pulmonar crônica, como: doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), bronquite crônica, bronquiectasia, fibrose ou outra doença pulmonar restritiva.
- Tenho asma e preciso tomar medicamentos regularmente para controlá-la.
- Uso oxigênio em casa.
- Tenho doença renal crônica.
- Tenho esclerose múltipla.
- Tenho doença de Parkinson.
- Sofri uma lesão na medula espinhal.
- Recebo cuidados paliativos em casa.
- Tive uma doença relacionada ao calor ou ao frio e precisei de atendimento urgente para tratá-la.
- Tenho esquizofrenia.
- Tenho transtorno bipolar.
- Tenho transtorno depressivo maior e precisei de atendimento de crise, hospitalização ou tratamento em residência nos últimos 12 meses
- Tenho transtorno por uso de álcool ou outras substâncias.
- Tenho Alzheimer ou outra demência que dificulta a memória e a compreensão
- Eu me alimento por meio de sonda (nutrição enteral).
- Eu recebo nutrição através de cateter intravenoso (nutrição parenteral).
- Tenho outro problema de saúde que pode me conceder esse direito.

Você precisa de outros serviços ou atendimentos?

(Marque todas as opções de se aplicam)

- Clínico geral
- Tratamento odontológico
- Tratamento para a visão, como óculos ou um exame
- Tratamento para a audição, como aparelho auditivo ou um exame
- Atendimento médico de especialidade
- Atendimento de saúde mental
- Tratamento para transtorno por uso de substâncias
- Grupos de apoio de ex-pacientes
- Serviços dos agentes comunitários de saúde
- Programa de Assistência Nutricional Suplementar (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP)
- Assistência Temporária para Famílias Carentes (Temporary Assistance for Needy Families, TANF)
- Programa para Mulheres, Bebês e Crianças (Women, Infants and Children, WIC)
- Serviços educacionais
- Atendimento jurídico
- Assistência social
- Outros serviços

Seção 3: 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. Entre em contato com Chelsea Egbert em chelsea.egbert@oha.oregon.gov ou 503-580-0295 (chamada de voz). Aceitamos ligações de todas as operadoras.