Бланк запроса для участников плана Oregon Health Plan (OHP) с открытой картой (Open Card) на получение льготы «Изменения в доме для обеспечения здоровья и безопасности».

Часть льготы по социальным потребностям, связанным со здоровьем (HRSN)

Этот бланк запроса для участников плана Oregon Health Plan (OHP), которые могут иметь право на льготу по внесению изменений в своё жилье для обеспечения здоровья и безопасности. Этой льготой предусмотрено следующее:

- Устройства для поддержания здоровья в экстремальных погодных условиях, например, кондиционеры или фильтры. Полный список см. на странице 2.
- Изменения в доме для обеспечения безопасности, например, пандусы для инвалидных колясок или борьба с вредителями. Полный список см. на странице 2.

Используйте этот бланк, если у вас есть карта Open Card:

Отправьте заполненный бланк в организацию Acentra Health по эл. почте на адрес ORHRSN@Acentra.com или по факсу 1-833-551-2607. Вы также можете позвонить в отдел HRSN организации Acentra Health по номеру 888-834-4304.

Если вы не знаете, есть ли у вас карта Open Card, или в случае, если у вас возникли дополнительные вопросы:

- Проверьте свою карту участника. Вы должны были получить от своей медицинской страховой компании карту участника, на лицевой стороне которой указано название страховой компании и ваш идентификационный номер участника.
- Позвоните в отдел обслуживания клиентов плана OHP по номеру 1-800-273-0557.

Вы можете бесплатно получить этот документ на других языках, напечатанный крупным шрифтом, шрифтом Брайля или в другом удобном для вас формате. Свяжитесь с отделом программы Medicaid по адресу HRSN.program@oha.oregon.gov или тел. 503-580-0295 (оператор/смс). Мы принимаем все звонки по линии трансляционной связи.

Раздел 1. Информация о вас и ваших потребностях

Имя, фамилия
(как указано на карте участника плана Oregon Health Plan): _____

Дата
(мм/дд/гггг): _____

Идентификационный номер участника плана Oregon Health Plan
(если известно)**:** _____

Предпочитаемое имя: _____ Местоимения: _____

Предпочитаемый язык для устного общения: _____

Предпочитаемый язык для письменного общения: _____

Наиболее подходящий способ связаться со мной:

☐ Телефон ☐ Смс ☐ Электронная почта
☐ Почта ☐ Лично

Наиболее подходящее время связаться со мной:

☐ Утром ☐ После обеда ☐ Вечером

Номер телефона: _____

Адрес эл. почты: _____

Почтовый адрес: _____

Город _____ Штат: _____

Почтовый индекс: _____

Я хочу узнать, имею ли я право на (отметьте все, что применимо):

При необходимости, установка включена для таких устройств, как кондиционеры, или для таких изменений в доме, как пандусы для инвалидных колясок и поручни.

☐ Кондиционер
☐ Обогреватель
☐ Устройство для фильтрации воздуха
☐ Мини-холодильник для хранения лекарств
☐ Портативный источник питания для моего медицинского оборудования на случай отключения электричества
☐ Пандус для инвалидной коляски
☐ Поручни
☐ Гипоаллергенные оконные покрытия
☐ Устранение и контроль вредителей
☐ Тщательная генеральная уборка дома для снижения рисков для моего здоровья или безопасности

Раздел 2. Имеете ли вы право?

Следующие вопросы помогут определить, имеете ли вы право на льготы по внесению изменений в дом для обеспечения здоровья и безопасности.

Вы можете иметь право на основании следующих обстоятельств (пожалуйста, отметьте все, что применимо):

- ☐ Я освободился(лась) из места лишения свободы (тюрьма, изолятор и т. д.) в течение последних 12 месяцев.
- ☐ За последние 12 месяцев я покидал(а) учреждение для лечения психического здоровья или зависимости.
- ☐ Я нахожусь или находился(лась) в прошлом под опекой системы социальной защиты детей штата Орегон (приемная семья).
- ☐ Я перехожу с льгот только по программе Medicaid на получение одновременно льгот программ Medicaid и Medicare.
- ☐ Я могу потерять своё жильё.
- ☐ Я испытываю бездомность.
- ☐ Я – молодой совершеннолетний человек с особыми медицинскими потребностями.

Вы можете иметь право на получение льгот на основании одного или нескольких из перечисленных ниже состояний здоровья и анамнеза (пожалуйста, отметьте все, что применимо):

- ☐ У меня сложное физическое состояние здоровья.
- ☐ У меня имеется сложное заболевание, связанное с поведенческим здоровьем.
- ☐ У меня имеется физическое, интеллектуальное нарушение или нарушение развития.
- ☐ У меня имеются трудности с самообслуживанием и выполнением повседневных действий.
- ☐ Я подвергался(лась) жестокому или халатному обращению.
- ☐ Я часто обращался(лась) в отделение неотложной помощи или кризисные службы.
- ☐ В настоящее время я беременна или родила ребенка в течение последних 12 месяцев.
- ☐ Мне 65 лет или больше.
- ☐ Человеку, в отношении которого я заполняю этот документ, 6 лет или меньше.
- ☐ Затрудняюсь ответить.
- ☐ Ничего из вышеперечисленного.

Раздел 3. Заявление о правдивости информации

Подписывая этот бланк, я понимаю и соглашаюсь с тем, что:

- Я хочу, чтобы администрация моего плана медицинского страхования проверила, имею ли я право на услуги, которые были отмечены мной выше.
- Администрация моего плана медицинского страхования может связаться со мной для получения дополнительной информации по этому запросу.
- Насколько мне известно, вся информация, предоставленная мной в этом запросе, является правдивой, верной и полной.
- Если я предоставлю неправдивую информацию, я могу подвергнуться наказанию в соответствии с законодательством штата или федеральным законодательством. Это может включать в себя возмещение денежных средств, потраченных на любые услуги, которые я получу в результате этого запроса.

Подпись

Представитель может подписать этот бланк от имени участника плана OHP, включая участников, не достигших возраста 18 лет. Оставьте поля для указания имени, фамилии и подписи представителя ниже пустыми, если вы заполняете этот бланк от своего имени.

Имя, фамилия участника: _____

Подпись участника: _____ Дата: _____

Имя, фамилия представителя: _____

Подпись представителя: _____ Дата: _____

Раздел 4. Информация об организации

Если этот бланк подается от имени участника какой-либо организацией, заполните информацию ниже.

Название организации: _____

Имя, фамилия и должность лица, подающего документ.

_____

Номер телефона: _____

Адрес эл. почты: _____

Medicaid Division
1115 Waiver Strategic Operations

Веб-сайт: https://www.oregon.gov/oha/hsd/medicaid-policy/pages/hrsn.aspx

Печать Сбросить

200-1195302 (10/2025) Russian