

Форма запроса на удовлетворение социальных потребностей, связанных со здоровьем (Health-Related Social Needs, HRSN): запрос на предоставление устройства, связанного с климатом

Цель

План медицинского страхования Oregon Health Plan (OHP) может покрывать устройства, обеспечивающие вашу безопасность во время неблагоприятных погодных условий и в условиях плохого качества воздуха, например, в следующих обстоятельствах:

- экстремальная жара;
- экстремальный мороз;
- дым от природных пожаров;
- отключения электроэнергии, вызванные погодными условиями.

Используйте эту форму, чтобы запросить следующее:

- кондиционер;
- портативный обогреватель;
- устройство для фильтрации воздуха;
- мини-холодильник для лекарств;
- портативный источник питания для медицинского оборудования на случай отключения электроэнергии.

План OHP покрывает по одному устройству каждого типа на семью. Если вам требуется более одного типа устройства, OHP может покрыть их стоимости в зависимости от ваших обстоятельств. Если вспомогательное устройство требуется несколькими членам семьи, вы можете заполнить отдельную форму на каждого человека.

План OHP покрывает устройства для участников, отвечающих следующим критериям:

- наличие заболеваний, которые делают неблагоприятные погодные условия и плохое качество воздуха особенно тяжелыми или опасными для них;
- соответствие следующим критериям:
 - » риск потерять жилье или отсутствия жилья, негде жить;
 - » покрытие Medicare вскоре в дополнение к плану медицинского страхования OHP;
 - » за последние 12 месяцев была оказана медицинская помощь в следующих учреждениях:
 - больница штата Орегон,
 - по программе предоставления лечения зависимости от психоактивных веществ с проживанием,
 - по программе управления абстинентным синдромом;
 - » пребывание в течение последних 12 месяцев в следующих учреждениях:
 - изолятор временного содержания под стражей,
 - центр временного содержания,
 - Управление по делам молодежи штата Орегон,
 - тюрьма,
 - » службы социальной защиты детей в штате Орегон.

Кто имеет право заполнить эту форму?

- Вы
- Родитель, лицо, осуществляющее уход, или член семьи
- Опекун, помощник или надежный друг
- Сотрудники помогающей вам организации

Куда отправить заполненную форму

- **Организация координированного ухода (coordinated care organization, CCO):** отправьте эту форму в вашу [CCO](#).
- **Если вы участвуете в программе Open Card (Acentra Health):** отправьте форму по адресу ORHRSN@kepro.com или по факсу по номеру 1-833-551-2607.

Есть вопросы?

- **Если вы участвуете в программе CCO:** узнайте у своей CCO, как отправить эту форму.
- **Если вы не знаете свою CCO,** позвоните в службу поддержки клиентов ОНР по номеру 1-800-273-0557.
- **Если вы участвуете в программе Open Card (Acentra Health),** позвоните по номеру 888-834-4304.

Информация для участников Acentra Health

- Адрес электронной почты для HRSN: ORHRSN@kepro.com
- Номер телефона HRSN: 888-834-4304
- Электронный факс HRSN: 833-551-2607

Раздел 1: Требуемая информация

Заполните всю информацию, требуемую в этом разделе.

Информация об участнике

Номер идентификационного номера Oregon Health Plan (если он вам известен):

Дата рождения (MM/DD/YYYY):

Имя (как указано в идентификационной карте Oregon Health):

Предпочитаемое имя:

Предпочитаемые местоимения:

Предпочитаемый язык устного общения:

Предпочитаемый язык письменного общения:

Укажите название вашей организации координированной помощи (coordinated care organization, CCO), если оно вам известно, или укажите, есть ли у вас Open Card Acentra Health:

Лучший способ связаться со мной: Телефон Текстовое сообщение Электронная почта Почта Личная встреча

Лучшее время связаться со мной: Утро День Вечер

Можно оставить подробное сообщение о моем запросе: Да Нет

Номер телефона (если он у вас есть):

Адрес электронной почты (если он у вас есть):

Почтовый адрес (если он у вас есть):

Информация о запросе

Прошу предоставить мне (отметьте все применимые варианты): Кондиционер Портативный обогреватель

Устройство для фильтрации воздуха Мини-холодильник для лекарств

Портативный источник питания для моего медицинского оборудования в случае отключения электричества

Я могу безопасно использовать устройство там, где я живу. Я могу безопасно и законно подключить устройство. Да Нет

Другая организация или программа уже предоставила мне это устройство или устройства, Да Нет

Заявление о достоверности информации

Подписывая эту форму, я понимаю и соглашаюсь со следующим:

- Я хочу, чтобы Acentra Health или моя ССО выяснили, имею ли я право на получение устройства, которое поможет мне во время неблагоприятных погодных условий или в условиях плохого качества воздуха.
- Acentra Health или моя ССО могут связаться со мной, чтобы получить дополнительную информацию по этому запросу.
- Я подписываю этот документ под страхом наказания за лжесвидетельство. Насколько мне известно, вся информация, указанная мною в этом запросе, является верной, правильной и полной.
- Если я сообщу информацию, которая не соответствует действительности, я могу понести наказание в соответствии с законодательством штата или федеральным законодательством. Это может включать возврат денег, потраченных на услуги, которые я получаю по этому запросу.

Подпись

Представитель может подписать эту форму за участника плана медицинского страхования ОНР, включая участников моложе 18 лет. Оставьте поля «Имя представителя» и «Подпись представителя» пустыми, если вы заполняете эту форму от своего имени.

Имя участника: _____

Подпись участника: _____

Имя представителя: _____

Подпись представителя: _____

Дата: _____

Раздел 2: Необязательная информация

Вы не обязаны отвечать на эти вопросы прямо сейчас.

- **Если вы это сделаете:** это поможет вам и вашей ССО или Acentra Health определить, имеете ли вы право на получение устройства.
- **Если вы этого не сделаете:** ваша ССО или Acentra Health свяжутся с вами, чтобы задать эти вопросы позже.

Обстоятельства

(Отметьте «Да», если хотя бы одно из них относится к вам, отметьте «Нет», если ни одно из них к вам не относится.)

Да Нет

- В ближайшие 3 месяца я получу право на участие в программе Medicare.
- Я впервые зарегистрировался(-лась) в Medicare менее 9 месяцев назад.
- Я скоро могу стать бездомным(-ой) или лишиться жилья.
- Я трачу не менее 50% своего дохода на аренду жилья.
- Я живу в рекреационном автомобиле (RV) или трейлере.
- Я бездомный(-ая).
- У меня нет постоянного места для ночлега.
- Я остановился(-лась) в чужом доме.
- В течение последних 12 месяцев я получал(-а) медицинскую помощь в Больнице штата Орегон.

- В течение последних 12 месяцев я получал(-а) помощь в крупном учреждении для лечения зависимости от психоактивных веществ с проживанием.
- В течение последних 12 месяцев я получал(-а) помощь в крупной программе по лечению абстинентного синдрома.
- В течение последних 12 месяцев я был(-а) освобожден(-а) из следственного изолятора временного содержания под стражей, центра временного содержания, учреждения Управления по делам молодежи штата Орегон или тюрьмы.
- В какой-то момент моей жизни в штате Орегон я имел(-а) дело со службой опеки.
- Я находился(-лась) в приемной семье или в замещающей семье.
- Я получал(-а) помощь в усыновлении, опекуновстве или услуги по сохранению семьи.
- Я предстал(-а) перед судом по вопросам опеки и попечительства.

Заболевания и история болезни

((Отметьте «Да», если к вам относится хотя бы одно из перечисленного, отметьте «Нет», если ни ничего из перечисленного к вам не относится.))

Да Нет

- Человек, за которого я заполняю эту форму, младше 6 (шести) лет.
- Мне 65 лет или больше.
- Я беременна.
- У меня сенсорные, физические, интеллектуальные нарушения или нарушения развития.
- Я принимаю лекарства, которые нужно хранить в холодильнике.
- Я пользуюсь медицинским оборудованием, для работы которого необходимо электричество.
- Я использую вспомогательные технологии, для работы которых необходимо электричество.
- У меня диабет, и мне необходимо принимать лекарства или инсулин для его лечения.
- У меня хроническое заболевание сердца, например сердечная недостаточность или инфаркт.
- У меня бы инсульт.
- У меня хроническое заболевание, из-за которого я подвержен(-а) повышенному риску образования тромбов.
- У меня хроническое заболевание легких, такое как: хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), хронический бронхит, бронхоэктаз, фиброз или другое рестриктивное заболевание легких.
- У меня астма, и я вынужден(-а) регулярно принимать лекарства для лечения
- Я пользуюсь кислородом дома.
- У меня хроническое заболевание почек.
- У меня рассеянный склероз.
- У меня болезнь Паркинсона.
- У меня была травма спинного мозга.
- Я получаю хосписную помощь на дому.
- У меня было заболевание, связанное с жарой или холодом, и мне потребовалась неотложная помощь для его лечения.
- У меня шизофрения.
- У меня биполярное расстройство.
- У меня большое депрессивное расстройство, и в течение последних 12 месяцев мне требовались кризисные услуги, госпитализация или лечение в стационаре
- У меня нарушение, связанное с употреблением алкоголя или психоактивных веществ.
- У меня болезнь Альцгеймера или деменция, из-за которой мне трудно запоминать и понимать информацию.
- Я получаю питание через зонд (энтеральное питание).
- Я получаю питание через внутривенный катетер (парэнтеральное питание).
- У меня есть другое заболевание, которое может соответствовать критериям участия в программе.

Нужны ли вам другие услуги или поддержка?

(Отметьте все подходящие варианты)

- Поставщик первичной медицинской помощи
- Стоматологические услуги
- Лечение нарушения зрения, например, очки или офтальмологический осмотр
- Слухопротезирование, например, слуховые аппараты или обследование слуха
- Специализированная медицинская помощь
- Охрана психического здоровья
- Нарушение, связанное с употреблением психоактивных веществ
- Услуги взаимопомощи
- Услуги специалиста традиционной медицины
- Американская программа льготной покупки продуктов (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP)
- Временная помощь нуждающимся семьям (Temporary Assistance for Needy Families, TANF)
- Программа для женщин, младенцев и детей (Women, Infants and Children, WIC)
- Образовательные услуги
- Юридические услуги
- Социальные услуги
- Другие услуги

Раздел 3: Информация об организации

Если организация подает эту форму за участника, заполните информацию, требуемую ниже.

Название организации:

Имя и должность лица, подающего форму:

Номер телефона:

Адрес электронной почты:

Мы готовы бесплатно предоставить вам этот документ в переводе на другие языки, в варианте для слабовидящих (крупным шрифтом или шрифтом Брайля) или в другом удобном для вас формате. Свяжитесь с Челси Эгберт (Chelsea Egbert) по адресу электронной почты chelsea.egbert@oha.oregon.gov или по номеру телефону 503-580-0295 (для голосовых вызовов). Мы работаем со всеми службами коммутируемых сообщений.