

# Форма заявки на получение климатической льготы по плану Oregon Health Plan (ОHP)

## Часть льгот, направленных на удовлетворение социальных потребностей, связанных со здоровьем

### Цель

Эта форма заявки предназначена для участников плана Oregon Health Plan (ОHP), которые могут соответствовать критериям получения климатической льготы. Благодаря этой льготе вы можете получить оборудование, которое поможет вам оставаться в безопасности во время периодов сильной жары, холода и отключения электричества. Климатическая льгота включает в себя следующее:

- Устройства, которые помогают поддерживать оптимальную температуру и чистоту воздуха (включая кондиционеры, обогреватели, устройства для фильтрации воздуха и мини-холодильники для лекарств).
- Такие устройства, как портативные источники питания для работы медицинского оборудования при перебоях в подаче электроэнергии, вызванных климатическими явлениями.

Вопросы на следующих страницах помогут вам определить, имеете ли вы право на получение климатической льготы и какую именно помощь в отношении климатических устройств вы можете получить.

### Если вы являетесь клиентом организации, предоставляющей скоординированную помощь (Coordinated Care Organization, CCO):

Вы можете запросить эту климатическую льготу непосредственно у своей CCO. Найдите [форму заявки для вашей CCO](#) или [свяжитесь с вашей CCO](#). Это может ускорить процесс. Ваша CCO свяжется с вами, если потребуется дополнительная информация, а затем CCO одобрит или откажет в предоставлении услуг.

### Если вы являетесь участником программы Open Card:

Отправьте заполненную форму в компанию Acentra Health на адрес электронной почты [ORHRSN@Acentra.com](mailto:ORHRSN@Acentra.com) или по факсу 1-833-551-2607. Вы также можете позвонить в группу, отвечающую за HRSN в компании Acentra Health, по телефону 888-834-4304.

Если вы не знаете, являетесь ли вы участником ССО или программы Open Card:

- Проверьте свою идентификационную карточку. Вы должны были получить от своего плана медицинского страхования идентификационную карточку, на лицевой стороне которой указано его название и ваш идентификационный номер участника.
- Позвоните в отдел обслуживания клиентов плана ОНР по телефону 1-800-273-0557.

## Есть вопросы?

- Если вы участвуете в программе ССО: Узнайте у своей ССО, как запросить климатические услуги.
- Вы можете позвонить в отдел обслуживания клиентов плана ОНР по телефону 1-800-273-0557.
- Если вы участвуете в программе Open Card (Acentra Health), вы можете позвонить по телефону 888-834-4304.

Эта форма доступна на веб-странице [HRSN](#) на нескольких языках. Мы также 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](mailto:chelsea.egbert@oha.oregon.gov) или по телефону 503-580-0295 (голосовые и текстовые сообщения). Мы работаем со всеми службами коммутируемых сообщений.

**Следующий раздел предназначен для подачи заявки на получение климатической льготы в рамках плана ОНР. Вам также необходимо поставить подпись на [странице 4](#). Остальная информация не является обязательной.**

## Раздел 1: Информация о вас

### Требуемая информация\*

Укажите всю информацию, запрашиваемую в этом разделе.

Этот раздел предназначен для подачи заявки на получение климатической льготы в рамках плана ОНР. Вам также необходимо поставить подпись на [странице 4](#). Остальная информация не является обязательной.

#### Имя и фамилия

(как указаны в идентификационной карточке плана медицинского страхования Oregon Health)\*:

#### Дата рождения

(мм/дд/гггг)\*:

#### Идентификационный номер участника плана Oregon Health Plan

(если он вам известен)\*:

#### Лучший способ связаться со мной:

По телефону

Текстовое сообщение

Эл. почта

На почтовый адрес

Лично

#### Лучшее время связаться со мной:

Утром

После полудня

Вечером

Номер телефона\*: \_\_\_\_\_ Адрес электронной почты\*: \_\_\_\_\_

Почтовый адрес\*: \_\_\_\_\_

Город\*: \_\_\_\_\_ Штат\*: \_\_\_\_\_ Почтовый индекс\*: \_\_\_\_\_

#### Я хочу/нуждаюсь (отметьте все, что применимо):

Кондиционер воздуха

Обогреватель

Устройство для фильтрации воздуха

Мини-холодильник для лекарств

Портативный источник питания для медицинского оборудования на случай отключения электроэнергии

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

Я могу безопасно и законно подключить устройство. Да Нет

## Раздел 2: Заявление о достоверности информации

### Подписывая эту форму, я понимаю и соглашаюсь с тем, что:

- Я хочу, чтобы компания Acentra Health или моя ССО выяснили, соответствую ли я требованиям, предъявляемым к получению услуг, которые я указал(-а) выше.
- Acentra Health или моя ССО могут связаться со мной, чтобы получить дополнительную информацию по этому запросу.
- 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.

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

Имя участника: \_\_\_\_\_

Подпись участника: \_\_\_\_\_

Имя представителя: \_\_\_\_\_

Подпись представителя: \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_

## Раздел 3: Дополнительная информация о вас

### Необязательная информация

Вам не обязательно указывать нижеприведенную информацию прямо сейчас.

**Если вы это сделаете:**

это поможет вам и вашей ССО или компании Acentra Health определить, имеете ли вы право на получение этих услуг.

**Если вы этого не сделаете:**

ваша ССО или Acentra Health свяжутся с вами, чтобы задать эти вопросы позже.

Предпочитаемое имя: \_\_\_\_\_ Местоимения: \_\_\_\_\_

Предпочитаемый язык устного общения: \_\_\_\_\_

Предпочитаемый язык письменного общения: \_\_\_\_\_

Если известно, укажите название (ССО) или укажите «open card», если вы участник программы Open Card:

\_\_\_\_\_

## Раздел 4: Узнайте, соответствуете ли вы требованиям

Следующие вопросы помогут определить, имеете ли вы право на получение климатических льгот, описанных выше.

### Нижеперечисленные обстоятельства могут послужить основанием для предоставления вам климатических льгот (отметьте все, что относится к вам):

Освобождение из мест лишения свободы (тюрьма, заключение и т. д.).

Недавняя выписка из психиатрического или наркологического лечебного учреждения

Нахождение в системе опеки и попечительства для детей в штате Орегон (патронажное воспитание в семье) в настоящее время или находились в прошлом.

Переход от льгот только по программе Medicaid к льготам по программе Medicaid плюс Medicare.

Я могу лишиться жилья.

Я являюсь бездомным(-ой).

### Состояние здоровья и история болезни (отметьте все, что применимо):

У меня тяжелое физическое состояние

У меня серьезные проблемы в области психического здоровья

У меня нарушения физического или умственного развития

Я испытываю трудности с самообслуживанием и повседневной деятельностью

Я являюсь жертвой жестокого обращения или оставления в опасности

Я часто обращаюсь в отделение неотложной помощи или в службу помощи в кризисных ситуациях

Я беременна в настоящее время или родила в течение последних 12 месяцев

Мне 65 или лет и более

Человек, за которого я заполняю эту форму, младше 6 (шести) лет

Я не знаю

Ничего из вышеперечисленного

## Раздел 5: 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](mailto:chelsea.egbert@oha.oregon.gov) или по телефону 503-580-0295 (голосовые и текстовые сообщения). Мы принимаем все звонки, которые на нас переводят.

### Подразделение программы medicaid

Стратегические операции в рамках программы освобождения от требования 1115  
800 NE Oregon Street  
Portland, OR 97232

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



200-505451 (10/2024) Russian