

Request Form for the Oregon Health Plan (OHP) Climate Benefit

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

Цель

Эта форма заявки предназначена для участников плана Oregon Health Plan (OHP), 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. Проверьте наличие формы заявки вашей CCO (<https://www.oregon.gov/oha/HSD/OHP/Pages/Climate-Supports.aspx>) или свяжитесь с вашей CCO (<https://www.oregon.gov/oha/hsd/ohp/pages/cco-plans.aspx>). 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 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 участник ССО: Уточните в своей ССО (<https://www.oregon.gov/oha/HSD/OHP/pages/coordinated-care-organizations.aspx>) как подать заявку на климатическое обслуживание.
- 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 (<https://www.oregon.gov/oha/HSD/OHP/Pages/Climate-Supports.aspx>) на множестве других языков. 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 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 делаете:

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).

Молодой взрослый с особыми потребностями в медицинском обслуживании.

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 или по телефону 503-580-0295 (голосовые и текстовые сообщения). Мы работаем со всеми службами коммутируемых сообщений.

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>



OREGON
HEALTH
AUTHORITY



200-505451 (01/2025) Russian