



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

Часть льгот, направленных на удовлетворение социальных потребностей, связанных со здоровьем (health-related social needs, HRSN)

Цель

Эта форма заявки предназначена для участников плана Oregon Health Plan (ОHP), которые могут соответствовать критериям получения льгот на жилье. Эта льгота поможет вам сохранить жилье. Льгота на жилье включает в себя:

- Помощь в оплате аренды.
- Поддержка арендаторов (Tenancy Support) (помощь в получении ресурсов и услуг для арендаторов).
- Изменения в доме для сохранения здоровья и безопасности.

Вопросы на следующих страницах помогут вам узнать, соответствуете ли вы требованиям и какую помощь в решении проблемы с жильем вы можете получить.

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

Вы можете запросить эту льготу на жилье 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 или отправьте ее 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 CCO 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: Узнайте у [своей ССО](#), как запросить услуги, связанные с жильем.
- 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 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 льготы на жилье 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 льготы на жилье 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):

Помощь в оплате аренды на срок до шести месяцев (включая просроченные платежи и оплату коммунальных услуг)

Изменения в моем доме для сохранения здоровья и безопасности. Это включает в себя (отметьте все, что применимо):

Установка поручней, пандусов для инвалидных колясок или ручек для выдвижных ящиков.

Проведение генеральной уборки.

Устранение вредителей.

Установка жалюзи на окна.

Поддержка арендаторов (помощь в получении ресурсов и услуг, которые помогут мне сохранить жилье)

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.

Подпись

Представитель может подписать эту форму за участника плана ОНР, включая участников младше 18 лет. Оставьте строки «Имя представителя» и «Подпись представителя» ниже 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 льгот на жилье, описанных выше.

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

У меня есть жилье

У меня есть проблемы со здоровьем, которые требуют внесения изменений в мой дом (см. состояние здоровья и историю болезни ниже)

В настоящее время я нахожусь в одной из следующих жизненных ситуаций (отметьте все, что применимо):

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

Доход семьи составляет 30% или менее от среднего годового дохода в месте вашего проживания и вам не хватает ресурсов или поддержки для предотвращения потери жилья. Таблицу с указанием доходов, соответствующих требованиям, [можно найти](#) в Интернете.

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

Чтобы иметь право на получение льготы «Помощь в оплате аренды» (Help Paying For Rent) или льготы «Поддержка арендаторов» (Tenancy Support), необходимо соблюдение следующих требований (отметьте все, что применимо)

У меня есть жилье

У меня есть поддержка, чтобы остаться в своем нынешнем жилье

У меня есть договор аренды или письменное соглашение с человеком, у которого я снимаю жилье (арендодателем)

Мой доход на семью составляет 30% или меньше от среднего годового дохода по месту жительства — [таблицу с доходами, соответствующими требованиям](#), можно найти в Интернете

Мне не хватает ресурсов или поддержки для предотвращения потери жилья

У меня есть заболевание из приведенного выше списка

Я не знаю

Ничего из вышеперечисленного

Имейте в виду, что рассмотрение вашей заявки может занять до двух недель, а в случае положительного решения потребуется дополнительное время для получения услуги.

Что описывает вашу ситуацию в настоящее время?

Мой арендодатель вручил мне уведомление о выселении, и мне нужна помощь менее чем через две недели

У меня нет уведомления о выселении, но мои счета должны быть оплачены менее чем через две недели

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 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/medicaid-policy/pages/hrsn.aspx>



200-736602 (10/2024) Russian