



Форма заявки на получение льготы на питание 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 льготы на питание. Эта льгота поможет вам правильно питаться, чтобы оставаться здоровым и контролировать заболевания, связанные с питанием.

Льгота на питание включает в себя:

- услуги по организации питания с учетом медицинских требований,
 - если это рекомендовано вашим основным лечащим врачом (primary care provider, PCP),
 - и**
 - ваш план питания, составленный диетологом, а также
- обучение по вопросам питания для тех, кто в настоящее время не взаимодействует с дипломированным врачом-диетологом.

Вопросы на следующих страницах помогут вам узнать, имеете ли вы право на льготы на питание.

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

Вы можете запросить эту льготу на питание непосредственно у своей CCO. Найдите [форму заявки для вашей CCO](#) или [свяжитесь с вашей CCO](#). Это может ускорить процесс. Ваша CCO свяжется с вами для проведения скрининга, 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 эл. 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 ОHP по телефону 1-800-273-0557.

Есть вопросы?

- **Если вы участвуете в программе ССО:** Узнайте у [своей ССО](#), как запросить услуги, связанные с питанием.
- **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 3](#). Остальная информация не является обязательной.

Раздел 1: Информация о вас

Требуемая информация*

Укажите всю информацию, запрашиваемую в этом разделе.

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):

Я хочу/нуждаюсь (отметьте один):

Обучение навыкам правильного питания, чтобы лучше понять, как пища и питание влияют на мое здоровье

или

Услуги по организации питания с учетом медицинских требований

Я понимаю, что для получения этой услуги я должен пройти оценку и получить план организации лечебного питания от дипломированного врача-диетолога. Как правило, ваш основной лечащий врач (PCP) вместе с вами выясняет, есть ли у вас медицинское состояние, с которым может помочь справиться диетолог.

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» 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:

Лучший **способ** связаться со мной:

По телефону Текстовое сообщение Эл. почта На почтовый адрес Лично

Лучшее **время** связаться со мной:

Утром После полудня Вечером

Можно оставить подробное сообщение о моем запросе:

Да Нет

Номер телефона (если он у вас есть):

Адрес эл. почты (если он у вас есть):

Почтовый адрес

(если он у вас есть): _____

Город: _____ **Штат:** _____ **Почтовый индекс:** _____

Раздел 4: Узнайте, соответствуете ли вы требованиям

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

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

- Я являюсь участником плана ОНР
- У меня есть неудовлетворенные потребности в питании
- Я принадлежу к одной из следующих покрываемых категорий лиц (отметьте все, что применимо):
 - Освобождение из мест лишения свободы (тюрьма, заключение и т. д.)
 - Выход из психиатрического лечебного учреждения или лечебного учреждения для лечения расстройств, связанных с злоупотреблением психоактивными веществами.
 - Регистрация в системе опеки и попечительства для детей в штате Орегон (патронажное воспитание в семье) в настоящее время или в прошлом.
 - Переход от льгот только по программе Medicaid к льготам по программе Medicaid плюс Medicare.
 - Статус бездомного.
 - 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.
 - Я — взрослый молодой человек в возрасте 19–20 лет с хроническим заболеванием, которое началось в детстве.

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 лет или более
- Человек, за которого я заполняю эту форму, младше 6 (шести) лет.
- 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.

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 эл. 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/medicaid-policy/pages/hrsn.aspx>



200-822592 (10/2024) Russian