

Форма запиту на отримання пільги на харчування в рамках Плану охорони здоров'я штату Орегон (Oregon Health Plan, ОНП)

Частина допомоги на соціальні потреби, пов'язані зі здоров'ям Health-Related Social Needs (HRSN)

Призначення

Це форма запити для учасників Плану охорони здоров'я штату Орегон (Oregon Health Plan, ОНП), які мають право на житлову допомогу. Ця пільга може допомогти вам харчуватися так, щоб залишатися здоровим, і контролювати захворювання, пов'язані з харчуванням.

Пільга на харчування включає:

- Послуги з індивідуального харчування за медичними показаннями
 - За рекомендацією лікаря первинної медичної допомоги (primary care provider, PCP)
- **та**
- Послуги вашого плану харчування, складеного з дієтологом
- Навчання з питань харчування для тих, хто в даний час не працює із зареєстрованим дієтологом

Питання на наступних сторінках допоможуть вам дізнатися, чи маєте ви право на пільги на харчування.

Якщо ви є членом організації координованої допомоги (ССО):

Ви можете подати запит на отримання цієї пільги на харчування безпосередньо до ССО. Перевірте, чи є у вас [Форма запити для ССО](#) або [зв'яжіться зі своєю ССО](#). Це може прискорити процес. Ваша ССО зв'яжеться з вами для проведення скринінгу, після чого ССО схвалить або відмовить у наданні послуг.

Якщо ви є учасником програми Open Card:

Надішліть заповнену форму в Acentra Health за адресою ORHRSN@Acentra.com чи надішліть факсом на номер 1-833-551-2607. Ви також можете зателефонувати до служби пільг на соціальні потреби, пов'язані зі здоров'ям (Health-Related Social Needs Benefit, HRSN) Acentra Health за номером 888-834-4304.

Якщо не знаєте, чи є ви членом ССО та чи маєте відкриту картку:

- **Перевірте свою ідентифікаційну картку.** Ви повинні були отримати ідентифікаційну картку від вашого плану медичного страхування, на лицьовій стороні якої вказана назва плану та ваш ідентифікаційний номер учасника.
- **Телефонуйте** до відділу обслуговування клієнтів ОНП за номером 1-800-273-0557.

Є запитання?

- **Учасники ССО:** Дізнайтеся в [ССО](#), як замовити послуги харчування.
- **Ви можете зателефонувати** до відділу обслуговування клієнтів ОНР за номером 1-800-273-0557.
- Маючи відкриту картку (Acentra Health), ви можете зателефонувати за номером 888-834-4304.

Ця форма доступна на сторінці [HRSN](#) на різних мовах. Ви також можете безкоштовно отримати документ іншими мовами, великим шрифтом, шрифтом Брайля або у форматі, який вам подобається. Зв'яжіться з Челсі Егберт за адресою chelsea.egbert@oha.oregon.gov чи номером 503-580-0295 (дзвінки й текст). Ми приймаємо всі дзвінки, які на нас переводять.

Наступний розділ потрібен для запиту на житлову пільгу ОНР. Вам також потрібно буде поставити підпис на [сторінці 3](#). Решта інформації опціональна.

Розділ 1: Інформація про вас

Обов'язкова інформація*

Будь ласка, надайте всю інформацію, передбачену в цьому розділі.

Прізвище, ім'я

(як написано на ідентифікаційній картці Плану охорони здоров'я Oregon Health Plan ID)*:

Дата народження

(мм/дд/рррр)*:

Ідентифікаційний номер плану охорони здоров'я Oregon Health Plan ID

(якщо відомо)*:

Я хочу/Мені потрібно (позначте один варіант):

Навчання з питань харчування, яке допоможе краще зрозуміти, як їжа та харчування впливають на моє здоров'я

або

Послуги з індивідуального харчування за медичними показаннями

Я розумію, що для отримання цієї послуги у мене має бути оцінка та план харчування від зареєстрованого дієтолога. Зазвичай ваш лікар первинної медичної допомоги (primary care provider, PCP) разом з вами перевіряє, чи є у вас захворювання, з якими може допомогти дієтолог.

Розділ 2. Заява про достовірність

Підписуючи цю форму, я розумію та погоджуюся з таким:

- Я хочу, щоб Acentra Health або моя ССО з'ясували, чи маю я право на отримання послуг, які я позначив(-ла) вище.
- Представники Acentra Health або моєї ССО можуть зв'язатися зі мною, щоб отримати додаткову інформацію щодо цього запиту.
- Наскільки мені відомо, інформація, надана в цьому запиті, є правдивою, правильною та повною.
- Якщо я надаю неправдиву інформацію, до мене можуть бути застосовані санкції відповідно до законодавства штату або федерального законодавства. Це може включати повернення грошей, витрачених на послуги, які я отримую через цей запит.

Підпис

Представник може підписати цю форму за учасника ОНР, включно з учасниками віком до 18 років. Якщо ви заповнюєте цю форму від свого імені, не заповнюйте нижче рядки з іменем, прізвищем та підписом представника.

Ім'я та прізвище учасника: _____

Підпис учасника: _____

Ім'я та прізвище представника: _____

Підпис представника: _____

Дата: _____

Розділ 3: Більше інформації про вас

Необов'язкова інформація

Ви не зобов'язані заповнювати наведену нижче інформацію прямо зараз.

Якщо ви це зробите:

Це допоможе вам і вашим ССО або Acentra Health дізнатися, чи маєте ви право на ці послуги.

Якщо ви цього не зробите:

Представники вашої ССО або Acentra Health зв'яжуться з вами, щоб поставити ці запитання пізніше.

Бажане ім'я: _____ Займенники: _____

Бажана мова усного спілкування: _____

Бажана мова письмової комунікації: _____

Якщо відомо, введіть назву (ССО) чи введіть «відкрита картка», якщо у вас відкрита картка:

Найкращий **спосіб** зв'язатися зі мною:

Дзвоніть

Пишіть

Електронна пошта

Пошта

Особисто

Найкращий **час** для зв'язку зі мною:

Вранці

В обід

Увечері

Це **ОК** залишити детальне повідомлення про мій запит:

Так

Ні

Номер телефону (якщо є):

Адреса електронної пошти (якщо є):

Поштова адреса

(якщо є): _____

Місто: _____ **Штат:** _____ **Поштовий індекс:** _____

Розділ 4. Дізнайтеся, чи відповідаєте ви встановленим критеріям

Наступні запитання допоможуть визначити, чи маєте ви право на пільги на харчування, описані вище.

Наведені нижче обставини можуть дати вам право на отримання пільг на харчування (позначте все, що підходить):

Я є членом програми ОНР;

У мене є незадоволені потреби в їжі;

Я належу до однієї з наведених нижче груп населення (позначте все, що підходить):

Вихід з місць позбавлення волі (в'язниця, слідчий ізолятор тощо);

Виписка із закладу відновлення психічного здоров'я або лікування наркозалежності;

Перебування в системі охорони дитинства штату Орегон (прийомна сім'я) зараз або в минулому;

Перехід від отримання пільг лише за програмою Medicaid до отримання пільг за програмою Medicaid та Medicare;

Безпритульні люди;

Маю сімейний прибуток, що становить 30 % або менше від середньорічного доходу за місцем проживання **та** мені не вистачає ресурсів або підтримки, щоб уникнути бездомності. Ви можете знайти [таблицю з переліком відповідних прибутків](#) онлайн.

Молоді особи у віці 19-20 років, які живуть з поточним захворюванням, що виникло в дитинстві.

Медичний стан та історія (відзначте все, що підходить):

У мене складний фізичний стан здоров'я

У мене складний поведінковий стан здоров'я

У мене вада розвитку чи інтелектуальна вада

У мене труднощі з самообслуговуванням і повсякденними справами

Я стикався з жорстоким поведінням або нехтуванням

Я часто звертаюсь по невідкладну чи кризову допомогу

Зараз я вагітна чи народила протягом останніх 12 місяців

Мені 65 років чи більше

Особа, за яку я заповнюю цю форму, молодше 6 років

Не впевнений(-а)

Жодне з перерахованого вище

Майте на увазі, що розгляд заявки може тривати до двох тижнів; у разі схвалення, отримання послуги також потребуватиме часу.

Розділ 5. Інформація про організацію

Якщо цю форму подає організація від імені учасника, заповніть інформацію нижче.

Назва організації: _____

Ім'я, прізвище та посада особи, яка подає форму:

Номер телефону: _____ Електронна адреса: _____

Ви можете безкоштовно отримати документ іншими мовами, великим шрифтом, шрифтом Брайля або у форматі, який вам подобається. Зв'яжіться з Челсі Егберт за адресою chelsea.egbert@oha.oregon.gov чи номером 503-580-0295 (дзвінки й текст). Ми приймаємо всі дзвінки, які на нас переводять.

Підрозділ Medicaid

Звільнення від вимог розділу
1115 щодо стратегічних операцій
800 NE Oregon Street
Portland, OR 97232

Вебсайт: <https://www.oregon.gov/oha/hsd/medicaid-policy/pages/hrsn.aspx>



OREGON
HEALTH
AUTHORITY



200-822592(10/2024) Ukrainian