Mẫu Yêu cầu Trợ cấp Cải tạo Nhà ở vì Sức khỏe và An toàn của Chương trình Bảo hiểm Y tế Oregon (Oregon Health Plan - OHP) dành cho Thành viên có Thẻ Mở (Open Card)

Một phần của Chương trình Trợ cấp Nhu cầu Xã hội Liên quan đến Sức khỏe (Health-Related Social Needs hoặc HRSN)

Đây là mẫu đơn yêu cầu dành cho các thành viên của Chương trình Bảo hiểm Y tế Oregon (Oregon Health Plan - OHP) có thể đủ điều kiện nhận trợ cấp cải tạo nhà ở để đảm bảo sức khỏe và an toàn. Trợ cấp bao gồm:

- Các thiết bị hỗ trợ sức khỏe trong điều kiện thời tiết khắc nghiệt như máy điều hòa hoặc máy lọc không khí. Xem danh sách đầy đủ ở trang 2.
- Các cải tạo đối với nhà ở để đảm bảo an toàn, chẳng hạn như đường dốc dành cho xe lăn hoặc kiểm soát côn trùng gây hại. Xem danh sách đầy đủ ở trang 2.

Sử dụng mẫu đơn này nếu quý vị có Thẻ Mở (Open Card):

Gửi mẫu đơn đã điền đầy đủ đến Acentra Health qua email ORHRSN@Acentra.com hoặc fax đến số 1-833-551-2607. Quý vị cũng có thể gọi cho nhóm HRSN của Acentra Health theo số 888-834-4304.

Nếu quý vị không biết liệu mình có Thẻ Mở (Open Card) hay không hoặc nếu quý vị có thêm câu hỏi:

- Kiểm tra thẻ ID của quý vị. Quý vị sẽ nhận được thẻ ID từ chương trình bảo hiểm y tế của mình, trên đó sẽ có tên chương trình và mã số thành viên của quý vị ở mặt trước.
- Hãy gọi cho Dịch vụ Khách hàng OHP theo số 1-800-273-0557.

Quý vị có thể nhận được tài liệu này miễn phí bằng ngôn ngữ khác, bản in khổ chữ lớn, chữ nổi braille hoặc theo một định dạng quý vị mong muốn. Liên hệ với Bộ phận Phụ trách Medicaid tại HRSN.program@oha.oreregon.gov hoặc gọi 503-580-0295 (thoại/tin nhắn). Chúng tôi chấp nhận tất cả các cuộc gọi chuyển tiếp.

Phần 1: Thông tin về quý vị và các nhu cầu của quý vị

Tên
(Như được ghi trên thẻ ID Chương trình Bảo hiểm Y tế Oregon):

_____

Ngày
(tháng/ngày/năm):

_____

Số ID Chương trình Bảo hiểm Y tế Oregon (Nếu biết)**:** _____

Tên thường gọi: _____ Đại từ: _____

Ngôn ngữ nói ưa thích: _____

Ngôn ngữ viết ưa thích: _____

Cách tốt nhất để liên hệ với tôi là:

☐ Gọi điện ☐ Tin nhắn ☐ Bưu điện ☐ Email ☐ Gặp trực tiếp

Lúc tốt nhất để liên lạc với tôi là:

☐ Buổi sáng ☐ Buổi chiều ☐ Buổi tối

Điện thoại: _____

Email: _____

Địa chỉ nơi nhận thư: _____

Thành phố: _____ Tiểu bang: _____ Mã Bưu Cục (Zip): _____

Tôi muốn xem liệu mình có đủ điều kiện để (đánh dấu vào tất cả các mục áp dụng):

Nếu cần, việc lắp đặt bao gồm các thiết bị như máy điều hòa không khí hoặc các cải tạo nhà ở như đường dốc dành cho xe lăn và tay vịn.

☐ Máy điều hòa không khí

☐ Máy sưởi

☐ Thiết bị lọc không khí

☐ Tủ lạnh nhỏ để đựng thuốc

☐ Nguồn điện di động cho thiết bị y tế của tôi nếu mất điện

☐ Đường dốc dành cho xe lăn

☐ Tay vịn

☐ Rèm cửa sổ chống dị ứng

☐ Diệt trừ và kiểm soát côn trùng gây hại

☐ Lau chùi nhà cửa kỹ lưỡng để giảm thiểu rủi ro cho sức khỏe hoặc sự an toàn của tôi

Phần 2: Quý vị có đủ điều kiện không?

Các câu hỏi sau đây giúp xác định xem liệu quý vị có đủ điều kiện nhận trợ cấp cải tạo nhà ở vì sức khỏe và an toàn hay không.

Quý vị có thể đủ điều kiện dựa trên các trường hợp dưới đây (vui lòng đánh dấu vào tất cả các mục áp dụng):

- ☐ Tôi đã ra tù trong vòng 12 tháng qua (nhà tù, trại tạm giam, v.v.).
- ☐ Tôi vừa rời khỏi cơ sở phục hồi sức khỏe tâm thần hoặc cai nghiện trong 12 tháng qua.
- ☐ Tôi đang hoặc đã từng ở trong hệ thống phúc lợi trẻ em của Oregon (chăm sóc con nuôi) trong quá khứ.
- ☐ Tôi đang chuyển từ tình trạng chỉ nhận trợ cấp Medicaid sang tình trạng đủ điều kiện nhận cả Medicaid lẫn Medicare.
- ☐ Tôi có thể mất chỗ ở.
- ☐ Tôi đang trong tình trạng vô gia cư.
- ☐ Tôi là một người trẻ tuổi có nhu cầu chăm sóc sức khỏe đặc biệt.

Quý vị có thể đủ điều kiện dựa trên việc mắc phải một hoặc nhiều tình trạng sức khỏe và có tiền sử bệnh dưới đây (vui lòng đánh dấu vào tất cả các mục áp dụng):

- ☐ Tôi có tình trạng sức khỏe thể chất phức tạp.
- ☐ Tôi có tình trạng sức khỏe hành vi phức tạp.
- ☐ Tôi bị khuyết tật về thể chất, phát triển hoặc trí tuệ.
- ☐ Tôi gặp khó khăn trong việc tự chăm sóc bản thân và các hoạt động hàng ngày.
- ☐ Tôi đã từng bị lạm dụng hoặc bỏ bê.
- ☐ Tôi thường hay sử dụng dịch vụ phòng cấp cứu hoặc dịch vụ giải quyết khủng hoảng thường xuyên.
- ☐ Tôi hiện đang mang thai hoặc đã sinh con trong 12 tháng qua.
- ☐ Tôi từ 65 tuổi trở lên.
- ☐ Người mà tôi đang điền biểu mẫu này cho là một trẻ em 6 tuổi trở xuống.
- ☐ Tôi không chắc chắn.
- ☐ Không có trong danh sách trên.

Mục 3: Tuyên bố sự thật

Bằng cách ký tên trên mẫu đơn này, tôi hiểu và đồng ý rằng:

- Tôi muốn chương trình bảo hiểm y tế của tôi xác định xem liệu tôi có đủ điều kiện nhận các dịch vụ mà tôi đã đánh dấu ở trên hay không.
- Chương trình bảo hiểm y tế của tôi có thể liên hệ với tôi để lấy thêm thông tin về yêu cầu này.
- Theo sự hiểu biết tốt nhất của tôi, tất cả thông tin tôi cung cấp trong bản yêu cầu này là đúng, chính xác và đầy đủ.
- Nếu tôi cung cấp thông tin không đúng sự thật, tôi có thể bị phạt theo luật tiểu bang hoặc liên bang. Điều này có thể bao gồm việc phải hoàn trả lại tiền đã chi cho bất kỳ dịch vụ nào tôi nhận được do bản yêu cầu này.

Chữ ký

Người đại diện cho thành viên OHP có thể ký vào mẫu đơn này, bao gồm cả thành viên dưới 18 tuổi. Hãy để trống các dòng tên và chữ ký của người đại diện bên dưới nếu quý vị tự điền mẫu đơn này.

Tên thành viên: _____

Chữ ký thành viên: _____ Ngày: _____

Tên người đại diện: _____

Chữ ký người đại diện: _____ Ngày: _____

Mục 4: Thông tin của tổ chức

Nếu một tổ chức đang nộp mẫu đơn này cho thành viên, thì hãy hoàn tất thông tin bên dưới.

Tên tổ chức: _____

Tên và vai trò hoặc người nộp mẫu đơn:

_____

Điện thoại: _____

Email: _____

Medicaid Division
1115 Waiver Strategic Operations

Trang mạng: https://www.oregon.gov/oha/hsd/medicaid-policy/pages/hrsn.aspx

In | Thiết lập lại

200-1195302 (10/2025) Vietnamese