

# Biểu mẫu Yêu cầu Quyền lợi về Khí hậu của Chương trình Y tế Oregon (Oregon Health Plan, OHP)

## Một phần của Quyền lợi Nhu cầu Xã hội Liên quan đến Sức khỏe

### Mục đích

Đây là mẫu yêu cầu dành cho các hội viên của OHP có thể đủ điều kiện nhận quyền lợi về khí hậu. Quyền lợi này có thể cung cấp cho quý vị các thiết bị giúp quý vị luôn an toàn trong thời tiết nóng, lạnh và mất điện. Quyền lợi về khí hậu bao gồm:

- Các thiết bị giúp duy trì nhiệt độ thích hợp và không khí trong lành (bao gồm máy điều hòa không khí, máy sưởi, thiết bị lọc không khí và tủ lạnh bảo quản thuốc mini)
- Thiết bị như nguồn điện di động để vận hành thiết bị y tế trong trường hợp mất điện do biến đổi khí hậu

Các câu hỏi ở những trang tiếp theo sẽ giúp quý vị biết mình có đủ điều kiện hay không và loại thiết bị hỗ trợ về khí hậu nào quý vị có thể nhận được.

### Nếu quý vị là Hội viên của Tổ chức Chăm sóc Phổi hợp (CCO):

Quý vị có thể yêu cầu quyền lợi về khí hậu này trực tiếp từ CCO của quý vị. Kiểm tra [Mẫu Yêu cầu của CCO](#) của quý vị hoặc [kết nối với CCO của quý vị](#). Điều này có thể giúp đẩy nhanh quá trình. CCO sẽ liên hệ với quý vị nếu cần thêm thông tin và sau đó CCO sẽ chấp thuận hoặc từ chối dịch vụ.

### Nếu quý vị có Thẻ Open Card:

Gửi mẫu đã hoàn thành đến Acentra Health qua email [ORHRSN@Acentra.com](mailto: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 mình có phải là hội viên CCO hay có thẻ Open Card hay không:

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

### **Quý vị có thắc mắc?**

- Hội viên CCO: Hỏi CCO của quý vị cách yêu cầu dịch vụ hỗ trợ về khí hậu.
- Quý vị có thể gọi cho bộ phận Dịch vụ Khách hàng của OHP theo số 1-800-273-0557.
- Nếu quý vị tham gia chương trình Open Card (Acentra Health), vui lòng gọi số 888-834-4304.

Mẫu này có sẵn trên [trang web HRSN](#) bằng nhiều ngôn ngữ khác nhau. Quý vị có thể nhận tài liệu này miễn phí bằng các ngôn ngữ khác, dưới dạng bản in chữ lớn, chữ nổi hay theo định dạng quý vị mong muốn. Liên hệ với Chelsea Egbert theo địa chỉ [chelsea.egbert@oha.oregon.gov](mailto:chelsea.egbert@oha.oregon.gov) hoặc 503-580-0295 (giọng nói và văn bản). Chúng tôi chấp nhận tất cả các cuộc gọi chuyển tiếp.

**Phần tiếp theo là bắt buộc để yêu cầu quyền lợi về khí hậu OHP. Quý vị cũng sẽ cần phải đăng nhập [trang 4](#). Các thông tin còn lại là không bắt buộc.**

## Mục 1: Về quý vị

### Thông tin bắt buộc\*

Vui lòng cung cấp tất cả thông tin trong phần này.

Phần này là bắt buộc để yêu cầu quyền lợi về khí hậu OHP. Quý vị cũng sẽ cần phải đăng nhập [trang 4](#). Các thông tin còn lại là không bắt buộc.

**Tên**

(như được ghi trên thẻ ID của Chương trình Y tế Oregon)\*:

**Ngày sinh**

(tháng/ngày/năm)\*:

**Số ID của Chương trình Y tế Oregon**

(nếu biết)\*:

**Cách phù hợp nhất để liên lạc với tôi là:**

Gọi điện

Tin nhắn văn bản

E-mail

Thư

Trực tiếp

**Thời điểm phù hợp nhất để liên lạc với tôi là:**

Buổi sáng

Buổi chiều

Buổi tối

**Số điện thoại\*:** \_\_\_\_\_

**Địa chỉ email\*:** \_\_\_\_\_

**Địa chỉ gửi thư\*:** \_\_\_\_\_

**Thành phố\*:** \_\_\_\_\_

**Tiểu bang\*:** \_\_\_\_\_

**Zip\*:** \_\_\_\_\_

**Tôi muốn/cần (đánh dấu tất cả những mục phù hợp):**

Điều hòa không khí

Máy sưởi

Thiết bị lọc không khí

Tủ lạnh mini để bảo quản thuốc

Bộ nguồn điện xách tay cho thiết bị y tế nếu mất điện.

Tôi có thể sử dụng thiết bị một cách an toàn tại nơi tôi sống.

Có

Không

Tôi có thể cắm điện thiết bị một cách an toàn và hợp pháp.

Có

Không

## Mục 2: Tuyên bố Sự thật

### Khi ký tên vào mẫu đơn này, tôi hiểu và đồng ý rằng:

- Tôi muốn Acentra Health hoặc CCO của tôi tìm hiểu xem tôi có đủ điều kiện nhận các dịch vụ tôi đã đánh dấu ở trên hay không.
- Acentra Health hoặc CCO có thể liên lạc với tôi để lấy thêm thông tin về yêu cầu này.
- Theo tất cả những gì tôi biết, toàn bộ thông tin tôi kê khai trong yêu cầu này là đúng sự thật, chính xác và đầy đủ.
- Nếu kê khai thông tin không đúng sự thật, tôi có thể phải chịu phạt theo luật pháp tiểu bang hoặc liên bang. Trong đó có thể bao gồm hình phạt phải trả lại số tiền đã chi tiêu cho bất kỳ dịch vụ nào tôi nhận được vì yêu cầu này.

Người đại diện có thể ký mẫu đơn này cho Hội viên OHP, bao gồm cả những Hội viên dưới 18 tuổi. Để trống dòng tên người đại diện và chữ ký bên dưới nếu quý vị tự điền mẫu này.

Tên hội viên: \_\_\_\_\_

Chữ ký của hội viên: \_\_\_\_\_

Tên người đại diện: \_\_\_\_\_

Chữ ký của người đại diện: \_\_\_\_\_

Ngày: \_\_\_\_\_

## Mục 3: Thêm thông tin về quý vị

### Thông tin không bắt buộc

Quý vị không cần phải điền thông tin bên dưới ngay bây giờ.

#### **Nếu quý vị trả lời:**

Điều này sẽ giúp quý vị và CCO hoặc Acentra Health biết liệu quý vị có đủ điều kiện nhận các dịch vụ này hay không.

#### **Nếu quý vị không trả lời:**

CCO của quý vị hoặc Acentra Health sẽ liên lạc với quý vị để hỏi những câu hỏi này sau.

Tên ưa thích: \_\_\_\_\_ Danh xưng: \_\_\_\_\_

Ngôn ngữ nói ưa thích: \_\_\_\_\_

Ngôn ngữ viết ưa thích: \_\_\_\_\_

Nếu biết, hãy nhập tên của (CCO) hoặc nhập "open card" nếu quý vị có thẻ mở:

\_\_\_\_\_

## Mục 4: Tìm hiểu xem quý vị có đủ điều kiện không

Những câu hỏi sau đây giúp xác định xem quý vị có đủ điều kiện nhận quyền lợi về Khí hậu được mô tả ở trên hay không.

### **Những trường hợp dưới đây có thể đủ điều kiện để quý vị được hưởng trợ cấp về Khí hậu (hãy chọn tất cả những trường hợp áp dụng cho quý vị):**

Ra khỏi nơi giam giữ (nhà tù, trại tạm giam, v.v.).

Mới rời khỏi cơ sở phục hồi sức khỏe tâm thần hoặc cai nghiện ma túy.

Trong hệ thống phúc lợi trẻ em Oregon (chăm sóc nuôi dưỡng) hiện tại hoặc trong quá khứ.

Chuyển từ phúc lợi chỉ có Medicaid sang đủ điều kiện hưởng Medicaid cộng với Medicare.

Tôi có thể bị mất nhà ở của mình.

Tôi đang trải qua tình trạng vô gia cư.

### **Tình trạng sức khỏe và tiền sử bệnh tật (hãy chọn tất cả những mục phù hợp):**

Tôi có tình trạng sức khỏe thể chất phức tạp.

Tôi có một tình trạng sức khỏe hành vi phức tạp.

Tôi bị khuyết tật về 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 trải qua sự lạm dụng hoặc bỏ bê.

Tôi đã từng thường xuyên sử dụng phòng cấp cứu hoặc dịch vụ phòng ngừa khủng hoảng.

Tôi hiện đang mang thai hoặc đã sinh con trong vòng 12 tháng qua.

Tôi 65 tuổi trở lên.

Người mà tôi đang điền mẫu này cho là dưới 6 tuổi.

Tôi không chắc.

Không trường hợp nào ở trên.

## Mục 5: Thông tin về tổ chức

Nếu tổ chức nộp mẫu đơn này cho hội viên, hãy hoàn thiện thông tin bên dưới.

Tên tổ chức: \_\_\_\_\_

Tên và vai trò của người nộp mẫu đơn:

\_\_\_\_\_

Số điện thoại: \_\_\_\_\_ Địa chỉ email: \_\_\_\_\_

Quý vị có thể nhận tài liệu này miễn phí bằng các ngôn ngữ khác, dưới dạng bản in khổ lớn, chữ nổi hay theo định dạng quý vị mong muốn. Liên hệ với Chelsea Egbert theo địa chỉ [chelsea.egbert@oha.oregon.gov](mailto:chelsea.egbert@oha.oregon.gov) hoặc 503-580-0295 (giọng nói và văn bản). Chúng tôi chấp nhận tất cả các cuộc gọi chuyển tiếp.

### Medicaid Division

1115 Waiver Strategic Operations  
800 NE Oregon Street  
Portland, OR 97232

Website: <https://www.oregon.gov/oha/HSD/OHP/Pages/Climate-Supports.aspx>



OREGON  
HEALTH  
AUTHORITY



200-505451 (10/2024) Vietnamese