

## Mẫu Đơn Yêu Cầu Do Nhu Cầu Xã Hội Liên Quan Đến Sức Khỏe (Health-Related Social Needs, HRSN) cho: Yêu Cầu Thiết Bị Liên Quan Đến Thời Tiết

### Mục đích

Chương trình Bảo hiểm Oregon (Oregon Health Plan, OHP) có thể chi trả cho các thiết bị bảo vệ quý vị an toàn khi thời tiết khắc nghiệt và xảy ra các sự cố về chất lượng không khí, ví dụ như:

- Cực nóng,
- Cực lạnh,
- Khói do cháy rừng hoặc
- Mất điện do thời tiết.

Sử dụng mẫu đơn này để yêu cầu:

- Điều hòa không khí,
- Máy sưởi xách tay,
- Thiết bị lọc không khí,
- Tủ lạnh mini để cất thuốc, và
- Bộ nguồn điện xách tay cho thiết bị y tế nếu mất điện.

OHP chi trả cho một thiết bị mỗi loại cho mỗi hộ gia đình. Nếu quý vị cần nhiều thiết bị thuộc một loại, OHP có thể chi trả tùy theo tình huống của quý vị. Nếu nhiều thành viên trong hộ gia đình cần một thiết bị, quý vị có thể điền một mẫu đơn cho mỗi người.

OHP chi trả cho thiết bị dành cho các hội viên:

- Sẽ gặp khó khăn hoặc nguy hiểm về sức khỏe khi thời tiết khắc nghiệt và chất lượng không khí kém, và
- Từng gặp bất kỳ trường hợp nào sau đây:
  - » Có nguy cơ bị mất chỗ ở hoặc đang vô gia cư và không có chỗ ở.
  - » Sẽ sớm có Medicare, ngoài OHP,
  - » Trong 12 tháng qua đã được chăm sóc tại:
    - Bệnh viện Tiểu bang Oregon
    - Chương trình điều trị nội trú cho người sử dụng dược chất hoặc
    - Chương trình kiểm soát cai nghiện
  - » Trong 12 tháng qua đã được phóng thích từ:
    - Trại giam,
    - Trung tâm giam giữ hoặc
    - Cơ quan Thanh thiếu niên Oregon,
    - Nhà tù hoặc
  - » Từng nhận dịch vụ phúc lợi trẻ em tại Oregon.

## Ai có thể điền mẫu đơn này?

- Quý vị,
- Cha mẹ, người chăm sóc hoặc thành viên gia đình,
- Người giám hộ, người hỗ trợ hoặc người bạn đáng tin cậy,
- Nhân viên từ tổ chức trợ giúp quý vị.

## Nơi gửi mẫu đơn đã điền:

- **Hội viên của tổ chức chăm sóc phối hợp (coordinated care organization, CCO):** Gửi lại mẫu đơn này tới [CCO của quý vị](#).
- **Nếu quý vị tham gia chương trình Thẻ Mở (Acentra Health):** Gửi mẫu đơn tới địa chỉ [ORHRSN@kepro.com](mailto:ORHRSN@kepro.com) hoặc gửi qua fax tới số 1-833-551-2607.

## Quý vị có thắc mắc?

- **Hội viên CCO:** Hỏi CCO của quý vị để biết cách nộp mẫu đơn này.
- **Nếu quý vị không biết CCO của mình,** hãy gọi cho đơn vị Dịch vụ Khách hàng của OHP theo số 1-800-273-0557.
- **Nếu quý vị tham gia chương trình Thẻ Mở (Acentra Health),** vui lòng gọi số 888-834-4304.

## Thông tin Y tế Acentra

- Địa chỉ thư điện tử nếu có HRSN là: [ORHRSN@kepro.com](mailto:ORHRSN@kepro.com)
- Số điện thoại nếu có HRSN là: 888-834-4304
- Số fax điện tử nếu có HRSN là: 833-551-2607

## Mục 1: Thông tin bắt buộc

Vui lòng điền toàn bộ thông tin trong mục này.

### Thông tin về hội viên

Số ID của Chương trình Bảo hiểm Y tế Oregon (nếu biết):

Ngày sinh (MM/DD/YYYY):

Tên (như được ghi trên thẻ ID Y tế Oregon):

Tên ưa thích:

Cách xưng hô ưa thích:

Ngôn ngữ nói ưa thích:

Ngôn ngữ viết ưa thích:

Nếu quý vị biết, hãy cho biết tên tổ chức chăm sóc phối hợp (CCO) của quý vị hoặc cho biết nếu quý vị có

Thẻ Mở của Acentra Health:

Cách phù hợp nhất để liên lạc với tôi là:  Qua điện thoại  Qua tin nhắn  Qua thư điện tử  Qua thư  Gặp trực tiếp

Thời điểm phù hợp nhất để liên lạc với tôi là:  Buổi sáng  Buổi chiều  Buổi tối

Có thể để lại tin nhắn chi tiết về yêu cầu của tôi:  Có  Không

Số điện thoại (nếu quý vị có):

Địa chỉ thư điện tử (nếu quý vị có):

Địa chỉ gửi thư (nếu quý vị có):

### Thông tin về yêu cầu

Tôi yêu cầu (đánh dấu tất cả các tùy chọn phù hợp):  Máy điều hòa không khí  Máy sưởi xách tay  Thiết bị lọc không khí

Tủ lạnh mini để cất 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. Tôi có thể cắm điện thiết bị một cách an toàn và hợp pháp.

Có  Không

Một tổ chức hoặc chương trình khác đã cung cấp một hoặc nhiều thiết bị cho tôi.  Có  Không

## 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 tiêu chuẩn để nhận thiết bị giúp tôi khi thời tiết khắc nghiệt hay chất lượng không khí kém hay không.
- Acentra Health hoặc CCO có thể liên lạc với tôi để lấy thêm thông tin về yêu cầu này.
- Tôi ký mẫu đơn này và chấp nhận hình phạt nếu khai man. 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.

## Chữ ký

Người đại diện có thể ký mẫu đơn này cho hội viên OHP, bao gồm cả những hội viên dưới 18 tuổi.

Để trống tên và chữ ký của người đại diện nếu quý vị tự điền mẫu đơn này.

Tên hội viên: \_\_\_\_\_

Chữ ký của hội viên: \_\_\_\_\_

Tên người đại diện: \_\_\_\_\_

Chữ ký của người đại diện: \_\_\_\_\_

Ngày: \_\_\_\_\_

## Mục 2: Thông tin không bắt buộc

Quý vị không phải trả lời các câu hỏi này ngay bây giờ.

- **Nếu quý vị trả lời:** Các câu trả lời của quý vị sẽ giúp quý vị và CCO của quý vị hoặc Acentra Health biết liệu quý vị có đủ tiêu chuẩn nhận thiết bị 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.

### Tình huống

(Đánh dấu có nếu có ít nhất một trong những tình huống này phù hợp với quý vị, đánh dấu không nếu không có tình huống nào phù hợp với quý vị.)

Có  Không

- Tôi sẽ đủ điều kiện tham gia Medicare trong 3 tháng tới.
- Tôi đã ghi danh tham gia Medicare lần đầu cách đây không quá 9 tháng.
- Tôi có thể sớm trở thành người vô gia cư hoặc bị mất nhà ở.
- Tôi chi tiêu ít nhất 50 phần trăm thu nhập của mình để trả tiền thuê nhà.
- Tôi sống trong nhà xe di động (RV) hoặc nhà xe kéo.
- Tôi là người vô gia cư.
- Tôi không có chỗ ngủ cố định.
- Tôi đang ở nhà người khác.
- Tôi đã được chăm sóc tại Bệnh viện Tiểu bang Oregon trong 12 tháng qua.

- Tôi đã được chăm sóc tại một cơ sở điều trị nội trú cho người sử dụng dược chất quy mô lớn trong 12 tháng qua.
- Tôi đã được chăm sóc theo một chương trình kiểm soát cai nghiện quy mô lớn trong 12 tháng qua.
- Tôi đã được phóng thích khỏi trại giam, trung tâm giam giữ, cơ sở của Cơ quan Thanh thiếu niên Oregon hoặc nhà tù trong 12 tháng qua.
- Đã có thời điểm tôi nhận dịch vụ phúc lợi trẻ em tại Oregon.
- Tôi được nhận nuôi dưỡng hoặc được chăm sóc thay thế.
- Tôi đã nhận dịch vụ nhận con nuôi, trợ giúp giám hộ hoặc duy trì gia đình.
- Tôi đã đến tòa để giải quyết vấn đề phúc lợi cho trẻ em.

### Tình trạng sức khỏe và bệnh sử

(Đánh dấu có nếu có ít nhất một trong những tình huống này phù hợp với quý vị, đánh dấu không nếu không có tình huống nào phù hợp với quý vị.)

Có  Không

- Tôi đang điền mẫu đơn này cho trẻ dưới sáu (6) tuổi.
- Tôi từ 65 tuổi trở lên.
- Tôi đang mang thai.
- Tôi có khuyết tật về cảm giác, trí tuệ hoặc phát triển.
- Tôi dùng (các) thuốc cần được cất trong tủ lạnh.
- Tôi sử dụng thiết bị y tế cần điện để hoạt động.
- Tôi sử dụng công nghệ hỗ trợ cần điện để hoạt động.
- Tôi mắc bệnh tiểu đường và cần dùng thuốc hoặc insulin để điều trị.
- Tôi mắc bệnh tim mạch, ví dụ như suy tim hoặc đau tim.
- Tôi từng bị đột quỵ.
- Tôi mắc bệnh trạng mạch máu khiến tôi có nguy cơ có cục máu đông.
- Tôi có bệnh phổi mạn tính, ví dụ như bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD), viêm phế quản mạn tính, giãn phế quản, xơ phổi hoặc bệnh phổi hạn chế khác.
- Tôi mắc bệnh hen suyễn và phải dùng thuốc thường xuyên để kiểm soát bệnh.
- Tôi sử dụng oxy tại nhà.
- Tôi mắc bệnh thận mạn tính.
- Tôi mắc bệnh đa xơ cứng.
- Tôi mắc bệnh Parkinson.
- Tôi từng bị tổn thương tủy sống.
- Tôi nhận dịch vụ chăm sóc cuối đời tại nhà.
- Tôi từng mắc bệnh liên quan đến nóng hoặc lạnh và cần được chăm sóc khẩn cấp để điều trị.
- Tôi mắc bệnh tâm thần phân liệt.
- Tôi mắc chứng rối loạn lưỡng cực.
- Tôi mắc chứng rối loạn trầm cảm nặng và cần dịch vụ can thiệp khủng hoảng, nhập viện hoặc điều trị nội trú vì chứng đó trong 12 tháng qua.
- Tôi mắc chứng rối loạn do sử dụng đồ uống có cồn hoặc dược chất.
- Tôi mắc bệnh Alzheimer hoặc chứng mất trí khác khiến tôi khó ghi nhớ và hiểu.
- Tôi được nuôi ăn bằng ống (trong ruột).
- Tôi nhận dinh dưỡng qua đường truyền tĩnh mạch (IV) (ngoài ruột).
- Tôi có tình trạng sức khỏe khác có thể đủ tiêu chuẩn.

### Quý vị có cần dịch vụ hay hỗ trợ khác không?

(Đánh dấu tất cả các câu trả lời phù hợp).

- Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính
- Chăm sóc nha khoa
- Chăm sóc nhãn khoa, ví dụ như kính hoặc khám mắt
- Chăm sóc thính giác, ví dụ như máy trợ thính hoặc khám tai
- Chăm sóc y tế chuyên khoa
- Chăm sóc sức khỏe tâm thần
- Chăm sóc chứng rối loạn do sử dụng dược chất
- Dịch vụ hỗ trợ đồng đẳng
- Dịch vụ Nhân viên Y tế Thông thường
- Chương trình Hỗ trợ Dinh dưỡng Bổ sung (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP)
- Hỗ trợ Tạm thời cho các Gia đình Khó khăn (Temporary Assistance for Needy Families, TANF)
- Chương trình Dinh dưỡng Bổ sung Đặc biệt cho Phụ nữ, Trẻ sơ sinh và Trẻ em (Women, Infants and Children, WIC)
- Dịch vụ giáo dục
- Dịch vụ pháp lý
- Dịch vụ xã hội
- Các dịch vụ khác

## Mục 3: 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 thư điện tử:

---

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