

# Biểu mẫu Yêu cầu Quyền lợi Nhà ở của Chương trình Y tế Oregon (Oregon Health Plan, OHP)

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

### Mục đích

Đây là mẫu yêu cầu dành cho các thành viên của Chương trình Y tế Oregon (OHP) có thể đủ điều kiện nhận quyền lợi nhà ở. Quyền lợi này có thể giúp quý vị có được chỗ ở. Quyền lợi nhà ở bao gồm:

- Trợ giúp thanh toán tiền thuê nhà
- Hỗ trợ người thuê nhà (trợ giúp tìm kiếm nguồn lực và dịch vụ cho người thuê nhà)
- Thay đổi nhà ở vì sức khỏe và an toàn

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

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

Quý vị có thể yêu cầu quyền lợi nhà ở 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 mở:

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 thành viên CCO hay có thẻ mở 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 nhà ở.
- 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 Thẻ Mở (Acentra Health), vui lòng gọi số 888-834-4304.

Mẫu này có sẵn trên [trang web HRSN](#) bằng nhiều ngôn ngữ. 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 nhà ở 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 nhà ở 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

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):**

Hỗ trợ thanh toán tiền thuê nhà trong tối đa sáu tháng (bao gồm cả thanh toán trễ và tiện ích)

Thay đổi nhà ở vì lý do sức khỏe và an toàn. Bao gồm (chọn tất cả những mục phù hợp):

Thêm thanh vịn, ram xe lăn hoặc tay kéo ngăn kéo

Vệ sinh kỹ

Loại bỏ côn trùng gây hại

Lắp đặt rèm cửa sổ

Hỗ trợ thuê nhà (trợ giúp tìm kiếm nguồn lực và dịch vụ giúp tôi duy trì nhà ở)

## 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.

### 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 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 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 "ôicái bút 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 nhà ở được mô tả ở trên hay không.

Những trường hợp dưới đây có thể đủ điều kiện để quý vị được hưởng quyền lợi nhà ở (hãy chọn tất cả những trường hợp áp dụng cho quý vị):

Tôi có nhà ở

Tôi có tình trạng sức khỏe đòi hỏi tôi phải sửa chữa nhà cửa (xem tình trạng sức khỏe và tiền sử bên dưới)

Tôi đang trải qua một trong những tình huống cuộc sống sau (hãy chọn tất cả những mục phù hợp):

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

Có thu nhập hộ gia đình từ 30% thu nhập trung bình hàng năm tại nơi quý vị sinh sống trở xuống **và** quý vị không có đủ nguồn lực hoặc sự hỗ trợ để tránh tình trạng vô gia cư. Quý vị có thể tìm thấy [bảng liệt kê thu nhập đủ điều kiện](#) trực tuyến.

### **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 thường xuyên sử dụng phòng cấp cứu hoặc dịch vụ 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

## **Để đủ điều kiện nhận Quyền lợi Trợ giúp Trả tiền Thuê nhà hoặc Quyền lợi Hỗ trợ Thuê nhà, đây là các yêu cầu (hãy chọn tất cả các mục phù hợp)**

Tôi có nhà ở

Tôi được hỗ trợ ở lại nhà ở hiện tại của tôi

Tôi có hợp đồng thuê hoặc thỏa thuận bằng văn bản với người tôi thuê nhà (chủ nhà)

Tôi có thu nhập hộ gia đình thấp hơn 30% hoặc thấp hơn thu nhập trung bình hàng năm ở nơi tôi sống—quý vị có thể tìm thấy một [bảng liệt kê thu nhập đủ điều kiện](#) trực tuyến

Tôi thiếu nguồn lực hoặc sự hỗ trợ để ngăn chặn tình trạng vô gia cư

Tôi có tình trạng sức khỏe được liệt kê ở trên

Tôi không chắc

Không trường hợp nào ở trên

Xin lưu ý rằng đơn đăng ký của quý vị có thể mất tới hai tuần để xem xét và nếu được chấp thuận, quý vị sẽ phải mất nhiều thời gian hơn để nhận được dịch vụ.

## **Tình hình hiện tại của quý vị thế nào?**

Chủ nhà đã gửi cho tôi thông báo trục xuất và tôi cần hỗ trợ trong vòng chưa đầy hai tuần

Tôi không có thông báo trục xuất, nhưng hóa đơn của tôi sẽ phải thanh toán trong vòng chưa đầy hai tuần nữa

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

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



OREGON  
HEALTH  
AUTHORITY



200-736602 (10/2024) Vietnamese