

Mẫu đơn yêu cầu quyền lợi dinh dưỡng của Chương trình Bảo hiểm 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 đơn yêu cầu dành cho các thành viên của Chương trình Bảo hiểm Y tế Oregon (OHP) có thể đủ điều kiện nhận quyền lợi dinh dưỡng. Quyền lợi này có thể giúp quý vị ăn uống để giữ sức khỏe và kiểm soát các tình trạng sức khỏe liên quan đến dinh dưỡng.

Quyền lợi dinh dưỡng bao gồm:

- Dịch vụ bữa ăn theo yêu cầu y tế
 - Nếu được bác sĩ chăm sóc chính (PCP) của quý vị khuyến nghị
- **và**
- Trong kế hoạch chăm sóc dinh dưỡng của quý vị được thực hiện với một chuyên gia dinh dưỡng
- Giáo dục dinh dưỡng cho những người hiện không làm việc với chuyên gia dinh dưỡng đã đăng ký

Các câu hỏi ở những trang tiếp theo sẽ giúp quý vị biết liệu quý vị có đủ điều kiện nhận các quyền lợi dinh dưỡng hiện hành hay không.

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

Quý vị có thể yêu cầu quyền lợi dinh dưỡng này trực tiếp từ CCO của quý vị. Kiểm tra [Mẫu đơn yêu cầu của CCO](#) của quý vị hoặc [kết nối với CCO của quý vị](#). Việc này có thể giúp đẩy nhanh quá trình đó. CCO sẽ liên hệ với quý vị để sàng lọc và sau đó CCO sẽ chấp thuận hoặc từ chối dịch vụ.

Nếu quý vị có thẻ Open Card:

Gửi mẫu đơn đã hoàn thành 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 quý vị 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 quý vị, 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 dinh dưỡng.
- **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 đơn 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 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 3](#). 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.

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)*:

Tôi muốn/cần (đánh dấu một mục):

Giáo dục dinh dưỡng giúp hiểu rõ hơn về cách thức thực phẩm và dinh dưỡng tác động đến sức khỏe của tôi

hay

Dịch vụ bữa ăn theo yêu cầu y tế

Tôi hiểu rằng để nhận được dịch vụ này, tôi phải được đánh giá và lập kế hoạch chăm sóc dinh dưỡng từ một chuyên gia dinh dưỡng đã đăng ký. Thông thường, bác sĩ chăm sóc chính (PCP) sẽ làm việc với quý vị để xem liệu quý vị có tình trạng bệnh lý nào mà chuyên gia dinh dưỡng có thể giúp ích hay 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.

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 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 "ôicái bút card" nếu quý vị có thẻ mở:

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

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): _____

Thành phố: _____ **Tiểu bang:** _____ **Zip:** _____

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 dinh dưỡng được mô tả ở trên hay không.

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

Tôi là thành viên OHP

Tôi có nhu cầu thực phẩm chưa được đáp ứng

Tôi thuộc một trong những nhóm dân số được bảo hiểm sau đây (hãy chọn tất cả những mục áp dụng):

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

Rời khỏi cơ sở phục hồi sức khỏe tâm thần hoặc rối loạn sử dụng chất gây nghiện

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

Đang trải qua tình trạng vô gia cư

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.

Tôi là người trưởng thành trẻ tuổi, từ 19-20 tuổi, đang sống với một tình trạng sức khỏe kéo dài từ thời thơ ấu

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

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.

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 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



200-822592 (10/2024) Vietnamese

200-822592 (12/2024) Vietnamese 6 / 6