



نموذج طلب الخدمات المرنة

تاريخ آخر تحديث: مايو 2026

إذا كنت بحاجة إلى مكيف هواء، أو جهاز تنقية هواء، أو مدفأة، أو ثلاجة لحفظ الأدوية، أو مولد كهربائي، فيرجى الاطلاع على [نموذج طلب أجهزة التحكم في المناخ الخاص بنا](#)

أنا مشترك في OHP/Medicaid مع:



*بما في ذلك CareOregon، وKaiser، وOHSU، وProvidence

معلومات العضو

التاريخ (يوم/شهر/سنة): _____

الاسم القانوني للعضو: _____

الاسم (الأسماء) الآخر (الأخرى) المستخدم(ة): _____

رقم هوية Medicaid (إذا كان معروفاً): _____

تاريخ الميلاد (يوم/شهر/سنة): _____

اسم مُقَدِّم خدمات الرعاية الأولية: _____

احتياجات تيسير الوصول: لغة الإشارة طريقة برايل خط كبير مترجم فوري

(يُرجى ذكر اللغة)

إذا كنت تقوم بتعبئة بيانات هذا النموذج نيابةً عن أحد الأعضاء، فيرجى إدخال معلوماتك أدناه:

الاسم: _____

الصلة بالعضو: _____ رقم الهاتف: _____

أوافق على التواصل معي (أو مع الشخص الذي يقوم بتعبئة بيانات هذا النموذج) بشأن هذا الطلب: نعم لا

إذا كنت مُقَدِّم رعاية أو مدير حالة تساعد في هذا الطلب وترغب في تلقي التحديثات، فيرجى إدخال:

الاسم ومعلومات الاتصال: _____

التواصل

سنتواصل معك لمناقشة طلبك. كيف تود أن نتواصل معك بشأن هذا الطلب؟

اتصال هاتفي (يرجى كتابة رقم هاتفك): _____

رسالة نصية: _____

بريد إلكتروني: _____

غير ذلك: _____

يُرجى التواصل مع ممثلي لمناقشة هذا الطلب:

○ الاسم: _____

○ رقم الهاتف: _____

○ العنوان البريدي: _____

هل تسمح لنا بالتواصل مع الأشخاص أو الجهات/المؤسسات التالية للمساعدة في تنسيق الخدمات المطلوبة؟ نعم لا

- الموردون الذين قد يقومون بأعمال في منزلك
- فندق أو منشأة إقامة
- المالك أو إدارة العقار
- مورّد (مورّدو) تركيب أجهزة التحكم في المناخ

معلومات الطلب

1. ما التاريخ النهائي الذي تحتاج فيه إلى تسليم هذا العنصر أو دفع تكلفته؟: _____

(يوم/شهر/سنة)

2. لماذا تحتاج إلى هذا العنصر أو هذه الخدمة؟

3. ما الأعراض الطبية أو التشخيصات الطبية التي سيساعدك هذا العنصر في التعامل معها؟ ولماذا؟

4. ما الموارد الأخرى التي حاولت الاستفادة منها من أجل دفع تكلفة هذه الخدمة أو شراء هذا الجهاز؟

5. يرجى وصف العنصر أو الخدمة التي تحتاج إليها. إذا كان طلبك يتعلق بعنصر، فيرجى إضافة أي تفاصيل تتعلق بالعلامة التجارية، أو النوع، أو الحجم، أو اللون، أو أي تفاصيل مهمة أخرى. وإذا كان الطلب يتعلق بالإيجار أو فواتير المرافق العامة، فيرجى ذكر الأشهر المطلوب سدادها و/أو أي رسوم تأخير، أو المرافق المشمولة في عقد الإيجار.

6. ما التكلفة الإجمالية للعنصر أو الخدمة، بما في ذلك أي رسوم إضافية مثل الشحن؟
تُرَجى ملاحظة ما يلي: يمكن لكل عضو الحصول على ما يصل إلى 1500 دولار أمريكي في كل سنة تقويمية من خلال برنامج الخدمات المرنة.

7. ما عنوان التسليم الذي يجب إرسال العنصر أو الدفعة المالية إليه؟ تُرجى ملاحظة ما يلي: يجب إرسال العناصر التي يزيد حجمها عن حجم المغلف البريدي العادي إلى عنوان فعلي آمن، وليس إلى صندوق بريد.

8. إلى من سترسل الدفعة المالية؟ أو من أين سنشتري هذا العنصر؟ يُرجى إدراج الروابط الإلكترونية إن كان ذلك مناسبًا ومتاحًا.

9. نظرًا إلى أن برنامج الخدمات المرنة يوفر دعمًا ماليًا مؤقتًا، فما الخطوات التي تتخذها لتتمكن من دفع تكلفة هذا العنصر أو هذه الخدمة في المستقبل؟

10. هل سبق أن حصلت على هذا العنصر أو هذه الخدمة من خلالنا؟ نعم لا

11. هل سبق أن حصلت على هذا العنصر منا خلال الأشهر الستة الماضية؟ نعم لا

11. إذا كانت إجابتك "نعم" عن السؤالين السابقين، فلماذا تطلب الحصول على هذا العنصر أو هذه الخدمة مرة أخرى؟

12. إذا كانت قيمة طلبك تتجاوز 1500 دولار أمريكي، فيرجى ذكر أسماء جميع أفراد أسرتك وما إذا كانوا مشمولين بتغطية خطة OHP:

تغطية خطة OHP	الاسم	تغطية خطة OHP	الاسم
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	

إقرار العضو وتفويضه

بالتوقيع على هذا النموذج، فإنني أقر بأنني أفهم وأوافق على ما يلي:

أوافق على تلقي الخدمات المطلوبة أعلاه، في حالة اعتمادها.

يمكن أن تتواصل معي خطتي الصحية للحصول على مزيد من المعلومات بشأن هذا الطلب.

أوقع على هذا الإقرار تحت طائلة عقوبة شهادة الزور. هذا يعني أنه على حد علمي، جميع المعلومات التي قدمتها في هذا الطلب حقيقية، وصحيحة، وكاملة.

إذا قدمت معلومات خاطئة أو غير حقيقية، فقد أخضع لعقوبات بموجب قانون الولاية أو القانون الفيدرالي. قد يتضمن هذا ضرورة سداد الأموال المنفقة على أي خدمات أتلقتها بسبب هذا الطلب.

تُرجى كتابة اسمك بخط واضح والتوقيع على هذا الطلب.
يمكن أن يوقع الممثل القانوني على هذا النموذج نيابةً عن العضو، بما في ذلك ما إذا كان العضو قاصرًا.

اسم العضو: _____

توقيع العضو: _____

اسم الممثل: _____

توقيع الممثل: _____

التاريخ: _____

إرسال النموذج عبر الفاكس: 503-416-1376 أو عبر البريد الإلكتروني: hrsncx@careoregon.org

إذا كانت لديك أي أسئلة حول برنامج الخدمات المرنة، أو كنت بحاجة إلى مساعدة في تعبئة بيانات هذا النموذج، أو كنت ترغب في تقديم شكوى، فيرجى الاتصال بخدمة العملاء على الرقم 971-236-2998، أو الهاتف النصي 711.

يمكنك الحصول على هذه الوثيقة بلغات أخرى، أو بخط كبير، أو بطريقة برايل، أو بأي تنسيق تفضله. لديك أيضًا الحق في الحصول على مترجم فوري. ويمكنك الحصول على مساعدة من مترجم فوري معتمد أو مؤهل في مجال خدمات الرعاية الصحية. وتُقدّم هذه المساعدة مجانًا. اتصل على الرقم المجاني لـ Coordinated Care Organization (CCO)، مؤسسة الرعاية المُنسّقة المعنية بك، أو عبر الهاتف النصي (TTY) على الرقم 711، أو أخبر مقدم الرعاية الصحية الخاص بك. نقبل المكالمات الواردة عبر خدمة الترحيل.

لخدمات CareOregon Health Share: 800-224-4840

لخدمات Columbia Pacific CCO: 855-722-8206

لخدمات Jackson Care Connect: 855-722-8208