



CareOregon®

فورم درخواست خدمات انعطاف پذیر

آخرین آپدیت: می 2026

اگر شما به یک تهویه کننده هوا، تصفیه کننده هوا، بخاری، یخچال دوا یا جنراتور نیاز دارید لطفاً فورم درخواست دستگاه اقلیمی ما را مشاهده کنید

من OHP/Medicaid دارم با:



*بشمول CareOregon, Kaiser, OHSU
Providence

معلومات عضو

تاریخ (ماه/روز/سال): _____

نام قانونی عضو: _____

نام(های) دیگر استفاده شده: _____

شماره آی دی Medicaid (اگر معلوم باشد): _____

تاریخ تولد (ماه/روز/سال): _____

نام داکتر مراقبت های اولیه: _____

نیازهای دسترسی: زبان اشاره خط بریال فونت بزرگ ترجمان شفاهی _____
(لطفاً زبان را ذکر کنید)

اگر شما این فورم را برای یک عضو تکمیل می کنید، لطفاً جزئیات خود را در زیر بنویسید:

نام: _____

قرابت با عضو: _____ شماره تلفون: _____

مشکل ندارد که در مورد این درخواست با من (یا شخصی که این فورم را تکمیل میکند) تماس بگیرید: بلی نخیر

اگر شما یک داکتر یا مدیر قضیه هستید که در این درخواست کمک می کنید و می خواهید آپدیت ها را دریافت کنید، لطفاً موارد ذیل را شامل کنید:

نام و معلومات تماس: _____

تماس

ما برای بحث در مورد درخواست شما با شما تماس خواهیم گرفت. می خواهید که ما در مورد این درخواست با شما چگونه تماس بگیریم؟

تماس تلفنی (لطفاً شماره تلفن خود را ذکر کنید): _____

پیام کتبی: _____

ایمیل: _____

دیگر: _____

برای بحث در مورد این درخواست با نماینده من تماس بگیرید:

○ نام: _____

○ تلفن: _____

○ آدرس پستی: _____

آیا ما اجازه داریم تا با افراد یا سازمان های ذیل تماس بگیریم تا در هماهنگی خدمات مورد نیاز کمک کنیم: بلی نخیر

▪ فروشندگانی که ممکن است در خانه شما کار کنند

▪ یک هتل یا محل اقامت

▪ مالک خانه یا مدیریت ملکیت

▪ فروشنده(های) نصب اقلیمی

درخواست معلومات

1. شما نیاز دارید که این جنس تا چه تاریخ تحویل یا پرداخت گردد؟: _____

تاریخ (ماه/روز/سال)

2. چرا شما به این جنس یا خدمات نیاز دارید؟

3. این مورد در چه علایم طبیی یا تشخیص های طبیی به شما کمک می کند، و چرا؟

4. شما تلاش کرده اید تا به کدام منابع دیگری دسترسی پیدا کنید تا برای این خدمات پرداخت کنید یا این جنس را خریداری کنید؟

5. لطفاً مورد یا خدمات مورد نیازتان را تشریح کنید. اگر درخواست شما برای یک جنس است، هر جزئیات مارک، نوع، اندازه، رنگ و هر جزئیات مهم دیگر را اضافه کنید. اگر درخواست برای کرایه یا خدمات باشد، لطفاً ماه های مورد نیاز برای پرداخت و/یا هرگونه فیس تأخیر، یا خدمات شامل در قرارداد کرایه را شامل کنید:

6. هزینه مجموعی جنس یا خدمات، بشمول هرگونه فیس اضافی مانند حمل و نقل چقدر است؟
لطفاً توجه داشته باشید: هر عضوه ممکن تا \$1,500 در هر سال تقویمی در خدمات انعطاف پذیر دریافت کند.

7. آدرس تحویل که جنس یا پرداخت باید به آن ارسال گردد کدام است؟ **لطفاً توجه داشته باشید:** موارد بزرگتر از یک پاکت باید به یک آدرس فیزیکی مصون ارسال شوند، نه به یک صندوق پستی.

8. ما به چه کسی پرداخت می کنیم؟ یا ما این جنس را از کجا خریداری می کنیم؟ لطفاً در صورت لزوم و ممکن لینک ها را شامل سازید.

9. خدمات انعطاف پذیر برای حمایت مالی مؤقت است؛ شما چه اقداماتی را انجام می دهید تا بتوانید در آینده برای این جنس یا خدمات پرداخت کنید؟

10. آیا شما این جنس یا خدمات را قبلاً از ما دریافت کرده اید؟ بلی نخیر

11. آیا شما این جنس را در 6 ماه گذشته از ما دریافت کرده اید؟ بلی نخیر
a11. اگر هر دو بلی است، چرا شما دوباره این جنس یا خدمات را می خواهید؟

12. اگر درخواست شما بیشتر از \$1,500 دالر امریکایی باشد، لطفاً نام های تمام اعضای خانواده تان را شامل سازید و اگر آنها پوشش OHP دارند:

نام	پوشش OHP	نام	پوشش OHP
	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر		<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر
	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر		<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر
	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر		<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر

تصدیق و اجازه عضو

با امضای این فورم، من موارد زیر را درک و موافقت می کنم:

اگر تایید گردد، من موافقت می کنم که خدمات درخواست شده در بالا را دریافت کنم.

برنامه صحتی من می تواند با من تماس بگیرد تا در مورد این درخواست معلومات بیشتر بدست بیاورد.

من تحت مجازات سوگند دروغ امضاء می کنم. به این معنی که، تا حدی که من میدانم، تمام معلومات که من در این درخواست داده ام درست، دقیق و کامل است.

اگر من معلومات نادرست یا غیرواقعی ارائه کنم، ممکن است تحت قانون ایالتی یا فدرال مجازات شوم. این ممکن شامل بازپرداخت پول هزینه شده در هر خدمات که من به علت این درخواست دریافت می کنم شود.

لطفاً نام خود را بشکل واضح بنویسید و این درخواست را امضاء کنید.
یک نماینده ممکن این فورم را از طرف یک عضو امضاء کند، بشمول اینکه عضو کوچک باشد.

نام عضو: _____

امضای عضو: _____

نام نماینده: _____

امضای نماینده: _____

تاریخ: _____

ارسال از طریق فکس: 503-416-1376 یا ایمیل کنید به: hrsncx@careoregon.org

اگر شما در مورد خدمات انعطاف پذیر سوال دارید، نیاز به کمک در تکمیل کردن فورم دارید، یا میخواهید شکایت کنید، لطفاً با خدمات مشتریان به شماره 971-236-2998، TTY 711 تماس بگیرید.

شما میتوانید این سند را به زبان های دیگر، چاپ بزرگ، خط بریل یا فارمت که شما ترجیح میدهید بدست بیاورید. شما همچنان حق دارید که یک ترجمان شفاهی داشته باشید. شما میتوانید از یک ترجمان شفاهی مراقبت صحی تصدیق شده یا واجد شرایط کمک بگیرید. این کمک رایگان است. با CCO رایگان TTY 711 خود تماس بگیرید، یا به داکتر خود بگویید. ما تماس های انتقالی (Relay Calls) را می پذیریم.

برای CareOregon Health Share: 800-224-4840

برای Columbia Pacific CCO: 855-722-8206

برای Jackson Care Connect: 855-722-8208