



# Форма запроса на получение услуг по программе Flexible Services

Последнее обновление: май 2026 г.

Если вам нужен кондиционер, очиститель воздуха, обогреватель, холодильник для медикаментов или генератор, ознакомьтесь с нашей формой [Climate Device Request Form \(Форма запроса на климатическое устройство\)](#)

У меня есть следующий страховой план по программе ОНР от Medicaid:



\*Включая CareOregon, Kaiser, OHSU и Providence



## Информация об участнике

Дата (мм/дд/гггг): \_\_\_\_\_

Имя и фамилия участника по паспорту: \_\_\_\_\_

Другие используемые имена и фамилии: \_\_\_\_\_

Идентификационный номер участника программы Medicaid (если известен): \_\_\_\_\_

Дата рождения (мм/дд/гггг): \_\_\_\_\_

Имя и фамилия терапевта: \_\_\_\_\_

Особые потребности:  Язык жестов  Шрифт Брайля  Крупный шрифт

Устный переводчик \_\_\_\_\_  
(укажите язык)

Если вы заполняете эту форму за участника программы, укажите свои данные ниже:

Имя и фамилия: \_\_\_\_\_

Кем вы приходитеесь участнику: \_\_\_\_\_ Номер телефона: \_\_\_\_\_

Можно ли связываться с вами (или человеком, заполняющим эту форму) по поводу этого запроса?  Да  Нет

Если вы являетесь медицинским работником или координатором, помогаете с подачей этого запроса и хотите получать соответствующие новости, укажите следующее:

Имя, фамилия и контактная информация: \_\_\_\_\_

Организация: \_\_\_\_\_ Моя роль:  Координатор  
 Поставщик услуг HRSN

### Способы информирования

Мы обратимся к вам, чтобы обсудить запрос. Как с вами можно связаться?

- По телефону (укажите номер телефона): \_\_\_\_\_
- С помощью текстовых сообщений: \_\_\_\_\_
- По электронной почте: \_\_\_\_\_
- Другим способом: \_\_\_\_\_
- Связаться с вашим представителем, чтобы обсудить запрос:
  - o Имя и фамилия: \_\_\_\_\_
  - o Телефон: \_\_\_\_\_
  - o Почтовый адрес: \_\_\_\_\_

Даете ли вы нам разрешение на связь со следующими людьми или организациями для помощи в координации нужных услуг:  Да  Нет

- Подрядчики, которые могут выполнять работы в вашем доме
- Гостиница или другое место временного проживания
- Арендодатель или управляющая компания
- Подрядчики по установке климатического оборудования

### Информация о запросе

1. К какой дате необходимо доставить или оплатить этот товар? \_\_\_\_\_  
(мм/дд/гггг)
2. Почему вам нужно это оборудование или услуга?
3. С какими симптомами или заболеваниями вам поможет справиться это оборудование и почему?
4. Какие еще источники помощи вы пытались использовать, чтобы оплатить эту услугу или оборудование?

5. Опишите нужное оборудование или услугу. Если ваш запрос касается оборудования, укажите марку, тип, размер, цвет и другие важные детали. Если запрос касается оплаты аренды или коммунальных услуг, укажите месяцы, за которые нужно внести оплату, пени за просрочку или коммунальные услуги, включенные в договор аренды:
6. Укажите общую стоимость оборудования или услуги, включая любые дополнительные расходы, такие как доставка.  
**ОБРАТИТЕ ВНИМАНИЕ.** Каждый участник может получить до 1500 долл. США в течение календарного года в рамках программы Flexible Services (Дополнительные гибкие услуги).
7. Укажите адрес доставки оборудования или получателя платежа. **ОБРАТИТЕ ВНИМАНИЕ.** Предметы размером больше конверта нужно отправлять на надежный физический адрес, а не абонентный ящик.
8. Укажите получателя денежного перевода или магазин, где нужно купить оборудование. По возможности укажите соответствующие ссылки.
9. Программа Flexible Services предназначена для временной финансовой поддержки. Какие шаги вы предпринимаете, чтобы самостоятельно оплачивать это оборудование или услугу в будущем?
10. Предоставляли ли мы вам это оборудование или услугу в прошлом?  Да  Нет
11. Предоставляли ли мы вам это оборудование в течение последних 6 месяцев?  Да  Нет
- 11a. Если вы ответили «да» на оба вопроса, почему вы просите оплатить это оборудование или услугу снова?

12. Если стоимость оборудования или услуги превышает 1500 долл. США, укажите имена и фамилии всех членов своего домохозяйства и наличие у них страховки ОНР.

Имя и фамилия	Наличие страховки ОНР	Имя и фамилия	Наличие страховки ОНР
	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

### Подтверждение и согласие участника

Подписывая настоящую форму, я понимаю нижеследующее и соглашаюсь с ним.

- В случае одобрения я соглашаюсь получить запрошенные выше услуги.
- Сотрудники моего плана медицинского страхования могут связаться со мной, чтобы получить дополнительную информацию по этому запросу.
- Я ставлю свою подпись, осознавая ответственность за предоставление заведомо ложных сведений. Это означает, что, насколько мне известно, вся информация, которую я предоставил(а) в этом запросе, является правдивой, правильной и полной.
- Если я предоставлю ложную или неправдивую информацию, меня могут наказать в соответствии с законодательством штата или федеральным законодательством. Наказание может включать возврат денежных средств, потраченных на любые услуги, которые я получаю по этому запросу.

### Подпись

Напишите свои имя и фамилию печатными буквами и подпишите этот запрос.

Представитель может подписать эту форму от имени участника, в том числе если последний является несовершеннолетним.

Имя и фамилия участника: \_\_\_\_\_

Подпись участника: \_\_\_\_\_

Имя и фамилия представителя: \_\_\_\_\_

Подпись представителя: \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_

Отправьте запрос по факсу: 503-416-1376 или по электронной почте [hsrcx@careoregon.org](mailto:hsrcx@careoregon.org)

Чтобы узнать больше о программе Flexible Services, получить помощь в заполнении формы или подать жалобу, позвоните в отдел обслуживания клиентов по номеру 971-236-2998 (линия ТТУ: 711).

Этот документ можно получить на других языках, крупным шрифтом, шрифтом Брайля или в другом удобном формате. Кроме того, вы имеете право запросить услуги устного переводчика. Вы можете получить помощь дипломированного или квалифицированного устного переводчика, специализирующегося в области медицины. Эти услуги бесплатны. Позвоните в Coordinated Care Organization (ССО, организация координации медицинского обслуживания) по бесплатному номеру (линия ТТУ: 711) или сообщите своему поставщику медицинских услуг, что вам нужна эта помощь.

Мы принимаем ретранслируемые звонки.

Для участников CareOregon Health Share: 800-224-4840

Для участников Columbia Pacific ССО: 855-722-8206

Для участников Jackson Care Connect: 855-722-8208