



Mẫu Đơn Yêu Cầu Dịch Vụ Linh Hoạt

Cập nhật lần cuối: Tháng 5 năm 2026

Nếu quý vị cần máy điều hòa không khí, máy lọc không khí, máy sưởi, tủ lạnh bảo quản thuốc hoặc máy phát điện, vui lòng xem [Mẫu Đơn Yêu Cầu Thiết Bị Thích Ứng Khí Hậu](#) của chúng tôi.

Tôi có OHP/Medicaid với:



*Bao gồm CareOregon, Kaiser, OHSU và Providence

Thông tin thành viên

Ngày (mm/dd/yyyy): _____

Tên hợp pháp của thành viên: _____

(Các) tên khác đã sử dụng: _____

ID Medicaid (nếu biết): _____

Ngày sinh (mm/dd/yyyy): _____

Tên của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe chính: _____

Nhu cầu tiếp cận: Ngôn ngữ ký hiệu Chữ nổi Braille Phông chữ lớn

Thông dịch viên _____
(vui lòng liệt kê ngôn ngữ)

Nếu quý vị đang điền mẫu đơn này cho một thành viên, vui lòng nhập thông tin của quý vị bên dưới:

Tên: _____

Mối quan hệ với thành viên: _____ Số điện thoại: _____

Tôi cho phép liên hệ với tôi (hoặc người điền mẫu đơn này) về yêu cầu này: Có Không

Nếu quý vị là nhà cung cấp dịch vụ hoặc người quản lý hồ sơ đang hỗ trợ yêu cầu này và muốn nhận thông tin cập nhật, vui lòng cung cấp:

Tên và thông tin liên hệ: _____

Tổ chức: _____ Tôi là: Người quản lý hồ sơ Nhà cung cấp HRSN

Tiếp cận

Chúng tôi sẽ liên hệ với quý vị để trao đổi về yêu cầu này. Quý vị muốn chúng tôi liên hệ với quý vị về yêu cầu này bằng cách nào?

Gọi điện thoại (vui lòng ghi số điện thoại): _____

Tin nhắn văn bản: _____

Email: _____

Khác: _____

Vui lòng liên hệ với người đại diện của tôi để thảo luận về yêu cầu này.

o Tên: _____

o Điện thoại: _____

o Địa chỉ gửi thư: _____

Quý vị có cho phép chúng tôi liên hệ với những cá nhân hoặc tổ chức sau đây để hỗ trợ điều phối các dịch vụ cần thiết không? Có Không

- Các nhà thầu có thể thực hiện công việc tại nhà của quý vị
- Khách sạn hoặc cơ sở lưu trú
- Chủ nhà hoặc đơn vị quản lý bất động sản
- Nhà cung cấp dịch vụ lắp đặt thiết bị thích phó khí hậu

Yêu cầu thông tin

1. Quý vị cần vật phẩm này được giao hoặc được thanh toán trước ngày nào?: _____
(mm/dd/yyyy)

2. Tại sao quý vị cần vật phẩm hoặc dịch vụ này?

3. Vật phẩm này sẽ giúp quý vị đối phó với những triệu chứng hoặc chẩn đoán y khoa nào và bằng cách nào?

4. Quý vị đã tìm kiếm hoặc tiếp cận những nguồn hỗ trợ nào khác để chi trả cho dịch vụ này hoặc mua vật phẩm này?

5. Vui lòng mô tả vật phẩm hoặc dịch vụ quý vị cần. Nếu yêu cầu của quý vị là một vật phẩm, vui lòng cung cấp các thông tin như nhãn hiệu, loại, kích thước, màu sắc và các chi tiết quan trọng khác. Nếu

yêu cầu là hỗ trợ tiền thuê nhà hoặc tiện ích sinh hoạt, vui lòng ghi rõ các tháng cần thanh toán và/hoặc các khoản phí trả chậm, cũng như các tiện ích được bao gồm trong hợp đồng thuê nhà:

6. Tổng chi phí của vật phẩm hoặc dịch vụ là bao nhiêu, bao gồm cả các khoản phí bổ sung như phí vận chuyển?
XIN LƯU Ý: Mỗi thành viên có thể nhận tối đa \$1.500 mỗi năm dương lịch thông qua chương trình Dịch Vụ Linh Hoạt.
7. Địa chỉ giao hàng hoặc địa chỉ nhận thanh toán là gì? **XIN LƯU Ý:** các vật phẩm có kích thước lớn hơn một phong bì cần được gửi đến một địa chỉ thực tế an toàn, không phải hộp thư bưu điện.
8. Chúng tôi sẽ thanh toán cho ai? Hoặc sẽ mua vật phẩm ở đâu? Vui lòng cung cấp liên kết nếu phù hợp và có thể.
9. Dịch Vụ Linh Hoạt chỉ cung cấp hỗ trợ tài chính tạm thời; quý vị đang thực hiện những bước nào để có thể tự chi trả cho vật phẩm hoặc dịch vụ này trong tương lai?
10. Quý vị đã từng nhận vật phẩm hoặc dịch vụ này từ chúng tôi chưa? Có Không
11. Quý vị đã nhận vật phẩm này từ chúng tôi trong vòng 6 tháng qua chưa? Có Không
11a. Nếu cả hai câu trả lời đều là Có, tại sao quý vị lại yêu cầu vật phẩm hoặc dịch vụ này lần nữa?
12. Nếu yêu cầu của quý vị vượt quá \$1.500, vui lòng cung cấp tên của tất cả thành viên trong hộ gia đình và cho biết họ có được bảo hiểm OHP hay không:

Tên	Bảo hiểm OHP	Tên	Bảo hiểm OHP
	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không

Xác nhận và ủy quyền của thành viên

Bằng việc ký vào mẫu đơn này, tôi hiểu và đồng ý với những điều sau:

- Nếu được phê duyệt, tôi đồng ý nhận các dịch vụ tôi đã yêu cầu ở trên.
- Chương trình bảo hiểm sức khỏe của tôi có thể liên hệ với tôi để biết thêm thông tin về yêu cầu này.
- Tôi ký tên và sẽ chịu hình phạt về tội khai man. Điều đó có nghĩa là mọi thông tin tôi cung cấp trong yêu cầu này đều đúng sự thật, chính xác và đầy đủ theo hiểu biết tốt nhất của tôi.
- Nếu tôi cung cấp thông tin sai hoặc không đúng sự thật, tôi có thể phải chịu hình phạt theo luật tiểu bang hoặc liên bang. Điều này có thể bao gồm việc phải trả lại số tiền đã chi cho bất kỳ dịch vụ nào tôi nhận được do yêu cầu này.

Chữ ký

Vui lòng viết in hoa họ tên và ký vào đơn yêu cầu này.

Người đại diện có thể ký thay cho thành viên, bao gồm cả trường hợp thành viên là trẻ vị thành niên.

Tên thành viên: _____

Chữ ký thành viên: _____

Tên người đại diện: _____

Chữ ký người đại diện: _____ Ngày: _____

Nộp qua fax: 503-416-1376 hoặc email: hrsncx@careoregon.org

Nếu quý vị có câu hỏi về Dịch Vụ Linh Hoạt, cần hỗ trợ điền mẫu đơn hoặc muốn nộp khiếu nại, vui lòng gọi bộ phận Dịch Vụ Khách Hàng theo số 971-236-2998, TTY 711.

Quý vị có thể tải xuống tài liệu này bằng ngôn ngữ khác, chữ in lớn, chữ nổi hoặc với định dạng mong muốn. Quý vị cũng có quyền yêu cầu một thông dịch viên. Quý vị có thể nhận được sự trợ giúp từ một thông dịch viên chăm sóc sức khỏe có trình độ hoặc có chứng nhận. Dịch vụ này là miễn phí. Gọi cho CCO của quý vị qua số điện thoại miễn cước, TTY 711 hoặc thông báo cho nhà cung cấp dịch vụ của quý vị.

Chúng tôi chấp nhận các cuộc gọi chuyển tiếp.

Đối với CareOregon Health Share: 800-224-4840

Đối với Columbia Pacific CCO: 855-722-8206

Đối với Jackson Care Connect: 855-722-8208