

## فرم درخواستگاه تهویه مطبوع

تاریخ آخرین بروز رسانی: می ۲۰۲۶

این برنامه برای اعضای در نظر گرفته شده است که شرایط صحت (طبی) پیچیده دارند. هنگام درخواست دادن، آن عضو OHP را در خانواده خود انتخاب کنید که پیچیدهترین شرایط صحت (پزشکی) را دارد؛ بهویژه افرادی که زیر ۶ سال یا بالای ۶۵ سال سن دارند. ممکن است بتوانیم به شما کمک کنیم تا تجهیزات مورد نیاز را برای مدیریت وضعیت صحت خود در شرایط جوی نامساعد به دست آورید.

لطفاً تمام این فرم را خانه‌پری کنید. فرم تکمیل شده را به شماره ۱۳۷۶-۴۱۶-۵۰۳ فکس کرده یا به آدرس ایمیل [hrrsncx@careoregon.org](mailto:hrrsncx@careoregon.org) ارسال کنید.

اگر برای خانه‌پری کردن این فرم به کمک نیاز دارید، لطفاً با شماره ۲۹۹۸-۲۳۶-۹۷۱ تماس بگیرید.

### درخواست توافق‌نامه خدمات

بله ☐ من از برنامه صحتی خود درخواست کمک دارم تا بدانم که آیا واجد شرایط دریافت دستگاه تهویه مطبوع هستم یا خیر.  
نه ☐

### معلومات عضو

آی دی عضویت OHP/Medicaid (در صورت دانستن) \_\_\_\_\_

تاریخ تولد (سال/روز/ماه): \_\_\_\_\_ آیا عضو زیر ۱۸ سال سن دارد؟ ☐ بله ☐ نه

در صورت مثبت بودن پاسخ، لطفاً نام شخص ارتباطی برای پاسخگویی به سوالات یا هماهنگی خدمات، و نسبت او را با خود ذکر کنید.

نام (همان‌گونه که در کارت OHP/Medicaid درج شده است): \_\_\_\_\_

نام و ضمائر انتخابی: \_\_\_\_\_

ایمیل: \_\_\_\_\_

اسم داکتر معالج شما: \_\_\_\_\_

نام تمام اعضای خانواده شما و اینکه آیا آن‌ها تحت پوشش OHP هستند یا خیر:

| نام: | پوشش OHP                                                    | نام: | پوشش OHP                                                    |
|------|-------------------------------------------------------------|------|-------------------------------------------------------------|
|      | بله <input type="checkbox"/><br>نه <input type="checkbox"/> |      | بله <input type="checkbox"/><br>نه <input type="checkbox"/> |
|      | بله <input type="checkbox"/><br>نه <input type="checkbox"/> |      | بله <input type="checkbox"/><br>نه <input type="checkbox"/> |
|      | بله <input type="checkbox"/><br>نه <input type="checkbox"/> |      | بله <input type="checkbox"/><br>نه <input type="checkbox"/> |

ضروریات برای دسترسی آسان: ☐ زبان اشاره ☐ خط بریل ☐ متن با حروف بزرگ ☐ ترجمان \_\_\_\_\_  
(لطفاً زبان مورد نظر خود را مشخص کنید)

چنانچه این فرم را به نمایندگی از یک عضو خانه خود پُر میکنید، لطفاً مشخصات خود را در زیر وارد کنید:

چنانچه این فرم را به نمایندگی از یک عضو خانه خود پُر میکنید، لطفاً مشخصات خود را در زیر وارد کنید:

نام عضو: \_\_\_\_\_

ارتباط/نسبت با عضو: \_\_\_\_\_ شماره تماس: \_\_\_\_\_

ممانعتی ندارد که در مورد این درخواست با من (یا شخصی که این فرم را خانه پری کرده) تماس گرفته شود: ☐ بله ☐ نه

اگر شما ارائه‌دهنده خدمات یا مدیر پرونده هستید که در تکمیل معلومات این درخواست کمک می‌کنید و خواهان دریافت به‌روزرسانی‌ها در این باره هستید، لطفاً موارد زیر را درج کنید:

اسم و معلومات تماس: \_\_\_\_\_

نهاد: \_\_\_\_\_ من: ☐ مدیر دوسیه هستم: ☐ ارائه‌دهنده HRSN هستم ☐

### من از طریق پلان زیر دارای بیمه OHP/Medicaid هستم:

☐☐☐

فقط CareOregon\*

### حالت فعلی:

لطفاً خانه(های) مربوط به شخصی که خواهان دریافت دستگاه تهویه مطبوع است را علامت‌گذاری کنید.

من در سه ماه آینده، واجد شرایط استفاده از برنامه‌های Medicare و Oregon Health Plan خواهم شد. ☐

من برای اولین بار در ۹ ماه گذشته برای دریافت Oregon Health Plan ثبت نام کرده‌ام. ☐

ممکن است به زودی بی خانمان شده یا خانه خود را از دست بدهم. ☐

در حال حاضر بی خانمان هستم. ☐

جای مشخصی برای خوابیدن ندارم یا در خانه شخص دیگری می‌مانم ☐

من در ۱۲ ماه گذشته در Oregon State Hospital، یا در یک مرکز اقامتی بزرگ درمان اختلال استفاده از مواد مخدر یا برنامه مدیریت سمزدایی (برنامه ترک اعتیاد) خدمات درمانی دریافت کردم. ☐

من در ۱۲ ماه گذشته از توقیف‌خانه، بازداشتگاه، مرکز اصلاح و تربیت نوجوانان اورگان یا زندان آزاد شده‌ام. ☐

من در مقطعی از زندگی خود، با خدمات رفاهی کودک در اورگان سر و کار داشته‌ام. من در گذشته در شمول مراقبت‌های اطفال بی سرپرست یا جایگزین بوده‌ام، از کمک‌ها یا خدمات مرتبط با فرزندخواندگی یا سرپرستی یا خدمات حفظ خانواده بهره‌مند شده، یا در رابطه با موضوعات مرتبط با رفاه اطفال در محکمه حضور یافته‌ام. ☐

من یک جوان با نیازمندی‌های خاص صحت (YSHCN) هستم ☐

هیچ کدام از موارد بالا ☐

## تکلیف خاص صحت دارم:

☐ بله آیا هیچ‌کدام از موارد زیر شامل حال شما می‌شود؟  
☐ نه

لطفاً خانه(های) مربوطه را علامت بزنید:

- |                                                                                                               |                                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> از تجهیزات پزشکی یا فناوری‌های کمکی استفاده می‌کنم که برای کارکردن به برق نیاز دارند | <input type="checkbox"/> ۶ سال یا کمتر دارم                                               |
| <input type="checkbox"/> به مرض شکر مبتلا هستم                                                                | <input type="checkbox"/> ۶۵ سال یا بیشتر دارم                                             |
| <input type="checkbox"/> در خانه از دستگاه آکسیژن استفاده می‌کنم                                              | <input type="checkbox"/> در حال حاضر حامله بوده یا در دوران ۱۲ ماه پس از زایمان قرار دارم |
| <input type="checkbox"/> مبتلا به بیماری مزمن کلیوی هستم                                                      | <input type="checkbox"/> در حال حاضر دارای معلولیت حسی، جسمی، ذهنی یا رشدی هستم           |
| <input type="checkbox"/> به بیماری پارکینسون مبتلا هستم                                                       | <input type="checkbox"/> از داروهایی استفاده می‌کنم که باید در یخچال نگهداری شوند         |
| <input type="checkbox"/> به بیماری ام‌اس (MS) مبتلا هستم                                                      |                                                                                           |

## نوع دستگاه تهویه مطبوع درخواستی

- |                                                                                            |                                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> بخاری برقی سیار                                                   | <input type="checkbox"/> کولر گازی سیار                             |
| <input type="checkbox"/> یخچال کوچک برای ادویه‌جات                                         | <input type="checkbox"/> دستگاه تصفیه هوا (همراه با یک فیلتر اضافی) |
| <input type="checkbox"/> منبع تغذیه برق قابل حمل برای تجهیزات طبی در هنگام قطع (پرچوی) برق |                                                                     |
- لطفاً نوع تجهیزات پزشکی را فهرست کنید (مانند: زرقیات وریدی، پمپ تغذیه، نیبولایزر (دستگاه استنشاق)).

اقدام حمایتی اضافی برای شرایط جوی نامناسب مانند:

- |                                                                                                               |                                                                                                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> سیم سیار برق                                                                         | <input type="checkbox"/> سیم سیار برق برای هر یک از دستگاه‌های برقی به استثنای بخاری‌ها و منابع تغذیه قابل حمل |
| کیبل ۶ فُتی برای: <input type="checkbox"/> کولر گازی (دستگاه تهویه مطبوع)                                     | <input type="checkbox"/> دستگاه تصفیه هوا                                                                      |
| کیبل 10 فُتی برای: <input type="checkbox"/> کولر گازی (دستگاه تهویه مطبوع)                                    | <input type="checkbox"/> دستگاه تصفیه هوا                                                                      |
| <input type="checkbox"/> آداپتور برق دیواری (تبدیل سه شاخه به دو شاخه)                                        |                                                                                                                |
| <input type="checkbox"/> فیلتر جایگزین دستگاه تصفیه هوا (برای درخواست‌های بعدی پس از دریافت دستگاه تصفیه هوا) |                                                                                                                |

شرکت سازنده (مارک): \_\_\_\_\_ شماره مدل: \_\_\_\_\_

لطفاً آدرس تحویل‌دهی و هرگونه دستورالعمل خاص برای تحویل دستگاه تهویه را وارد کنید:

☐ من در طی ۳۶ ماه (۳ سال) گذشته، قلم مشابه درخواست فوق الذکر را از یک برنامه تمویل شده محلی، ایالتی یا فدرال دریافت کرده‌ام.

اگر این خانه را علامت زده‌اید، چرا به دستگاه دیگری نیاز دارید؟

☐ دستگاه عوارض دارد ☐ دستگاه مفقود یا سرقت شده است ☐ به دلایل صحتی

☐ به دلایل دیگر (لطفاً توضیح دهید):

آیا اجازه داریم جهت هماهنگی خدمات مورد نیاز، با ارائه‌دهنده یا ارائه‌دهندگان خدمات سیستم‌های تهویه تماس بگیریم: ☐ بله ☐ نه

بررسی و تایید درخواست‌ها ۲ الی ۴ هفته زمان می‌برد. آیا این مهلت زمانی شما را با خطر مواجه می‌سازد؟ ☐ بله ☐ نه  
در این صورت، لطفاً در بخش زیر به ما اطلاع دهید. اگر موضوع عاجل است، می‌توانیم تلاش کنیم تا به درخواست شما زودتر رسیدگی شود.

### چگونگی تماس:

ما برای گفتگو در مورد این درخواست، با شما تماس خواهیم گرفت. مایلید چگونه با شما تماس بگیریم؟

☐ تماس تلفنی (لطفاً شماره تلفن مورد نظرتان را وارد کنید): \_\_\_\_\_

گذاشتن پیام صوتی مفصل در مورد این درخواست مانعی ندارد: ☐ بله ☐ نه

☐ پیام متنی (در صورت تفاوت با شماره فوق، شماره تماس را درج نمایید): \_\_\_\_\_

☐ ایمیل: \_\_\_\_\_

☐ دیگر: \_\_\_\_\_

☐ با نماینده من به تماس شوید:

نام: \_\_\_\_\_

تلفون: \_\_\_\_\_

نشانی پستی: \_\_\_\_\_

☐ من می‌خواهم با یک هماهنگ‌کننده مراقبت در تماس باشم برای مدیریت وضعیت(های) صحتی خود به کمک بیشتری نیاز دارم. لیست نیازهای خود را در ذیل ذکر کرده‌ام:

## تأیید و پذیرش عضو

- ☐ من از برنامه صحتی خود درخواست کمک دارم تا بدانم که آیا واجد شرایط دریافت دستگاه تهویه مطبوع هستم یا خیر.
- ☐ در صورت موافقت، می‌پذیرم که خدمات درخواستی خود را دریافت کنم.
- ☐ پلان صحتی من می‌تواند جهت کسب معلومات بیشتر، با من یا ارائه‌دهنده خدمات صحتی من از طریق ارتباطات الکترونیکی شامل ایمیل و/یا پیام متنی (که می‌توانم هر زمان اشتراک آن را لغو کنم)، به تماس باشد.
- ☐ پلان صحتی من می‌تواند سوابق پزشکی مرا بررسی کند. این بررسی می‌تواند اسنادی درباره نیازمندی‌های مراقبتی من را شامل شود. بررسی یاد شده همچنین می‌تواند شامل سوابق و اسناد ارائه‌دهندگان مراقبت‌های صحتی من باشد.
- ☐ می‌توانم با خاطری آسوده از دستگاه تهویه مطبوع در محل زندگی خود استفاده کنم. می‌توانم با اطمینان و به طور قانونی این دستگاه را به برق وصل کنم.
- ☐ تا جایی که می‌دانم، تمام معلومات ارائه شده در این درخواست راست، درست و کامل است
- ☐ اگر معلومات نادرست یا اشتباه ارائه کنم، ممکن است بر اساس قوانین ایالتی یا فدرال با مجازات روبرو شوم.
- ☐ مجازات مذکور ممکن است التزام به مسترد نمودن وجوه پرداختی در قبال خدماتی که متعاقب این درخواست دریافت می‌کنم را شامل شود.
- ☐ من با استفاده از روش‌های فناوری معلوماتی برای شریک‌سازی داده‌های شخصی موافقت دارم.

## امضا

لطفاً این درخواست را امضا کنید.  
یک نماینده می‌تواند این فرم را از طرف عضو امضا کند، به شمول زمانی که عضو صغیر (زیر سن قانونی) باشد.

نام عضو: \_\_\_\_\_

امضای عضو: \_\_\_\_\_

اسم نماینده: \_\_\_\_\_

امضای نماینده: \_\_\_\_\_

تاریخ: \_\_\_\_\_

ارسال از طریق فکس به شماره: ۵۰۳-۴۱۶-۱۳۷۶ یا به آدرس ایمیل: [hrrncx@careoregon.org](mailto:hrrncx@careoregon.org)

شما می‌توانید این سند را به زبان‌های دیگر، چاپ درشت، خط بریل (ویژه نابینایان) یا هر قالب دیگری که ترجیح می‌دهید، دریافت کنید. شما حق استفاده از خدمات یک ترجمان را دارید. شما می‌توانید از کمک یک ترجمان شفاهی تصدیق‌شده یا واجد شرایط بخش صحت بهره‌مند شوید. خدمات ترجمانی یاد شده رایگان است. با هماهنگ‌کننده مراقبت‌های صحتی (CCO) خود به طور رایگان تماس بگیرید، به ۷۱۱ TTY زنگ بزنید یا به فراهم‌کننده خدمات صحتی خود اطلاع دهید. ما تماس‌های relay (سرویس مخابره تلفنی برای افراد ناشنوا و کم‌شنوا) را می‌پذیریم.

CareOregon Health Share: ۸۰۰-۲۲۴-۴۸۴۰

Columbia Pacific CCO: ۸۵۵-۷۲۲-۸۲۰۶

Jackson Care Connect: ۸۵۵-۷۲۲-۸۲۰۸

فقط جهت تکمیل توسط کارمندان CareOregon

شماره تأییدیه: \_\_\_\_\_

OHP-261184950-DA-0611

315 SW Fifth Ave, Portland, OR 97204 • 800-224-4840 • [careoregon.org](http://careoregon.org)