

فرم درخواست دستگاه تهویه مطبوع

تاریخ آخرین بروز رسانی: جولای 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 hsrcnx@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 صحت 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: _____

تعداد افراد موجود در خانواده: _____ عاید سالانه خانواده: _____

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

پوشش OHP	نام:	پوشش OHP	نام:
بله ☐		بله ☐	
نه ☐		نه ☐	
بله ☐		بله ☐	
نه ☐		نه ☐	
بله ☐		بله ☐	
نه ☐		نه ☐	

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:

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 داشتم. 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 صحنی (YSHCN) هستم ☐

هیچ کدام از موارد بالا ☐

تکلیف خاص صحی دارم:

لطفاً خانه(های) مربوطه را علامت بزنید:

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

نوع دستگاه تهویه مطبوع درخواستی

- | | |
|--|---|
| ☐ بخاری برقی سیار | ☐ کولر گازی سیار |
| ☐ یخچال کوچک برای ادویه‌جات | ☐ دستگاه تصفیه هوا (همراه با یک فیلتر اضافی) |
| ☐ 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:

- | |
|---|
| ☐ سیم سیار برق (یک سیم سیار برق برای هر یک از دستگاه‌های برقی به استثنای بخاری‌ها و منابع تغذیه قابل حمل) |
| کیبل ۶ فُتی برای: ☐ کولر گازی (دستگاه تهویه مطبوع) ☐ دستگاه تصفیه هوا ☐ یخچال |
| کیبل 10 فُتی برای: ☐ کولر گازی (دستگاه تهویه مطبوع) ☐ دستگاه تصفیه هوا ☐ یخچال |
| ☐ آداپتور برق دیواری (تبدیل سه شاخه به دو شاخه) |
| ☐ 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 صحی

☐ 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): _____

☐ 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: _____

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: hsrcnx@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 TTY ۷۱۱ 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

For completion by CareOregon staff only

Authorization number: _____

