

نموذج طلب التماس جهاز تكييف المناخ

آخر تحديث: مايو 2026

هذا البرنامج مُخصَّص للأعضاء الذين يعانون من حالات طبية معقَّدة. عند تقديمكم للطلب، احرصوا على استخدام المعلومات الخاصة بالفرد الذي يكون عضواً في OHP من بين أفراد أسرتم المعيشية الذي يعاني/التي تعاني من الحالات الطبية الأكثر تعقيداً، لا سيما أولئك الذين تقلّ أعمارهم عن 6 سنوات أو تزيد أعمارهم عن 65 سنة. قد يكون بوسعنا تقديم المساعدة لكم بشأن الحصول على معدّات وأجهزة لتدبير شؤون الحالة أو الحالات الطبية التي يعانون منها خلال الظروف الجوية القاسية.

يُرجي استكمال تعبئة هذا النموذج بكامله. يمكنكم تقديمه عبر الفاكس على الرقم 503-416-1376 أو عبر البريد الإلكتروني إلى العنوان التالي: hsrcnx@careoregon.org إذا كنتم ترغبون في الحصول على مساعدة في تعبئة هذا النموذج، فيُرجي الاتصال هاتفياً بالرقم 971-236-2998.

طلب الحصول على اتفاق خدمة

أطلب المساعدة من الخطة الصحية المُنتمِي إليها لمعرفة ما إذا كنت مؤهلاً/مؤهلة للحصول على جهاز تكييف المناخ. ☐ نعم ☐ لا

معلومات عن العضو

الرقم التعريفي في OHP/Medicaid (إذا كان معروفاً)

تاريخ الميلاد (ش/ش/ي ي/س س س س): هل عمر العضو أقل من 18 سنة؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا كانت الإجابة بنعم، فيُرجي كتابة اسم الشخص الذي ينبغي الاتصال به في حال وجود أي أسئلة أو لتنسيق الأمور المتعلقة بالاستحقاقات وكتابة صلة قرابته أو علاقته بكم:

الاسم (كما هو مكتوب على بطاقة OHP/Medicaid):

الاسم المُفضَّل والضمائر المُفضَّلة في مخاطبة العضو:

عنوان البريد الإلكتروني:

اسم مقدّم الرعاية الصحية الأولية:

أسماء جميع أفراد أسرتم المعيشية وما إذا كان لديهم تغطية OHP:

الاسم	تغطية OHP	الاسم	تغطية OHP
☐ نعم ☐ لا	☐ نعم ☐ لا	☐ نعم ☐ لا	☐ نعم ☐ لا
☐ نعم ☐ لا	☐ نعم ☐ لا	☐ نعم ☐ لا	☐ نعم ☐ لا
☐ نعم ☐ لا	☐ نعم ☐ لا	☐ نعم ☐ لا	☐ نعم ☐ لا

احتياجات تيسير الوصول إلى المعلومات والتواصل: ☐ لغة الإشارة ☐ البرايل للمكفوفين ☐ الطباعة بخط كبير ☐ مُترجم شفهي (يُرجي تحديد اللغة التي تتطلبون مُترجم لها)

إذا كنتم تقومون بتعبئة هذا النموذج نيابة عن عضو، فيرجى كتابة معلومات عنكم أدناه.

الاسم: _____

صلة القرابة أو العلاقة بالعضو: _____ رقم الهاتف: _____

ليس هناك مانع للاتصال بي (أو الاتصال بالشخص الذي يقوم بتعبئة هذا النموذج) بشأن هذا الطلب: ☐ نعم ☐ لا

إذا كنتم تساعدون في تعبئة هذا الطلب بصفتمكم مقدماً للرعاية أو مديراً للحالة وتريدون أن تستلموا المستندات عن معالجة الطلب، فيرجى إدراج ما يلي:

الاسم ومعلومات الاتصال: _____

المنظمة: أنا: ☐ مدير(ة) الحالة ☐ مقدم(ة) الرعاية لدى HRSN

لدي عضوية في OHP/Medicaid مع:



*في CareOregon فقط

الوضع الحالي

يرجى وضع علامة في كل مربع يسري على الشخص الذي يطلب جهاز تكييف المناخ:

☐ سأصبح مؤهلاً/مؤهلة للتسجيل في Medicare و Oregon Health Plan خلال الأشهر الثلاثة القادمة.

☐ إنني مسجل/مسجلة في Medicare و Oregon Health Plan للمرة الأولى منذ أقل من تسعة أشهر.

☐ قد أصبح عمًا قريب منتشر/متشردة بلا مأوى أو ساقط السكن الذي أعيش فيه.

☐ انني الآن منتشر/متشردة بلا مأوى.

☐ ليس لدي مكان ثابت للنوم فيه أو أقيم الآن في منزل شخص آخر.

☐ تلقيت الرعاية في Oregon State Hospital، أو في برنامج كبير داخلي لعلاج اضطرابات تعاطي المواد المخدرة أو برنامج التدبير العلاجي لأعراض الانسحاب خلال الاثني عشر (12) شهراً الماضية.

☐ تم إطلاق سراحي من الحبس، أو مركز اعتقال، أو منشأة تابعة لـ Oregon Youth Authority (سلطة تدبير شؤون الشبيبة في أوريغون) أو سجن خلال الاثني عشر (12) شهراً الأخيرة.

☐ لقد كان لدى في وقت ما من حياتي علاقة مع خدمات رفاية الأطفال في Oregon. لقد كنت تحت رعاية بديلة أو رعاية حاضنة، أو تلقيت مساعدة في مجال التبني أو الوصاية أو خدمات الحفاظ على الأسرة، أو مثلت أمام المحكمة في قضية تتعلق برعاية الأطفال.

☐ أنا شاب(ة) بالغ(ة) ذو احتياجات رعاية صحية خاصة (YSHCN)

☐ لا شيء مما هو مذكور أعلاه.

الحالات الصحية

هل تسري عليك أيّاً من الحالات الصحية المذكورة أدناه؟
☐ نعم
☐ لا

يُرجى وضع علامة في كلّ مربع يسري عليك:

- | | |
|--|--|
| ☐ استخدام معدّات طبيّة أو تقنيّات مُساعدة تشتغل على الكهرباء. | ☐ في سنّ 6 سنوات أو أقلّ. |
| ☐ المعاناة من مرض السكري. | ☐ في سنّ 65 سنة أو أكثر. |
| ☐ استخدام الأكسجين في المنزل. | ☐ حاملّة أو لا تزال في فترة الحمل الـ 12 شهراً التالية بعد الولادة. |
| ☐ المعاناة من مرض الكلى المزمن. | ☐ المعاناة من إعاقة جسديّة أو عقليّة أو نمائيّة. |
| ☐ المعاناة من مرض باركنسون. | ☐ تناول دواء (أو أدوية) يتطلّب حفظه (حفظها) في الثلاجة (البرّاد). |
| ☐ المعاناة من مرض التصلّب المتعدّد (MS). | |

جهاز تكييف المناخ المُلتَمَس طلبه

- | | |
|--|---|
| ☐ مكيف هواء متنقّل | ☐ مدفأة كهربائية متنقّلة |
| ☐ جهاز تكييف الهواء (مع فلتر غيار واحد إضافي) | ☐ ثلاجة صغيرة للأدوية |
| ☐ مصدر طاقة متنقّل لتشغيل الأجهزة الطبيّة أثناء انقطاع التيار الكهربائي | |

يرجى ذكر نوع المعدات الطبيّة (مثل: الحقن الوريدي، مضخة التغذية، جهاز التنخير):

عناصر إضافية داعمة لتدبير شؤون المناخ مثل:

- | | |
|---|--|
| ☐ سلك تمديد كهربائي | ☐ سلك واحد لكلّ جهاز، مُتاح لجميع الأجهزة ما عدا المدفئات المتنقّلة ومصادر الطاقة المتنقّلة |
| ☐ سلك بطول 6 أقدام لأجل: | ☐ مكيف الهواء ☐ جهاز تنقية الهواء ☐ الثلاجة (البرّاد) |
| ☐ سلك بطول 10 أقدام لأجل: | ☐ مكيف الهواء ☐ جهاز تنقية الهواء ☐ الثلاجة (البرّاد) |
| ☐ مُهايئ مقبس الحائط (من 3 أطراف إلى طرفين) | |
| ☐ فلتر غيار لجهاز تنقية الهواء (لطلبات المتابعة بعد استلام جهاز تنقية الهواء): | |

الماركة التجارية: _____

رقم لاموديل _____

يُرجى إعطاء العنوان الذي سيتمّ توصيل جهاز تكييف المناخ إليه وأيّ تعليمات مفصّلة بالتحديد بشأن تسليمها.

☐ استلمت في الأشهر الـ 36 الماضية (3 سنوات) جهازاً واحداً أو أكثر مماثلاً لتلك الأجهزة المطلوبة أعلاه من برنامج ممول على الصعيد المحلي أو الولائي أو الفيدرالي.

إذا قمت بوضع علامة في هذا المربع، فلماذا هناك حاجة إلى جهاز آخر؟

☐ الجهاز مُعطّل ☐ تمّ فقدان الجهاز أو سرقة ☐ أسباب طبيّة

☐ أخرى (يُرجى التوضيح):

هل تعطينا الإذن للاتصال بواحد أو أكثر من موردي تركيب أجهزة تكييف المناخ لكي يساعدوا في تنسيق الخدمات المطلوبة: ☐ نعم ☐ لا

تستغرق مراجعة الطلبات المقدّمة في هذا الشأن وإعطاء الموافقة عليها مدة تتراوح بين أسبوعين (2) إلى أربعة (4) أسابيع. هل سيعرّضك هذا الإطار الزمني للخطر؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا كان الأمر كذلك، فيرجى إعلامنا بذلك أدناه. إذا كان الطلب مقدّماً بصفة عاجلة، فسنحاول مُعالجته بشكل أسرع.

التواصل معكم

سنواصل معكم لمناقشة هذا الطلب. كيف تفضّلون أن نتواصل معكم؟

☐ عبر مكالمات هاتفية (يُرجى كتابة رقم الهاتف): _____

ليس هناك مانع لترك رسالة صوتية مفصلة حول هذا الطلب: ☐ نعم ☐ لا

☐ عبر رسالة نصية (إذا كان رقم الهاتف مختلفاً عن الرقم المذكور أعلاه، فيرجى كتابته): _____

☐ عبر البريد الإلكتروني: _____

☐ عبر طريقة أخرى: _____

☐ يُرجى الاتصال بممثلي لمناقشة هذا الطلب.

الاسم: _____

الهاتف: _____

العنوان البريدي: _____

☐ أودّ التواصل مع أحد المسؤولين عن تنسيق شؤون الرعاية. يلزمني الحصول على مزيد من المساعدة في تدبير شؤون حالتي (أو حالاتي) الطبيّة. لقد أدرجت الاحتياجات التي أتطلّب إليها أدناه:

تأكيد وموافقة العضو

- ☐ أودّ من خطة التأمين الصحيّ المُنتَمي إليها أن تتحقّق ما إذا كنت مؤهلاً /مؤهلة للحصول على جهاز ليساعدني خلال الظروف الجويّة القاسية.
- ☐ وفي حال الموافقة على طلبي، أوافق على أن أتلقّى الخدمات التي تقدّمت بطلبها.
- ☐ يمكن لخطة التأمين الصحيّ المُنتَمي إليها الاتّصال بي أو بمقدّم رعايتي الصحيّة للحصول على مزيد من المعلومات عبر وسائل الاتّصال الإلكترونيّة، بما في ذلك البريد الإلكتروني و/أو الرسائل النصيّة، والتي يمكنني إلغاء اشتراكي فيها في أيّ وقت.
- قد تقوم خطة التأمين الصحيّ المُنتَمي إليها بالاطّلاع على سجلاتي. ويشمل ذلك السجلات المتعلّقة بالرعاية الصحيّة التي أحتاج إليها. ويمكن أن يتضمّن أيضاً السجلات من مقدّمي رعايتي الصحيّة.
- ☐ يمكنني استخدام جهاز تكييف المناخ بأمان في المكان الذي أعيش فيه. ويمكنني توصيل الجهاز بشكل آمن وقانوني.
- ☐ إنّ جميع المعلومات التي قمت بتقديمها في هذا الطلب صحيحة ودقيقة وكاملة، على حد علمي.
- ☐ وإذا قمت بتقديم معلومات كاذبة أو خاطئة، فقد أواجه عقوبات بموجب قانون الولاية أو القانون الفيدرالي.
- وقد يشمل ذلك الاضطرار إلى سداد تكاليف أيّ خدمة أحصل عليها بسبب هذا الطلب.
- ☐ وأوافق على استخدام أساليب تكنولوجيا المعلومات لتبادل البيانات الشخصية.

التوقيع

يُرجى توقيع هذا الطلب.
يجوز للممّثل توقيع هذا النموذج نيابة عن العضو، حتى لو كان العضو قاصراً.

اسم العضو: _____

توقيع العضو: _____

اسم الممّثل: _____

توقيع الممّثل: _____

التاريخ: _____

إرسال تقديم الطلب عبر جهاز الفاكس على الرقم: 503-416-1376 أو عبر البريد الإلكتروني على العنوان التالي: hrsncx@careoregon.org

يمكنكم الحصول على هذه الوثيقة بلغات أخرى، أو مطبوعة بخطّ كبير، أو مطبوعة على طريقة برايل، أو حسب التنسيق المفضّل لكم. كما يحقّ لكم الحصول على مُترجم شفهي. يمكنكم الحصول على المساعدة من مُترجم شفهي مُعتمد أو مؤهل في مجال الرعاية الصحيّة. هذه المساعدة مجانيّة. اتصلوا هاتفياً مجاناً بـ CCO التي لديكم عضوية فيها، أو 711 TTY (رقم المبرقة الكاتبة)، أو أخبروا مقدّم الخدمة الخاص بكم. نقبل المكالمات الهاتفية المعاملة عبر المُرجّلات.

رقم الاتّصال بـ CareOregon Health Share: 800-224-4840

رقم الاتّصال بـ Columbia Pacific CCO: 855-722-8206

رقم الاتّصال بـ Jackson Care Connect: 855-722-8208

For completion by CareOregon staff

يُعبئ القسم أدناه من قبل موظفي CareOregon فقط

Authorization number: _____