



Бланк запроса на устройство для чрезвычайных погодных условий

Последняя редакция: июль 2026 года

Данная программа предназначена для лиц с тяжелыми и сложными заболеваниями. При подаче заявки укажите члена семьи, участвующего в программе ОНР, с наиболее тяжелыми и сложными заболеваниями, особенно если ему менее 6 лет или более 65 лет. В период экстремальных погодных условий мы можем помочь получить медицинское оборудование, необходимое для лечения вашего заболевания.

Пожалуйста, заполните этот бланк документа полностью. Заполненную форму можно отправить по факсу 503-416-1376 или по эл. почте hsrcnx@careoregon.org

Если вам нужна помощь в заполнении данной формы, пожалуйста, позвоните по телефону 971-236-2998

Согласие на обслуживание

- ☐ Да Прошу мою страховую компанию рассмотреть вопрос о моем праве на получение
☐ Нет оборудования для защиты от экстремальных погодных условий.

Информация о члене плана (заявителе)

Идентификационный № участника программы ОНР/Medicaid (если известен) _____

Дата рождения (мм/дд/гггг): _____

Этому участнику ещё не исполнилось 18 лет? ☐ Да ☐ Нет

Если да, укажите имя и фамилию лица, к которому следует обращаться по всем вопросам, связанным с данной льготой, а также кем он вам приходится.

Имя (как указано на карте участника программы ОНР/Medicaid): _____

Имя, которым вы предпочитаете пользоваться, и местоимения: _____

Эл. почта: _____

Имя лечащего врача: _____

Количество проживающих вместе членов семьи: _____

Годовой доход семьи: _____

Имена всех членов семьи, у которых есть страховое обеспечение в рамках программы ОНР:

Имя и фамилия	Страхование обеспечение в рамках программы ОНР	Имя и фамилия	Страхование обеспечение в рамках программы ОНР
	☐ Да ☐ Нет		☐ Да ☐ Нет
	☐ Да ☐ Нет		☐ Да ☐ Нет
	☐ Да ☐ Нет		☐ Да ☐ Нет

Потребности в обеспечении доступности: ☐ Сурдоперевод ☐ Шрифт Брайля ☐ Крупный шрифт

☐ Переводчик _____
(укажите язык)

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

Имя и фамилия: _____

Кем вы приходитесь участнику: _____ Номер телефона: _____

Вы можете связаться со мной или с лицом, заполнившим эту форму по поводу данного запроса:

☐ Да ☐ Нет

Если вы являетесь медицинским работником или помогаете заявителю с подачей данного запроса и хотите получать информацию о ходе его рассмотрения, укажите:

Свое имя и контактную информацию: _____

Организация: _____ Я являюсь: ☐ куратором ☐ представителем HRSN

У меня есть страховое обеспечение в рамках программ ОНР/Medicaid через:



* CareOregon
исключительно



Текущая ситуация

Пожалуйста, отметьте пункты, соответствующие ситуации заявителя.

- ☐ Я получу право на участие в программе Medicare, а также в программе Oregon Health Plan в течение следующих трех месяцев
- ☐ Я оформил(-а) своё участие в программе Medicare и Oregon Health Plan впервые менее девяти месяцев назад
- ☐ Возможно, я скоро останусь без жилья
- ☐ В настоящее время я бездомный(-ая)
- ☐ У меня нет постоянного места для ночлега, или я живу в чужом доме
- ☐ В течение последних 12 месяцев я получал(-а) медицинскую помощь в Oregon State Hospital или проходил(-а) стационарное лечение по программе лечения расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, или по программе борьбы с зависимостью от них
- ☐ Я был(-а) освобожден(-а) из тюрьмы, центра временного содержания, учреждения Управления по делам молодежи штата Орегон или тюрьмы штата в последние 12 месяцев
- ☐ В какой-то период своей жизни я был(-а) связан(-а) со службой социальной защиты детей в штате Орегон. Я воспитывался(лась) в приемной семье, получал(а) помощь в связи с усыновлением или опекой, услуги по поддержке семьи либо участвовал(а) в судебных разбирательствах по вопросам защиты детей.
- ☐ Я молодой человек с особыми потребностями в медицинском обслуживании (YSHCN)
- ☐ Ничего из вышеперечисленного

Состояние здоровья

Пожалуйста, отметьте соответствующую(-ие) клеточку(-и):

- | | |
|--|--|
| ☐ Вам 6 лет или меньше | ☐ Диабет |
| ☐ Вам 65 лет или больше | ☐ Вы используете кислород в домашних условиях |
| ☐ В настоящее время вы беременны или еще не прошло 12 месяцев после родов | ☐ Вы страдаете хроническим заболеванием почек |
| ☐ Имеются физические, сенсорные, интеллектуальные нарушения или нарушения развития | ☐ Вы страдаете болезнью Паркинсона |
| ☐ Вы принимаете лекарство(-а), которое(-ые) необходимо хранить в холодильнике | ☐ Вы страдаете рассеянным склерозом (MS) |
| ☐ Вы пользуетесь медицинским оборудованием или вспомогательными устройствами, для работы которых требуется электричество. | ☐ Другое (укажите): |

Испрашиваемое устройство для чрезвычайных погодных условий

- ☐ Портативный кондиционер ☐ Портативный электрический обогреватель
- ☐ Очиститель воздуха (включает в себя один сменный фильтр) ☐ Мини-холодильник для хранения лекарств
- ☐ Портативный источник питания для медицинского оборудования во время отключения электроэнергии

Пожалуйста, укажите тип медицинского оборудования, например, капельницы, насос для кормления, небулайзер:

Дополнительные устройства для чрезвычайных погодных условий, такие как:

- ☐ Удлинительный шнур
(по одному на устройство, доступен для всех устройств, за исключением портативных обогревателей и портативных источников питания)

6-футовый шнур для: ☐ Кондиционера ☐ Очистителя воздуха ☐ Холодильника

10-футовый шнур для: ☐ Кондиционера ☐ Очистителя воздуха ☐ Холодильника

☐ Настенный переходник (с 3-контактного на 2-контактный)

☐ Замена фильтра воздухоочистителя (для повторных запросов после получения воздухоочистителя):

Марка _____ № модели _____

Пожалуйста, укажите адрес доставки и любые конкретные инструкции по доставке устройства для чрезвычайных погодных условий:

☐ За последние 36 месяцев (3 года) я получал(-а) устройства, аналогичные указанным выше, по местной программе, программе штата или программе, финансируемой из федерального бюджета.

Если вы отметили эту клеточку, то зачем нужно другое устройство?

- ☐ Устройство сломано ☐ Устройство было утеряно или украдено ☐ По медицинским причинам ☐ Другое. Пожалуйста, поясните:

Даете ли вы согласие на то, чтобы мы связались с подрядчиком по установке климатического оборудования для организации необходимых работ? ☐ Да ☐ Нет

Рассмотрение и утверждение заявок занимает 2-4 недели. Создаст ли этот срок угрозу для вашего здоровья или безопасности? ☐ Да ☐ Нет
Если да, пожалуйста, сообщите нам об этом ниже. Мы можем попытаться обработать запрос быстрее, если он срочный.

Установление контакта

Мы свяжемся с вами, чтобы обсудить эту заявку. Как лучше с вами связаться?

☐ По телефону (пожалуйста, укажите номер телефона): _____

☐ СМС (укажите номер телефона, если он отличается от указанного выше): _____

☐ Эл. почта: _____

☐ Другое: _____

☐ Свяжитесь с моим представителем:

Имя и фамилия: _____

Телефон _____

Почтовый адрес _____

Подтверждение и согласие участника

- ☐ Я хотел(а) бы, чтобы моя страховая компания рассмотрела возможность предоставления мне оборудования для помощи в период экстремальных погодных условий.
- ☐ В случае утверждения заявки я согласен(-сна) на получение запрашиваемых мною услуг.
- ☐ Моя страховая компания может связываться для получения дополнительной информации со мной или с моим лечащим врачом по электронной почте и/или в текстовых сообщениях; я могу отказаться от таких уведомлений в любое время. Моя страховая компания имеет право доступа к моим медицинским данным. Это включает сведения о необходимой мне медицинской помощи. В том числе медицинские документы, полученные от организаций и специалистов, оказывающих мне медицинскую помощь.
- ☐ Я могу безопасно пользоваться климатическим оборудованием по месту проживания. Я могу безопасно и на законных основаниях подключить устройство.
- ☐ Насколько мне известно, вся информация, указанная мной в данной форме, является достоверной, точной и полной.
- ☐ Если я предоставляю ложную или неверную информацию, мне могут грозить штрафные санкции в соответствии с законодательством штата или федеральным законодательством.
Это может означать, что мне придется возместить стоимость любых услуг, предоставленных по данной заявке.
- ☐ Я даю согласие на использование информационно-технологических методов обмена персональными данными.

Подпись

Пожалуйста, подпишите эту заявку.

Представитель может подписать этот документ от имени заявителя, в том числе в случаях, если заявитель является несовершеннолетним.

Имя заявителя _____

Подпись заявителя: _____

Имя представителя: _____

Подпись представителя: _____

Дата: _____

Отправить по факсу: 503-416-1376 или по эл. почте: hrsncx@careoregon.org

Вы можете получить этот документ на других языках, напечатанный крупным шрифтом, шрифтом Брайля или в другом предпочитаемом вами формате. У вас есть право на услуги переводчика. Вы можете получить помощь сертифицированного или квалифицированного медицинского переводчика. Эта помощь предоставляется бесплатно. Позвоните в свою ССО (координирующую организацию медицинской помощи) по бесплатному номеру, используйте ТТУ 711 или обратитесь к своему лечащему врачу. Мы принимаем телефонные звонки через службу ретрансляции.

Для CareOregon Health Share: 800-224-4840

Для Columbia Pacific CCO: 855-722-8206

Для Jackson Care Connect: 855-722-8208

For completion by CareOregon staff only:

Authorization number: _____