



气候调节设备申请表格

最后更新于:2026 年 7 月

本计划专为患有复杂健康状况的会员而设。申请时, 请以家中健康状况最复杂的 OHP 会员 (特别是 6 岁以下或 65 岁以上的会员) 的名义进行申请。在极端天气期间, 我们或许能协助您获取用于管理您健康状况的设备。

请完整填写此表格。通过传真 503-416-1376, 或电邮 hsrcnx@careoregon.org 提交
如需协助填写此表格, 请致电 971-236-2998。

服务申请协议

- ☐ 是
☐ 否

我要求我的健康计划提供协助, 以确认我是否符合获取气候调节设备的资格。

会员信息

OHP/Medicaid ID # (如已知) _____

出生日期 (月月/日日/年年年年): _____ 该会员是否未满 18 岁? ☐ 是 ☐ 否

如果是, 请提供负责处理相关问题或协调该福利事宜的联系人姓名及其与您的关系:

姓名 (与显示在 OHP/Medicaid 卡上的一致): _____

首选姓名和代词: _____

电邮: _____

初级保健提供者姓名: _____

家庭人数: _____ 家庭年收入: _____

您家中所有成员的姓名, 以及他们是否有 OHP 保险:

姓名	OHP 保险	姓名	OHP 保险
	☐ 是 ☐ 否		☐ 是 ☐ 否
	☐ 是 ☐ 否		☐ 是 ☐ 否
	☐ 是 ☐ 否		☐ 是 ☐ 否

无障碍需求： ☐ 手语 ☐ 盲文 ☐ 大号字 ☐ 口译员 _____

(请列出语言)

如果您是代会员填写此表格, 请在下方填写您的详细信息:

姓名: _____

与会员的关系: _____ 电话号码: _____

可以就关于此申请联系我 (或填写此表格的人): ☐ 是 ☐ 否

如果您是协助此申请的提供者或个案经理, 并希望接收进度更新, 请提供以下信息:

姓名和联系信息: _____

机构: _____ 我是一位: ☐ 个案经理 ☐ HRSN 提供者

我的 OHP/Medicaid 保险承保机构为:



*仅是 CareOregon



目前状况

请勾选适用于申请气候调节设备的人员的方框。

- ☐ 我将在未来三个月内符合 Medicare 和 Oregon Health Plan 的参保资格
- ☐ 我首次加入 Medicare 和 Oregon Health Plan 的时间还不到九个月
- ☐ 我可能会变成无家可归或很快会失去住所
- ☐ 我目前是无家可归
- ☐ 我没有固定的住所, 或我正寄宿在他人家里
- ☐ 过去 12 个月内, 我曾在 Oregon State Hospital 接受护理,
或参加过大型药物滥用障碍住院治疗或戒断管理计划
- ☐ 过去的 12 个月内, 我从监狱、拘留中心、俄勒冈州青少年管理局 (Oregon Youth Authority)
设施, 或惩教所获释
- ☐ 在我一生中的某些时段, 曾涉及俄勒冈州的儿童福利服务。我曾接受寄养或替代照料服务,
获得过收养、监护协助或家庭维系服务, 或因儿童福利问题而要上法庭
- ☐ 我是一名有特殊健康护理需求的年轻人 (Young Adult with Special Health Care Needs, YSHCN)
- ☐ 以上皆不是

健康状况

请勾选适用于您健康状况的方框（可多选）：

- | | |
|--|---|
| ☐ 6 岁或以下儿童 | ☐ 有需要电力运行的医疗装备或辅助技术 |
| ☐ 65 岁或以上 | ☐ 有糖尿病 |
| ☐ 目前怀孕或产后 12 个月内 | ☐ 在家使用氧气 |
| ☐ 有感官、身体、智力或发育方面的残疾 | ☐ 有慢性肾病 |
| ☐ 有需要冷藏的药物 | ☐ 有帕金森病 |
| ☐ 其他（请说明）： | ☐ 有多发性硬化症 (multiple sclerosis, MS) |

申请气候调节设备

- | | |
|--|--------------------------------------|
| ☐ 便携式空调 | ☐ 便携式电暖器 |
| ☐ 空气净化器 (包括一个替换滤网) | ☐ 用于存放药物的小型冰箱 |
| ☐ 停电期间供医疗装备使用的便携式电源 | |

请列出医疗装备类型 (例如, 静脉输液、喂食泵、雾化器):

其他气候调节辅助用品, 例如:

- ☐ 延长线
(每台设备配一条, 除便携式电暖器和便携式电源外, 所有设备均可提供)

6 英尺的线用于: ☐ 空调 ☐ 空气净化器 ☐ 冰箱

10 英尺的线用于: ☐ 空调 ☐ 空气净化器 ☐ 冰箱

☐ 墙壁插座适配器 (从 3 孔转 2 孔)

☐ 空气净化器替换滤网 (适用于已收到空气净化器后的后续申请):

品牌 _____ 型号 # _____

请包括气候调节设备的送货地址和任何具体的送货说明:

☐ 在过去 36 个月 (3 年) 内, 我已从地方、州或联邦资助的计划中收到过与上述申请的类似物品。

如果您勾选了此方框, 为何需要另一台设备?

☐ 设备损坏 ☐ 设备丢失或被盗 ☐ 医疗原因

☐ 其他 (请解释):

我们是否可以联系气候调节设备安装供应商, 以协助协调所需服务: ☐ 是 ☐ 否

申请审核和批准需要 2-4 周时间。这时段是否会危及您的安全? ☐ 是 ☐ 否

如果是, 请在下方告知我们。如果情况紧急, 我们可以尝试加快处理申请。

外联

我们将联系您讨论此申请。您希望我们通过何种方式与您联系?

☐ 打电话 (请列出一个电话号码): _____

☐ 短信 (如果与以上不同, 列出电话号码): _____

☐ 电邮: _____

☐ 其他: _____

☐ 联系我的代表:

姓名: _____

电话: _____

邮寄地址: _____

会员确认和批准

- ☐ 我希望我的健康计划机构评估我是否符合资格, 以获取能在极端天气期间为我提供帮助的设备。
- ☐ 如果获批准, 我同意接受我所申请的服务。
- ☐ 我的健康计划机构可以通过电子通讯方式, 包括电邮和/或短信, 联系我或我的提供者以获取更多信息; 我可以随时停止订阅此类通讯。
我的健康计划机构可以查阅我的记录。这包括关于我护理需求的记录。也可能包括来自我的健康护理提供者的记录。
- ☐ 我可以在住所安全地使用该气候调节设备。我可以安全且合法地将设备接通电源。
- ☐ 据我所知, 我在这申请中提供的信息均真实、正确且完整。
- ☐ 如果我提供虚假或错误信息, 我可能会面临州或联邦法律规定的处罚。
这可能包括必须偿还因这申请而获得的服务所产生的费用。
- ☐ 我同意使用信息技术方法分享个人数据。

签名

请签署这份申请。代表可以代会员签署此表格, 包括如果会员是未成年人。

会员姓名: _____

会员签名: _____

代表姓名: _____

代表签名: _____

日期: _____

通过传真提交: 503-416-1376 或 电邮: hrsncx@careoregon.org

您可以获取本文件的其他语言版本、大字版、盲文版或您偏好的格式版本。您也有权获得口译服务。您可以获得经认证或具备资质的健康护理口译员的帮助。此帮助是免费的。拨打您的 CCO 免费电话, TTY (电传打字机) 711, 或告知您的提供者。我们接受中继通话。

CareOregon Health Share: 800-224-4840

Columbia Pacific CCO: 855-722-8206

Jackson Care Connect: 855-722-8208

For completion by CareOregon staff only

Authorization number: _____