



氣候調節設備申請表格

最後更新於:2026 年 7 月

本計劃是為患有複雜健康狀況的會員而設。申請時, 請以家中健康情況最複雜的 OHP 會員 (特別是 6 歲以下或 65 歲以上的會員) 的名義進行申請。在極端天氣期間, 我們或許能協助您獲取用於管理您健康狀況的設備。

請完整填寫此表格。透過傳真 503-416-1376, 或電子郵件 hsrcnx@careoregon.org 提交
如需協助填寫此表格, 請致電 971-236-2998。

服務申請協定

- ☐ 是
☐ 否 我要求我的健康計劃提供協助, 以確認我是否符合獲取氣候調節設備的資格。

會員資訊

OHP/Medicaid ID # (如已知) _____

出生日期 (月月/日日/年年年年): _____ 該會員是否未滿 18 歲? ☐ 是 ☐ 否

如果是, 請提供負責處理相關問題或協調該福利事宜的聯繫人姓名及其與您的關係:

姓名 (與顯示在 OHP/Medicaid 卡上的一致): _____

首選姓名和代詞: _____

電子郵件: _____

初級保健提供者姓名: _____

家庭人數: _____ 家庭年收入: _____

您家中所有成員的姓名, 以及他們是否有 OHP 保險:

姓名	OHP 保險	姓名	OHP 保險
	☐ 是 ☐ 否		☐ 是 ☐ 否
	☐ 是 ☐ 否		☐ 是 ☐ 否
	☐ 是 ☐ 否		☐ 是 ☐ 否

無障礙需求: ☐ 手語 ☐ 盲文 ☐ 大字型 ☐ 口譯員 _____
(請列出語言)

如果您是代會員填寫此表格, 請在下方填寫您的詳細資訊:

姓名: _____

與會員的關係: _____ 電話號碼: _____

可以就關於此申請聯繫我 (或填寫此表格的人): ☐ 是 ☐ 否

如果您是協助此申請的提供者或個案經理, 並希望接收進度更新, 請提供以下資訊:

姓名和聯繫資訊: _____

機構: _____ 我是一位: ☐ 個案經理 ☐ HRSN 提供者

我的 OHP/Medicaid 保險承保機構為:



目前狀況

請勾選適用於申請氣候調節設備的人員的方框。

- ☐ 我將在未來三個月內符合 Medicare 和 Oregon Health Plan
- ☐ 我首次加入 Medicare 和 Oregon Health Plan 的時間還不到九個月
- ☐ 我可能會變成無家可歸或很快會失去住所
- ☐ 我目前是無家可歸
- ☐ 我沒有固定的住所, 或我正寄宿在他人家裡
- ☐ 過去 12 個月內, 我曾在 Oregon State Hospital 接受護理, 或參加過大型藥物濫用障礙住院治療或戒斷管理計劃
- ☐ 過去的 12 個月內, 我從監獄、拘留中心、俄勒岡州青少年管理局 (Oregon Youth Authority) 設施, 或懲教所獲釋
- ☐ 在我一生中的某些時段, 曾涉及俄勒岡州的兒童福利服務。我曾接受寄養或替代照料服務, 獲得過收養、監護協助或家庭維繫服務, 或因兒童福利問題而要上法庭
- ☐ 我是一名有特殊健康護理需求的年輕人 (Young Adult with Special Health Care Needs, YSHCN)
- ☐ 以上皆不是

健康情況

請勾選適用於您健康狀況的方框（可多選）：

- | | |
|--|---|
| ☐ 6 歲或以下兒童 | ☐ 有需要電力運行的醫療裝備或輔助技術 |
| ☐ 65 歲或以上 | ☐ 有糖尿病 |
| ☐ 目前懷孕或產後 12 個月內 | ☐ 在家使用氧氣 |
| ☐ 有感官、身體、智力或發育方面的殘障 | ☐ 有慢性腎病 |
| ☐ 有需要冷藏的藥物 | ☐ 有帕金森病 |
| ☐ 其他（請說明）： | ☐ 有多发性硬化症 (multiple sclerosis, MS) |

申請氣候調節設備

- | | |
|--|--------------------------------------|
| ☐ 便攜式空調 | ☐ 便攜式電暖器 |
| ☐ 空氣淨化器（包括一個替換濾網） | ☐ 用於存放藥物的小型冰箱 |
| ☐ 停電期間供醫療裝備使用的攜帶型電源 | |

請列出醫療裝備類型（例如，靜脈輸液、餵食泵、霧化器）：

其他氣候調節輔助用品，例如：

- ☐ 延長線
（每台設備配一條，除便攜式電暖器和攜帶型電源外，所有設備均可提供）

6 英尺的線用於：☐ 空調 ☐ 空氣淨化器 ☐ 冰箱

10 英尺的線用於：☐ 空調 ☐ 空氣淨化器 ☐ 冰箱

☐ 牆壁插座轉接器（從 3 孔轉 2 孔）

☐ 空氣淨化器替換濾網（適用於已收到空氣淨化器后的後續申請）：

品牌 _____ 型號 # _____

請包括氣候調節裝置的送貨地址和任何具體的送貨說明：

☐ 在過去 36 個月 (3 年) 內, 我已從地方、州或聯邦資助的計劃中收到過與上述申請的類似物品。
如果您勾選了此方框, 為何需要另一台設備?

☐ 設備損壞

☐ 設備丟失或被盜

☐ 醫療原因

☐ 其他 (請解釋):

我們是否可以聯繫氣候調節設備安裝供應商, 以協助協調所需服務: ☐ 是 ☐ 否

申請審核和批准需要 2-4 週時間。這時段是否會危及您的安全? ☐ 是 ☐ 否

如果是, 請在下方告知我們。如果情況緊急, 我們可以嘗試加快處理申請。

外聯

我們將聯繫您討論此申請。您希望我們透過何種方式與您聯繫?

☐ 打電話 (請列出一個電話號碼): _____

☐ 簡訊 (如果與以上不同, 列出電話號碼): _____

☐ 電子郵件: _____

☐ 其他: _____

☐ 聯繫我的代表:

姓名: _____

電話: _____

郵寄地址: _____

會員確認和批准

- ☐ 我希望我的健康計劃機構評估我是否符合資格, 以獲取能在極端天氣期間為我提供幫助的設備。
- ☐ 如果獲批准, 我同意接受我所申請的服務。
- ☐ 我的健康計劃機構可以 通過電子通訊方式, 包括電子郵件和/或簡訊, 聯繫我或我的提供者以獲取更多資訊; 我可以隨時停止訂閱此類通訊。我的健康計劃機構可以查閱我的記錄。這包括關於我護理需求的記錄。也可能包括來自我的健康護理提供者的記錄。
- ☐ 我可以在住所安全地使用該氣候調節設備。我可以安全且合法地將設備接通電源。
- ☐ 據我所知, 我在這申請中提供的所有資訊均真實、正確且完整。
- ☐ 如果我提供虛假或錯誤資訊, 我可能會面臨州或聯邦法律規定的處罰。這可能包括必須償還因這申請而獲得的服務所產生的費用。
- ☐ 我同意使用資訊技術方法分享個人數據。

簽名

請簽署這份申請。

代表可以代會員簽署此表格, 包括如果會員是未成年人。

會員姓名: _____

會員簽名: _____

代表姓名: _____

代表簽名: _____

日期: _____

透過傳真提交: 503-416-1376 或電子郵件: hrrsncx@careoregon.org

您可以獲取本文件的其他語言版本、大字版、盲文版或您偏好的格式版本。您也有權獲得口譯服務。您可以獲得經認證或具備資質的健康護理口譯員的幫助。此幫助是免費的。撥打您的 CCO 免費電話, TTY (電傳打字機) 711, 或告知您的提供者。我們接受中繼通話。

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: _____