



Mẫu đơn Yêu cầu Thiết bị Khí hậu

Cập nhật lần gần nhất: Tháng 5 năm 2026

Chương trình này dành cho các hội viên có bệnh lý phức tạp. Khi nộp đơn, hãy sử dụng Hội viên OHP trong gia đình quý vị có bệnh lý phức tạp nhất, đặc biệt là những người dưới 6 tuổi hoặc trên 65 tuổi. Chúng tôi có thể giúp quý vị nhận được thiết bị để quản lý (các) bệnh lý của quý vị trong điều kiện thời tiết khắc nghiệt.

Vui lòng điền đầy đủ thông tin vào mẫu đơn này. Gửi qua fax theo số 503-416-1376 hoặc gửi email tới hsrcncx@careoregon.org

Nếu quý vị cần được hỗ trợ khi điền thông tin vào mẫu đơn này, vui lòng gọi số 971-236-2998.

Yêu cầu thỏa thuận dịch vụ

- ☐ Có Tôi đang yêu cầu sự hỗ trợ từ chương trình bảo hiểm sức khỏe của mình để xem liệu tôi có đủ điều kiện nhận thiết bị khí hậu hay không.
- ☐ Không

Thông tin hội viên

Mã số (ID) OHP/Medicaid (nếu biết) _____

Ngày sinh (tháng/ngày/năm): _____ Hội viên có dưới 18 tuổi không? ☐ Có ☐ Không

Nếu có, vui lòng cung cấp tên người cần được liên hệ nếu chương trình có thắc mắc hoặc cần phối hợp về quyền lợi, và mối quan hệ của họ với quý vị: _____

Tên (như được ghi trên thẻ OHP/Medicaid): _____

Tên và đại từ nhân xưng lựa chọn: _____

Email: _____

Tên của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cơ bản: _____

Tên của tất cả các hội viên trong gia đình quý vị và họ có bảo hiểm OHP hay không:

Tên	Bảo hiểm OHP	Tên	Bảo hiểm OHP
	☐ Có		☐ Có
	☐ Không		☐ Không
	☐ Có		☐ Có
	☐ Không		☐ Không
	☐ Có		☐ Có
	☐ Không		☐ Không

Nhu cầu về khả năng tiếp cận: ☐ Ngôn ngữ ký hiệu ☐ Chữ nổi Braille ☐ Phông chữ lớn
☐ Phiên dịch viên _____

(Vui lòng ghi rõ ngôn ngữ)

Nếu quý vị đang điền mẫu đơn này cho một hội viên, vui lòng nhập thông tin của quý vị bên dưới:

Tên: _____

Mối quan hệ với hội viên: _____ Số điện thoại: _____

Chương trình có thể liên hệ với tôi (hoặc người điền thông tin vào mẫu đơn này) về yêu cầu này:

☐ Có ☐ Không

Nếu quý vị là nhà cung cấp dịch vụ hoặc người quản lý trường hợp đang hỗ trợ yêu cầu này và muốn nhận thông tin cập nhật, vui lòng ghi rõ:

Tên và thông tin liên hệ: _____

Tổ chức: _____ Tôi là: ☐ Nhân viên quản lý trường hợp
☐ Nhà cung cấp HRSN

Tôi có bảo hiểm OHP/Medicaid với:



*Chỉ CareOregon



Hoàn cảnh hiện nay

Vui lòng đánh dấu vào (các) ô đúng với người yêu cầu thiết bị khí hậu.

- ☐ Tôi sẽ đủ điều kiện để nhận Medicare và Oregon Health Plan trong ba tháng tới
- ☐ Tôi đã ghi danh vào Medicare và Oregon Health Plan lần đầu tiên chưa đầy chín tháng trước
- ☐ Tôi có thể sớm trở thành người vô gia cư hoặc mất chỗ ở
- ☐ Tôi hiện đang trong cảnh vô gia cư.
- ☐ Tôi không có chỗ ngủ cố định hoặc đang ở nhờ nhà người khác.
- ☐ Tôi đã được chăm sóc tại Oregon State Hospital hoặc tham gia chương trình điều trị nội trú hoặc quản lý triệu chứng khi cai nghiện cho rối loạn sử dụng chất gây nghiện có quy mô lớn trong vòng 12 tháng qua
- ☐ Tôi đã rời khỏi nhà tù, trung tâm giam giữ, cơ sở của Cơ quan Quản lý Thanh thiếu niên Oregon (Oregon Youth Authority), hoặc trại giam trong 12 tháng qua
- ☐ Tôi từng nhận các dịch vụ bảo vệ quyền lợi của trẻ em ở Oregon vào một thời điểm nào đó trong đời. Tôi từng sống trong gia đình nhận nuôi hoặc hệ thống chăm sóc thay thế, nhận hỗ trợ về nhận

con nuôi hoặc giám hộ, hoặc các dịch vụ bảo vệ gia đình, hoặc từng ra tòa liên quan đến quyền lợi của trẻ em

☐ Tôi là một Thanh thiếu niên có Nhu cầu Đặc biệt về Chăm sóc Sức khỏe (Young Adult with Special Health Care Needs - YSHCN).

☐ Không có câu nào ở trên

Tình trạng sức khỏe

☐ Có Có tình trạng sức khỏe nào trong danh sách dưới đây áp dụng cho trường hợp của quý vị

☐ Không không?

Vui lòng đánh dấu vào (các) ô thích hợp:

☐ 6 tuổi trở xuống

☐ 65 tuổi trở lên

☐ Hiện đang mang thai hoặc mới sinh con trong vòng 12 tháng trước

☐ Có một khuyết tật về giác quan, thể chất, trí tuệ hoặc phát triển

☐ Có (các) loại thuốc cần bảo quản trong tủ lạnh

☐ Có thiết bị y tế hoặc công nghệ hỗ trợ mà cần điện để hoạt động

☐ Mắc bệnh tiểu đường

☐ Sử dụng oxy tại nhà

☐ Mắc bệnh thận mạn tính

☐ Mắc bệnh Parkinson

☐ Mắc bệnh đa xơ cứng (multiple sclerosis - MS)

Thiết bị khí hậu được yêu cầu

☐ Máy điều hòa không khí di động

☐ Máy sưởi điện di động

☐ Máy lọc không khí (bao gồm một tấm lọc thay thế)

☐ Tủ lạnh mini để đựng thuốc

☐ Nguồn điện dự phòng cho thiết bị y tế trong trường hợp mất điện

Vui lòng liệt kê loại thiết bị y tế (ví dụ: truyền dịch tĩnh mạch, máy bơm dinh dưỡng, máy phun khí dung):

Các vật dụng khác để hỗ trợ về khí hậu như:

☐ Dây nối dài
(mỗi thiết bị một cái, được cung cấp cho tất cả các thiết bị trừ máy sưởi di động và bộ nguồn điện di động)

Dây dài 6 feet dùng cho: ☐ Máy điều hòa không khí ☐ Máy lọc không khí ☐ Tủ lạnh

Dây dài 10 feet dùng cho: ☐ Máy điều hòa không khí ☐ Máy lọc không khí ☐ Tủ lạnh

☐ Bộ chuyển đổi phích cắm tường (từ 3 chấu sang 2 chấu)

☐ Tắm lọc thay thế cho máy lọc không khí (dành cho các yêu cầu bổ sung sau khi nhận máy lọc không khí):

Thương hiệu _____ Mã sản phẩm _____

Vui lòng cung cấp địa chỉ giao hàng và bất kỳ hướng dẫn cụ thể nào khi giao thiết bị khí hậu:

☐ Tôi đã nhận được một vật phẩm tương tự như (những) vật phẩm được yêu cầu ở trên từ một chương trình do địa phương, tiểu bang hoặc liên bang tài trợ trong vòng 36 tháng (3 năm) qua. Nếu quý vị đánh dấu vào ô này, tại sao lại cần thêm một thiết bị nữa?

☐ Thiết bị đã hỏng ☐ Thiết bị đã mất hoặc bị đánh cắp ☐ Lý do y tế

☐ Khác (vui lòng giải thích):

Chúng tôi có được phép liên hệ với (các) đơn vị lắp đặt thiết bị khí hậu để điều phối các dịch vụ cần thiết không? ☐ Có ☐ Không

Quá trình xem xét và chấp thuận yêu cầu mất từ 2 đến 4 tuần. Khoảng thời gian này có gây nguy hiểm cho quý vị không? ☐ Có ☐ Không

Nếu có, vui lòng cho chúng tôi biết ở phần bên dưới. Chúng tôi có thể cố gắng xử lý yêu cầu nhanh hơn trong các trường hợp khẩn cấp.

Liên hệ

Chúng tôi sẽ liên hệ với quý vị để thảo luận về yêu cầu này. Quý vị muốn chúng tôi liên lạc với quý vị bằng cách nào?

☐ Cuộc gọi điện thoại (Vui lòng ghi rõ số điện thoại): _____

Chương trình có thể để lại lời nhắn thoại chi tiết về yêu cầu này: ☐ Có ☐ Không

☐ Tin nhắn văn bản (Nếu khác với số điện thoại trên, vui lòng ghi số điện thoại): _____

☐ Email: _____

☐ Khác : _____

☐ Hãy liên hệ với người đại diện của tôi:

Tên: _____

Điện thoại: _____

Địa chỉ nhận thư: _____

- ☐ Tôi muốn kết nối với một điều phối viên dịch vụ chăm sóc. Tôi cần thêm sự hỗ trợ trong việc quản lý (các) bệnh lý của mình. Tôi đã liệt kê những nhu cầu của mình bên dưới:

Hội viên xác nhận và chấp thuận

- ☐ Tôi muốn chương trình bảo hiểm sức khỏe xem xét liệu tôi có đủ điều kiện để nhận một thiết bị hỗ trợ trong điều kiện thời tiết khắc nghiệt hay không.
- ☐ Nếu được chấp thuận, tôi đồng ý nhận các dịch vụ mà tôi yêu cầu.
- ☐ Chương trình bảo hiểm sức khỏe có thể liên hệ với tôi hoặc nhà cung cấp dịch vụ của tôi để hỏi thêm thông tin thông qua các phương tiện liên lạc điện tử bao gồm email và/hoặc tin nhắn văn bản mà tôi có thể hủy đăng ký bất cứ lúc nào. Chương trình bảo hiểm sức khỏe có thể xem xét các hồ sơ của tôi. Điều này bao gồm hồ sơ về những nhu cầu chăm sóc của tôi. Hồ sơ cũng có thể bao gồm các loại tài liệu từ các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của tôi.
- ☐ Tôi có thể sử dụng thiết bị khí hậu một cách an toàn tại nơi tôi sống. Tôi có thể cấm thiết bị một cách an toàn và hợp pháp.
- ☐ Theo như tôi biết, tất cả thông tin tôi cung cấp trong yêu cầu này đều đúng sự thật, chính xác và đầy đủ.
- ☐ Nếu tôi cung cấp thông tin sai lệch hoặc không chính xác, tôi có thể phải chịu hình phạt theo luật pháp tiểu bang hoặc liên bang.
Điều này có thể bao gồm việc phải hoàn trả tiền cho bất kỳ dịch vụ nào tôi nhận được do yêu cầu này.
- ☐ Tôi đồng ý với việc sử dụng các phương pháp công nghệ thông tin để chia sẻ dữ liệu cá nhân.

Chữ ký

Vui lòng ký tên vào yêu cầu này.

Người đại diện có thể ký tên vào mẫu đơn này thay cho hội viên, bao gồm trường hợp hội viên đó là trẻ vị thành niên.

Tên hội viên: _____

Chữ ký của hội viên: _____

Tên người đại diện: _____

Chữ ký của người đại diện: _____

Ngày: _____

Gửi qua fax: 503-416-1376 hoặc email: hrrsncx@careoregon.org

Quý vị có thể nhận được tài liệu này bằng các ngôn ngữ khác, chữ cỡ lớn, chữ nổi Braille hoặc một định dạng quý vị muốn. Quý vị cũng có quyền được sử dụng một phiên dịch viên. Quý vị có thể nhận được sự trợ giúp từ một phiên dịch viên có trình độ hoặc được chứng nhận trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe. Sự trợ giúp này được cung cấp miễn phí. Gọi cho CCO của quý vị theo số miễn phí, TTY 711, hoặc thông báo cho nhà cung cấp dịch vụ của quý vị. Chúng tôi chấp nhận cuộc gọi chuyển tiếp.

Để liên lạc với CareOregon Health Share: 800-224-4840

Để liên lạc với Columbia Pacific CCO: 855-722-8206

Để liên lạc với Jackson Care Connect: 855-722-8208

Chỉ dành cho nhân viên CareOregon điền thông tin

Mã số chấp thuận: _____