

قد تتمكن CareOregon من مساعدتك في الحصول على مدفأة أو مكيف هواء أو مرشح هواء أو ثلاجة صغيرة أو مصدر إمداد بالطاقة للتعامل مع ظروف طبية معينة في أثناء الطقس المتطرف. يُرجى الاطلاع على صفحة التعليمات بشأن كيفية ملء هذا النموذج.

أرسل النموذج عبر الفاكس: 503-416-4726 أو البريد الإلكتروني: requests.social.determinants@careoregon.org

طلب اتفاقية الخدمات

أطلب المساعدة من خطتي الصحية لمعرفة ما إذا كنت مؤهلاً للحصول على جهاز يساعدني في أثناء الطقس المتطرف.
نعم لا

معلومات العضو

رقم هوية Medicaid الخاص بي (إذا كان معروفًا): _____
تاريخ الميلاد (شهر/يوم/سنة): _____
اسمي على بطاقة Medicaid/(OHP) Oregon Health Plan الخاصة بي: _____
الاسم والضمائر المختارة: _____
الاحتياجات المتعلقة بإمكانية الوصول (اللغة المتحدثة المفضلة، أو لغة الإشارة، أو استخدام طريقة برايل، أو الخطوط الكبيرة): _____
الشخص الذي يملأ النموذج وعلاقته بالعضو (إذا كان ينطبق): الاسم: _____
العلاقة: _____
المنظمة: _____
رقم الهاتف: _____
يمكن التواصل معي بشأن هذا الطلب: نعم لا

أنا مشترك في OHP/Medicaid مع:

Coordinated Care Organization
(CCO، منظمة رعاية منسقة)
غير مدرجة


Jackson Care Connect CCO


Columbia Pacific CCO


CareOregon
Health Share of Oregon
CareOregon

لست مشتركًا في OHP/أحتاج إلى المساعدة في تقديم طلب للحصول على OHP؛
يُرجى زيارة healthcare.oregon.gov/Pages/find-help.aspx لتلقي مزيد من الدعم.

الظروف الحالية

يُرجى تحديد المربع (المربعات) الذي ينطبق عليك أو على الشخص الذي تملأ هذا النموذج نيابةً عنه:

- سأصبح مؤهلاً لبرنامج Medicare بالإضافة إلى OHP خلال الأشهر الثلاثة القادمة.
- لقد سجلت في Medicare بالإضافة إلى OHP لأول مرة منذ فترة لا تزيد عن 9 أشهر.
- قد أصبح مشردًا أو أفقد مسكني قريبًا.
- أنا من المشردين حاليًا.
- ليس لدي مكان منتظم للنوم، أو أقيم في منزل شخص آخر.
- تلقيت الرعاية في مستشفى Oregon State Hospital، أو أحد البرامج الكبرى للعلاج السكني لاضطراب تعاطي مواد الإدمان أو إدارة الانسحاب خلال آخر 12 شهرًا.
- خرجت من الحبس أو مركز احتجاز أو منشأة Oregon Youth Authority (مؤسسة الأحداث في ولاية أوريغون) أو السجن خلال آخر 12 شهرًا.
- كنت مشتركًا في خدمات رعاية الطفل في ولاية أوريغون في وقت ما من حياتي. كنت أتلقى الرعاية البديلة أو المؤقتة، أو تلقيت مساعدة بشأن التبني أو الوصاية أو خدمات الحفاظ على الأسرة، أو كنت طرفًا في قضية بخصوص رعاية الطفل.
- لا شيء مما سبق.

الحالات الصحية

هل تنطبق أي من الحالات المذكورة أدناه عليك أو على الشخص الذي تملأ هذا النموذج نيابةً عنه؟

نعم لا

يُرجى تحديد المربع (المربعات) الذي ينطبق عليك أو على الشخص الذي تملأ هذا النموذج نيابةً عنه:

- عمري أصغر من 6 سنوات.
- عمري 65 سنة أو أكبر.
- أنا حامل في الوقت الحالي.
- لديّ إعاقة حسية أو جسدية أو ذهنية أو تنموية.
- أتناول دواءً (أدوية) يلزم حفظه في الثلاجة.
- أستخدم معدات طبية تحتاج إلى الكهرباء لتعمل.
- أستخدم وسيلة تكنولوجيا مساعدة تحتاج إلى الكهرباء لتعمل.
- أنا مصاب بمرض السكري.
- أستخدم الأكسجين في المنزل.
- أنا مصاب بمرض كلوي مزمن.
- أنا مصاب بمرض Multiple sclerosis (MS)، التصلب المتعدد.
- أنا مصاب بمرض باركنسون.

الحالات الصحيّة (يُتبع)

- تعرضت لإصابة في الحبل الشوكي (في الماضي أو حاليًا).
- أتلقى رعاية المحتضرين في المنزل.
- كنت مصابًا بمرض يتعلق بالحرارة (يُرجى التوضيح إذا أمكنك هذا):
- أنا مصاب بالفصام.
- أعاني اضطراب ثنائي القطب.
- أنا مصاب باضطراب اكتئابي شديد واحتجت إلى خدمات التعامل مع الأزمات أو دخول المستشفى أو العلاج السكني خلال آخر 12 شهرًا.
- أنا مصاب باضطراب سوء استخدام مواد الإدمان أو الكحول.
- أنا مصاب باضطراب عصبي إدراكي مثل الألزهايمر أو الخرف أو Traumatic Brain Injury (TBI)، إصابة رضحية في الدماغ).
- أتخدّى عن طريق أنبوب تغذية (معوية) أو قثطرة وريدية (عن طريق الحقن).
- أعاني حالة قلبية مزمنة مثل فشل القلب، أو أصبت بأزمة قلبية.
- أعاني حالة مزمنة تعرّضني لخطر الإصابة بجلطات دموية أو سكتة دماغية.
- أعاني حالات رئوية مزمنة أتناول أدوية من أجلها، مثل Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)، مرض الانسداد الرئوي المزمن) أو الربو أو التليف أو التهاب الشعب الهوائية المزمن أو توسع الشعب الهوائية أو مرض الرئة المقيد.
- حالة (حالات) صحيّة أخرى غير مدرجة:
- أفضل عدم الإجابة.

الجهاز المناخي المطلوب

- مكيف هواء متنقل
 - مدفأة كهربائية متنقلة
 - منقي الهواء (يتضمن مرشحًا واحدًا بديلًا)
 - ثلاجة صغيرة للأدوية
 - مصدر إمداد بالطاقة محمول لمعداتي الطبية في أثناء انقطاع الكهرباء.
- يُرجى ذكر نوع المعدات الطبية (مثل أجهزة التسريب الوريدي أو مضخة التغذية أو جهاز البخار للتنفس):

الجهاز المناخي المطلوب (يُتبع)

بنود إضافية داعمة للجهاز المناخي مثل:

سلك تمديد (سلك واحد لكل جهاز، متاح لجميع الأجهزة ما عدا المدافئ المتنقلة ومصدر الإمداد بالطاقة المحمول)

سلك طوله 6 أقدام لـ: مكيف الهواء منقي الهواء الثلاجة

سلك طوله 10 أقدام لـ: مكيف الهواء منقي الهواء الثلاجة

محول التوصيل بمقبس الحائط (من 3 أطراف إلى طرفين)

مرشح بديل لمنقي الهواء (طلبات المتابعة بعد تلقي منقي الهواء):

العلامة التجارية رقم الطراز

يُرجى إدراج عنوان التوصيل وأي تعليمات توصيل محددة للجهاز المناخي أدناه.

لقد حصلت على بند مشابه للبند (البنود) المطلوب أعلاه من برنامج محلي أو تابع للولاية أو ممول من الحكومة الفيدرالية خلال آخر 36 شهرًا (3 سنوات تقريبًا).

إذا وضعت علامة في المربع السابق، فلماذا تطلب جهازًا جديدًا؟

إن جدولنا الزمني القياسي لمراجعة الطلبات والموافقة عليها وإرسال بنود الأجهزة المناخية يتراوح بين أسبوعين و4 أسابيع. إذا كان هذا الجدول الزمني يمكن أن يعرّض صحتك أو سلامتك للخطر، أو صحة أو سلامة العضو الذي ترسل هذا الطلب نيابةً عنه، يُرجى تقديم التفاصيل أدناه. وسننظر في الطلب لمعالجته بشكل عاجل بناءً على هذه المعلومات.

التواصل

كيف تود أن نتواصل معك بشأن هذا الطلب؟

يمكن ترك رسالة

مفصلة بشأن طلبي:

نعم لا

الهاتف: _____

البريد الإلكتروني: _____

غير ذلك: _____

يُرجى التواصل مع ممثلي لمناقشة هذا الطلب.

الاسم: _____ الهاتف: _____

العنوان البريدي (إذا كان متاحًا ويختلف عن عنوان التوصيل): _____

أرغب في التواصل مع أحد منسقي الرعاية لتلقي مساعدة إضافية بشأن الوصول إلى الرعاية الطبية أو تلقي خدمات الصحة السلوكية أو إدارة الحالات الطبيّة المعقدة.

نعم لا

شهادة العضو وتصريحه

بالتوقيع على هذا النموذج، فإنني أفهم التالي وأوافق عليه:

- أود أن تعرف خطتي الصحية ما إذا كنت مؤهلاً للحصول على جهاز يساعدني في أثناء الطقس المتطرف. أوافق على تلقي الخدمات التي طلبتها أعلاه، في حالة اعتمادها.
- يمكن أن نتواصل معي خطتي الصحية للحصول على مزيد من المعلومات بشأن هذا الطلب. يجوز لخطتي الصحية الاطلاع على سجلاتي، بما في ذلك السجلات المتعلقة باحتياجاتي من الرعاية. قد يتضمن هذا أيضاً السجلات المتوفرة من مقدمي رعايتي الصحية.
- يمكنني استخدام الجهاز المناخي على نحو آمن في المكان الذي أعيش فيه. يمكنني توصيل الجهاز بالكهرباء على نحو آمن وقانوني.
- أوقع تحت طائلة عقوبة الحنث باليمين. هذا يعني أنه على حد علمي، جميع المعلومات التي قدمتها في هذا الطلب حقيقية وصحيحة وكاملة.
- إذا قدمت معلومات خاطئة أو غير حقيقية، يمكن أن أخضع لعقوبات بموجب قانون الولاية أو القانون الفيدرالي. قد يتضمن هذا ضرورة سداد الأموال المنفقة على أي خدمات ألقاها بسبب هذا الطلب.

التوقيع

يمكن أن يوقع ممثل على هذا النموذج نيابةً عن العضو، بما في ذلك ما إذا كان العضو قاصراً. اسم العضو: _____

توقيع العضو: _____

اسم الممثل: _____

توقيع الممثل: _____

التاريخ: _____

أرسل النموذج عبر الفاكس: 503-416-4726 أو البريد الإلكتروني: requests.social.determinants@careoregon.org

يمكنك الحصول على هذا المستند بلغات أخرى أو مطبوعاً بخط كبير أو بطريقة برايل أو بصيغة تفضلها. يمكنك أيضاً طلب الاستعانة بمترجم فوري. هذه المساعدة مجانية. اتصل برقم 800-224-4840 أو بـ TTY على رقم 711. نقبل المكالمات المحولة.

For completion by CareOregon staff only

Authorization number: _____