

CareOregon

气候装置申请表



CareOregon可帮助您在极端天气下获取应对特定医疗需求的装置，如取暖器、空调、空气净化器、小型冰箱或电源。请参阅说明页面，了解如何填写此表格。

通过传真提交：503-416-4726；或发送电子邮件至：requests.social.determinants@careoregon.org

服务申请协议

我正在向我的健康计划申请帮助，以确定自己是否有资格在极端天气下获取所需的装置。

是 否

会员信息

我的Medicaid ID号码（如知晓）： _____

出生日期（年/月/日）： _____

OHP/Medicaid卡上的姓名： _____

所选姓名及代名词： _____

无障碍需求（例如首选口头语言、手语、盲文或大字体）： _____

填表人及与会员的关系（如适用）： 姓名： _____

关系： _____

组织： _____

电话号码： _____

可以就此申请与我联络：是 否

我通过以下组织享受OHP/Medicaid:

-     未列出的CCO
- Health Share of Oregon: CareOregon Columbia Pacific CCO Jackson Care Connect CCO

我未享受OHP/我需要获取申请OHP方面的帮助；
请访问healthcare.oregon.gov/Pages/find-help.aspx获取更多帮助。

续

目前情况

请勾选适用于您或您代为填写此表之人的选项方块（可多选）：

- 我将在接下来的三个月内符合Medicare和OHP的资格。
- 我在前9个月内首次同时投保了Medicare和OHP。
- 我可能很快会无家可归或失去住房。
- 我目前处于无家可归的状况。
- 我没有固定的住所，或是住在别人的家里。
- 过去12个月内我曾在俄勒冈州立医院或大型物质使用障碍住院治疗或戒断管理计划中接受过护理服务。
- 过去12个月内，我从监狱、拘留中心、俄勒冈青少年管理局设施或关押机构中获释。
- 我曾在某个时期参与过俄勒冈州的儿童福利服务。我曾接受过寄养或代养、收养、监护协助、家庭维护服务或参与过涉及儿童福利的法院程序。
- 以上都不是。

健康状况

在以下列出的状况中，是否有适用于您或您代为填写此表之人的情况？

是 否

请勾选适用于您或您代为填写此表之人的选项方块（可多选）：

- 我未满6岁。
- 我已年满65岁。
- 我目前处于妊娠期。
- 我有感官、身体、智力或发育方面的障碍。
- 我在服用需要冷藏的药物。
- 我使用的医疗器材需要电力才能运作。
- 我使用的辅助技术需要电力才能运作。
- 我患有糖尿病。
- 我在家中需要使用氧气。
- 我患有慢性肾病。
- 我患有多发性硬化症 (Multiple Sclerosis, MS)。
- 我患有帕金森病。

健康状况（续）

- 我患有脊髓损伤（过去或现在）。
- 我正在接受居家安宁照护。
- 我过去曾患有热相关疾病（如能提供更多细节，请描述）：
- 我患有精神分裂症。
- 我患有双相情感障碍。
- 我患有重度抑郁症，并在过去12个月内曾需要危机干预、住院或寄宿式治疗。
- 我患有酒精或物质使用障碍。
- 我患有神经认知障碍，如阿尔兹海默病、痴呆症或创伤性脑损伤 (Traumatic Brain Injury, TBI)。我需要通过喂食管（肠道）或静脉导管（肠道外）来获取营养。
- 我患有慢性心脏病，如心力衰竭或曾发作过心脏病。
- 我患有会导致血栓或中风的慢性疾病。
- 我患有慢性肺部疾病，如慢性阻塞性肺病 (Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD)、哮喘、纤维化、慢性支气管炎、支气管扩张症或限制性肺病，并且正在接受药物治疗。
- 其他未列出的健康状况：
- 不愿作答。

申请的气候装置

- 便携式空调
- 便携式电暖器
- 空气净化器（含1个替换过滤芯）
- 药用小冰箱
- 在停电时为医疗器材供电的便携式电源。

请列出医疗器材类型（例如：静脉输液、喂食泵、雾化器）：

申请的气候装置（续）

其他支持性气候设备包括：

延长线（每个装置1条，便携式取暖器和便携式电源除外，其他装置均可使用）

6英尺长的电线，适用于： 空调 空气净化器 冰箱

10英尺长的电线，适用于： 空调 空气净化器 冰箱

墙壁插入式转接器（3孔转换为2孔）

空气净化器更换过滤芯（收到空气净化器后的后续要求）：

品牌_____ 型号_____

请在下方提供气候装置的送货地址及任何特殊的送货指示。

我在过去36个月（约3年）内曾收到过地方、州或联邦资助计划提供的类似物品。

如果您勾选了上面的方块，您现在申请新装置的理由是什么？

我们审核和批准申请以及配送气候装置的标准时间为2至4周。如果该时间会危及您或您代为提交此申请的成员的健康或安全，请在下方提供详细信息。我们将根据这些信息考虑紧急处理您的申请。

联系

您希望我们以什么方式联系您处理此申请？

电话：_____

电子邮件：_____

其他方式：_____

可以留下有关
本人申请的详细讯息：

是 否

请联系我的代表讨论有关此申请的事宜。

姓名：_____ 电话：_____

邮件地址（如有且与配送地址不同）：

我希望联系护理协调员以获取更多帮助，例如获得医疗护理、接受行为健康服务或管理复杂的医疗病症。

是 否

续

会员认证与授权

签署此表即表示本人理解并同意以下事项：

- 本人希望本人的健康计划能帮助确认自己是否有资格在极端天气下获取所需的装置。
- 如获批准，本人同意接受上述申请的服务。
- 本人的健康计划可以联系我获取更多有关此申请的信息。本人的健康计划可以查看本人的记录，包括有关护理需求的记录。这可能还包括本人医疗保健提供者提供的记录。
- 本人可以在本人的住所安全地使用这个气候装置，并且可以安全合法地连接这个装置。
- 本人据实签署，否则甘愿以伪证罪接受处罚。这表示，据本人所知，本人在此申请中提供的所有信息均准确、真实且完整。
- 若提供虚假或不实的信息，本人可能会根据州或联邦法律受到处罚。这可能包括需要偿还因该申请而获得的任何服务的费用。

签名

代表可以代会员签署此表格，包括会员是未成年人的情况。

会员签名： _____

代表姓名： _____

代表签名： _____

日期： _____

通过传真提交： 503-416-4726；或发送电子邮件至：requests.social.determinants@careoregon.org

您可使用其他语言、大字体印刷、盲文或偏好的格式取得此内容。您也可以申请口译服务。此项服务免费。拨打800-224-4840或TTY 711。我们接受中继通话。

仅供CareOregon工作人员填写

授权编号： _____