

# CareOregon

## 氣候裝置申請表



CareOregon可幫助您在極端天氣下獲取應對特定醫療需求的裝置，如取暖器、空調、空氣淨化器、小型冰箱或電源。請參閱說明頁面，了解如何填寫此表格。

透過傳真提交：503-416-4726；或發送電子郵件至：[requests.social.determinants@careoregon.org](mailto:requests.social.determinants@careoregon.org)

### 服務申請協議

我正在向我的健康計劃申請幫助，以確定自己是否有資格在極端天氣下獲取所需的裝置。

是 否

### 會員資訊

我的Medicaid ID號碼（如知曉）：\_\_\_\_\_

出生日期（年/月/日）：\_\_\_\_\_

OHP/Medicaid卡上的姓名：\_\_\_\_\_

所選姓名及代名詞：\_\_\_\_\_

無障礙需求（例如首選口頭語言、手語、盲文或大字體）：\_\_\_\_\_

填表人及與會員的關係（如適用）：

姓名：\_\_\_\_\_

關係：\_\_\_\_\_

組織：\_\_\_\_\_

電話號碼：\_\_\_\_\_

可以就此申請與我聯絡：是 否

### 我透過以下組織享受OHP/Medicaid：

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

我未享受OHP/我需要獲取申請OHP方面的幫助；請造訪[healthcare.oregon.gov/Pages/find-help.aspx](http://healthcare.oregon.gov/Pages/find-help.aspx)獲取更多支援。

## 目前情況

請勾選適用於您或您代為填寫此表之人的選項方塊（可多選）：

- 我將在接下來的三個月內符合Medicare和OHP的資格。
- 我在前9個月內首次同時投保了Medicare和OHP。
- 我可能很快會無家可歸或失去住房。
- 我目前處於無家可歸的狀況。
- 我沒有固定的住所，或是住在別人的家裡。
- 過去12個月內我曾在俄勒岡州立醫院或大型物質使用障礙住院治療或戒斷管理計劃中接受過護理服務。
- 過去12個月內，我從監獄、拘留中心、俄勒岡青少年管理局設施或關押機構中獲釋。
- 我曾在某個時期參與過俄勒岡州的兒童福利服務。
- 我曾接受過寄養或代養、收養、監護協助、家庭維護服務或參與過涉及兒童福利的法院程序。
- 以上都不是。

## 健康狀況

在以下列出的狀況中，是否有適用於您或您代為填寫此表之人的情況？

是       否

請勾選適用於您或您代為填寫此表之人的選項方塊（可多選）：

- 我未滿6歲。
- 我已年滿65歲。
- 我目前處於妊娠期。
- 我有感官、身體、智力或發育方面的障礙。
- 我在服用需要冷藏的藥物。
- 我使用的醫療器材需要電力才能運作。
- 我使用的輔助技術需要電力才能運作。
- 我患有糖尿病。
- 我在家中需要使用氧氣。
- 我患有慢性腎病。
- 我患有多發性硬化症 (Multiple Sclerosis, MS)。
- 我患有帕金森病。



## 申請的氣候裝置（續）

其他支援性氣候設備包括：

延長線（每個裝置1條，便攜式取暖器和便攜式電源除外，其他裝置均可使用）

6英尺長的電線，適用於： 空調  空氣淨化器  冰箱

10英尺長的電線，適用於： 空調  空氣淨化器  冰箱

牆壁插入式轉接器（3孔轉換為2孔）

空氣淨化器更換過濾芯（收到空氣淨化器後的後續要求）：

品牌

型號

請在下方提供氣候裝置的送貨地址及任何特殊的送貨指示。

我在過去36個月（約3年）內曾收到過地方、州或聯邦資助計劃提供的類似物品。

如果您勾選了上面的方塊，您現在申請新裝置的理由是什麼？

我們審核和批准申請以及配送氣候裝置的標準時間為2至4週。如果該時間會危及您或您代為提交此申請的成員的健康或安全，請在下方提供詳細資訊。我們將根據這些資訊考慮緊急處理您的申請。

## 聯絡

您希望我們以什麼方式聯絡您處理此申請？

電話：\_\_\_\_\_

電子郵件：\_\_\_\_\_

式：\_\_\_\_\_

可以留下有關  
本人申請的詳細訊息：

是  否 其他方

請聯絡我的代表討論有關此申請的事宜。

姓名：\_\_\_\_\_ 電話：\_\_\_\_\_

郵寄地址（如有且與配送地址不同）：

我希望聯絡護理協調員以獲取更多幫助，例如獲得醫療護理、接受行為健康服務或管理複雜的醫療病症。

是  否

續

## 會員認證與授權

簽署此表即表示本人理解並同意以下事項：

- 本人希望本人的健康計劃能幫助確認自己是否有資格在極端天氣下獲取所需的裝置。
- 如獲批准，本人同意接受上述申請的服務。
- 本人的健康計劃可以聯絡我獲取更多有關此申請的資訊。本人的健康計劃可以查看本人的記錄，包括有關護理需求的記錄。這可能還包括本人醫療保健提供者提供的記錄。
- 本人可以在本人的住所安全地使用這個氣候裝置，並且可以安全合法地連接這個裝置。
- 本人據實簽署，否則甘願以偽證罪接受處罰。這表示，據本人所知，本人在此申請中提供的所有資訊均準確、真實且完整。
- 若提供虛假或不實的資訊，本人可能會根據州或聯邦法律受到處罰。這可能包括需要償還因該申請而獲得的任何服務的費用。

## 簽名

代表可以代會員簽署此表格，包括會員是未成年人的情況。會員姓名：

會員簽名： \_\_\_\_\_

代表姓名： \_\_\_\_\_

代表簽名： \_\_\_\_\_

日期： \_\_\_\_\_

透過傳真提交：503-416-4726；或發送電子郵件至：[requests.social.determinants@careoregon.org](mailto:requests.social.determinants@careoregon.org)

您可使用其他語言、大字體印刷、盲文或偏好的格式取得此內容。您也可以要求口譯服務。此為免費服務。致電800-224-4840或TTY 711。我們接受電話轉接服務。

## 僅供CareOregon工作人員填寫

授權編號： \_\_\_\_\_

315 SW Fifth Ave, Portland, OR 97204 · 800-224-4840 · TTY 711 · [careoregon.org](http://careoregon.org)