



Climate Device Request Form (Mẫu Đơn Yêu Cầu Thiết Bị Thời Tiết)

CareOregon có thể giúp quý vị nhận được máy sưởi, máy điều hòa, bộ lọc không khí, tủ lạnh mini hoặc nguồn điện để kiểm soát một số tình trạng y tế trong thời tiết khắc nghiệt. Vui lòng xem trang hướng dẫn để biết cách điền mẫu đơn này.

Gửi qua fax: 503-416-4726 hoặc email: requests.social.determinants@careoregon.org

Thỏa thuận về yêu cầu dịch vụ

Tôi đang yêu cầu chương trình bảo hiểm sức khỏe của tôi trợ giúp để xem tôi có đủ điều kiện nhận thiết bị hỗ trợ trong thời tiết khắc nghiệt hay không.

Có Không

Thông tin hội viên

Số ID Medicaid của tôi (nếu biết): _____

Ngày sinh (Tháng/Ngày/Năm): _____

Tên của tôi trên thẻ Oregon Health Plan (OHP, Chương Trình Y Tế Oregon)/Medicaid: _____

Tên và đại từ tôi chọn: _____

Nhu cầu tiếp cận (ngôn ngữ nói ưu tiên, ngôn ngữ ký hiệu, chữ nổi Braille, phông chữ lớn): _____

Người điền mẫu đơn và mối quan hệ với hội viên (nếu có):

Tên: _____

Mối quan hệ: _____

Tổ chức: _____

Số điện thoại: _____

Có thể liên hệ với tôi về yêu cầu này: Có Không

Tôi có OHP/Medicaid với:



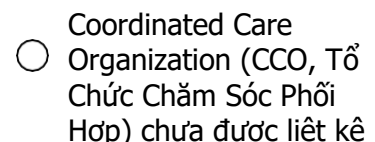
Health Share of Oregon:
CareOregon



Columbia Pacific CCO



Jackson Care
Connect CCO



Coordinated Care
Organization (CCO, Tổ
Chức Chăm Sóc Phổi
Hợp) chưa được liệt kê

Tôi không có OHP/Tôi cần được trợ giúp để đăng ký OHP;

vui lòng truy cập healthcare.oregon.gov/Pages/find-help.aspx để được hỗ trợ thêm.

Tình trạng hiện tại

Vui lòng đánh dấu vào (các) ô đúng với quý vị hoặc người mà quý vị đang giúp điền mẫu đơn này:

- Tôi sẽ đủ điều kiện tham gia Medicare ngoài OHP trong 3 tháng tới.
- Tôi đã ghi danh tham gia Medicare ngoài OHP lần đầu tiên cách đây không quá 9 tháng.
- Tôi có thể sớm trở thành người vô gia cư hoặc mất nhà.
- Tôi hiện đang là người vô gia cư.
- Tôi không có nơi ngủ cố định hoặc đang ở nhờ nhà người khác.
- Tôi đã được chăm sóc tại Oregon State Hospital hoặc một chương trình điều trị nội trú lớn về rối loạn sử dụng chất gây nghiện hoặc chương trình quản lý cai nghiện trong 12 tháng qua.
- Tôi đã được thả khỏi trại giam, trung tâm giam giữ, cơ sở của Oregon Youth Authority (Cơ Quan Thanh Thiếu Niên Oregon) hoặc nhà tù trong 12 tháng qua.
- Tôi đã từng tham gia vào các dịch vụ phúc lợi trẻ em ở Oregon vào một thời điểm nào đó trong cuộc đời. Tôi đã từng được nuôi dưỡng hoặc chăm sóc thay thế, nhận trợ giúp nhận con nuôi hoặc giám hộ hoặc dịch vụ bảo vệ gia đình, hoặc đã ra tòa liên quan đến phúc lợi trẻ em.
- Không thuộc trường hợp nào nêu trên.

Tình trạng sức khỏe

Có bất kỳ tình trạng nào được liệt kê dưới đây đúng với quý vị hoặc người mà quý vị đang giúp điền mẫu đơn này không?

- Có
- Không

Vui lòng đánh dấu vào (các) ô đúng với quý vị hoặc người mà quý vị đang giúp điền mẫu đơn này:

- Tôi dưới 6 tuổi.
- Tôi từ 65 tuổi trở lên.
- Tôi hiện đang mang thai.
- Tôi bị khuyết tật về giác quan, thể chất, trí tuệ hoặc phát triển.
- Tôi dùng (các) loại thuốc cần phải bảo quản lạnh.
- Tôi sử dụng thiết bị y tế cần có điện để hoạt động.
- Tôi sử dụng công nghệ hỗ trợ cần có điện để hoạt động.
- Tôi bị bệnh tiểu đường.
- Tôi sử dụng bình thở oxy ở nhà.
- Tôi bị bệnh thận mãn tính.
- Tôi bị multiple sclerosis (MS, bệnh đa xơ cứng).
- Tôi bị bệnh Parkinson.

Tình trạng sức khỏe (tiếp theo)

- Tôi đã từng bị chấn thương tủy sống (trước đây hoặc hiện tại).
- Tôi được chăm sóc cuối đời tại nhà.
- Tôi đã từng bị bệnh liên quan đến tăng thân nhiệt trong quá khứ (vui lòng mô tả nếu được):

- Tôi bị bệnh tâm thần phân liệt.
- Tôi bị rối loạn lưỡng cực.
- Tôi bị rối loạn trầm cảm nặng và đã từng cần các dịch vụ hỗ trợ khủng hoảng, nhập viện hoặc điều trị nội trú trong 12 tháng qua.
- Tôi bị rối loạn do lạm dụng đồ uống có cồn hoặc chất gây nghiện.
- Tôi bị rối loạn nhận thức thần kinh như bệnh Alzheimer, sa sút trí tuệ hoặc traumatic brain injury (TBI, chấn thương sọ não).
- Tôi hấp thu chất dinh dưỡng thông qua ống nuôi ăn (đường tiêu hóa) hoặc ống thông Intravenous (IV, tiêm tĩnh mạch) (đường tiêm truyền).
- Tôi bị bệnh tim mãn tính, chẳng hạn như suy tim hoặc đã từng bị đau tim.
Tôi mắc một căn bệnh mãn tính khiến tôi có nguy cơ bị cục máu đông hoặc đột quỵ.
- Tôi mắc các bệnh phổi mãn tính phải dùng thuốc để điều trị, chẳng hạn như Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD, Bệnh Phổi Tắc Nghẽn Mãn Tính), hen suyễn, xơ hóa, viêm phế quản mãn tính, giãn phế quản hoặc bệnh phổi hạn chế.
- (Các) tình trạng sức khỏe khác chưa được liệt kê:

- Tôi không muốn trả lời.

Yêu cầu thiết bị thời tiết

- Máy điều hòa không khí di động
- Máy sưởi điện di động
- Máy lọc không khí (bao gồm 1 bộ lọc thay thế)
- Tủ lạnh mini đựng thuốc
- Nguồn điện di động cho thiết bị y tế của tôi khi mất điện.
- Vui lòng liệt kê loại thiết bị y tế (ví dụ: dịch truyền IV, bơm nuôi ăn, máy xông khí dung):*

Yêu cầu thiết bị thời tiết (tiếp theo)

Các vật dụng thời tiết hỗ trợ bổ sung như:

Dây điện nối dài (1 dây cho mỗi thiết bị, có sẵn cho tất cả trừ máy sưởi di động và nguồn điện di động)

Dây dài 6 feet (1.82 mét) cho: Máy điều hòa không khí Máy lọc không khí Tủ lạnh

Dây điện 10 feet (3 mét) cho: Máy điều hòa không khí Máy lọc không khí Tủ lạnh

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

Bộ lọc thay thế cho máy lọc không khí (yêu cầu theo dõi sau khi nhận được máy lọc không khí):

Thương hiệu _____ Mẫu # _____

Ở khung bên dưới, vui lòng ghi địa chỉ giao hàng và hướng dẫn giao hàng cụ thể cho thiết bị thời tiết.

Tôi đã nhận được một mặt hàng tương tự như (các) mặt hàng được yêu cầu bên trên từ một chương trình do địa phương, tiểu bang hoặc liên bang tài trợ trong 36 tháng qua (khoảng 3 năm).

Nếu quý vị đánh dấu vào ô ngay bên trên, vui lòng cho biết lý do tại sao quý vị yêu cầu thiết bị mới.

Thời gian tiêu chuẩn để chúng tôi để xem xét, phê duyệt yêu cầu và gửi các mặt hàng thời tiết là 2-4 tuần. Nếu khoảng thời gian này không phù hợp với sức khỏe hoặc sự an toàn của quý vị hoặc hội viên mà quý vị đang giúp gửi yêu cầu, vui lòng cung cấp thông tin chi tiết bên dưới. Chúng tôi sẽ xem xét yêu cầu xử lý khẩn cấp dựa trên thông tin này.

Tiếp cận

Quý vị muốn chúng tôi liên hệ với quý vị về yêu cầu này bằng cách nào?

Điện thoại: _____ Có thể để lại tin nhắn chi tiết về yêu cầu của tôi:

Email: _____ Có Không

Khác: _____

Vui lòng liên hệ với người đại diện của tôi để thảo luận về yêu cầu này.

Tên: _____ Số điện thoại: _____

Địa chỉ gửi thư (nếu có và khác với địa chỉ giao hàng):

Tôi muốn kết nối với điều phối viên chăm sóc để được hỗ trợ thêm trong việc tiếp cận dịch vụ chăm sóc y tế, nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe hành vi hoặc quản lý các tình trạng y tế phức tạp.

Có Không

Xác nhận và ủy quyền của hội viên

Bằng việc ký vào mẫu đơn này, tôi hiểu và đồng ý với những điều sau:

- Tôi muốn chương trình bảo hiểm sức khỏe của tôi xác định xem tôi có đủ điều kiện nhận thiết bị hỗ trợ trong thời tiết khắc nghiệt hay không.
- Nếu được phê duyệt, tôi đồng ý nhận các dịch vụ tôi đã yêu cầu ở trên.
- Chương trình bảo hiểm sức khỏe của tôi có thể liên hệ với tôi để biết thêm thông tin về yêu cầu này. Chương trình bảo hiểm sức khỏe của tôi có thể xem xét hồ sơ của tôi, bao gồm hồ sơ về nhu cầu chăm sóc của tôi. Trong đó cũng có thể bao gồm hồ sơ từ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của tôi.
- Tôi có thể sử dụng thiết bị thời tiết ở nơi tôi sống một cách an toàn. Tôi có thể cảm điện cho thiết bị một cách an toàn và hợp pháp.
- Tôi ký tên và sẽ chịu hình phạt về tội khai man. Điều đó có nghĩa là, theo tất cả những gì tôi biết, mọi 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 hoặc không đúng sự thật, tôi có thể phải chịu hình phạt theo luật tiểu bang hoặc liên bang. Điều này có thể bao gồm việc phải trả lại số tiền đã chi cho bất kỳ dịch vụ nào tôi nhận được do yêu cầu này.

Chữ ký

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

Tên hội viên: _____

Chữ ký hội viên: _____

Tên người đại diện: _____

Chữ ký người đại diện: _____

Ngày: _____

Gửi qua fax: 503-416-4726 hoặc email: requests.social.determinants@careoregon.org

Quý vị có thể nhận thông tin này bằng các ngôn ngữ khác, bản in chữ cỡ lớn, chữ nổi Braille hoặc định dạng quý vị muốn. Quý vị cũng có thể yêu cầu thông dịch viên hỗ trợ. Dịch vụ trợ giúp này hoàn toàn miễn phí. Gọi đến số 800-224-4840 hoặc TTY 711. Chúng tôi chấp nhận các cuộc gọi tiếp âm.

Phần dành riêng cho nhân viên CareOregon hoàn thành

Số ủy quyền: _____

315 SW Fifth Ave, Portland, OR 97204 • 800-224-4840 • TTY 711 • careoregon.org