

نموذج طلب خدمات التغذية

آخر تحديث: يوليو 2026

هذا البرنامج مُخصَّص للأعضاء الذين يعانون من حالات طبية معقَّدة. عند تقديمكم للطلب، احرصوا على استخدام المعلومات الخاصة بالفرد الذي يكون عضواً في OHP من بين أفراد أسرته المعيشية الذي يعاني/التي تعاني من الحالات الطبية الأكثر تعقيداً، لا سيما أولئك الذين تقلُّ أعمارهم عن 6 سنوات أو تزيد أعمارهم عن 65 سنة.

قد يكون بوسعنا تقديم المساعدة لكم بشأن احتياجاتكم الغذائية والصحية. نقدِّم خدمات مثل الاجتماع مع أخصائي في شؤون التغذية، والحصول على وجبات غذائية مُحضَّرة خصيصاً للاحتياجات الغذائية التي تتطلَّبونها، وتزويدكم بمزيد من المعلومات عن تناول المواد الغذائية بشكل صحي.

يُرجى استكمال تعبئة هذا النموذج بكامله. يمكنكم تقديمه عبر الفاكس على الرقم 503-416-1376 أو عبر البريد الإلكتروني إلى العنوان التالي:

hrsncx@careoregon.org

إذا كنتم ترغبون في الحصول على مساعدة في تعبئة هذا النموذج، فيُرجى الاتصال هاتفياً بالرقم 971-236-2998.

طلب الحصول على اتفاق خدمة

أطلب المساعدة من الخطَّة الصحية المُنتَمة إليها لمعرفة ما إذا كنتُ مؤهلاً/مؤهلة للحصول على دعم في شؤون التغذية. ☐ نعم ☐ لا

معلومات عن العضو

الرقم التعريفي في OHP/Medicaid (إذا كان معروفاً)

تاريخ الميلاد (ش/س/ي/س/س/س/س): هل عمر العضو أقل من 18 سنة؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا كانت الإجابة بنعم، فيُرجى كتابة اسم الشخص الذي ينبغي الاتصال به في حال وجود أي أسئلة أو لتنسيق الأمور المتعلقة بالاستحقاقات وكتابة صلة قرابته أو علاقته بكم:

الاسم (كما هو مكتوب على بطاقة OHP/Medicaid):

الاسم المُفضَّل والضمائر المُفضَّلة في مخاطبة العضو:

عنوان البريد الإلكتروني:

اسم مقدِّم الرعاية الصحية الأولية:

عدد أفراد الأسرة: الدخل السنوي للأسرة:

أسماء جميع أفراد أسرته المعيشية وما إذا كان لديهم تغطية OHP.

الاسم	تغطية OHP	الاسم	تغطية OHP
☐ نعم ☐ لا		☐ نعم ☐ لا	
☐ نعم ☐ لا		☐ نعم ☐ لا	
☐ نعم ☐ لا		☐ نعم ☐ لا	

احتياجات تيسير الوصول إلى المعلومات والتواصل: ☐ لغة الإشارة ☐ البرايل للمكفوفين ☐ الطباعة بخط كبير ☐ مُترجم شفهي
(يُرجى تحديد اللغة التي تتطلبون مُترجم لها)

إذا كنتم تقومون بتعبئة هذا النموذج نيابة عن عضو، فيرجى كتابة معلومات عنكم أدناه.

الاسم: _____

صلة القرابة أو العلاقة بالعضو: _____ رقم الهاتف: _____

ليس هناك مانع للاتصال بي (أو الاتصال بالشخص الذي يقوم بتعبئة هذا النموذج) بشأن هذا الطلب. ☐ نعم ☐ لا

إذا كنتم تساعدون في تعبئة هذا الطلب بصفتمكم مقدماً للرعاية أو مديراً للحالة وتريدون أن تستلموا المستندات عن معالجة الطلب، فيرجى إدراج ما يلي:

الاسم ومعلومات الاتصال: _____

المنظمة: _____ أنا: ☐ مدير(ة) الحالة ☐ مقدم(ة) الرعاية لـ HRSN

لديّ عضوية في OHP/Medicaid مع:



*بما في ذلك CareOregon و Kaiser
و OHSU و Providence

الوضع الحالي

قد تجعلكم الحالات التالية مؤهلين للحصول على دعم في شؤون التغذية. يُرجى وضع علامة في جميع المربعات التي تسري على حالتكم.

اجتمعت مع أخصائي مسجل في شؤون التغذية (RDN) أو مقدم الرعاية الصحية الأولية (PCP) لوضع خطة رعاية لشؤون التغذية.
☐ نعم ☐ لا

☐ أُمّر الآن بواحد أو أكثر من التغييرات التالية في حياتي: (توضع علامة في كل مربع يسري عليه الأمر)

- ☐ سأصبح مؤهلاً/مؤهلة للتسجيل في Medicare و Oregon Health Plan خلال الأشهر الثلاثة القادمة.
- ☐ إنني مسجل/مسجلة في Medicare و Oregon Health Plan للمرة الأولى منذ أقل من تسعة أشهر.
- ☐ انني الآن متشرد/متشرّدة بلا مأوى.
- ☐ قد أصبح عمّا قريب متشرداً/متشرّدة بلا مأوى أو سأفقد السكن الذي أعيش فيه.
- ☐ تلقّيت رعاية في منشأة للصحة النفسية أو التعافي خلال الاثني عشر (12) شهراً الماضية.
- ☐ لقد تعاملت مع خدمات رعاية رفاهية الطفل (الرعاية البديلة - "فoster كير") في ولاية Oregon، سواء كان ذلك الآن أو في أي وقت مضى.
- ☐ تم إطلاق سراحي من الحبس، أو مركز اعتقال، أو منشأة تابعة لـ Oregon Youth Authority (سلطة تدبير شؤون الشبيبة في أوريغون) أو سجن خلال الاثني عشر (12) شهراً الماضية.
- ☐ يحمل وضعي تصنيفاً كشاب(ة) بالغ(ة) ذو احتياجات رعاية صحية خاصة (YSHCN) لدى Oregon Health Plan.
- ☐ لا شيء مما هو مذكور أعلاه.

نموذج استطلاع حول الأمن الغذائي للأسر المعيشية في الولايات المتحدة

يُرجى الإجابة على الأسئلة التالية.

1. "المواد الغذائية التي اشتريتها أو قُمتُ بشرائها لم تَدُم طويلاً، ولم يكن لديّ أو لديّنا ما يكفي من المال لشراء المزيد منها."
خلال الاثني عشر (12) شهراً الماضية، كان ذلك:
☐ صحيحاً في أغلب الأحيان ☐ صحيحاً أحياناً ☐ غير صحيح أبداً ☐ لا أعرف/أرفض الإجابة
2. "لم يكن بمقدوري أو مقدورنا تحمّل تكلفة تناول وجبات غذائية متوازنة في تغذيتها للجسم."
خلال الاثني عشر (12) شهراً الماضية، كان ذلك:
☐ صحيحاً في أغلب الأحيان ☐ صحيحاً أحياناً ☐ غير صحيح أبداً ☐ لا أعرف/أرفض الإجابة
3. خلال الاثني عشر (12) شهراً الماضية، هل قُمتُ/قُمتَ و/أو قام أيّ شخص بالغ آخر من بين أفراد أسرتك المعيشية بتقليل مقدار وجباتك الغذائية؟ هل قُمتُ/قُمتَ عمداً بعدم تناول وجبات غذائية لعدم وجود ما يكفي من المال لشراء مواد غذائية؟
☐ نعم ☐ لا/لا أعرف (يرجى الانتقال إلى السؤال رقم 5)
a.3 إذا كانت الإجابة بنعم أعلاه، فكم مرّة حدث ذلك؟
☐ كلّ شهر تقريباً ☐ بعض الأشهر ولكن ليس كلّ شهر
☐ شهر واحد أو شهرين فقط ☐ لا أعرف
4. هل سبق لك أن قلّلت من تناول الوجبات الغذائية خلال الاثني عشر (12) شهراً الماضية بسبب عدم كفاية المال لشراء المواد الغذائية؟
☐ نعم ☐ لا ☐ لا أعرف
5. هل سبق لك أن عانيت من الجوع خلال الاثني عشر (12) شهراً الماضية بسبب عدم وجود ما يكفي من المال لشراء المواد الغذائية؟
☐ نعم ☐ لا ☐ لا أعرف

الحالات الصحية

هل تسري عليكم أيًا من الحالات الصحية المذكورة أدناه؟

نعم ☐
لا ☐

يُرجى وضع علامة في كل مربع يسري عليك:

☐ حالة صحية جسدية مُعقّدة (يُرجى التحديد بالضبط):

- حالة صحية جسدية خطيرة تستمر في تفاقمها وتدهورها و/أو قد تشكل خطراً على الحياة. وتتطلب إما علاجاً منتظماً، و/أو مساعدة للحفاظ على ثباتها واستقرارها، و/أو علاجاً لمنع تفاقمها. وهذه الحالة تؤدي إلى صعوبات في اتباع نظام غذائي صحي. ومن الأمثلة على ذلك: مرض الكلى المزمن، ومرض باركنسون، ومرض السكري المُعتمد على الأنسولين.

☐ حالة صحية سلوكية مُعقّدة (يُرجى التحديد بالضبط):

- حالة صحية سلوكية خطيرة تستمر في تفاقمها وتدهورها و/أو قد تشكل خطراً على الحياة. وتتطلب إما علاجاً منتظماً، و/أو مساعدة للحفاظ على ثباتها واستقرارها، و/أو علاجاً لمنع تفاقمها. وهذه الحالة تؤدي إلى صعوبات في اتباع نظام غذائي صحي. ومن الأمثلة على ذلك: اضطراب ثنائي القطب (Bipolar Disorder)، والفصام (Schizophrenia)، واضطرابات الاكتئاب الشديد التي تستلزم رعاية مريض داخلي للاستشفاء في المستشفى خلال الاثني عشر (12) شهراً الماضية.

☐ إعاقة نمائية أو ذهنية (يُرجى التحديد بالضبط):

☐ صعوبة في الاعتناء بالنفس والقيام بالأنشطة اليومية (يُرجى التحديد بالضبط):

☐ سوابق المعاناة من اساءة المعاملة أو الإهمال

☐ الاستعانة المتكررة بقسم الطوارئ أو خدمات معالجة الأزمات

☐ حامل في الوقت الحاضر أو أنجبت مولوداً خلال الاثني عشر (12) شهراً الماضية.

☐ في سن 65 عاماً أو أكثر.

☐ أطفال دون سن السادسة (6) من العمر.

طلب الدعم في شؤون التغذية

يمكنك طلب التثقيف في شؤون التغذية و/أو إحدى خدمات شؤون التغذية المذكورة أدناه.

يساعد التثقيف في شؤون التغذية أعضاء OHP المؤهلين على فهم كيفية اختيار الأطعمة والمشروبات الصحية. ويمكن طلب هذه الخدمة بمفردها أو إلى جانب خدمات شؤون تغذية أخرى. هل ترغب في طلب التثقيف في شؤون التغذية؟ ☐ نعم ☐ لا

يُرجى اختيار إحدى خدمات شؤون التغذية التالية (لا يمكن للأعضاء أن يتلقوا في نفس الوقت كلاً من وجبات غذائية مُصممة خصيصاً لتلبية احتياجاتهم الطبية، واستحقاق الفواكه والخضراوات، واستحقاق تموين خزانة المُن):

☐ وجبات غذائية مُصممة خصيصاً لتلبية الاحتياجات الطبية

☐ صندوق مواد غذائية يحتوي على الفواكه والخضراوات (يمكن توصيله إلى منزلك أو استلامه من مواقع محددة)

☐ بطاقة الفواكه والخضراوات (لاستخدامها في متاجر بقالة محددة ومواقع معتمدة)

☐ صندوق مواد غذائية لتموين خزانة المُن (يمكن توصيله إلى منزلك أو استلامه من مواقع محددة)

☐ بطاقة تموين خزانة المُن (لاستخدامها في متاجر بقالة محددة ومواقع معتمدة)

☐ لا شيء مما هو مذكور أعلاه، اطلب فقط خدمة التثقيف في شؤون التغذية

إذا قمت باختيار بطاقة الفواكه والخضراوات، أو بطاقة تموين خزانة المُن، فيُرجى اختيار الطريقة التي تودون فيها أن تستلموها فيها هذا الاستحقاق: (إذا كان بإمكانكم استخدام بطاقة رقمية بشكل موثوق، فعليكم اختيار "بطاقة رقمية - Digital Card". وإلا فعليكم اختيار "بطاقة بلاستيكية - Physical Card"). بطاقة رقمية

☐ بطاقة رقمية

☐ بطاقة بلاستيكية

هل لديكم احتياجات وجيمية غذائية خاصة بسبب الثقافة المُنحدرين منها و/أو حساسية ضد مواد غذائية معينة و/أو لأسباب طبية؟ يُرجى التوضيح:

إذا كان العضو طفلاً رضيعاً، فهل يحتاج إلى مواد غذائية خاصة بالأطفال الرضع (لم يصل الرضيع بعد إلى مرحلة تناول المأكولات الصلبة)؟ ☐ نعم ☐ لا

هل تعانيون حالياً من صعوبة في تحضير الوجبات الغذائية لأسباب عائدة إلى حالتكم الصحية؟ ☐ نعم ☐ لا
هل تمّ إدخالكم إلى مستشفى للاستشفاء فيه في الآونة الأخيرة أو هل ساءت حالتكم الصحية بسبب مشاكل تتعلق بالتغذية؟ ☐ نعم ☐ لا

هل تعيشون الآن في مكان يزودكم بالوجبات الغذائية. ☐ نعم ☐ لا

هل تتلقون نفس المساعدة أو مساعدة شبيهة لها في الوقت الحالي؟ ☐ نعم ☐ لا
إذا كانت الإجابة بنعم، فيرجى توضيح السبب الذي دعاكم لتقديم هذا الطلب:

فيما يخص الوجبات الغذائية المُصممة خصيصاً لتلبية الاحتياجات الطبية

هل ترغبون في التواصل مع أخصائي مسجل في شؤون التغذية لإجراء تقييم؟ ☐ نعم ☐ لا

هل أوصاكم أحد الاختصاصيين العاملين في المجال الطبي بتناول وجبات غذائية مُصممة خصيصاً لتلبية الاحتياجات الطبية؟ ☐ نعم ☐ لا

هل سبق لكم وخضعتُم فعلاً لتقييم؟ (يُشترط الخضوع لتقييم للحصول على وجبات غذائية مُصممة خصيصاً لتلبية الاحتياجات الطبية).
☐ نعم ☐ لا

إذا كانت الإجابة بنعم، فما اسم مقدم الرعاية الذي أجرى لكم التقييم؟

هل تعانيون من حالة طبية تتطلب اتباع نظام غذائي معين؟ ☐ نعم ☐ لا
إذا كانت الإجابة بنعم، فيرجى التوضيح:

فيما يخص الفواكه والخضراوات وتموين خزانة المؤن

أستطيع بنفسى تخزين المواد الغذائية ☐ نعم ☐ لا

لديّ مكان لتحضير الطعام بسلامة وأمان ☐ نعم ☐ لا

يُشترط التقديم لاستحقاق الفواكه والخضراوات واستحقاق تموين خزانة المؤن على كلّ فرد من أفراد الأسرة المعيشية تقديم طلباً فردياً منفصلاً لذلك. هل سيقدم أفراد آخرون من أفراد أسرتم المعيشية طلباً لذلك؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا كانت الإجابة بنعم، فيرجى كتابة أسمائهم حتى نتمكن من معالجة الطلبات بكفاءة:

إذا تمّ اختيار صندوق مواد غذائية يحتوي على الفواكه والخضراوات أو صندوق مواد غذائية لتموين خزانة المؤن، فيرجى إعطاء العنوان الذي سيتمّ توصيل صناديق المواد الغذائية إليه وأي تعليمات مفصلة بالتحديد بشأن تسليمها.

إذا تم اختيار صندوق مواد غذائية يحتوي على الفواكه والخضراوات أو صندوق مواد غذائية لتموين خزانة المؤن، فهل لديكم منطقة آمنة لتوصيل صندوق المواد الغذائية إليها؟ يُرجى التوضيح:

هل سبق لكم في الآونة الأخيرة أن تم إدخالكم إلى مستشفى للاستشفاء فيه أو الذهاب إلى قسم الطوارئ بسبب حالتكم الصحية؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا كنتم تطلبون تقديم وجبات غذائية مُصممة خصيصاً لاحتياجاتكم الطبية، فيُرجى تضمين العنوان الذي تريدون إرسال الوجبات الغذائية إليه، مع ذكر أي تعليمات خاصة بشأن توصيلها وتسليمها، وما هي المدة التي ترغبون في الحصول عليها (مثل عدد الأسابيع أو الأشهر).

تستغرق مراجعة الطلبات المقدمة في هذا الشأن وإعطاء الموافقة عليها مدة تتراوح بين أسبوعين (2) إلى أربعة (4) أسابيع. هل سيعرضكم هذا الإطار الزمني للخطر؟ ☐ نعم ☐ لا
إذا كان الأمر كذلك، فيُرجى إعلامنا بذلك أدناه. وإذا كان الطلب مقدماً بصفة عاجلة، فسنحاول مُعالجته بشكل أسرع.

التواصل معكم

سنواصل معكم لمناقشة هذا الطلب. كيف تفضلون أن نتواصل معكم؟

- ☐ عبر الهاتف (يُرجى كتابة رقم هاتفكم): _____
- ☐ عبر الرسالة النصية (إذا كان رقم الهاتف مختلفاً عن الرقم المذكور أعلاه، فيُرجى كتابته): _____
- ☐ عبر البريد الإلكتروني: _____
- ☐ عبر طريقة أخرى: _____
- ☐ يُرجى الاتصال بمُمثلي لمناقشة هذا الطلب:
 - الاسم: _____
 - الهاتف: _____
 - العنوان البريدي: _____

تأكيد وموافقة العضو

- ☐ أودّ من خطة التأمين الصحيّ المُنتَمي إليها أن تتحقّق ما إذا كنت مؤهلاً/مؤهلة للحصول على دعم شؤون التغذية.
- ☐ وفي حال الموافقة على طلبي، أوافق على أن أتلقّى الخدمات التي تقدّمت بطلبها.
- ☐ يمكن لخطة التأمين الصحيّ المُنتَمي إليها الاتصال بي أو بمقدّم رعايتي الصحيّة للحصول على مزيد من المعلومات عبر وسائل الاتصال الإلكترونيّة، بما في ذلك البريد الإلكتروني و/أو الرسائل النصيّة، والتي يمكنني إلغاء اشتراكي فيها في أي وقت. قد تقوم خطة التأمين الصحيّ المُنتَمي إليها بالاطّلاع على سجلاتي. ويشمل ذلك السجلات المتعلّقة بالرعاية الصحيّة التي أحتاج إليها. ويمكن أن يتضمن أيضاً السجلات من مقدّمي رعايتي الصحيّة.
- ☐ أفهم أن خطة التأمين الصحيّ المُنتَمي إليها ستتواصل معي بخصوص هذا الطلب. وأفهم أيضاً أنه قد يتمّ رفض طلبي إذا لم أقدم معلومات كافية لمعالجته.
- ☐ إنّ جميع المعلومات التي قمت بتقديمها في هذا الطلب صحيحة ودقيقة وكاملة، على حد علمي.
- ☐ وإذا قمت بتقديم معلومات كاذبة أو خاطئة، فقد أواجه عقوبات بموجب قانون الولاية أو القانون الفيدرالي. وقد يشمل ذلك الاضطرار إلى سداد تكاليف أي خدمة أحصل عليها بسبب هذا الطلب.
- ☐ وأوافق على استخدام أساليب تكنولوجيا المعلومات لتبادل البيانات الشخصية.
- ☐ وإذا لم أكن مؤهلاً/مؤهلة للحصول على استحقاق تموين خزانة المُؤن، فأوافق على أن يتمّ التحقق ما إذا كنت مؤهلاً/مؤهلة للحصول على استحقاق القواكه والخضروات.

التوقيع

يُرجى توقيع هذا الطلب.
يجوز للممّثل توقيع هذا النموذج نيابة عن العضو، حتى لو كان العضو قاصراً.

اسم العضو: _____

توقيع العضو: _____

اسم الممّثل: _____

توقيع الممّثل: _____

التاريخ: _____

إرسال تقديم الطلب عبر جهاز الفاكس على الرقم: 503-416-1376 أو عبر البريد الإلكتروني على العنوان التالي:

hsrcnx@careoregon.org

يمكنكم الحصول على هذه الوثيقة بلغات أخرى، أو مطبوعة بخطّ كبير، أو مطبوعة على طريقة برايل، أو حسب التنسيق المفضّل لكم. كما يحقّ لكم الحصول على مُترجم شفهي. يمكنكم الحصول على المساعدة من مُترجم شفهي مُعتمد أو مؤهل في مجال الرعاية الصحيّة. هذه المساعدة مجّانية. اتصلوا هاتفياً بـ CCO التي لديكم عضوية فيها، أو 711 TTY (رقم المبرقة الكاتبة)، أو أخبروا مقدّم الخدمة الخاص بكم. نقبل المكالمات الهاتفية المعمولة عبر المُرَجّلات.

رقم الاتصال بـ CareOregon Health Share: 800-224-4840

رقم الاتصال بـ Columbia Pacific CCO: 855-722-8206

رقم الاتصال بـ Jackson Care Connect: 855-722-8208