

فرم درخواست خدمات تغذیه

تاریخ آخرین به روز رسانی: جولای ۲۰۲۶

این پروگرام مختص اعضای است که شرایط طبی پیچیده ای دارند. هنگام ارسال درخواست خود، از معلومات عضو OHP در خانواده خود استفاده کنید که پیچیده ترین شرایط طبی را دارد بویژه آنهایی که زیر 6 سال یا بالاتر از 65 سال سن دارند.

ما ممکن است قادر به کمک کردن به شما در مورد نیازهای غذایی و صحت تان باشیم. خدمات ما ملاقات با یک متخصص تغذیه، تهیه غذاهای ویژه متناسب با شرایط صحت شما و آموزش بیشتر درباره تغذیه سالم را شامل می شود.

لطفاً تمام این فرم را خانه پری کنید. فرم تکمیل شده را به شماره ۱۳۷۶-۴۱۶-۵۰۳ فکس یا به این ایمیل روان کنید:
hsrcnx@careoregon.org
اگر برای پر کردن این فرم نیاز به کمک دارید، لطفاً با ۲۹۹۸-۲۳۶-۹۷۱ تماس بگیرید.

درخواست موافقت نامه خدمات

من از پلان صحت خود می خواهم تا بررسی کند که آیا واجد شرایط دریافت حمایت های تغذیه ای هستم یا خیر. ☐ بلی ☐ نه

معلومات عضو

OHP/Medicaid شماره شناسایی (در صورت دسترسی) _____

تاریخ تولد (سال/روز/ماه): _____ آیا عضو زیر ۱۸ سال است؟ ☐ بلی ☐ نه

در صورت انتخاب جواب بلی، لطفاً نام شخصی را که باید برای هرگونه سؤال یا هماهنگی مزایا با او تماس گرفته شود، و رابطه آن شخص با خودتان را ارائه کنید:

نام (آن طور که در کارت OHP/Medicaid نوشته شده است): _____

نام و ضمائر انتخاب شده: _____

ایمیل: _____

نام فراهم کننده مراقبت های اولیه (دکتر فامیلی): _____

تعداد افراد در خانواده: _____ عاید سالانه خانواده: _____ نام و تخلص تمام اعضای خانواده شما در شمول کسانی که تحت پوشش بیمه صحتی OHP قرار دارند:

نام	پوشش OHP	نام	پوشش OHP
	☐ بلی ☐ نه		☐ بلی ☐ نه
	☐ بلی ☐ نه		☐ بلی ☐ نه
	☐ بلی ☐ نه		☐ بلی ☐ نه

نیازهای دسترسی: ☐ زبان اشاره ☐ بریل ☐ فونت بزرگ ☐ ترجمان _____
(لطفاً نام زبان مورد نظرتان را وارد کنید)

اگر شما این فرم را به نمایندگی از طرف یکی از اعضای خانواده خود خانه پری می کنید، لطفاً مشخصات خود را در اینجا بنویسید:
نام: _____

نسبت با عضو: _____ شماره تلفن: _____

اشکالی ندارد که در مورد این درخواست با من (یا شخصی که این فرم را تکمیل می کند) تماس بگیرید: ☐ بلی ☐ نه

اگر شما یک فراهم کننده مراقبت های اولیه یا مدیر پرونده ای هستید که به متقاضی در پروسه این درخواست کمک می کنید و مایل به دریافت معلومات به روز رسانی شده مرتبط هستید، لطفاً معلومات خود را به شرح زیر وارد کنید:

نام و معلومات تماس: _____

سازمان: _____ عنوان شغلی: ☐ مدیر پرونده ☐ فراهم کننده خدمات HRSN

من از پوشش OHP/Medicaid با پلان برخوردار هستم:



وضعیت کنونی

شرایط ذیل ممکن شما را واجد شرایط دریافت کمک هزینه تغذیوی کند. لطفاً تمام باکس های مربوطه را علامت بزنید.

من برای تهیه یک برنامه مراقبت تغذیه ای با یک متخصص تغذیه ثبت شده (RDN) یا یک فراهم کننده مراقبت های اولیه (PCP) ملاقات کرده ام. ☐ بلی ☐ نه

☐ در حال حاضر حداقل یکی از این تغییرات را در زندگی خود تجربه می کنم: (تمامی موارد مرتبط را علامت بزنید)

- ☐ من در سه ماه آینده واجد شرایط دریافت خدمات Medicare و Oregon Health Plan خواهم شد.
- ☐ من کمتر از نه ماه قبل برای بار نخست برای دریافت خدمات Medicare و Oregon Health Plan اقدام کرده ام.
- ☐ من فعلاً بی خانمان هستم
- ☐ ممکن است به زودی بی خانمان شده یا خانه خود را از دست بدهم
- ☐ من در ۱۲ ماه گذشته در یک مرکز صحت یا بهبود روانی تحت مراقبت بوده ام
- ☐ من در حال حاضر یا در گذشته شامل پوشش خدمات رفاه اطفال (مراقبت از اطفال بی سرپرست) در ایالت Oregon بوده ام
- ☐ من در ۱۲ ماه گذشته از زندان، بازداشتگاه موقت، مرکز نگهداری جوانان یا بندی خانه در ایالت اورگان آزاد شده ام
- ☐ من دارای وضعیت تعیین شده «جوان بزرگسال با نیازهای ویژه مراقبت های صحی» (YSHCN) در Oregon Health Plan هستم.
- ☐ هیچ کدام از موارد فوق

لطفاً به سوالات ذیل پاسخ دهید.

1. "غذایی که (من/ما) خریدیم دوام نیاورد، و (من/ما) پول کافی برای تهیه غذای بیشتر نداشتیم (یم)." در طول ۱۲ ماه گذشته این وضعیت:
☐ اغلب اوقات اتفاق افتاده ☐ بعضی اوقات اتفاق افتاده ☐ هیچگاه اتفاق نیافتاده ☐ نمیدانم/ از پاسخ دادن امتناع می کنم
2. «(من/ما) توانایی مالی تهیه و خوردن وعده‌های غذایی متعادل را نداشتیم (یم)». ... در طول ۱۲ ماه گذشته این وضعیت:
☐ اغلب اوقات اتفاق افتاده ☐ بعضی اوقات اتفاق افتاده ☐ هیچگاه اتفاق نیافتاده ☐ نمیدانم/ از پاسخ دادن امتناع می کنم
3. آیا در ۱۲ ماه گذشته، شما و/ یا سایر بزرگسالان خانوادمتان مجبور به کاهش اندازه وعده‌های غذایی خود شده‌اید؟ آیا به دلیل نداشتن پول کافی برای خرید مواد غذایی مجبور به حذف وعده‌های غذایی خود شده‌اید؟
☐ بلی ☐ نه/ نمی دانم (به سوال ۵ بروید)
- 3 الف. اگر جواب بلی را انتخاب کرده اید، این موضوع چند بار اتفاق افتاده است؟
☐ تقریباً هر ماه ☐ بعضی ماه ها اما نه هر ماه
☐ تنها به مدت ۱ تا ۲ ماه ☐ نمی دانم
4. در طول ۱۲ ماه گذشته، هیچگاه اتفاق افتاده که بخاطر نداشتن پول کافی برای خرید مواد غذایی کمتر از نیاز بدن تان غذا خورده باشید؟
☐ بلی ☐ نه ☐ نمی دانم
5. در طول ۱۲ ماه گذشته، هیچگاه اتفاق افتاده که بخاطر نداشتن پول کافی برای خرید مواد غذایی گرسنه مانده باشید؟
☐ بلی ☐ نه ☐ نمی دانم



آیا هیچ یک از شرایط ذکر شده در زیر دربار شما صدق می کند؟

بلی
نه

لطفاً باکس(های) مرتبط را علامت بزنید:

☐ وضعیت پیچیده صحت فیزیکی (لطفاً وضعیت مربوطه را مشخص کنید):

☐ یک وضعیت جدی صحت فیزیکی که همچنان رو به وخامت است و/یا می تواند زندگی فرد را تهدید کند. وضعیت یاد شده به درمان منظم، کمک برای ثابت ماندن، و/یا درمان برای جلوگیری از بدتر شدن نیاز دارد. این وضعیت، خوردن غذای سالم را دشوار می کند. امراض مزمن کلیه، پارکینسون، و دیابت وابسته به انسولین مثال هایی از این نوع عارضه های صحی هستند.

☐ وضعیت پیچیده صحت فیزیکی (لطفاً وضعیت مربوطه را مشخص کنید):

☐ یک وضعیت جدی صحت فیزیکی که همچنان رو به وخامت است و/یا می تواند زندگی فرد را تهدید کند. وضعیت یاد شده به درمان منظم، کمک برای ثابت ماندن، و/یا درمان برای جلوگیری از بدتر شدن نیاز دارد. این وضعیت، خوردن غذای سالم را دشوار می کند. اختلال دوقطبی، اسکیزوفرنی و اختلالات شدید افسردگی نیازمند به مراقبت بستری در ۱۲ ماه گذشته، مثال های دیگری از وضعیت های پیچیده صحی یاد شده هستند.

☐ ناتوانی رشدی (انکشافی) یا ذهنی (لطفاً موارد را مشخص کنید):

☐ مشکل در مراقبت از خود و فعالیت های روزانه (لطفاً موارد را مشخص کنید):

☐ سابقه مورد سوء استفاده یا بی توجهی قرار گرفتن

☐ استفاده مکرر از خدمات بخش عاجل یا بحران

☐ زنان حامله یا زنانی که در ۱۲ ماه گذشته زایمان کرده اند

☐ کلان سالان ۶۵ سال به بالا

☐ خرد سالان زیر ۶ سال

درخواست حمایت تغذیوی:

شما می توانید درخواست آموزش تغذیه و یا یکی از خدمات تغذیه ای فهرست شده در زیر را بدهید.

آموزش تغذیه می تواند به اعضای واجد شرایط OHP کمک کند تا بفهمند چگونه غذاها و نوشیدنی های سالم را انتخاب کنند. این خدمت می تواند همراه با سایر خدمات تغذیه یا به تنهایی درخواست شود.

آیا شما درخواست آموزش تغذیه دارید؟ ☐ بلی ☐ نه

لطفاً یکی از خدمات تغذیه زیر را انتخاب نمایید (اعضای پلان نمی توانند از مزایای دریافت غذاهای متناسب با ملاحظات طبی، میوه و سبزیجات و مواد غذایی انباری بصورت همزمان بهره مند شوند):

☐ وعده های غذایی تنظیم شده بر اساس نیازهای طبی

☐ بسته مواد غذایی میوه و سبزیجات (که می تواند تحویل داده شود یا از محل های مشخص دریافت گردد)

☐ کارت میوه و سبزیجات (برای استفاده در برخی فروشگاه های مواد غذایی و محل های مجاز)

☐ بسته مواد غذایی برای تکمیل ذخیره خانه (که می تواند تحویل داده شود یا از محل های مشخص دریافت گردد)

☐ کارت تکمیل ذخیره خانه (برای استفاده در برخی فروشگاه های مواد غذایی و محل های مجاز)

☐ هیچکدام از موارد بالا، من فقط درخواست آموزش تغذیه دارم

اگر شما کارت میوه و سبزیجات یا کارت تکمیل ذخیره خانه را انتخاب کرده اید، لطفاً گزینه مورد نظر خود را برای دریافت این امتیاز انتخاب کنید: اگر می توانید بشکلی قابل اطمینان از یک کارت دیجیتالی استفاده کنید، گزینه "کارت دیجیتال" را انتخاب کنید. در غیر این صورت، گزینه «کارت فیزیکی» را انتخاب کنید.)

☐ کارت دیجیتال

☐ کارت فیزیکی

آیا شما به علت کلتور، حساسیت ها، و/یا نیازهای طبی، رژیم غذایی خاصی را رعایت می کنید؟ لطفا توضیح دهید:

اگر عضو مورد نظر نوزاد باشد، آیا به غذای نوزاد نیاز دارید (نوزادی که هنوز آمادگی هضم مواد غذایی جامد را ندارد)؟ ☐ بلی ☐ نه

آیا شما در حال حاضر به دلیل وضعیت صحت تان قادر به تهیه غذا نیستید؟ ☐ بلی ☐ نه
آیا شما اخیراً در شفاخانه بستری شده یا بخاطر تغذیه نامناسب وضعیت تکلیف صحتی تان وخیم تر شده است؟ ☐ بلی ☐ نه

آیا در جایی که زندگی میکنید به غذا دسترسی دارید؟ ☐ بلی ☐ نه

آیا شما در حال حاضر همین کمک یا کمک مشابه دیگری را دریافت می کنید؟ ☐ بلی ☐ نه
اگر جواب بلی را انتخاب کرده اید، لطفاً علت درخواست مجدد خود را توضیح دهید:

برای دریافت غذاهای متناسب با وضعیت صحت

آیا مایل هستید که برای ارزیابی به یک متخصص تغذیه مجاز ارجاع داده شوید؟ ☐ بلی ☐ نه

آیا تا به حال یک متخصص طب، وعده های غذایی متناسب با نیازهای صحتی را به شما توصیه کرده است؟ ☐ بلی ☐ نه

آیا شما قبلاً در این زمینه ارزیابی شده اید؟ (انجام ارزیابی برای مشمولیت دریافت وعده های غذایی متناسب با ملاحظات طبی ضرورت دارد.)

☐ بلی ☐ نه

در صورت انتخاب جواب بلی، نام شخصی که ارزیابی مزبور را برای شما انجام داده ذکر کنید؟

آیا عارضه صحتی خاصی دارید که به رژیم غذایی مشخصی نیاز داشته باشد؟ ☐ بلی ☐ نه
در صورت انتخاب جواب بلی، لطفاً توضیح دهید:

برای میوه و سبزیجات و ذخیره مواد غذایی

قادر به ذخیره کردن مصون مواد غذایی مورد نیازم هستیم: ☐ بلی ☐ نه

برای تهیه غذا به مکانی امن دسترسی داریم: ☐ بلی ☐ نه

برای برخورداری از مزایای میوه و سبزیجات و مواد غذایی انباری هر یک از اعضای خانواده باید درخواست جداگانه‌ای ارائه دهند. آیا دیگر اعضای خانواده شما درخواست مجزایی ارائه خواهند کرد؟

☐ بلی ☐ نه

در صورت انتخاب پاسخ بلی، لطفاً نام آنها را فهرست کنید تا بتوانیم درخواست‌ها را به طور مؤثر پروسس کنیم:

اگر شما بسته مواد غذایی میوه و سبزیجات یا بسته مواد غذایی برای تکمیل ذخیره خانه را انتخاب کرده اید، لطفاً آدرس تحویل و هرگونه دستورالعمل مشخص برای تحویل بسته مواد غذایی را ارائه کنید:

اگر شما بسته مواد غذایی میوه و سبزیجات یا بسته مواد غذایی برای تکمیل ذخیره خانه را انتخاب کرده اید، آیا محل امن برای تحویل بسته مواد غذایی دارید؟ لطفاً توضیح دهید:

آیا شما اخیراً بخاطر تکلیف صحی تان در شفاخانه بستری شده یا به بخش عاجل مراجعه کرده اید؟ ☐ بلی ☐ نه

اگر درخواست وعده‌های غذایی متناسب با نیازهای پزشکی خود را دارید، لطفاً آدرس محل تحویل، هرگونه دستورالعمل خاص تحویل و بازه زمان مورد نظرتان برای دریافت وعده‌های غذایی درخواستی خود (مثلاً چند هفته یا چند ماه) را ذکر کنید.

مرور و تایید درخواست‌ها ۲ تا ۴ هفته طول می‌کشد. آیا این چارچوب زمانی وضعیت صحی شما را به خطر خواهد انداخت؟ ☐ بلی ☐ نه
اگر چنین است، لطفاً در ذیل این درخواست به ما اطلاع دهید. اگر درخواست شما فوری باشد می‌توانیم تلاش کنیم تا سریع‌تر به درخواست تان رسیدگی کنیم.

طریقه تماس

ما برای بررسی بیشتر این درخواست با ما تماس خواهیم گرفت. تمایل دارید از چه طریقی با شما تماس بگیریم؟

☐ تلفن (لطفاً شماره تلفن خود را وارد کنید): _____

☐ پیام کتبی (در صورت تفاوت با شماره تلفن وارد شده در بالا): _____

☐ ایمیل: _____

☐ سایر: _____

☐ لطفاً برای بحث در مورد این درخواست با نماینده من تماس بگیرید:

○ نام: _____

○ تلفن: _____

○ آدرس پستی: _____

تایید و تصویب عضو

- ☐ می‌خواهم پلان سلامت من بررسی کند که آیا واجد شرایط دریافت حمایت‌های تغذیه‌ای هستم یا خیر.
- ☐ در صورت تایید، موافقت خود را با دریافت خدمات درخواستی اعلام می‌کنم.
- ☐ پلان صحتی من مجاز است برای دریافت معلومات بیشتر با من یا ارائه‌دهنده خدمات صحتی ام از طریق ارتباطات الکترونیکی بشمول ایمیل و/یا پیام متنی - که من میتوانم هر زمان که بخواهم از آن لغو اشتراک کنم - تماس بگیرد.
- ☐ پلان صحتی من می‌تواند سوابق من را بررسی کند. این موضوع بررسی سوابق مربوط به نیازهای مراقبتی من را نیز شامل می‌شود. این بررسی همچنین می‌تواند سوابق من نزد ارائه دهنده مراقبت‌های بهداشتی ام را شامل شود.
- ☐ درک میکنم که پلان صحتی من در مورد این درخواست با من تماس خواهد گرفت. همچنین متوجه هستم که اگر در مرحله بررسی، معلومات کافی را ارائه نکرده باشم ممکن است درخواست من رد شود.
- ☐ تا آنجایی که می‌دانم، تمام معلوماتی که در این درخواست ارائه کرده ام درست، صحیح، و کامل است.
- ☐ در صورت ارائه معلومات نادرست یا اشتباه، ممکن طبق مفاد قوانین ایالتی یا فدرال جریمه یا مجازات شوم.
- ☐ این جریمه ممکن است بازپرداخت پول خدماتی که من به علت این درخواست از آن‌ها برخوردار شده ام را شامل شود.
- ☐ من با استفاده از روش‌های نوین تکنولوژیک برای اشتراک گذاری معلومات شخصی موافق هستم.
- ☐ اگر برای دریافت مزایای ذخیره مواد غذایی واجد شرایط تشخیص داده نشوم، موافقت میکنم که وضعیت من برای دریافت مزایای میوه و سبزیجات مورد بررسی قرار بگیرد.

امضا

لطفاً این درخواست را امضا کنید.
یک نماینده می‌تواند این فرم را از طرف یک عضو امضاء کند، بشمول اینکه عضو یاد شده صغیر (زیر سن قانونی) باشد.

نام عضو: _____

امضای عضو: _____

نام نماینده: _____

امضای نماینده: _____

تاریخ: _____

می‌توانید درخواست خود را به این شماره فکس کنید: ۵۰۳-۴۱۶-۱۳۷۶ یا ایمیل: hrsncx@careoregon.org

شما میتوانید این سند را به زبان‌های دیگر، چاپ بزرگ، بریل یا هر فرمتی که ترجیح میدهید دریافت کنید. شما همچنین حق دارید تا از خدمات یک ترجمان بهره مند شوید. شما میتوانید از یک ترجمان مراقبت صحتی تصدیق شده یا واجد شرایط کمک بگیرید. این کمک رایگان است. برای دریافت معلومات بیشتر با CCO تان به شماره ۷۱۱ TTY یا ارائه دهنده خدمات خود تماس بگیرید. ما تماس‌های رله (relay) را قبول می‌کنیم.

برای ارتباط با CareOregon Health Share با این شماره تماس بگیرید: ۸۰۰-۲۲۴-۴۸۴۰

برای ارتباط با Columbia Pacific CCO با این شماره تماس بگیرید: ۸۵۵-۷۲۲-۸۲۰۶

برای ارتباط با Jackson Care Connect با این شماره تماس بگیرید: ۸۵۵-۷۲۲-۸۲۰۸