



Бланк запроса на льготные услуги в области питания

Последняя редакция: июль 2026 года

Эта программа для членов со сложными медицинскими заболеваниями. Когда подаете заявление, используйте члена плана ОНР в своей семье, у которого наиболее сложные медицинские заболевания, особенно у тех членов семьи, которые достигли возраста 6 лет или моложе или которые достигли возраста 65 лет или старше.

Мы можем в состоянии вам помочь в удовлетворении ваших потребностей в медицинском обслуживании и питании. Мы предлагаем такие услуги, как встреча с диетологом, предоставление еды, специально приготовленной для вас, и дополнительных знаний о здоровом питании.

Пожалуйста заполните весь бланк этого документа. Отправьте по факсу 503-416-1376 или электронной почте hsrcnx@careoregon.org Если вам нужна помощь в заполнении этого бланка документа, пожалуйста, звоните по телефону 971-236-2998.

Запрос на договор обслуживания.

- ☐ Да Я прошу помощи у моего медицинского плана обслуживания проверить, имею ли я
☐ Нет право на участие в программе помощи в питании.

Информация о члене плана

Идентификационный номер члена ОНР Medicaid (если известен) _____

Дата рождения (мм/дд/гггг): _____ Возраст члена плана до 18 лет? ☐ Да ☐ Нет

Если ответ «да», пожалуйста, предоставьте имя лица, с которым следует связаться по любым вопросам или согласованию льгот, и кем оно вам приходится:

Имя (как показано на карте члена ОНР/Medicaid): _____

Выбранное имя и местоимения: _____

Эл. почта: _____

Имя поставщика первичных медицинских услуг: _____

Количество проживающих вместе членов семьи: _____

Годовой доход семьи: _____

Имена всех членов семьи и наличие у них страхового обеспечения в рамках плана ОНР:

Имя и фамилия	План страхового обеспечения ОНР	Имя и фамилия	План страхового обеспечения ОНР
	☐ Да ☐ Нет		☐ Да ☐ Нет
	☐ Да ☐ Нет		☐ Да ☐ Нет
	☐ Да ☐ Нет		☐ Да ☐ Нет

Потребности в обеспечении доступности: ☐ язык жестов ☐ шрифт Брайля ☐ крупный шрифт
☐ переводчик _____
 (пожалуйста, укажите язык)

Если вы заполняете этот бланк документа для члена плана, пожалуйста внесите свои детали ниже:

Имя и фамилия: _____

Кем вы приходитесь члену плана: _____ Номер телефона: _____

Со мной можно связаться (или лицом заполняющим этот бланк документа) по поводу этого запроса: ☐ Да ☐ Нет

Если вы поставщик услуг или ведущий дела, помогающий в подготовке этого запроса, и хотите получать новости, пожалуйста включите:

Имя и контактная информация: _____

Организация: _____ Я являюсь: ☐ ведущим дела ☐ поставщиком HRSN

Я являюсь членом плана ОНР/участником программы Medicaid с:



*Включая организацию CareOregon, систему здравоохранения Kaiser, клинику университета OHSU и систему здравоохранения Providence

Текущая ситуация

Ситуации, перечисленные ниже, могут дать вам право на получение помощи в питании. Пожалуйста, отметьте все клеточки, которые имеют к вам отношение.

Я встретился(-лась) с зарегистрированным диетологом (RDN) или поставщиком первичных медицинских услуг (PCP) по поводу разработки плана диетического лечения. ☐ Да ☐ Нет

☐ Я переживаю, по крайней мере, один из следующих этапов жизненных изменений: (отметьте все, что к вам относится)

- ☐ Я буду иметь право на участие в программе Medicare и программе льготного медицинского страхования Oregon Health Plan в течение следующих трех месяцев
- ☐ Я записался(-лась) для участия в программе Medicare и Oregon Health Plan в первый раз менее чем девять месяцев назад
- ☐ Я в настоящее время бездомный(-ая)
- ☐ Я могу стать бездомным(-ой) или потерять скоро жилье
- ☐ Я получал(-а) лечение в психиатрическом или реабилитационном учреждении в течение последних 12 месяцев
- ☐ Я получаю или получал(-а) детские социальные услуги (опеку) в штате Орегон сейчас или в прошлом
- ☐ Я был(-а) освобожден(-а) из тюрьмы, центра содержания под стражей, Управления по делам молодежи штата Орегон или тюрьмы штата в течение последних 12 месяцев
- ☐ У меня есть назначенный статус молодого лица со специальными медицинскими нуждами (YSHCN), являющегося членом плана Oregon Health Plan
- ☐ Ничего из вышеуказанного ко мне не относится

Блок вопросов о продовольственной безопасности семей в США

Пожалуйста, ответьте на следующие вопросы.

1. «Еды, которую (я/мы) купили, надолго не хватает, и у (меня/нас) нет денег купить больше.»
В течение последних 12 месяцев, это было:
☐ Часто правдой ☐ Иногда правдой ☐ Никогда правдой ☐ Я не знаю/
отказываюсь отвечать
2. «(Я/мы) не можем себе позволить сбалансированное питание.»
В течение последних 12 месяцев, это было:
☐ Часто правдой ☐ Иногда правдой ☐ Никогда правдой ☐ Я не знаю/
отказываюсь отвечать
3. В течение последних 12 месяцев Вы и/или другие взрослые члены Вашей семьи когда-нибудь уменьшали порции своей еды? Вы пропускали еду из-за того, что не было достаточно денег на еду?
☐ Да ☐ Нет/Я не знаю (перейдите к вопросу 5)
За. Если вы ответили «ДА» выше, как часто это случалось?
☐ Почти каждый месяц ☐ В некоторые месяцы, но не каждый месяц
☐ Только 1 или 2 месяца ☐ Я не знаю
4. В течение последних 12 месяцев Вы когда-нибудь ели меньше из-за того, что не было достаточно денег на покупку продуктов питания?
☐ Да ☐ Нет ☐ Я не знаю
5. В течение последних 12 месяцев Вы когда-нибудь голодали из-за того, что не было достаточно денег на покупку продуктов питания?
☐ Да ☐ Нет ☐ Я не знаю

Медицинские заболевания

- ☐ Да К Вам относятся какие-нибудь болезни, перечисленные ниже?
☐ Нет

Пожалуйста отметьте клеточку(-и), которая/которые имеют отношение к Вам:

- ☐ Сложные физические заболевания (пожалуйста, поясните): _____
- Серьезное физическое заболевание, которое продолжает ухудшаться или может быть опасным для жизни. Если какое-либо заболевание требует постоянного лечения, помощи для того, чтобы оставаться в стабильном состоянии, и/или лечения, чтобы избежать ухудшения. С этим заболеванием тяжело иметь здоровое питание. Некоторые примеры включают хроническое заболевание почек, болезнь Паркинсона и диабет с зависимостью от инсулина.
- ☐ Сложные поведенческие расстройства (пожалуйста поясните): _____
- Серьезное психическое заболевание, которое продолжает ухудшаться и/или может быть опасным для жизни. Если какое-либо заболевание требует постоянного лечения, помощи для того, чтобы оставаться в стабильном состоянии, и/или лечения, чтобы избежать ухудшения. С этим заболеванием тяжело иметь здоровое питание. Некоторые примеры включают биполярное расстройство, шизофрению и существенные депрессивные расстройства, требующие лечения в стационаре в течение последних 12 месяцев.
- ☐ Инвалидность в связи с нарушениями развития или когнитивными расстройствами (пожалуйста, поясните): _____
- ☐ Проблема ухаживать за собой и выполнять задачи ежедневной деятельности (пожалуйста поясните): _____
- ☐ История проявления к Вам насилия и пренебрежения
- ☐ Участники, которые неоднократно обращались в отделение неотложной помощи или службы кризисной поддержки
- ☐ В настоящее время беременна или родила ребёнка в течение последних 12 месяцев
- ☐ 65 лет или старше
- ☐ Дети в возрасте младше 6-ти лет

Запрос на оказание поддержки в области питания

Вы можете получить консультацию по правильному питанию и (или) одну из указанных ниже услуг в области питания.

Консультация по правильному питанию доступна членам ОНР, которые соответствуют требованиям, и помогает научиться выбирать полезные продукты и напитки. Ее можно получить вместе с другими услугами или отдельно.

Вы хотите получить эту консультацию? ☐ Да ☐ Нет

Выберите одну из указанных ниже услуг в области питания (члены не могут иметь одновременно специализированное медицинское питание, помощь в обеспечении фруктами и овощами и пополнение запасов в продуктовой кладовой).

- ☐ Специализированное медицинское питание
- ☐ Набор фруктов и овощей (можно заказать с адресной доставкой или забрать в пунктах самовывоза)
- ☐ Карта для покупки фруктов и овощей (можно использовать в некоторых продуктовых магазинах и одобренных торговых точках)
- ☐ Продуктовый набор из кладовой (можно заказать с адресной доставкой или забрать в пунктах самовывоза)
- ☐ Карта продуктовой кладовой (можно использовать в некоторых продуктовых магазинах и одобренных торговых точках)
- ☐ Ничего из перечисленного выше — мне нужна только консультация по правильному питанию

Если Вы хотите получить карту для покупки фруктов и овощей или карту продуктовой кладовой, выберите способ ее получения (если Вы хорошо умеете пользоваться электронной картой, выберите вариант «электронная карта», а если нет, выберите вариант «физическая карта»).

- ☐ Электронная карта
- ☐ Физическая карта

У Вас есть диетические нужды по культурным соображениям или по причине аллергии, или других медицинских потребностей? Пожалуйста, объясните:

Если член плана грудной ребенок, он требует детское питание (еще не готов для твердой пищи)?

☐ Да ☐ Нет

Вы в настоящее время не в состоянии готовить еду по медицинским причинам? ☐ Да ☐ Нет
Вы недавно были госпитализированы, или у Вас было ухудшение здоровья, связанное с питанием? ☐ Да ☐ Нет

Вы живете где-то сейчас, где вас обеспечивают питанием? ☐ Да ☐ Нет

Вы получаете такую же или похожую помощь сейчас? ☐ Да ☐ Нет

Если ответ «да», пожалуйста, объясните причину этого запроса:

Для индивидуально подобранного лечебного питания

Вы бы хотели связаться с аккредитованным диетологом для медицинской оценки? ☐ Да ☐ Нет

Рекомендовал ли профессиональный медицинский работник индивидуально подобранное лечебное питание? ☐ Да ☐ Нет

У Вас уже была медицинская оценка? (Требуется оценка для индивидуально подобранного лечебного питания.)

☐ Да ☐ Нет

Если ответ «да», укажите имя поставщика услуг, который провёл Вашу оценку?

Требуется ли Ваше заболевание специфической диеты? ☐ Да ☐ Нет

Если ответ «да», пожалуйста, объясните:

Фрукты и овощи и пополнение запасов в продуктовой кладовой

Я в состоянии хранить продукты безопасно ☐ Да ☐ Нет

У меня есть место, где я могу безопасно готовить еду ☐ Да ☐ Нет

Для получения помощи в обеспечении фруктами и овощами и пополнении запасов в продуктовой кладовой требуется, чтобы каждый член семьи индивидуально подал заявление на предоставление помощи. Будут ли другие члены семьи подавать заявление на предоставление помощи?

☐ Да ☐ Нет

Если ответ «да», пожалуйста, укажите их имена, чтобы мы могли эффективно рассмотреть их запросы:

Если Вы выбрали набор фруктов и овощей или продуктовый набор из кладовой, укажите адрес доставки коробки и конкретные инструкции.

Если Вы выбрали набор фруктов и овощей или продуктовый набор из кладовой, укажите, есть ли у Вас безопасное место для доставки коробки. Объясните подробно.

Вы были в последнее время в больнице или в отделении неотложной помощи по причине Вашего заболевания? ☐ Да ☐ Нет

Если Вы просите индивидуально подобранное лечебное питание, пожалуйста, укажите адрес доставки, конкретные инструкции по доставке, и как долго Вы хотите получать еду (например, недели или месяцы).

Рассмотрение и одобрение запросов занимает 2-4 недели. Подвергнет ли Вас этот срок ожидания опасности? ☐ Да ☐ Нет

В таком случае, пожалуйста, дайте нам знать ниже. Мы можем постараться принять решение по поводу Вашего запроса быстрее, если это срочный запрос.

Работа с населением

Мы свяжемся с Вами чтобы обсудить Ваш запрос. Как Вы хотите, чтобы мы с Вами связались?

- ☐ По телефону (пожалуйста,кажите свой номер телефона): _____
- ☐ СМС (если другой номер, укажите номер телефона): _____
- ☐ Эл. почта: _____
- ☐ Другой способ: _____
- ☐ Пожалуйста, свяжитесь с моим представителем, чтобы обсудить этот запрос:
 - Имя и фамилия: _____
 - Номер телефона: _____
 - Почтовый адрес: _____

Подтверждение и одобрение члена плана

- ☐ Я прошу помощи у своего медицинского плана обслуживания проверить, имею ли я право участвовать в программе помощи в обеспечении питания.
- ☐ Если запрос одобрен, я соглашаюсь получать услуги, которые я запрашиваю.
- ☐ Работники моего медицинского плана могут связаться со мной или моим поставщиком услуг, если необходима дополнительная информация, по эл. почте и/или при помощи СМС о том, что я могу отменить свою подписку в любое время. Представители моего медицинского плана могут ознакомиться с моими документами. Они включают документацию по поводу моих медицинских потребностей. Они также включают документацию моих поставщиков медицинских услуг.
- ☐ Я понимаю, что представители моего медицинского плана могут со мной связаться по поводу этого запроса. Я также понимаю, что мне может быть отказано в моей просьбе, если я не предоставил(-а) достаточную информацию для ее рассмотрения.
- ☐ Насколько я знаю, вся информация, которую я предоставил(-а) в этом запросе подлинная, правильная и полная.
- ☐ Если я предоставил(-а) ложную или неправильную информацию, ко мне могут применяться меры наказания согласно федеральным законам и законам штата. Они могут включать необходимость возврата денег за полученные услуги в результате этого запроса.
- ☐ Я согласен/согласна на использование технологических методов обмена персональной информации.
- ☐ Если я не отвечаю требованиям для предоставления помощи в пополнении продуктовой кладовой, я согласен/согласна на проверку на наличия права на обеспечение фруктами и овощами.

Подпись

Пожалуйста, подпишите этот запрос.

Представитель может подписать этот бланк документа от имени члена, включая, если член является несовершеннолетним.

Имя и фамилия члена плана: _____

Подпись члена плана: _____

Имя и фамилия представителя: _____

Подпись представителя: _____

Дата: _____

Отправьте по факсу: 503-416-1376 или электронной почтой hrrncx@careoregon.org

Вы можете получить этот документ на других языках, напечатанный большим шрифтом, шрифтом Брайля или в формате, который вы предпочитаете. Вы также имеете право на услуги переводчика. Вы также можете получить помощь от дипломированного или квалифицированного медицинского переводчика. Эта помощь предоставляется бесплатно. Звоните своему представителю организации ССО или по телетайпу 711 для лиц с нарушениями слуха, или сообщите своему поставщику услуг. Мы принимаем звонки по релейной связи.

По поводу программы CareOregon Health Share звоните по телефону: 800-224-4840

По поводу программы Columbia Pacific ССО звоните по телефону: 855-722-8206

По поводу программы Jackson Care Connect звоните по телефону: 855-722-8208