



Biểu mẫu Yêu cầu Dịch vụ Dinh dưỡng

Cập nhật lần gần nhất: Tháng 7 năm 2026

Chương trình này dành cho các hội viên có bệnh lý phức tạp. Khi đăng ký, hãy sử dụng Hội viên OHP trong hộ gia đình của quý vị có bệnh lý phức tạp nhất, đặc biệt là những người dưới 6 tuổi hoặc trên 65 tuổi.

Chúng tôi có thể hỗ trợ các nhu cầu về thực phẩm và sức khỏe của quý vị. Chúng tôi cung cấp các dịch vụ như gặp gỡ chuyên gia dinh dưỡng, chuẩn bị các bữa ăn đặc biệt dành riêng cho quý vị và tìm hiểu thêm về chế độ ăn uống lành mạnh.

Vui lòng điền đầy đủ vào biểu mẫu này. Gửi qua fax theo số 503-416-1376 hoặc email

hsrcnx@careoregon.org

Nếu quý vị cần được trợ giúp khi điền thông tin vào biểu mẫu này, vui lòng gọi số 971-236-2998.

Yêu cầu bản thỏa thuận dịch vụ

- ☐ Có Tôi cần chương trình bảo hiểm sức khỏe hỗ trợ để kiểm tra xem tôi có đủ điều kiện nhận trợ cấp dinh dưỡng hay không.
- ☐ Không

Thông tin hội viên

Số ID OHP/Medicaid (nếu biết) _____

Ngày sinh (tháng/ngày/năm): _____ Hội viên có dưới 18 tuổi không? ☐ Có ☐ Không

Nếu có, vui lòng cung cấp tên người cần được liên hệ nếu chương trình có thắc mắc hoặc cần sự phối hợp về quyền lợi, và mối quan hệ của họ với quý vị:

Tên (như được ghi trên thẻ OHP/Medicaid): _____

Tên và đại từ nhân xưng lựa chọn: _____

Email: _____

Tên của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cơ bản: _____

Số lượng thành viên trong hộ gia đình: _____ Tổng thu nhập hằng năm của hộ gia đình: _____

Tên của tất cả các thành viên trong hộ gia đình của quý vị và họ có bảo hiểm OHP hay không:

Tên	Bảo hiểm OHP	Tên	Bảo hiểm OHP
	☐ Có ☐ Không		☐ Có ☐ Không
	☐ Có ☐ Không		☐ Có ☐ Không
	☐ Có ☐ Không		☐ Có ☐ Không

Nhu cầu về khả năng tiếp cận: ☐ Ngôn ngữ ký hiệu ☐ Chữ nổi Braille ☐ Phông chữ lớn
☐ Thông dịch viên _____
(Vui lòng ghi rõ ngôn ngữ)

Nếu quý vị đang điền biểu mẫu này cho một hội viên, vui lòng nhập thông tin của quý vị bên dưới:

Tên: _____

Mối quan hệ với hội viên: _____ Số điện thoại: _____

Chương trình có thể liên hệ với tôi (hoặc người điền vào biểu mẫu này) về yêu cầu này: ☐ Có ☐ Không

Nếu quý vị là nhà cung cấp dịch vụ hoặc người quản lý trường hợp đang trợ giúp yêu cầu này và muốn nhận thông tin cập nhật, vui lòng cung cấp:

Tên và thông tin liên hệ: _____

Tổ chức: _____ Tôi là: ☐ Quản lý trường hợp ☐ Nhà cung cấp HRSN

Tôi có bảo hiểm OHP/Medicaid với:



*Bao gồm CareOregon, Kaiser, OHSU và Providence

Tình hình hiện nay

Những tình huống dưới đây có thể giúp quý vị đủ điều kiện nhận hỗ trợ dinh dưỡng. Vui lòng chọn tất cả các ô phù hợp.

Tôi đã gặp chuyên gia dinh dưỡng có đăng ký (registered dietitian nutritionist - RDN) hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cơ bản (primary care provider - PCP) để xây dựng một kế hoạch chăm sóc về dinh dưỡng. ☐ Có ☐ Không

☐ Tôi đang trải qua ít nhất một trong những thay đổi sau đây trong cuộc sống: (chọn tất cả các mục phù hợp)

- ☐ Tôi sẽ đủ điều kiện nhận Medicare và Oregon Health Plan trong ba tháng tới
- ☐ Tôi đã ghi danh vào Medicare và Oregon Health Plan lần đầu tiên chưa đầy chín tháng trước
- ☐ Hiện tại tôi đang trong tình cảnh vô gia cư
- ☐ Tôi có thể sớm trở thành người vô gia cư hoặc mất chỗ ở
- ☐ Tôi đã được chăm sóc trong một cơ sở điều trị sức khỏe tâm thần hoặc cơ sở phục hồi trong 12 tháng qua
- ☐ Tôi đã tham gia vào các dịch vụ bảo vệ quyền lợi của trẻ em (chăm sóc tạm thế) ở Oregon hiện tại hoặc trong quá khứ

- ☐ Tôi đã rời khỏi nhà tù, trung tâm giam giữ, cơ sở của Cơ quan Quản lý Thanh thiếu niên Oregon (Oregon Youth Authority) hoặc trại giam trong vòng 12 tháng qua
- ☐ Tôi có tư cách được chỉ định là Thanh niên có Nhu cầu Chăm sóc Sức khỏe Đặc biệt (Young Adult with Special Health Care Needs - YSHCN), với Oregon Health Plan
- ☐ Không có mục nào ở trên

Bộ câu hỏi Khảo sát An ninh Lương thực Hộ gia đình Hoa Kỳ

Vui lòng trả lời các câu hỏi sau.

1. “Lương thực phẩm mà (tôi/chúng tôi) mua không đủ dùng, và (tôi/chúng tôi) không có tiền để mua thêm.” Trong 12 tháng qua, điều này:
 - ☐ Thường xuyên đúng ☐ Thi thoảng đúng ☐ Không bao giờ đúng ☐ Tôi không biết/Từ chối trả lời
2. “(Tôi/chúng tôi) không có đủ tiền để ăn những bữa ăn cân bằng dinh dưỡng.” Trong 12 tháng qua, điều này:
 - ☐ Thường xuyên đúng ☐ Thi thoảng đúng ☐ Không bao giờ đúng ☐ Tôi không biết/Từ chối trả lời
3. Trong 12 tháng qua, quý vị và/hoặc những người trưởng thành khác trong gia đình quý vị có bao giờ giảm khẩu phần ăn của mình không? Quý vị có bỏ bữa vì không đủ tiền mua thực phẩm không?
 - ☐ Có ☐ Không/Tôi không biết (chuyển đến câu hỏi 5)

3a. Nếu câu trả lời ở trên là CÓ, điều này xảy ra với tần suất như thế nào?

 - ☐ Hầu như mỗi tháng ☐ Một số tháng nhưng không phải mỗi tháng
 - ☐ Chỉ 1 hoặc 2 tháng ☐ Tôi không biết
4. Trong 12 tháng qua, quý vị có bao giờ ăn ít hơn vì không đủ tiền mua thực phẩm không?
 - ☐ Có ☐ Không ☐ Tôi không biết
5. Trong 12 tháng qua, quý vị có bao giờ phải chịu đói vì không đủ tiền mua thực phẩm không?
 - ☐ Có ☐ Không ☐ Tôi không biết

Tình trạng sức khỏe

- ☐ Có Các tình trạng nào dưới đây áp dụng với quý vị?
☐ Không

Vui lòng chọn (các) ô phù hợp:

- ☐ Tình trạng sức khỏe thể chất phức tạp (vui lòng nêu rõ): _____
 - Một tình trạng sức khỏe thể chất nghiêm trọng, ngày càng trở nặng và/hoặc có thể đe dọa đến tính mạng. Tình trạng này cần được điều trị đều đặn, cần sự trợ giúp để duy trì ổn định và/hoặc cần được điều trị để tránh trở nặng. Tình trạng này khiến việc ăn uống lành mạnh trở nên khó khăn. Một số ví dụ bao gồm bệnh thận mạn tính, bệnh Parkinson và bệnh tiểu đường phụ thuộc insulin.
- ☐ Tình trạng sức khỏe hành vi phức tạp (vui lòng nêu rõ): _____
 - Một tình trạng sức khỏe hành vi nghiêm trọng, ngày càng trở nặng và/hoặc có thể đe dọa đến tính mạng. Tình trạng này cần được điều trị đều đặn, cần sự trợ giúp để duy trì ổn định và/hoặc cần được điều trị để tránh trở nặng. Tình trạng này khiến việc ăn uống lành mạnh trở nên khó khăn. Một số ví dụ bao gồm rối loạn lưỡng cực, tâm thần phân liệt và rối loạn trầm cảm nặng cần điều trị nội trú trong vòng 12 tháng qua.
- ☐ Khuyết tật phát triển hoặc khuyết tật trí tuệ (vui lòng nêu rõ): _____
- ☐ Khó khăn trong việc tự chăm sóc bản thân và các hoạt động hàng ngày (vui lòng nêu rõ): _____
- ☐ Tiền sử bị ngược đãi hoặc bỏ bê
- ☐ Thường xuyên sử dụng dịch vụ cấp cứu hoặc xử lý khủng hoảng
- ☐ Hiện đang mang thai hoặc đã sinh con trong vòng 12 tháng qua
- ☐ 65 tuổi trở lên
- ☐ Trẻ em dưới 6 tuổi

Yêu cầu hỗ trợ dinh dưỡng

Quý vị có thể yêu cầu được cung cấp thông tin dinh dưỡng và/hoặc một trong các dịch vụ dinh dưỡng được liệt kê dưới đây.

Cung cấp thông tin dinh dưỡng có thể giúp các hội viên OHP đủ điều kiện hiểu cách lựa chọn thực phẩm và đồ uống tốt cho sức khỏe. Quý vị có thể yêu cầu dịch vụ này cùng với các dịch vụ dinh dưỡng khác hoặc yêu cầu riêng.

Quý vị có yêu cầu được cung cấp thông tin dinh dưỡng không? ☐ Có ☐ Không

Vui lòng chọn một trong các dịch vụ dinh dưỡng sau (quý vị không thể nhận đồng thời suất ăn được điều chỉnh theo nhu cầu y tế, quyền lợi trái cây rau củ và quyền lợi thực phẩm dự trữ):

- ☐ Suất ăn được điều chỉnh theo nhu cầu y tế
- ☐ Hộp thực phẩm gồm trái cây và rau củ (có thể được giao tận nơi hoặc nhận tại các địa điểm được chỉ định)
- ☐ Thẻ mua trái cây và rau củ (được sử dụng tại một số cửa hàng tạp hóa và địa điểm được ủy quyền)

- ☐ Hộp thực phẩm dự trữ (có thể được giao tận nơi hoặc nhận tại các địa điểm được chỉ định)
- ☐ Thẻ thực phẩm dự trữ (được sử dụng tại một số cửa hàng tạp hóa và địa điểm được ủy quyền)
- ☐ Không chọn dịch vụ nào ở trên, tôi chỉ yêu cầu được giáo dục dinh dưỡng.

Nếu quý vị chọn thẻ mua trái cây và rau củ hoặc thẻ thực phẩm dự trữ, vui lòng chọn hình thức nhận quyền lợi mà quý vị mong muốn: (Nếu quý vị có thể sử dụng thẻ kỹ thuật số mà không gặp trở ngại, hãy chọn “Thẻ kỹ thuật số”. Nếu không, hãy chọn “Thẻ vật lý”).

- ☐ Thẻ kỹ thuật số
- ☐ Thẻ vật lý

Quý vị có nhu cầu đặc biệt về chế độ ăn uống do văn hóa, dị ứng và/hoặc lý do y tế không? Vui lòng giải thích:

Nếu hội viên là trẻ sơ sinh (chưa thể ăn thức ăn thô), trẻ có cần thức ăn cho em bé không?

- ☐ Có
- ☐ Không

Hiện tại có phải quý vị không thể chuẩn bị bữa ăn do tình trạng sức khỏe của mình hay không?

- ☐ Có
- ☐ Không

Gần đây quý vị có phải nhập viện hoặc bị suy giảm sức khỏe liên quan đến dinh dưỡng không?

- ☐ Có
- ☐ Không

Nơi quý vị đang sống có cung cấp bữa ăn cho quý vị không? ☐ Có ☐ Không

Hiện tại quý vị có đang nhận được trợ giúp cùng loại hoặc tương tự không? ☐ Có ☐ Không

Nếu có, vui lòng giải thích lý do quý vị đưa ra yêu cầu này:

Đối với bữa ăn theo chỉ định y khoa

Quý vị có muốn được kết nối với một chuyên gia dinh dưỡng có đăng ký để thực hiện một cuộc đánh giá không? ☐ Có ☐ Không

Quý vị có từng được khuyến nghị các bữa ăn theo chỉ định y khoa bởi một chuyên gia y tế không?

- ☐ Có
- ☐ Không

Quý vị đã được đánh giá chưa? (Một cuộc đánh giá là yêu cầu bắt buộc đối với các bữa ăn theo chỉ định y khoa.)

- ☐ Có
- ☐ Không

Nếu có, tên của nhà cung cấp đã thực hiện đánh giá cho quý vị là gì?

Quý vị có mắc bệnh lý nào cần chế độ ăn uống đặc biệt không? ☐ Có ☐ Không

Nếu có, vui lòng giải thích:

Đối với rau củ quả và thực phẩm dự trữ

Tôi có thể bảo quản các nguyên liệu một cách an toàn ☐ Có ☐ Không

Tôi có một nơi để chế biến thực phẩm một cách an toàn ☐ Có ☐ Không

Mỗi thành viên trong hộ gia đình phải nộp đơn riêng để yêu cầu các quyền lợi về rau củ quả và thực phẩm dự trữ. Các thành viên khác trong gia đình quý vị có gửi yêu cầu không?

☐ Có ☐ Không

Nếu có, vui lòng liệt kê tên của họ để chúng tôi có thể xử lý các yêu cầu một cách hiệu quả:

Nếu quý vị chọn hộp thực phẩm gồm trái cây và rau củ hoặc hộp thực phẩm dự trữ, vui lòng cung cấp địa chỉ giao hàng và mọi hướng dẫn cụ thể về việc giao hộp thực phẩm:

Nếu quý vị chọn hộp thực phẩm gồm trái cây và rau củ hoặc hộp thực phẩm dự trữ, quý vị có nơi an toàn để nhận hộp thực phẩm khi giao đến không? Vui lòng giải thích.

Vui lòng cung cấp địa chỉ giao hàng và hướng dẫn cụ thể khi giao hàng đối với hộp thực phẩm (nếu chọn hộp thực phẩm rau củ quả hoặc hộp thực phẩm dự trữ)

(Nếu chọn hộp thực phẩm rau củ quả hoặc hộp thực phẩm dự trữ) Quý vị có khu vực an toàn để nhận hộp thực phẩm được giao đến không? Vui lòng giải thích:

Gần đây quý vị có phải nhập viện hoặc đến phòng cấp cứu vì tình trạng của mình không? ☐ Có ☐ Không

Nếu quý vị yêu cầu các bữa ăn theo chỉ định y khoa, vui lòng cung cấp địa chỉ giao hàng, hướng dẫn cụ thể khi giao hàng và quý vị muốn nhận các bữa ăn trong bao lâu (ví dụ: vài tuần hoặc vài tháng).

Việc xem xét và chấp thuận yêu cầu mất từ 2 đến 4 tuần. Khoảng thời gian chờ đợi này có gây nguy hiểm cho quý vị không? ☐ Có ☐ Không

Nếu có, vui lòng cho chúng tôi biết ở phần bên dưới. Chúng tôi có thể cố gắng xử lý yêu cầu nhanh hơn nếu đây là yêu cầu khẩn cấp.

Liên hệ

Chúng tôi sẽ liên hệ với quý vị để thảo luận về yêu cầu này. Quý vị muốn chúng tôi liên hệ với quý vị bằng cách nào?

- ☐ Điện thoại (vui lòng cung cấp số điện thoại của quý vị): _____
- ☐ Tin nhắn văn bản (nếu khác ở trên, vui lòng cung cấp số điện thoại): _____
- ☐ Email: _____
- ☐ Khác: _____
- ☐ Vui lòng liên hệ với người đại diện của tôi để thảo luận về yêu cầu này:
 - o Tên: _____
 - o Số điện thoại: _____
 - o Địa chỉ gửi thư: _____

Xác nhận và chấp thuận của hội viên

- ☐ Tôi muốn chương trình bảo hiểm y tế kiểm tra xem tôi có đủ điều kiện để nhận sự hỗ trợ về dinh dưỡng hay không.
- ☐ Nếu được chấp thuận, tôi đồng ý nhận các dịch vụ mà tôi yêu cầu.
- ☐ Chương trình bảo hiểm sức khỏe của tôi có thể liên hệ với tôi hoặc nhà cung cấp của tôi để cung cấp thêm thông tin thông qua phương tiện liên lạc điện tử bao gồm email và/hoặc tin nhắn văn bản, và tôi có thể hủy đăng ký nhận tin bất cứ lúc nào.
Chương trình bảo hiểm sức khỏe của tôi có thể xem xét hồ sơ của tôi. Điều này bao gồm hồ sơ về nhu cầu chăm sóc của tôi. Điều này cũng có thể bao gồm hồ sơ từ các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của tôi.
- ☐ Tôi hiểu rằng chương trình bảo hiểm sức khỏe của tôi sẽ liên hệ với tôi về yêu cầu này. Tôi cũng hiểu rằng yêu cầu của tôi có thể bị từ chối nếu tôi không cung cấp đủ thông tin để xử lý.
- ☐ Theo hiểu biết của tôi, tất cả 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 lệch hoặc không chính xác, tôi có thể phải chịu hình phạt theo luật tiểu bang hoặc liên bang.
Điều này có thể bao gồm việc phải hoàn trả tiền cho bất kỳ dịch vụ nào tôi nhận được theo yêu cầu này.
- ☐ Tôi đồng ý với việc sử dụng các phương thức công nghệ thông tin để chia sẻ dữ liệu cá nhân.
- ☐ Nếu tôi không đủ điều kiện nhận quyền lợi thực phẩm dự trữ, tôi đồng ý được đánh giá để nhận quyền lợi rau củ quả.

Chữ ký

Vui lòng ký tên vào yêu cầu này.

Người đại diện có thể ký vào biểu mẫu này thay cho hội viên, bao gồm trường hợp hội viên đó là trẻ vị thành niên.

Tên hội viên: _____

Chữ ký của hội viên: _____

Tên người đại diện: _____

Chữ ký người đại diện: _____

Ngày: _____

Gửi qua fax: 503-416-1376 hoặc email: hrrncx@careoregon.org

Quý vị có thể nhận được tài liệu này bằng các ngôn ngữ khác, chữ cỡ lớn, chữ nổi Braille hoặc một định dạng quý vị muốn. Quý vị cũng có quyền được sử dụng một phiên dịch viên. Quý vị có thể nhận được sự trợ giúp từ một phiên dịch viên có trình độ hoặc được chứng nhận trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe. Sự trợ giúp này được cung cấp miễn phí. Hãy gọi CCO của quý vị, TTY 711, hoặc thông báo cho nhà cung cấp dịch vụ của quý vị. Chúng tôi chấp nhận cuộc gọi chuyển tiếp.

Để liên lạc với CareOregon Health Share: 800-224-4840

Để liên lạc với Columbia Pacific CCO: 855-722-8206

Để liên lạc với Jackson Care Connect: 855-722-8208