

تعليمات حول كيفية تعبئة نماذج المدفوعات التشجيعية للخروج - الجزء 1 والجزء 2

لضمان معالجة طلب الدفع في الوقت المناسب الذي يُرسل إلى المكتب المركزي للمسنين والأفراد ذوي الإعاقات (APD) التابع لإدارة الخدمات البشرية في ولاية أوريغون (ODHS)، عليكم إرسال نموذج الدفع التشجيعي للخروج (نموذج الدفع) من خلال البريد الإلكتروني إلى: hcbs.oregon@odhs.oregon.gov

هل تطلب الدفعة الأولى؟ استخدم النموذج الجزء الأول

استخدم 'نموذج الدفع التشجيعي - الجزء الأول' لتقديم الطلب للدفعة الابتدائية (الأولى). لديك (مقدم الخدمة) 30 يومًا من تاريخ خروج الشخص من المستشفى أو منشأة التمريض الماهر (SNF/NF) لطلب الدفعة الأولى.

| رقم الخانة | المعلومات التي تحتاج إلى تقديمها لتكميل الجزء 1 من النموذج |
|------------|--|
| | حول الشخص |
| 1 | الأسم |
| 2 | تاريخ الميلاد |
| 3 | التأمين (إذا اخترت "غير ذلك"، يشمل نوع التأمين) |
| 3a | إذا كان لدى الشخص تأمينًا من ميديكيد، أدخل رقم الميديكيد (أو 'الرقم الرئيسي') |
| 4 | هل قيمت احتياجات الشخص في المستشفى أو SNF/NF؟ |
| 5 | هل أجريت تقييمًا كاملاً لقدرتك على تلبية احتياجات الشخص؟ |
| 6 | اسم المستشفى أو SNF/NF |
| 7 | تاريخ دخول الشخص إلى تلك المستشفى أو SNF/NF |
| 8 | عدد الأيام التي بقي فيها الشخص في المستشفى أو SNF/NF |
| 9 | إذا تأخر خروج الشخص، أذكر سبب التأخير (إذا كان معروفًا) |
| 10 | تاريخ دخول الشخص في (AFH/RCF) أو بدء تلقي الخدمات من (IHCA) |
| 11 | هل يتلقى الشخص رعاية المحضرين الآن |
| 12 | حالة المعيشة قبل الدخول إلى المستشفى أو SNF/NF |
| 12a | إذا اخترت "غير ذلك"، اشرح |
| 13 | هل وافق الشخص على الدخول إلى (AFH/RCF)، أو بدأ في تلقي خدمات من (IHCA)، بنفسه/بنفسها |
| 14 | إذا لم يتمكن/تتمكن على الموافقة للدخول إلى (AFH/RCF)، أو بدأ في تلقي الخدمات من (IHCA)، هل اشترك ممثل قانوني في ذلك؟ |
| 14a | اسم الممثل القانوني، إذا اشترك أحد |

| | |
|--------------------------------|--|
| 15 | اسم الشخص الذي اتخذ القرار نيابة عن الفرد للدخول إلى (AFH/ RCF)، أو للبدء في تلقي الخدمات من (IHCA)، إذا لم يستطع الفرد على عمل ذلك ولم يشترك في ذلك ممثل قانوني |
| 16 | الجنس الذي يعرف الشخص نفسه |
| 17 | العرق/الإثنية |
| 17a | هندي أمريكي أو من سكان الأسكا الأصليين |
| 17b | آسيوي |
| 17c | أسود/أمريكي أفريقي |
| 17d | لاتيني/إسباني |
| 17e | شرق أوسطي أو من أفريقيا الشمالية |
| 17f | من سكان هاواي الأصليين و/أو جزر المحيط الهادئ |
| 17g | أبيض/قفقازي |
| 17h | غير ذلك |
| 18 | هل يواجه الشخص صعوبة في التواصل مع الآخرين أو أن يفهمه الآخرون |
| 18a | إذا كان الجواب "نعم"، اشرح سبب الصعوبة |
| 19 | اللغة(ات) التي يتكلمها/تتكلمها |
| 20 | اللغة(ات) التي يكتبها/تكتبها |
| 21 | الإعاقات الرئيسية |
| حولكم (مقدم الخدمة) | |
| 22 | نوع مقدم الخدمة (AFH، RCF، أو IHCA) |
| 23 | رقم الهوية التعريفية للضريبة |
| 24 | رقم الهوية التعريفية لميديكيد (تُدعى أيضًا رقم الهوية التعريفية لمقدم الخدمة) |
| 25 | الاسم الكامل لمقدم الخدمة (مثلًا جين سميث) |
| 26 | اسم AFH، RCF، أو IHCA، إذا كان يختلف عن رقم الخانة 24 |
| 27 | رقم الهاتف |
| 28 | العنوان الإلكتروني |
| 29 | العنوان الفعلي |
| الجزء الأسفل من النموذج | |
| | توقيع مقدم الخدمة / تاريخ التوقيع |
| | اسم مقدم الخدمة بالأحرف المتقطعة |

هل تطلب الدفعة الثانية؟ استخدم النموذج الجزء الثاني

استخدم 'نموذج الدفع التشجيعي للخروج - الجزء الثاني' لتقديم الطلب للدفعة التالية (الثانية). قد تطلب الدفعة الثانية بعد أن كان الشخص يعيش في منزل/المنشأة (AFH/RCF) أو يتلقى الخدمات منك (IHCA) لفترة 90 يومًا على الأقل بعد الخروج من المستشفى أو SNF/NF.

| رقم الخانة | المعلومات التي تحتاج إلى تقديمها لتكميل الجزء الثاني من النموذج |
|------------|--|
| | حول الشخص |
| 1 | الأسم |
| 2 | تاريخ الميلاد |
| 3 | تاريخ دخول الشخص في (AFH/RCF) أو بدء تلقي الخدمات من (IHCA) |
| 4 | هل يتلقى الشخص رعاية المحتضرين الآن |
| 5 | هل أُحيل الشخص إلى رعاية المحتضرين بعد الانتقال إلى (AFH/RCF)، أو هل يبدأ بتلقي الخدمات من (IHCA)؟ |
| 6 | أثناء فترة الـ90 يوماً منذ انتقال الشخص إلى (AFH/RCF)، أو بدأ في تلقي الخدمات من (IHCA): |
| 6a | هل غادر/غادرت من (AFH/RCF)، أو توقف عن تلقي الخدمات من (IHCA)؟ |
| 6b | إذا كانت الإجابة "نعم" في 6أ، أشرح لماذا غادر/غادرت أو توقفت عن تلقي الخدمات |
| 7 | هل كانت المغادرة من (AFH/RCF)، أو إيقاف الخدمات من (IHCA) اختيارية، أو غير اختيارية أو شيء آخر |
| 8 | هل توفى/توفت |
| 8a | إذا كانت الإجابة "نعم"، حدد تاريخ الوفاة |
| 9 | الحالة المعيشية الجديدة للفرد (إذا غادر/غادرت من (AFH/RCF)، أو توقفت عن تلقي الخدمات (IHCA)، إذا ينطبق ذلك |
| 9a | دار الرعاية البديلة للبالغين أو دار الرعاية لمجموعة من البالغين |
| 9b | منشأة العيش بمساعدة الآخرين أو منشأة للرعاية السكنية (يشمل ذلك المنشآت المرخصة لرعاية الذاكرة) |
| 9c | الدار (يشمل ذلك منزلاً، شقة، دار/شقة للأسرة، البيت المتنقل) |
| 9d | مستشفى |
| 9e | بدون مأوى |
| 9f | منشأة للتمريض الماهر أو منشأة للتمريض |
| 9g | غير ذلك |
| 9h | إذا كانت الإجابة "غير ذلك" للفقرة 9، أشرح |

| حولكم (مقدم الخدمة) | |
|--------------------------------|--|
| 10 | نوع مقدم الخدمة (AFH، RCF، أو IHCA) |
| 11 | IHCA فقط هل أرفقت سجلات EVV لكل شخص الذي يقدم الخدمات لهذا الفرد من خلال IHCA لديك لطوال الوقت منذ خروجه/خروجها من المستشفى أو SNF/NF |
| 12 | رقم الهوية التعريفية للضريبة |
| 13 | رقم الهوية التعريفية لميديكيد (تُدعى أيضاً رقم الهوية التعريفية لمقدم الخدمة) |
| 14 | الاسم الكامل لمقدم الخدمة (مثلاً جين سميث) |
| 15 | اسم AFH، RCF، أو IHCA، إذا كان يختلف عن رقم الخانة 24 |
| 16 | رقم الهاتف |
| 17 | العنوان الإلكتروني |
| 18 | العنوان الفعلي |
| الجزء الأسفل من النموذج | |
| | توقيع مقدم الخدمة / تاريخ التوقيع |
| | اسم مقدم الخدمة بالأحرف المتقطعة |

لدى استلام APD طلب الدفعة، سيثبتون رعاية متطلبات البرنامج من جانب الفرد ومقدم الخدمة. خلال 10 أيام من تلقي الطلب المناسب، ستطلب APD من مكتب الخدمات المالية (OFS) إصدار الدفعة.

ملاحظة: نظراً لكثرة عدد مقدمي الخدمة المشتركين في برنامج الحوافز هذا، امنحوا الوقت لمعالجة المدفوعات. إذا لم تتلقوا الدفعة خلال 30 يوماً، أبلغوا الأمر إلى APD من خلال البريد الإلكتروني إلى:

hcbs.oregon@odhsaha.oregon.gov

إذا كانت لديك أسئلة، يُرجى الاتصال بالبريد الإلكتروني:

hcbs.oregon@odhsaha.oregon.gov

• # = رقم

- AFH - Adult Foster Home (دار رعاية بديلة للكبار)
- APD - Aging and People with Disabilities (دائرة المسنين والأشخاص المعاقين)
- EVV - Electronic Visit Verification (الإثبات الإلكتروني للزيارات)
- ID – Identification (الهوية)
- IHCA - In-Home Care Agency (وكالة الرعاية المنزلية)
- NF - Nursing Facility (منشأة تمريضية)
- ODHS - Oregon Department of Human Services (إدارة الخدمات البشرية في ولاية أوريغون)
- OFS - Office of Financial Services (مكتب الخدمات المالية)
- RCF - Residential Care Facility (منشأة الرعاية الداخلية)
- SNF - Skilled Nursing Facility (منشأة التمريض الماهر)