

## دستورالعمل‌هایی درباره نحوه تکمیل فرم پرداخت تشویقی ترخیص (Discharge Incentive Payment) – قسمت 1 و قسمت 2

به منظور اطمینان از رسیدگی به موقع به "درخواست پرداخت" ارسال شده به دفتر مرکزی سالمندان و افراد دارای معلولیت (APD) اداره خدمات انسانی اورگان (ODHS)، فرم تکمیل شده "پرداخت تشویقی ترخیص" (یا "فرم پرداخت") را به آدرس زیر ایمیل کنید: [hcbs.oregon@odhs.oregon.gov](mailto:hcbs.oregon@odhs.oregon.gov)

### برای دریافت مبلغ اول درخواست می‌دهید؟ از فرم **قسمت یک** استفاده کنید

برای درخواست مبلغ اولیه (اول) از "فرم پرداخت تشویقی ترخیص - **قسمت یک**" استفاده کنید. شما ارائه‌دهنده 30 روز از تاریخ ترخیص فرد از بیمارستان یا مرکز پرستاری (تخصصی) (SNF/NF) فرصت دارید تا برای دریافت مبلغ اول درخواست دهید.

# کادر	اطلاعاتی که باید در فرم قسمت 1 وارد کنید
	درباره فرد
1	نام
2	تاریخ تولد
3	بیمه (در صورت انتخاب "سایر موارد"، نوع بیمه را قید کنید)
3a	اگر فرد Medicaid دارد، # Medicaid (یا "Prime #") را قید کنید
4	آیا ارزیابی نیازهای فرد را در بیمارستان یا SNF/NF انجام دادید؟
5	آیا یک ارزیابی کامل از توانایی خود برای تامین نیازهای فرد انجام داده‌اید؟
6	نام بیمارستان یا SNF/NF
7	تاریخ پذیرش فرد در آن بیمارستان یا SNF/NF
8	تعداد روزهایی که فرد در بیمارستان یا SNF/NF بستری بوده است
9	در صورت تاخیر در ترخیص فرد، دلیل تاخیر (در صورت اطلاع)
10	تاریخ نقل مکان فرد در (AFH/RCF) یا شروع دریافت خدمات (IHCA)
11	آیا اکنون قرار است فرد تحت مراقبت آسایشگاهی قرار بگیرد
12	شرایط زندگی قبل از مراجعه به بیمارستان یا SNF/NF
12a	در صورت انتخاب "سایر موارد"، توضیح دهید
13	آیا فرد شخصاً با نقل مکان به (AFH/RCF)، یا شروع دریافت خدمات (IHCA) موافقت کرده است
14	اگر او نمی‌تواند با نقل مکان به (AFH/RCF)، یا شروع دریافت خدمات (IHCA) موافقت کند، آیا یک نماینده قانونی وجود داشته است

14a	نام نماینده قانونی، در صورت وجود
15	نام فردی که درباره نقل مکان به (AFH/ RCF) یا شروع دریافت خدمات (IHCA) فرد تصمیم گرفته است، در صورتیکه فرد قادر به این کار نبوده است و هیچ نماینده قانونی وجود نداشته است
16	جنسیت فرد
17	نژاد/ قومیت
17a	سرخپوست امریکایی و/یا بومی آلاسکا
17b	آسیایی
17c	سیاه پوست/آفریقایی آمریکایی
17d	لاتین/هیسپانیک
17e	خاورمیانه‌ای یا آفریقایی شمالی
17f	بومی هاوایی و/یا جزایر پاسیفیک
17g	سفیدپوست/اروپایی
17h	سایر
18	آیا فرد در برقراری ارتباط یا تفهیم منظور خود به دیگران مشکل دارد؟
18a	اگر پاسخ "بله" است، دلیل این مشکل را توضیح دهید
19	به چه زبان(هایی) صحبت می‌کند
20	به چه زبان(هایی) می‌نویسد
21	معلولیت‌های اصلی، در صورت وجود
<b>درباره شما (ارائه‌دهنده)</b>	
22	نوع ارائه‌دهنده (AFH، RCF یا IHCA)
23	# شناسه مالیاتی
24	Medicaid # (که # ارائه‌دهنده نیز نامیده می‌شود)
25	نام و نام خانوادگی ارائه‌دهنده (برای مثال، Jane Smith)
26	نام AFH، RCF یا IHCA، اگر با #24 متفاوت است
27	# تلفن
28	نشانی ایمیل
29	آدرس حقیقی
<b>پایین فرم</b>	
	امضای ارائه‌دهنده / تاریخ امضا
	نام ارائه‌دهنده با حروف بزرگ

## برای دریافت مبلغ دوم درخواست می‌دهید؟ از فرم **قائمیت دو** استفاده کنید

برای درخواست مبلغ بعدی (دوم) از "فرم پرداخت تشویقی ترخیص - قائمیت دو" استفاده کنید. در صورتیکه فرد حداقل 90 روز بعد از ترخیص از بیمارستان یا SNF/NF در خانه/ مرکز (AFH/RCF) شما زندگی کرده یا از شما (IHCA) خدمات دریافت کرده است، شما می‌توانید برای دریافت مبلغ دوم درخواست دهید.

# کادر	اطلاعاتی که باید در فرم قائمیت دو وارد کنید
	درباره فرد
1	نام
2	تاریخ تولد
3	تاریخ نقل مکان فرد در (AFH/RCF) یا شروع دریافت خدمات (IHCA)
4	آیا در حال حاضر فرد مراقبت آسایشگاهی دریافت می‌کند
5	آیا فرد بعد از نقل مکان به (AFH/RCF)، یا شروع دریافت خدمات (IHCA) به مراقبت آسایشگاهی ارجاع داده شده است؟
6	در طول 90 روز از زمان نقل مکان به (AFH/RCF) یا شروع دریافت خدمات (IHCA) فرد:
6a	آیا او از (AFH/RCF) نقل مکان کرده، یا دریافت خدمات (IHCA) را متوقف کرده است؟
6b	اگر پاسخ به 6a "بله" است، دلیل نقل مکان از آنجا یا توقف دریافت خدمات را توضیح دهید
7	آیا نقل مکان از (AFH/RCF)، یا توقف خدمات (IHCA) داوطلبانه، غیر داوطلبانه یا به دلیل دیگری (سایر موارد) بوده است
8	آیا او فوت کرده است
8a	اگر پاسخ "بله" است، تاریخ فوت را قید کنید
9	شرایط زندگی جدید فرد (در صورت نقل مکان از (AFH/RCF)، یا توقف خدمات (IHCA)، در صورت وجود
9a	خانه نگهداری بزرگسالان یا خانه گروهی بزرگسالان
9b	مرکز کمک به زندگی یا مرکز مراقبت مسکونی (این شامل مراکز مورد تایید برای مراقبت از افراد مبتلا به اختلالات ذهنی می‌شود)
9c	خانه (این شامل یک خانه، آپارتمان، خانه/آپارتمان خانوادگی، خانه سیار می‌شود)
9d	بیمارستان
9e	بی‌خانمان
9f	مرکز پرستاری تخصصی یا مرکز پرستاری
9g	سایر
9h	اگر پاسخ به 9g "سایر موارد" است، توضیح دهید

درباره شما (ارائه‌دهنده)	
10	نوع ارائه‌دهنده (AFH، RCF یا IHCA)
11	فقط برای IHCA: آیا سوابق EVV را برای هر شخصی که از طریق IHCA شما و در تمام مدتی که فرد از بیمارستان یا SNF/NF مرخص شده است، به او خدمات ارائه می‌دهد، ضمیمه کرده‌اید
12	# شناسه مالیاتی
13	Medicaid # (که # ارائه‌دهنده نیز نامیده می‌شود)
14	نام و نام خانوادگی ارائه‌دهنده (برای مثال، Jane Smith)
15	نام AFH، RCF یا IHCA، اگر با #24 متفاوت است
16	# تلفن
17	نشانی ایمیل
18	آدرس حقیقی
<b>پایین فرم</b>	
	امضای ارائه‌دهنده / تاریخ امضا
	نام ارائه‌دهنده با حروف بزرگ

وقتی APD درخواست پرداخت را دریافت می‌کند، تایید خواهد کرد که فرد و ارائه‌دهنده از شرایط برنامه برخوردار هستند. ظرف 10 روز پس از دریافت یک درخواست مناسب، APD از دفتر خدمات مالی (OFS) می‌خواهد که یک مبلغ صادر کند.

**توجه:** تعداد ارائه‌دهندگانی که در این برنامه تشویقی شرکت می‌کنند زیاد است، بنابراین زمانی را برای رسیدگی به مبالغ پرداختی در نظر بگیرید. اگر ظرف 30 روز مبلغی دریافت نکرده‌اید، از طریق ارسال ایمیل به [hcbs.oregon@odhsoha.oregon.gov](mailto:hcbs.oregon@odhsoha.oregon.gov) به APD اطلاع بدهید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً به [hcbs.oregon@odhsoha.oregon.gov](mailto:hcbs.oregon@odhsoha.oregon.gov) تماس بگیرید.

# = شماره

- AFH - Adult Foster Home (خانه نگهداری بزرگسالان)
- APD - Aging and People with Disabilities (سالمنان و افراد دارای معلولیت)
- EVV - Electronic Visit Verification (تایید ویزیت الکترونیکی)
- ID – Identification (شناسایی)
- IHCA - In-Home Care Agency (آژانس مراقبت در منزل)
- NF - Nursing Facility (مرکز پرستاری)
- ODHS - Oregon Department of Human Services (اداره خدمات انسانی اورگان)
- OFS - Office of Financial Services (دفتر خدمات مالی)
- RCF - Residential Care Facility (مرکز مراقبت مسکونی)
- SNF - Skilled Nursing Facility (مرکز پرستاری تخصصی)