

퇴원 인센티브 지급 신청서 작성 방법에 대한 지침 - 파트 1 및 파트 2

오리건 사회복지부(Oregon Department of Human Services, ODHS)의 고령자 및 장애인 서비스국(Aging and People with Disabilities, APD) 담당 사무국에 제출하는 지급 신청이 적시에 처리될 수 있도록, 퇴원 인센티브 지급 신청서(또는 지급 신청서)를 올바르게 작성하여 이메일 hcbs.oregon@odhsosha.oregon.gov로 발송해 주십시오.

1차 지급을 요청하려면 파트 1 양식을 사용하십시오.

최초(1차) 지급을 요청하려면 '퇴원 인센티브 지급 신청서 - 파트 1' (Discharge Incentive Payment Form - Part One)을 사용하십시오. 귀하(제공자)는 해당 개인이 병원 또는 (전문) 요양원(SNF/NF)에서 퇴원한 날로부터 30일 이내에 1차 지급금을 요청할 수 있습니다.

박스 #	신청서 파트 1에 입력해야 하는 정보
해당 개인의 정보	
1	이름
2	생년월일
3	보험 (‘기타’를 선택한 경우 보험 유형을 기재하십시오)
3a	개인이 Medicaid 가입자인 경우 Medicaid #(또는 ‘Prime #’)를 기재하십시오.
4	귀하는 병원 또는 SNF/NF에서 해당 개인의 필요를 평가했습니까?
5	귀하는 해당 개인의 필요를 충족할 수 있는 귀하의 능력에 대해 전체 평가를 수행했습니까?
6	병원 또는 SNF/NF 이름
7	개인이 해당 병원 또는 SNF/NF에 입원한 날짜
8	개인이 병원 또는 SNF/NF에 입원한 기간(일)
9	개인의 퇴원이 연기된 경우 해당 사유(파악된 경우)
10	개인이 (AFH/RCF)에 입원하거나 (IHCA) 서비스를 받기 시작하는 날짜
11	해당 개인이 호스피스 간호를 받게 됩니까?

12	병원 또는 SNF/NF에 입원하기 전 주거 환경
12a	'기타'를 선택한 경우 구체적인 설명
13	해당 개인이 (AFH/RCF)에 입원하거나 (IHCA) 서비스를 받는 데 직접 동의했습니까?
14	해당 개인이 (AFH/RCF)에 입원하거나 (IHCA) 서비스를 받는 데 직접 동의할 수 없는 경우 법정 대리인이 관여했습니까?
14a	법정 대리인이 관여한 경우 해당 대리인의 이름
15	개인이 (AFH/RCF)에 입원하거나 (IHCA) 서비스를 받는 데 직접 동의할 수 없고 법정 대리인도 관여하지 않는 경우, 해당 개인의 입원 또는 서비스 수혜에 대한 결정을 내린 사람의 이름
16	해당 개인의 성별
17	인종/민족
17a	아메리칸 인디언 및/또는 알래스카 원주민
17b	아시아계
17c	흑인/아프리카계 미국인
17d	라틴계/히스패닉계
17e	중동 또는 북아프리카인
17f	하와이 원주민 및/또는 태평양 섬 주민
17g	백인
17h	기타
18	해당 개인이 다른 사람과 의사소통하거나 다른 사람들이 해당 개인을 이해하는 데 어려움이 있습니까?
18a	'예'라고 응답한 경우 해당 사유 설명
19	구사 언어(구어)
20	구사 언어(문어)
21	주요 장애(있는 경우)
귀하(제공자)의 정보	
22	제공자 유형(AFH, RCF 또는 IHCA)
23	납세자 ID #
24	Medicaid #(제공자 #라고도 함)
25	제공자 성명(예. Jane Smith)
26	24번과 다른 경우, AFH, RCF 또는 IHCA 이름
27	전화번호
28	이메일 주소
29	실제 주소

신청서 하단	
제공자 서명	/ 서명 날짜
제공자 이름(정자체)	

2차 지급을 요청하려면 파트 2 양식을 사용하십시오.

후속(2차) 지급을 요청하려면 '퇴원 인센티브 지급 신청서 - **파트 2**' (Discharge Incentive Payment Form - **Part Two**) 를 사용하십시오. 해당 개인이 병원 또는 SNF/NF에서 퇴원한 후 최소 90일 동안 귀하의 주택/시설(AFH/RCF)에 거주하거나 귀하로부터 서비스(IHCA)를 받고 있는 경우 2차 지급을 요청할 수 있습니다.

신청서 파트 2에 입력해야 하는 정보	
박스 #	해당 개인의 정보
1	이름
2	생년월일
3	개인이 (AFH/RCF)에 입원하거나 (IHCA) 서비스를 받기 시작하는 날짜
4	해당 개인이 현재 호스피스 간호를 받고 있습니까?
5	해당 개인이 (AFH/RCF)에 입원하거나 (IHCA) 서비스를 받은 후에 호스피스 간호 의뢰를 받았습니까?
6	해당 개인이 (AFH/RCF)에 입원하거나 (IHCA) 서비스를 받기 시작한 후 90일 동안
6a	(AFH/RCF)에서 퇴원하거나 (IHCA) 서비스를 중단하였습니까?
6b	6a에서 '예'라고 응답한 경우, 퇴원 또는 서비스 중단 사유 기재
7	(AFH/RCF)에서 퇴원 또는 (IHCA) 서비스 수혜 중단이 자발적, 비자발적 또는 그 외(기타) 사유 때문입니까?
8	해당 개인이 사망했습니까?
8a	'예'라고 응답한 경우, 사망 날짜 기재
9	개인의 새로운 생활 상황((AFH/RCF)에서 퇴원 또는 (IHCA) 서비스를 중단한 경우, 해당되는 경우)
9a	성인 위탁 가정 또는 성인 집단 주거 가정
9b	보조 생활 시설 또는 주거 요양 시설(공인 치매 요양원 포함)
9c	집(주택, 아파트, 가족의 집/아파트, 이동식 주택 포함)

9d	병원
9e	무주택
9f	전문 요양원 또는 요양원
9g	기타
9h	9g에서 '기타'라고 응답한 경우, 구체적인 설명

귀하(제공자)의 정보	
10	제공자 유형(AFH, RCF 또는 IHCA)
11	IHCA만 해당: 귀하는 해당 개인이 병원 또는 SNF/NF에서 퇴원한 이후 전체 기간 동안 IHCA를 통해 해당 개인에게 서비스를 제공하는 모든 사람의 EVV 기록을 첨부했습니까?
12	납세자 ID #
13	Medicaid #(제공자 #라고도 함)
14	제공자 성명(예. Jane Smith)
15	24번과 다른 경우, AFH, RCF 또는 IHCA 이름
16	전화번호
17	이메일 주소
18	실제 주소
신청서 하단	
제공자 서명	/ 서명 날짜
제공자 이름(정자체)	

APD는 지급 신청서를 받게 되면 해당 개인과 제공자가 프로그램 요구 사항에 부합하는지 확인합니다. APD는 적합한 신청서를 받은 후 10일 이내에 재정담당국(Office of Financial Services, OFS)에 지급을 요청할 것입니다.

참고: 이 인센티브 프로그램에 참여하는 제공자가 상당히 많기 때문에 지급이 처리될 때까지 어느 정도 시간이 소요될 수 있습니다. 신청 후 30일 이내로 지급을 받지 못하는 경우에는 APD에 이메일 hcbs.oregon@odhsoha.oregon.gov로 알려 주십시오.

궁금한 사항이 있을 경우에는 이메일 hcbs.oregon@odhsoha.oregon.gov로 문의하십시오.

- # = 번호
- AFH - Adult Foster Home (성인 위탁 가정)
- APD - Aging and People with Disabilities (고령자 및 장애인)
- EVV - Electronic Visit Verification (전자 방문 확인)
- ID - Identification (신분증)
- IHCA - In-Home Care Agency (재택 케어 에이전시)
- NF - Nursing Facility (요양원)
- ODHS - Oregon Department of Human Services (오리건주 복지부)
- OFS - Office of Financial Services (재정담당국)
- RCF - Residential Care Facility (주거형 요양 시설)
- SNF - Skilled Nursing Facility (전문 요양원)