

Instrucțiuni pentru completarea formularelor de plată a stimulentei după externare - Partea 1 și Partea 2

Pentru a asigura procesarea în timp util a cererii de plată trimisă către Biroul central pentru Persoane în vârstă și cu dizabilități (APD) din cadrul Departamentului de Servicii Umane al statului Oregon (ODHS), trimiteți prin e-mail formularul de plată pentru stimulente după externare (sau Formularul de plată) completat la:

hcbs.oregon@odhs.oregon.gov

Se solicită prima plată? Utilizați **Partea 1** a formularului

Utilizați „Formularul de plată a stimulentei după externare – **Partea 1**” (Discharge Incentive Payment Form – **Part One**) pentru a solicita plata inițială (prima). Dvs. (furnizorul) aveți la dispoziție 30 de zile de la data la care persoana a fost externată din spital sau din centrul de îngrijire medicală (calificată) (SNF/NF) pentru a solicita prima plată.

Caseta nr.	Informațiile pe care trebuie să le introduceți pentru Partea 1 a formularului
Despre persoana în cauză	
1	Nume
2	Data nașterii
3	Asigurare (Dacă se selectează „Altele”, includeți Tipul de asigurare)
3a	Dacă persoana are Medicaid, introduceți numărul Medicaid (sau „Nr. Prime”)
4	Ați realizat o evaluare a nevoilor persoanei în cauză în spital sau SNF/NF?
5	Ați realizat o evaluare completă a capacității dvs. de a răspunde nevoilor persoanei în cauză?
6	Numele spitalului sau SNF/NF
7	Data la care persoana a fost internată în acel spital sau SNF/NF
8	Nr. de zile petrecute de persoana în cauză la spital sau SNF/NF
9	Dacă externarea persoanei în cauză a fost întârziată, motivul întârzierii (dacă se cunoaște)
10	Data la care persoana în cauză se mută (AFH/RCF) sau începe să primească servicii (IHCA)
11	Persoana în cauză va primi acum îngrijire pentru boli în stadiu terminal

12	Situația de trai înainte de a merge la spital sau SNF/NF
12a	Dacă se selectează „Altele”, explicați
13	A fost persoana în cauză de acord să se mute (AFH/RCF) sau să înceapă să primească servicii (IHCA)
14	Dacă aceasta se află în imposibilitatea de a accepta să se mute (AFH/RCF) sau să înceapă să primească servicii (IHCA), a fost implicat un reprezentant legal
14a	Numele reprezentantului legal, dacă a fost implicat
15	Numele persoanei care a luat decizia ca persoana în cauză să se mute (AFH/RCF) sau să înceapă să primească servicii (IHCA), dacă persoana în cauză nu a fost capabilă să decidă și nu a fost implicat niciun reprezentant legal
16	Genul cu care persoana în cauză se identifică
17	Rasa/etnia
17a	Indian american și/sau nativ din Alaska
17b	Asiatic
17c	De culoare/afro-american
17d	Latinx/hispanic
17e	Din Orientul Mijlociu sau Africa de Nord
17f	Nativ din Hawaii și/sau din insulele Pacificului
17g	Alb/caucazian
17h	Altele
18	Persoana în cauză are dificultăți în a comunica sau a se face înțeleasă de ceilalți
18a	Dacă „Da”, explicați motivul dificultății
19	Limba (limbile) pe care o/le vorbește
20	Limba (limbile) în care scrie
21	Dizabilități primare, dacă există
Despre dvs. (furnizorul)	
22	Tipul de furnizor (AFH, RCF sau IHCA)
23	Cod fiscal
24	Nr. Medicaid (numit și Nr. furnizor)
25	Numele complet al furnizorului (de exemplu, Jane Smith)
26	Numele AFH, RCF sau IHCA, dacă este diferit de nr. 24
27	Nr. telefon
28	Adresa de e-mail
29	Adresa fizică

Sfârșitul formularului	
Semnătura furnizorului	/ Data semnării
Numele în clar al furnizorului	

Se solicită a doua plată? Utilizați [Partea 2](#) a formularului

Utilizați „Formularul de plată a stimulentei după externare – **Partea 2**” (Discharge Incentive Payment Form – **Part Two**) pentru a solicita plata ulterioară (a doua). Când persoana a locuit în casa/centrul dvs. (AFH/RCF) sau a primit servicii de la dvs. (IHCA) timp de cel puțin 90 de zile după externarea din spital sau SNF/NF, puteți solicita a doua plată.

Caseta nr.	Informațiile pe care trebuie să le introduceți pentru Partea 2 a formularului
Despre persoana în cauză	
1	Nume
2	Data nașterii
3	Data la care persoana în cauză se mută (AFH/RCF) sau începe să primească servicii (IHCA)
4	Persoana în cauză primește îngrijire pentru boli în stadiu terminal în prezent
5	I s-a făcut trimitere persoanei în cauză către o unitate care furnizează îngrijire pentru boli în stadiu terminal după mutare (AFH/RCF) sau după ce a început să primească servicii (IHCA)?
6	În cele 90 de zile de când persoana s-a mutat (AFH/RCF) sau a început să primească servicii (IHCA):
6a	S-a mutat (AFH/RCF) sau a încetat să mai primească servicii (IHCA)?
6b	Dacă răspunsul la 6a este „Da”, explicați de ce s-a mutat sau a încetat să mai primească servicii
7	Mutarea (AFH/RCF) sau încetarea primirii serviciilor (IHCA) s-a produs voluntar, involuntar sau altfel (Altele)
8	A decedat
8a	Dacă „Da”, indicați data decesului
9	Nouă situație de trai a persoanei (dacă s-a mutat (AFH/RCF) sau a încetat să primească servicii (IHCA), dacă este cazul
9a	Cămin de plasament pentru adulți sau Cămin de grup pentru adulți
9b	Centru de trat asistat sau Centru de îngrijire rezidențială (sunt incluse centrele aprobate pentru îngrijirea memoriei)

9c	Domiciliu (acest lucru ar include o casă, un apartament, casa/apartamentul familiei, casă mobilă)
9d	Spital
9e	Fără adăpost
9f	Centru de îngrijire medicală calificată sau Centru de îngrijire medicală
9g	Altele
9h	Dacă răspunsul la 9g este „Altele”, explicați

Despre dvs. (furnizorul)	
10	Tipul de furnizor (AFH, RCF sau IHCA)
11	Numai pentru IHCA: Ați atașat înregistrări EVV pentru fiecare persoană care furnizează servicii acestei persoane prin centrul dvs. IHCA pentru tot timpul de când a fost externată din spital sau SNF/NF
12	Cod fiscal
13	Nr. Medicaid (numit și Nr. furnizor)
14	Numele complet al furnizorului (de exemplu, Jane Smith)
15	Numele AFH, RCF sau IHCA, dacă este diferit de nr. 24
16	Nr. telefon
17	Adresa de e-mail
18	Adresa fizică
Sfârșitul formularului	
Semnătura furnizorului / Data semnării	
Numele în clar al furnizorului	

Odată ce APD primește Cererea de plată, va confirma că persoana în cauză și furnizorul îndeplinesc cerințele programului. În termen de 10 zile de la primirea unei cereri adecvate, APD va solicita Oficiului de Servicii Financiare (OFS) să emită o plată.

NOTĂ: Numărul de furnizori care participă la acest program de stimulente este mare, așadar acordați timp pentru procesarea plăților. Dacă nu ați primit plata în termen de 30 de zile, notificați APD prin e-mail la: hcbs.oregon@odhs.oregon.gov

Dacă aveți întrebări vă rugăm să ne contactați la:

hcbs.oregon@odhs.oregon.gov

- Nr. = Număr
- AFH - Adult Foster Home (Casă de îngrijire pentru adulți)
- APD - Aging and People with Disabilities (Persoane în vârstă și cu dizabilități)
- EVV - Electronic Visit Verification (Verificare prin vizită electronică)
- ID – Identification (Identificare)
- IHCA - In-Home Care Agency (Agenție care oferă servicii de îngrijire la domiciliu)
- NF - Nursing Facility (Centru de îngrijire medicală)
- ODHS - Oregon Department of Human Services (Departamentul de Servicii Umane al statului Oregon)
- OFS - Office of Financial Services (Oficiul de Servicii Financiare)
- RCF - Residential Care Facility (Centru de îngrijire rezidențială)
- SNF - Skilled Nursing Facility (Centru de îngrijire medicală calificată)