

Инструкции по заполнению бланка запроса поощрительной выплаты при выписке пациента — часть 1 и часть 2

В целях обеспечения своевременной обработки запроса на выплату, отправленного в центральный офис Отдела обслуживания престарелых и лиц с ограниченными возможностями (APD) при Департаменте социального обеспечения штата Орегон (ODHS), просим вас отправить заполненный бланк запроса поощрительной выплаты при выписке пациента (или бланк запроса выплаты) по электронной почте на адрес: hcbs.oregon@odhsoha.oregon.gov

Вы запрашиваете 1-ую выплату? Используйте бланк **Часть первая**

Используйте «Бланк запроса поощрительной выплаты при выписке пациента – **Часть первая**» (Discharge Incentive Payment Form – **Part One**) для запроса первоначальной (первой) выплаты. У вас (поставщика услуг) есть 30 дней от даты выписки пациента из больницы или учреждения (квалифицированного) сестринского ухода (SNF/NF) на то, чтобы подать запрос на первый платеж.

№ пункта	Информация, которую необходимо ввести в бланк Часть 1
Информация о пациенте	
1	Имя, фамилия
2	Дата рождения
3	Страховка (если выбрано «Другое», укажите вид страховки)
3а	Если пациент является участником программы Medicaid, укажите № участника Medicaid (или учетный № «Prime»)
4	Проводили ли вы оценку индивидуальных потребностей в больнице или учреждении SNF/NF?
5	Провели ли вы полную оценку своей способности удовлетворять потребности этого лица?
6	Название больницы или учреждения SNF/NF
7	Дата госпитализации пациента в эту больницу или учреждение SNF/NF
8	Количество дней пребывания пациента в больнице или учреждении SNF/NF

9	Если выписка пациента была отложена, укажите причину задержки (если известно)
10	Дата, когда пациент вселяется (AFH/RCF) или начинает получать услуги (ИНСА)
11	Будет ли пациент теперь получать помощь хосписа?
12	Жизненная ситуация до момента госпитализации в стационар или учреждение SNF/NF
12a	Если выбрано «Другое», объясните
13	Согласился ли пациент вселиться (AFH/RCF) или начать получать услуги (ИНСА) самостоятельно?
14	Если он/она не имеет возможности дать согласие на вселение (AFH/RCF) или начало получения услуг (ИНСА), был ли задействован законный представитель?
14a	Имя, фамилия законного представителя, если таковой был задействован
15	Имя, фамилия лица, принявшего решение о вселении лица (AFH/RCF) или о начале получения услуг (ИНСА), если это лицо не имело возможности принять решение и не был задействован законный представитель
16	Пол, с которым пациент себя идентифицирует
17	Расовая/этническая принадлежность
17a	Американский индеец и/или Коренной житель Аляски
17b	Азиат
17c	Чернокожий/афроамериканец
17d	Латиноамериканец/испаноязычный
17e	Выходец из стран Ближнего Востока или Северной Африки
17f	Коренной житель Гавайских островов и/или житель Тихоокеанских островов
17g	Европеец/белокожий
17h	Другое
18	Испытывает ли это лицо трудности в общении или в том, чтобы быть понятым(-ой) окружающими?
18a	Если «Да», объясните причину затруднения
19	Язык(и), на котором он/она говорит
20	Язык(и), на котором он/она пишет
21	Основные ограниченные возможности здоровья, если таковые имеются

Информация о вас (поставщике услуг)	
22	Вид поставщика услуг (AFH, RCF или IHCA)
23	Идентификационный № налогоплательщика
24	№ в программе Medicaid (также называемый № поставщика услуг)
25	Полное имя поставщика услуг (например, Джейн Смит)
26	Название учреждения AFH, RCF или IHCA, если оно отличается от того, что указано в пункте № 24
27	№ телефона
28	Адрес электронной почты
29	Фактический адрес
Нижняя часть бланка	
Подпись поставщика услуг / Дата подписи	
Имя, фамилия поставщика услуг печатными буквами	

Вы запрашиваете 2-ую выплату? Используйте бланк Часть вторая

Используйте «Бланк запроса поощрительной выплаты при выписке пациента – **Часть вторая**» (Discharge Incentive Payment Form – **Part Two**) для запроса **последующей (второй) выплаты**. Если пациент проживает в вашем доме/учреждении (AFH/RCF) или получает от вас услуги (IHCA) в течение как минимум 90 дней после выписки из больницы или учреждения SNF/NF, вы можете запросить вторую выплату.

№ пункта	Информация, которую необходимо ввести в бланк Часть 2
Информация о пациенте	
1	Имя, фамилия
2	Дата рождения
3	Дата, когда пациент вселяется (AFH/RCF) или начинает получать услуги (IHCA)
4	Получает ли пациент в настоящее время помощь хосписа?
5	Был ли пациент направлен в хоспис после вселения (AFH/RCF) или начала получения услуг (IHCA)?
6	В течение 90 дней с момента вселения (AFH/RCF) или начала получения услуг (IHCA):
6а	Выехал ли он/она (AFH/RCF) или перестал(-а) ли получать услуги (IHCA)?

6b	Если ответом на вопрос 6a является «Да», объясните, почему он/она уехал(-а) или перестал(-а) получать услуги
7	Было ли решение о выезде (AFH/RCF) или прекращении получения услуг (ИНСА) принято добровольно, принудительно или по какой-либо (другой) причине?
8	Он/она умер(-ла)
8a	Если «Да», укажите дату смерти
9	Новая жизненная ситуация пациента (если он/она выехал(-а) (AFH/RCF) или прекратил(-а) получать услуги (ИНСА), если применимо
9a	Приют для совершеннолетних лиц или дом группового проживания для совершеннолетних
9b	Учреждение для лиц, нуждающихся в постоянном уходе, или учреждение для проживания с уходом (включая учреждения по уходу за лицами, страдающими от потери памяти)
9c	Дом (сюда может относиться дом, квартира, дом/квартира семьи, дом на колесах)
9d	Больница
9e	Бездомный(-ая)
9f	Учреждение квалифицированного сестринского ухода или учреждение сестринского ухода
9g	Другое
9h	Если ответом на вопрос 9g является «Другое», объясните

Информация о вас (поставщике услуг)	
10	Вид поставщика услуг (AFH, RCF или ИНСА)
11	Исключительно в отношении учреждений ИНСА: Приложили ли вы записи системы EVV на каждого человека, который оказывает услуги этому лицу в вашем учреждении ИНСА за все время с момента его/её выписки из больницы или учреждения SNF/NF?
12	Идентификационный № налогоплательщика
13	№ в программе Medicaid (также называемый № поставщика услуг)
14	Полное имя поставщика услуг (например, Джейн Смит)
15	Название учреждения AFH, RCF или ИНСА, если оно отличается от того, что указано в пункте № 24
16	№ телефона
17	Адрес электронной почты
18	Фактический адрес

Нижняя часть бланка	
Подпись поставщика услуг	Дата подписи
Имя, фамилия поставщика услуг печатными буквами	

После того как отдел APD получит запрос на выплату, его сотрудники подтвердят соответствие пациента и поставщика услуг требованиям программы. В течение 10 дней после получения соответствующего запроса отдел APD попросит Управление финансовых услуг (OFS) произвести платеж.

ПРИМЕЧАНИЕ: Количество поставщиков услуг, участвующих в этой программе стимулирования, велико, поэтому просим вас выделить достаточно времени на обработку платежей. Если вы не получили платеж в течение 30 дней, сообщите об этом в отдел APD по электронной почте: hcbs.oregon@odhsoha.oregon.gov

Если у вас возникли вопросы, обращайтесь по адресу:

hcbs.oregon@odhsoha.oregon.gov

- Символ № означает номер
- AFH - Adult Foster Home (Приют для совершеннолетних лиц)
- APD - Aging and People with Disabilities (Отдел обслуживания престарелых и лиц с ограниченными возможностями здоровья)
- EVV - Electronic Visit Verification (Электронное подтверждение визита)
- ID – Identification (Удостоверение личности)
- IHCA - In-Home Care Agency (Служба, предоставляющая услуги надомного обслуживания)
- NF - Nursing Facility (Учреждение сестринского ухода)
- ODHS - Oregon Department of Human Services (Департамент социального обеспечения штата Орегон)
- OFS - Office of Financial Services (Управление финансовых услуг)
- RCF - Residential Care Facility (Учреждении для проживания с предоставлением услуг по уходу)
- SNF - Skilled Nursing Facility (Учреждение квалифицированного сестринского ухода)