

Hướng dẫn Cách Điền Đơn thanh toán Khoản ưu đãi Xuất viện — Phần 1 và Phần 2

Để đảm bảo việc xử lý kịp thời các đơn Yêu cầu Thanh toán được gửi đến Văn phòng Cơ quan Phục vụ Người cao niên và Người khuyết tật (APD) của Bộ Xã hội Oregon (ODHS), vui lòng gửi Đơn Thanh toán Khuyến khích Xuất viện (Discharge Incentive Payment Form) hoàn chỉnh qua email tới: hcbsoregon@odhsosha.oregon.gov

Yêu cầu thanh toán lần đầu? Sử dụng Đơn **Phần một**

Sử dụng 'Đơn Thanh toán Khoản ưu đãi Xuất viện – **Phần một**' (Discharge Incentive Payment Form – **Part One**) để yêu cầu thanh toán lần đầu (lần thứ nhất). Quý vị (nhà cung cấp) có 30 ngày kể từ ngày thân chủ xuất viện hoặc rời khỏi cơ sở điều dưỡng (chuyên môn) (SNF/NF) để yêu cầu khoản thanh toán đầu tiên.

Ô số	Thông tin quý vị cần nhập cho Đơn Phần 1
Về thân chủ	
1	Tên
2	Ngày sinh
3	Bảo hiểm (Nếu chọn "Khác," vui lòng ghi Loại bảo hiểm)
3a	Nếu thân chủ có Medicaid, ghi số Medicaid (hoặc 'số Prime')
4	Quý vị có thực hiện đánh giá nhu cầu của thân chủ trong bệnh viện hoặc SNF/NF không?
5	Quý vị đã thực hiện đánh giá đầy đủ về khả năng đáp ứng nhu cầu của thân chủ chưa?
6	Tên bệnh viện hoặc SNF/NF
7	Ngày thân chủ được đưa vào bệnh viện hoặc SNF/NF đó
8	Số ngày thân chủ đã ở lại bệnh viện hoặc SNF/NF
9	Nếu việc xuất viện của thân chủ bị trì hoãn, lý do trì hoãn (nếu biết)
10	Ngày thân chủ chuyển đến (AFH/RCF) hoặc bắt đầu nhận dịch vụ (IHCA)
11	Bây giờ thân chủ có được chăm sóc cuối đời không
12	Hoàn cảnh sống trước khi nhập viện hoặc SNF/NF
12a	Nếu chọn "Khác," vui lòng giải thích
13	Bản thân thân chủ đó có đồng ý chuyển đến (AFH/RCF) hoặc bắt đầu nhận dịch vụ (IHCA) không?

14	Nếu họ không thể đưa ra sự đồng ý về việc chuyển đến (AFH/RCF) hoặc bắt đầu nhận dịch vụ (IHCA), thì họ có người đại diện pháp lý nào không	
14a	Tên của người đại diện pháp lý, nếu có	
15	Tên của người đã đưa ra quyết định cho thân chủ chuyển đến (AFH/RCF) hoặc bắt đầu nhận dịch vụ (IHCA), nếu thân chủ không thể và không có đại diện pháp lý nào tham gia	
16	Giới tính mà thân chủ xác định họ là	
17	Chủng tộc/Sắc tộc	
17a	Người Mỹ Bản địa và/hoặc Người Alaska Bản Địa	
17b	Người Châu Á	
17c	Người Da đen hoặc Người Mỹ Gốc Phi Châu	
17d	Người Gốc Tây Ban Nha/La Tinh	
17e	Người Trung Đông hoặc Bắc Phi	
17f	Người Bản Địa Hawaii và/hoặc Người Thuộc Đảo Quốc Thái Bình Dương	
17g	Người Da trắng/Người Cáp-ca	
17h	Khác	
18	Thân chủ có gặp khó khăn trong giao tiếp hoặc được người khác hiểu không	
18a	Nếu "Có", giải thích lý do khó khăn	
19	(Những) ngôn ngữ thân chủ nói được	
20	(Những) ngôn ngữ thân chủ viết được	
21	Khuyết tật chính, nếu có	
Giới thiệu về quý vị (Nhà cung cấp)		
22	Loại nhà cung cấp (AFH, RCF hoặc IHCA)	
23	Số ID thuế	
24	Số Medicaid (còn được gọi là Số nhà cung cấp/Provider number)	
25	Tên đầy đủ của nhà cung cấp (ví dụ: Jane Smith)	
26	Tên của AFH, RCF hoặc IHCA, nếu khác với câu hỏi số 24	
27	Số điện thoại	
28	Địa chỉ email	
29	Địa chỉ nơi nhận thư	
Cuối đơn		
Chữ ký của nhà cung cấp	/	Ngày ký
Ghi rõ tên nhà cung cấp		

Yêu cầu thanh toán lần hai? Sử dụng Đơn **Phần Hai**

Sử dụng 'Đơn Thanh toán Khuyến mại Xuất viện – **Phần một**' (Discharge Incentive Payment Form – **Part Two**) để yêu cầu thanh toán lần đầu (lần thứ nhất). Khi thân chủ đã sống tại nhà/cơ sở của quý vị (AFH/RCF) hoặc nhận dịch vụ từ quý vị (IHCA) trong thời gian ít nhất 90 ngày sau khi xuất viện hoặc SNF/NF, quý vị có thể yêu cầu khoản thanh toán thứ hai.

Ô số	Thông tin quý vị cần nhập cho Đơn Phần Hai
Về thân chủ	
1	Tên
2	Ngày sinh
3	Ngày thân chủ chuyển đến (AFH/RCF) hoặc bắt đầu nhận dịch vụ (IHCA)
4	Hiện tại thân chủ có đang được chăm sóc tại viện dưỡng lão không
5	Thân chủ có được giới thiệu đến dịch vụ chăm sóc dưỡng lão sau khi chuyển đến (AFH/RCF) hoặc có phải họ đang bắt đầu nhận dịch vụ (IHCA) không?
6	Trong 90 ngày kể từ khi thân chủ chuyển đến (AFH/RCF), hoặc bắt đầu nhận dịch vụ (IHCA):
6a	Thân chủ đã rời khỏi (AFH/RCF) hoặc ngừng nhận các dịch vụ (IHCA)?
6b	Nếu câu trả lời 6a là "Có", vui lòng giải thích lý do tại sao thân chủ đã rời đi hoặc ngừng nhận dịch vụ
7	Đã rời khỏi (AFH/RCF) hoặc đã ngừng nhận dịch vụ (IHCA) một cách tự nguyện, không tự nguyện hoặc điều gì khác (Khác)
8	Thân chủ đã qua đời chưa
8a	Nếu "Rời", vui lòng ghi ngày họ qua đời
9	Hoàn cảnh sống mới của thân chủ (nếu họ đã rời khỏi (AFH/RCF) hoặc đã ngừng nhận dịch vụ (IHCA), nếu phù hợp
9a	Cơ sở Chăm sóc Người lớn (Adult Foster Home) hoặc Nhà Tập thể Dành cho Người lớn (Adult Group Home)
9b	Cơ sở Cư trú Có hỗ trợ (Assisted Living Facility) hoặc Cơ sở Chăm sóc Nội trú (Residential Care Facility) (bao gồm các cơ sở được xác nhận cho việc Chăm sóc Trí nhớ)
9c	Nhà (bao gồm một ngôi nhà, căn hộ, nhà/căn hộ của gia đình, nhà di động)
9d	Bệnh viện
9e	Không có nhà
9f	Cơ sở Điều dưỡng Chuyên môn (Skilled Nursing Facility) hoặc Cơ sở Điều dưỡng (Nursing Facility)

9g	Khác
9h	Nếu câu trả lời cho 9g là "Khác," vui lòng giải thích

Giới thiệu về quý vị (Nhà cung cấp)	
10	Loại nhà cung cấp (AFH, RCF hoặc IHCA)
11	Chỉ dành cho IHCA: Quý vị đã đính kèm hồ sơ EVV cho tất cả những người mà đã cung cấp dịch vụ cho thân chủ này thông qua IHCA của quý vị trong suốt khoảng thời gian kể từ ngày họ xuất viện hoặc SNF/NF đến nay hay chưa
12	Số ID thuế
13	Số Medicaid (còn được gọi là Số nhà cung cấp/Provider number)
14	Tên đầy đủ của nhà cung cấp (ví dụ: Jane Smith)
15	Tên của AFH, RCF hoặc IHCA, nếu khác với câu hỏi số 24
16	Số điện thoại
17	Địa chỉ email
18	Địa chỉ nơi nhận thư
Cuối đơn	
Chữ ký của nhà cung cấp / Ngày ký	
Ghi rõ tên nhà cung cấp	

Sau khi APD nhận được Yêu cầu Thanh toán, họ sẽ xác nhận thân chủ và nhà cung cấp đáp ứng các yêu cầu của chương trình. Trong vòng 10 ngày kể từ khi nhận được yêu cầu thích hợp, APD sẽ yêu cầu Văn phòng Dịch vụ Tài chính (OFS) xuất khoản thanh toán.

LƯU Ý: Số lượng nhà cung cấp tham gia chương trình ưu đãi này rất lớn, vì vậy xin quý vị kiên nhẫn chờ chúng tôi xử lý các khoản thanh toán này. Nếu quý vị chưa nhận được thanh toán trong vòng 30 ngày, hãy thông báo cho APD bằng cách gửi email:

hcbs.oregon@odhsoha.oregon.gov

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng liên hệ:

hcbs.oregon@odhsoha.oregon.gov

- # = Số
- AFH - Adult Foster Home (Cơ sở chăm sóc người lớn)
- APD - Aging and People with Disabilities (Cơ quan Phục vụ Người cao niên và Người khuyết tật)
- EVV - Electronic Visit Verification (Hệ thống Xác minh Tiếp cận Điện tử)
- ID – Identification (Giấy tờ nhận dạng)
- IHCA - In-Home Care Agency (Công ty Môi giới về Dịch vụ Chăm sóc Tại nhà)
- NF - Nursing Facility (Cơ sở điều dưỡng)
- ODHS - Oregon Department of Human Services (Bộ Xã hội Oregon)
- OFS - Office of Financial Services (Văn phòng Dịch vụ Tài chính)
- RCF - Residential Care Facility (Cơ sở Chăm sóc Nội trú)
- SNF - Skilled Nursing Facility (Cơ sở Điều dưỡng Chuyên môn)