

退院インセンティブ支払いフォーム – その1、その2の記入方法に関する説明

オレゴン州厚生福祉局（ODHS）の高齢者と障がい者（APD）中央オフィス宛てに送付される支払い申請の処理を早く行うために、記入済みの退院インセンティブ支払いフォーム（または支払いフォーム）をメールにてhcbs.oregon@odhs.oregon.govに送付してください。

1回目の支払い申請の場合、**その1**のフォームを使ってください

1回目（初回）の支払いを申請する場合は、「退院インセンティブ支払いフォーム – **その1**」を使ってください。あなた（サービス提供者）は、対象の患者が病院または（高度）介護施設（SNF/NF）を退院・退所した日から30日以内に、最初の支払いを申請することができます。

記入欄 番号	フォームその1を記入する際に必要な情報
患者に関するもの	
1	名前
2	生年月日
3	保険 (「その他」を選択する場合は、保険の種類も記入ください)
3a	もし患者がMedicaidに加入している場合、Medicaid番号(またはPrime番号)を記入ください。
4	病院またはSNF/NFでの患者のニーズを評価しましたか？
5	患者のニーズを満たすことを目的に、自施設の能力の完全な評価をしましたか？
6	病院またはSNF/NF名
7	その病院またはSNF/NFに患者が入院・入所した日
8	病院またはSNF/NFで患者が滞在した日数
9	もし患者の退院・退所が遅れた場合は、遅れた理由(分かる場合)
10	患者が(AFH/RCFへ)入所した日、または(IHCA)サービス利用を開始した日
11	現時点、患者は、ホスピスケアを受ける予定ですか？
12	病院またはSNF/NFへ入院・入所する前の生活状況
12a	「その他」を選択する場合は、説明を記入ください。
13	患者は自分自身で(AFH/RCFへの)入所、または(IHCA)サービス利用の開始に合意しましたか？
14	患者自身が(AFH/RCFへの)入所、または(IHCA)サービス利用の開始を合意できない状況の場合、患者の法的代理人は関与しましたか？

14a	法的代理人が関与した場合は、その代理人の名前
15	患者が決定できない状況で、法的代理人の関与がなかった場合、患者が (AFH/RCF)に入所、または(IHCA)サービスの利用開始を決定した人物の名前
16	認識されている患者の性別
17	人種/民族
17a	アメリカ先住民またはアラスカ先住民
17b	アジア系
17c	黒人/アフリカ系アメリカ人
17d	ラテン系/ヒスパニック
17e	中東または北アフリカ系民族
17f	ハワイ先住民または太平洋諸島系民族
17g	白人
17h	その他
18	患者は意思疎通が難しい、または患者以外の方が意志を理解するのが困難な状態ですか？
18a	もし「はい」の場合は、困難な理由を説明してください。
19	患者が話す言語
20	患者が書く言語
21	主な障がい(該当する場合)
あなた(サービス提供者)について	
22	サービス提供の種類(AFH、RCF、またはIHCA)
23	税金ID番号
24	Medicaid番号(別名Provider番号)
25	サービス提供者の氏名(例: ジェーン・スミス)
26	AFH、RCFまたはIHCAの名称(24番と異なる場合)
27	電話番号:
28	メールアドレス
29	住所
フォーム下部	
サービス提供者の署名 / 署名日	
サービス提供者の活字体表記	

2回目の支払い申請の場合は、**その2**のフォームを使ってください

次回(2回目)の支払いを申請される場合は、「退院インセンティブ支払いフォーム - **その2**」を使ってください。患者が病院またはSNF/NFを退院・退所してから、少なくとも90日間、患者があなたの家/施設(AFH/RCF)に居住している、またはあなた(IHCA)からサービスを受けている場合には、2回目の支払い申請が可能です。

記入欄 番号	フォームその2を記入する際に必要な情報
患者に関するもの	
1	名前
2	生年月日
3	患者が(AFH/RCFへ)入所した日、または(IHCA)サービス利用を開始した日
4	患者は、現在ホスピスケアを受けていますか？
5	患者にホスピスケアに関する説明があったのは、(AFH/RCFへの)入所、または(IHCA)サービスの利用開始後ですか？
6	患者が(AFH/RCFへ)入所、または(IHCA)サービスの利用を開始してから90日の間:
6a	患者は(AFH/RCFを)退所、または(IHCA)サービス利用を停止しましたか？
6b	6aの回答が「はい」の場合、なぜ患者が退所したか、またはサービス利用を停止したのか説明を記入してください
7	(AFH/RCF)退所、または(IHCA)サービス利用停止は、自主的な理由、不本意な理由、またはそれ以外(その他)の理由でしたか？
8	患者は死亡していますか？
8a	「はい」の場合は、死亡日を記入ください。
9	該当する場合は、患者の新しい生活状況(患者が(AFH/RCF)退所、または(IHCA)サービス利用を停止した場合)
9a	成人養護施設または成人グループホーム
9b	介護付き住宅または居宅介護施設(これは、認知症ケアを支援する施設を含みます)
9c	自宅(これは、一軒家、アパート、家族の自宅/アパート、移動住宅を含みます)
9d	病院
9e	ホームレス
9f	高度介護施設または介護施設
9g	その他
9h	9gで「その他」を選ぶ場合は説明を記入してください

あなた(サービス提供者)について	
10	サービス提供の種類(AFH、RCF、またはIHCA)
11	IHCAのみ : 患者が病院またはSNF/NFを退院・退所して以降の全期間、IHCAを通じてこの患者にサービスを提供した人全員のEVV記録を添付していますか？
12	税金ID番号
13	Medicaid番号(別号Provider番号)
14	サービス提供者の氏名(例: ジェーン・スミス)
15	AFH、RCFまたはIHCAの名称(24番と異なる場合)
16	電話番号:
17	メールアドレス
18	住所
フォーム下部	
サービス提供者の署名	/ 署名日
サービス提供者の活字体表記	

APDが支払い申請を受け取った後、患者とサービス提供者がプログラムの必要条件を満たしているかを確認します。適切な申請書を受け取ってから10日以内に、APDはOFSに支払い依頼を行います。

注: 多くのサービス提供者がこのインセンティブプログラムに参加しているため、支払いを行うまでには時間がかかることがあります。30日以内に支払いを受け取っていない場合は、APDにメールでお知らせください、アドレスは: hcbs.oregon@odhsoha.oregon.gov

質問がある方は、 hcbs.oregon@odhsoha.oregon.govまでご連絡ください。

- # = 番号
- AFH – Adult Foster Home (成人養護施設)
- APD – Aging and People with Disabilities (高齢者と障がい者)
- EVV – Electronic Visit Verification (電子訪問確認)
- ID – Identification (身分証明)
- IHCA – In-Home Care Agency (居宅介護支援事業所)
- NF – Nursing Facility (介護施設)
- ODHS – Oregon Department of Human Services (オレゴン州厚生福祉局)
- OFS – Office of Financial Services (財務サービスオフィス)
- RCF – Residential Care Facility (居住型介護施設)
- SNF – Skilled Nursing Facility (高度介護施設)