

有关如何填写鼓励出院付款表格第 1 部分及第 2 部分的说明

为确保及时处理发给俄勒冈州公众服务部 (ODHS) 老年人和残障人士服务处 (APD) 中心办公室的付款申请, 请通过电子邮件将已填妥的鼓励出院付款表格 (付款表格) 发到: hcbs.oregon@odhsoha.oregon.gov

申请第 1 笔付款? 使用表格**第一部分**

使用“鼓励出院付款表格 —— **第一部分**” (Discharge Incentive Payment Form - **Part One**) 来申请首笔 (第一笔) 付款。自受助者出院或离开 (专业) 护理设施 (SNF/NF) 之日起, 您 (提供者) 有 30 天时间可申请第一笔付款。

方框项目编号	您需要为表格第 1 部分输入的信息
受助者信息	
1	姓名
2	出生日期
3	保险 (若选择“Other (其他)”, 则说明保险类型)
3a	若受助者有 Medicaid, 请输入 Medicaid # (或“Prime #”)
4	您是否评估了受助者住院或入住 SNF/NF 的需求?
5	您是否对自己满足受助者需求的能力做过全面评估?
6	医院或 SNF/NF 的名称
7	受助者入院或入住 SNF/NF 的日期
8	受助者在医院或 SNF/NF 居留的天数
9	若受助者推迟出院, 请说明推迟理由 (如知道)
10	受助者转入 (AFH/RCF) 或开始接受服务 (IHCA) 的日期
11	受助者现在是否接受临终关怀护理
12	在入院或入住 SNF/NF 前的居住条件
12a	若选择“Other (其他)”, 请解释
13	受助者是否自己同意转入 (AFH/RCF) 或开始接受服务 (IHCA)
14	受助者是否无法同意转入 (AFH/RCF) 或开始接受服务 (IHCA), 是否有法定代表参与
14a	法定代表的姓名 (如有参与)

15	为转入 (AFH/RCF) 或开始接受服务 (IHCA) 的受助者做出决定的人士的姓名 (若受助者无法决定且没有法定代表参与)
16	受助者认同的性别为
17	种族 / 族裔
17a	美洲印第安人及 / 或阿拉斯加原住民
17b	亚裔
17c	黑人 / 非裔美国人
17d	西班牙裔 / 拉丁裔
17e	中东人或北非人
17f	夏威夷原住民及 / 或太平洋岛民
17g	白人 / 高加索人
17h	其他
18	受助者是否有交流困难或难以被他人理解
18a	如果 “Yes (是)”, 请解释困难的理由
19	受助者说话的语言
20	受助者书写的语言
21	主要残疾 (如有)
有关您 (提供者) 的资料	
22	提供者类型 (AFH、RCF 或 IHCA)
23	税务 ID #
24	Medicaid # (也称为提供者号码)
25	提供者全名 (如 Jane Smith)
26	AFH、RCF 或 IHCA 的名称 (若与 #24 不同)
27	电话号码
28	电子邮件地址
29	实际地址
表格底部	
提供者签名 / 签名日期	
提供者的正楷姓名	

申请第 2 笔付款？ 使用表格 **第二部分**

使用“鼓励出院付款表格 —— **第二部分**”（**Discharge Incentive Payment Form – Part Two**）来申请后续（第二笔）付款。若受助者在出院或离开 SNF/NF 后在您的机构 / 设施（AFH/RCF）居住或取得您提供的服务（IHCA）至少 90 天，则您可申请第二笔付款。

方框项目编号	您需要为表格第二部分输入的信息
受助者信息	
1	姓名
2	出生日期
3	受助者转入（AFH/RCF）或开始接受服务（IHCA）的日期
4	受助者现在是否接受临终关怀护理
5	受助者是否在转入（AFH/RCF）或开始接受服务（IHCA）后获得临终关怀护理的转介？
6	在受助者转入（AFH/RCF）或开始接受服务（IHCA）后的 90 天内：
6a	其是否转出（AFH/RCF）或停止接受服务（IHCA）？
6b	若对 6a 回答“ Yes（是） ”，请解释受助者转出或停止接受服务的原因
7	转出（AFH/RCF）或停止接受服务（IHCA）是自愿、被迫还是其他原因（Other（其他））
8	受助者去世
8a	如果“ Yes（是） ”，请说明死亡日期
9	受助者的新居住条件（若其转出（AFH/RCF）或停止接受服务（IHCA），如适用）
9a	成人寄养家庭或成人团体之家
9b	辅助生活设施或居住护理设施（包括获批准提供失忆照顾的设施）
9c	家中（包括房屋、公寓、家庭房屋 / 公寓、移动房屋）
9d	医院
9e	无家可归
9f	专业护理设施或护理设施
9g	其他
9h	若在 9g 中回答“ Other（其他） ”，请说明

有关您（提供者）的资料	
10	提供者类型（AFH、RCF 或 IHCA）
11	仅限于 IHCA： 在自受助者出院或离开 SNF/NF 后的全部时间内，您是否为通过您的 IHCA 向该受助者提供服务的每名人士都附上 EVV 记录
12	税务 ID #
13	Medicaid #（也称为提供者号码）
14	提供者全名（如 Jane Smith）
15	AFH、RCF 或 IHCA 的名称（若与 #24 不同）
16	电话号码
17	电子邮件地址
18	实际地址
表格底部	
提供者签名	/
提供者的正楷姓名	签名日期

APD 收到付款申请后，他们将确认受助者及提供者是否符合计划要求。APD 会在收到适当申请后的 10 天内要求金融服务办公室（OFS）发出付款。

注：参与本激励计划的提供者数量众多，因此需要足够的时间处理付款。若您未在 30 天内收到付款，请发送电子邮件告知 APD，地址：

hchs.oregon@odhsoha.oregon.gov

如有问题，请联系： hchs.oregon@odhsoha.oregon.gov

- # = 号码
- AFH - Adult Foster Home（成人寄养家庭）
- APD - Aging and People with Disabilities（老年人和残障人士服务处）
- EVV - Electronic Visit Verification（电子访问验证）
- ID - Identification（身份）
- IHCA - In-Home Care Agency（居家护理机构）
- NF - Nursing Facility（护理设施）
- ODHS - Oregon Department of Human Services（俄勒冈州公众服务部）
- OFS - Office of Financial Services（金融服务办公室）
- RCF - Residential Care Facility（居住护理设施）
- SNF - Skilled Nursing Facility（专业护理设施）