

出院獎勵給付申請表 - 第 1 部分和第 2 部分填寫說明

為了確保寄送至俄勒岡州公眾服務部 (ODHS) 老年人及殘障人士服務處 (APD) 中央辦公室的給付申請能夠獲得即時處理，請透過電子郵件將填妥的出院獎勵給付申請表（或者簡稱為「給付申請表」）寄送至：hcbs.oregon@odhs.oregon.gov

申請第 1 次給付？請使用表格的**第一部分**

請使用「出院獎勵給付申請表 - **第一部分**」（Discharge Incentive Payment Form - **Part One**）來申請初次（第一次）給付。自患者從醫院或（專業）護理機構 (SNF/NF) 出院的日期開始算起，您（或服務提供者）有 30 天的時間可以申請首次給付。

方格編號	您在表格的第 1 部分所需填寫的資訊
患者資訊	
1	姓名
2	出生日期
3	保險 （如果選擇「其他」，請註明保險的類型）
3a	如果患者擁有 Medicaid，請填寫 Medicaid 號碼（或「主要保險號碼」）
4	您在醫院或 SNF/NF 是否有針對患者的需求進行評估？
5	您是否有針對自己滿足患者需求的能力進行完整的評估？
6	醫院或 SNF/NF 的名稱
7	患者入住該醫院或 SNF/NF 的日期
8	患者在該醫院或 SNF/NF 住院的天數
9	如果患者的出院受到延遲，延遲的原因為何（如知道）
10	患者入住 (AFH/RCF) 或是開始接受服務 (IHCA) 的日期
11	患者目前是否將要接受安寧照護
12	在入住醫院或 SNF/NF 之前的居住狀況
12a	如選擇「其他」，請解釋
13	患者本人是否同意入住 (AFH/RCF) 或是開始接受服務 (IHCA)

14	如果患者本人不具備能力可以針對入住 (AFH/RCF) 或是開始接受服務 (IHCA) 表達同意，其是否有法定代表
14a	法定代表的姓名（如有）
15	如果患者不具備同意能力也沒有法定代表，決定讓患者入住 (AFH/RCF) 或開始接受服務 (IHCA) 之人士的姓名
16	患者的性別
17	種族／族裔
17a	美國印第安人和／或阿拉斯加原住民
17b	亞裔
17c	黑人／非裔美國人
17d	拉丁裔／西語裔
17e	中東人或北非人
17f	夏威夷原住民和／或太平洋島民
17g	白人／高加索人
17h	其他
18	患者在溝通方面是否有困難或者他人是否難以理解患者所要表達的意思
18a	如回答「是」，請說明有困難的原因
19	患者所使用的口頭語言
20	患者所使用的書面語言
21	主要殘障狀況（如有）
與您（服務提供者）有關的資訊	
22	服務提供者類型（AFH、RCF 或 IHCA）
23	報稅識別號碼
24	Medicaid 號碼（又稱為服務提供者號碼）
25	服務提供者的全名（例如：Jane Smith）
26	AFH、RCF 或 IHCA 的名稱（如與第 24 題的答案不同）
27	電話號碼
28	電子郵件地址
29	實際地址
表格底部	
服務提供者簽名 / 簽名日期	
服務提供者正楷姓名	

申請第 2 次給付？ 請使用表格的**第二部分**

請使用「出院獎勵給付申請表 - **第二部分**」（Discharge Incentive Payment Form - **Part Two**）來申請後續（第二次）給付。若患者在從醫院或 SNF/NF 出院之後住在您的家中／機構 (AFH/RCF) 或透過您 (IHCA) 接受服務至少達 90 天，則您可申請第二次給付。

方格編號	您在表格的第二部分所需填寫的資訊
患者資訊	
1	姓名
2	出生日期
3	患者入住 (AFH/RCF) 或是開始接受服務 (IHCA) 的日期
4	患者目前是否有在接受安寧照護
5	患者在入住 (AFH/RCF) 或在開始接受服務 (IHCA) 後，是否有獲得安寧照護的轉介？
6	自患者入住 (AFH/RCF) 或開始接受服務 (IHCA) 起的 90 天期間：
6a	患者是否已搬出 (AFH/RCF) 或已停止接受服務 (IHCA)？
6b	如在 6a 回答「是」，請說明患者搬出或停止接受服務的原因
7	搬出 (AFH/RCF) 或停止接受服務 (IHCA) 是患者自願還是非自願的，或者是因為其他原因（其他）
8	患者是否已過世
8a	如回答「是」，請提供死亡日期
9	患者的新居住狀況（如果患者已搬出 [AFH/RCF] 或已停止接受服務 [IHCA]，如適用）
9a	成人寄養機構或成人團體住宿機構
9b	生活輔助機構或住宿照護機構（其中包括提供記憶力問題照護的機構）
9c	住家（其中包括獨棟房屋、公寓、親戚的住家／公寓、活動式房屋）
9d	醫院
9e	無家可歸
9f	專業護理機構或護理機構
9g	其他
9h	如在 9g 回答「其他」，請解釋

與您（服務提供者）有關的資訊	
10	服務提供者類型（AFH、RCF 或 IHCA）
11	僅限 IHCA： 您是否已針對患者自醫院或 SNF/NF 出院後的所有時間透過您 IHCA 為此患者提供服務的每位人士附上 EVV 紀錄
12	報稅識別號碼
13	Medicaid 號碼（又稱為服務提供者號碼）
14	服務提供者的全名（例如：Jane Smith）
15	AFH、RCF 或 IHCA 的名稱（如與第 24 題的答案不同）
16	電話號碼
17	電子郵件地址
18	實際地址
表格底部	
服務提供者簽名 / 簽名日期	
服務提供者正楷姓名	

在 APD 收到給付申請後，他們將會確認患者和服務提供者是否符合計劃規定。APD 將會在收到適當申請後的 10 天內，請財務服務辦公室 (OFS) 核發給付。

註：參與此項獎勵計劃的服務提供者人數很多，因此請耐心等待給付獲得處理。如果您沒有在 30 天內獲得給付，請透過電子郵件通知 APD：

hcbs.oregon@odhsoha.oregon.gov

如果您有疑問，請聯絡：hcbs.oregon@odhsoha.oregon.gov

- # = 號碼
- AFH - Adult Foster Home（成人寄養機構）
- APD - Aging and People with Disabilities（老年人及殘障人士服務處）
- EVV - Electronic Visit Verification（電子訪視證明）
- ID - Identification（身分證明）
- IHCA - In-Home Care Agency（居家照護機構）
- NF - Nursing Facility（護理機構）
- ODHS - Oregon Department of Human Services（俄勒岡州公眾服務部）
- OFS - Office of Financial Services（財務服務辦公室）
- RCF - Residential Care Facility（住宿照護機構）
- SNF - Skilled Nursing Facility（專業護理機構）