

Housing Request Form (نموذج طلب السكن)

آخر تحديث: مايو 2026

هذا البرنامج مخصص للأعضاء الذين يعانون حالات طبية معقدة. عند التقديم، استخدم بيانات فرد أسرتك المعيشية المشترك في خطة OHP الذي يعاني الحالات الطبية الأكثر تعقيداً، وخاصة أولئك الذين تقل أعمارهم عن 6 سنوات أو تزيد على 65 سنة. قد نتمكن من تقديم المساعدة فيما يتعلق بدفع الإيجار وفواتير المرافق، أو التواصل مع المالك، أو إيصالك بموارد السكن الأخرى. وقد نتمكن أيضاً من مساعدتك على تحسين سبل السلامة في منزلك من خلال إجراء تعديلات منزلية.

يُرجى تعبئة المعلومات المطلوبة في هذا النموذج. يمكن إرسال النموذج عبر الفاكس: 503-416-1376 أو عبر البريد الإلكتروني: hsrcnx@careoregon.org إذا كنت ترغب في الحصول على مساعدة بشأن تعبئة هذا النموذج، فيُرجى الاتصال على الرقم 971-236-2998.

اتفاقية طلب الخدمات			
نعم ☐	أطلب المساعدة من مسؤولي خطتي الصحية لمعرفة ما إذا كنت مؤهلاً للحصول على دعم سكني، أو لمساعدتي بشأن الحفاظ على المسكن، أو لتحسين سبل السلامة داخل منزلي.	لا ☐	
معلومات العضو			
رقم هوية OHP/Medicaid (إذا كان معروفاً): _____			
تاريخ الميلاد (شهر/يوم/سنة): _____ هل يقل عمر العضو عن 18 عاماً؟ ☐ نعم ☐ لا			
إذا كانت الإجابة نعم، فيُرجى ذكر اسم الشخص الذي يتعين الاتصال به لطرح أي استفسارات أو تنسيق الحصول على المخصصات، وتوضيح صلتك به: _____			
الاسم (كما يظهر في بطاقة OHP/Medicaid): _____			
الاسم المفضل والضمان المختارة: _____			
البريد الإلكتروني: _____			
اسم مُقدّم خدمات الرعاية الأولية: _____			
أسماء جميع أفراد أسرتك المعيشية وتوضيح ما إذا كانوا مشمولين بتغطية خطة OHP: _____			
الاسم	تغطية خطة OHP	الاسم	تغطية خطة OHP
	نعم ☐ لا ☐		نعم ☐ لا ☐
	نعم ☐ لا ☐		نعم ☐ لا ☐
	نعم ☐ لا ☐		نعم ☐ لا ☐

احتياجات تيسير الوصول: ☐ لغة الإشارة ☐ طريقة برايل ☐ خط كبير ☐ مترجم فوري _____
(يُرجى ذكر اللغة)

إذا كنت تقوم بتعبئة هذا النموذج نيابةً عن أحد الأعضاء، فيُرجى إدخال بياناتك أدناه:

الاسم: _____

الصلة بالعضو: _____ رقم الهاتف: _____

أوافق على التواصل معي (أو مع الشخص الذي يقوم بتعبئة هذا النموذج) بشأن هذا الطلب: ☐ نعم ☐ لا

إذا كنت مُقدِّم رعاية أو مدير حالة تساعد بشأن هذا الطلب وترغب في تلقي التحديثات ذات الصلة، فيُرجى إدراج ما يلي:

الاسم ومعلومات الاتصال: _____

المؤسسة: _____ أنا: ☐ مدير حالة ☐ مُقدِّم رعاية لدى HRSN

أنا مشترك في OHP/Medicaid عبر:



*بما في ذلك CareOregon، وKaiser،
OHSU، وProvidence

الوضع الحالي

قد تؤثر الأوضاع التالية ذكرها للحصول على المساعدة بشأن إجراء تغييرات في منزلك بغرض تعزيز الصحة والسلامة. يُرجى تحديد كل ما ينطبق عليك:

☐ لديّ مسكن حاليًا

☐ أعاني حالة صحية تتطلب إجراء تغييرات على مسكني الحالي لضمان السلامة

☐ أمرّ حاليًا بأحد التغييرات الحياتية التالية: (حدد كل ما ينطبق)

☐ سأصبح مؤهلاً للاشتراك في برنامج Medicare بالإضافة إلى خطة OHP خلال الأشهر الثلاثة القادمة

☐ لقد سجلت في برنامج Medicare بالإضافة إلى خطة OHP لأول مرة منذ فترة لا تزيد على تسعة أشهر

☐ قد أصبح مشردًا أو أفقد مسكني قريبًا

☐ لقد تلقيت رعاية في منشأة مخصصة للصحة النفسية أو للتعافي من إدمان المواد المخدرة خلال الـ 12 شهرًا الماضية

☐ أنا مشترك في خدمات رعاية الطفل (رعاية التبني) في ولاية أوريغون حاليًا، أو سبق أن شاركت فيها في الماضي

☐ لا شيء مما سبق

قد تؤولك الأوضاع التالي ذكرها للحصول على المساعدة بشأن الحفاظ على مسكنك الحالي، مثل دعم الإيجار. يُرجى تحديد كل ما ينطبق عليك:

- ☐ لديّ مسكن حاليًا
- ☐ أحتاج إلى مساعدة للبقاء في مسكني الحالي
- ☐ لدى عقد إيجار أو اتفاقية مكتوبة مع الشخص الذي أستأجر منه (على سبيل المثال، المالك)
- ☐ لا أمتلك منزلي
- ☐ ليست لدي الموارد التي تمكنني من تجنب التشرّد
- ☐ أعاني حالة صحية مُدرّجة في القسم التالي
- ☐ لا شيء مما سبق

الأسرة المعيشية

يُرجى مشاركة المعلومات التالية عن أسرتك المعيشية. تشمل أسرتك المعيشية أنت و/أو زوجتك أو أطفالك.

- كم عدد أفراد أسرتك المعيشية؟ _____
- كم يبلغ الدخل السنوي المقدّر لأسرتك المعيشية، قبل اقتطاع الضرائب؟ _____
- هل يقيم المالك معك؟ ☐ نعم ☐ لا
- إذا كانت الإجابة نعم، فما نسبة الإيجار التي يدفعها المالك؟ _____
- هل تعيش مع أي شخص ليس فردًا من أسرتك المعيشية؟ ☐ نعم ☐ لا
- إذا كانت الإجابة نعم، فما نسبة الإيجار التي يدفعها هذا الشخص؟ _____
- هل اتفاقية الإيجار الخاصة بك عبارة عن عقد إيجار من الباطن؟ ☐ نعم ☐ لا

العمل والدخل

ما وضعك الوظيفي الحالي؟

- ☐ موظف بدوام كامل ☐ موظف بدوام جزئي ☐ متقاعد ☐ صاحب عمل حر
- ☐ عاطل عن العمل ☐ طالب ☐ لا أعرف ☐ غير ذلك _____
- هل لديك دخل من أي مصادر أخرى؟ ☐ نعم ☐ لا
- إذا كانت الإجابة نعم، فما المصادر الأخرى لدخلك الشهري؟ _____

الحالات الصحية

هل تنطبق أي من الحالات المذكورة أدناه؟

نعم ☐
لا ☐

يُرجى تحديد المربع (المربعات) الذي ينطبق:

☐ حالة صحية بدنية معقدة (يُرجى التحديد):

○ حالة صحية بدنية خطيرة تزداد سوءًا و/أو قد تهدد الحياة. وهي تتطلب إما علاجًا منتظمًا، و/أو مساعدة لإبقاء الحالة مستقرة، و/أو علاجًا لتجنب تفاقم الحالة. تجعل هذه الحالة من الصعب دفع تكاليف السكن. وتتضمن بعض الأمثلة: مرض الكلى المزمن، وداء باركنسون، ومرض السكري المعتمد على الأنسولين.

☐ حالة صحية سلوكية معتمدة (يُرجى التحديد):

○ حالة صحية سلوكية خطيرة تزداد سوءًا و/أو قد تهدد الحياة. وهي تتطلب إما علاجًا منتظمًا، و/أو مساعدة لإبقاء الحالة مستقرة، و/أو علاجًا لتجنب تفاقم الحالة. تجعل هذه الحالة من الصعب دفع تكاليف السكن. وتتضمن بعض الأمثلة: الاضطراب ثنائي القطب، وانفصام الشخصية، والاضطراب الاكتئابي الحاد الذي تطلب تلقي رعاية كمرضى داخلي في مستشفى خلال الـ 12 شهرًا الماضية.

☐ إعاقة نمائية أو ذهنية (يُرجى التحديد):

☐ صعوبة في ممارسة العناية الذاتية والأنشطة اليومية (يُرجى التحديد):

☐ التعرض لسوء المعاملة أو الإهمال، حاليًا أو في الماضي

☐ التردد المتكرر على غرفة الطوارئ أو خدمات التعامل مع الأزمات

☐ الحمل حاليًا أو الإنجاب خلال الـ 12 شهرًا الماضية

☐ العمر يبلغ 65 سنة أو أكبر

☐ العمر يبلغ 6 سنوات أو أصغر

طلب الدعم السكني

أطلب الدعم السكني التالي (حدد كل ما ينطبق):

- ☐ المساعدة بشأن دفع الإيجار لمدة تصل إلى ستة أشهر، بما يشمل أي إيجار مستحق حالي أو متأخر *
- ☐ المساعدة بشأن دفع فواتير المرافق لمدة تصل إلى ستة أشهر، بما يشمل أي فواتير مرافق مستحقة حالية أو متأخرة *
- ☐ رسوم تشغيل المرافق *
- ☐ رسوم التخزين
- ☐ دعم المستأجرين (المساعدة بشأن الحصول على الموارد والخدمات المخصصة للمستأجرين)
- ☐ دعم الإقامة في الفنادق/الموتيلات (إذا حددت هذا المربع، فيُرجى إكمال القائمة المرجعية لطلبات الفنادق)
- ☐ إجراء تغييرات في المنزل بغرض تعزيز الصحة والسلامة (يُرجى التحديد وذكر الطلب المحدد):
- ☐ إضافة قضبان إمساك، أو منحدرات كراسي متحركة، أو مقابض أدراج
- ☐ التنظيف العميق
- ☐ التخلص من الآفات
- ☐ تركيب ستائر للنوافذ
- ☐ غير ذلك:

هل تمتلك منزل أم تستأجره؟ ☐ أمتلك ☐ أستأجر

■ إذا كنت تستأجر منزل، فهل لديك موافقة من المالك على إجراء هذه التغييرات؟ ☐ نعم ☐ لا

*إذا كنت بحاجة إلى المساعدة، فيُرجى إكمال Rent & Utility Assistance Checklist (القائمة المرجعية للمساعدة بشأن الإيجار والمرافق).

هل تسمح لنا بالتواصل مع الأشخاص أو المؤسسات التالية للمساعدة على تنسيق الخدمات المطلوبة؟ ☐ نعم ☐ لا

- المورّدون الذين قد يقومون بأعمال في منزلك
- فندق أو منشأة إقامة
- المالك أو مسؤول إدارة العقار
- مورّد (مورّدو) تركيب أجهزة التحكم في المناخ

هل تتلقى نفس الخدمة (الخدمات) أو ما يماثلها على النحو المطلوب أعلاه من برنامج محلي، أو تابع للولاية، أو ممول من الحكومة الفيدرالية مثل برامج (Housing and Urban Development) HUD، وزارة الإسكان والتطوير الحضري) أو برنامج Housing Assistance Payment (HAP)، مدفوعات المساعدة السكنية)؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا كانت الإجابة نعم، فيُرجى التوضيح:

هل تتلقى خدمة (خدمات) مماثلة من خلال برنامج آخر من شأنه سد الثغرات، وليس تكرار الخدمة (الخدمات) التي تطلبها أعلاه؟ ☐ نعم ☐ لا
يُرجى ذكر مزيد من المعلومات عن ظروفك الحالية. الأسئلة التالية اختيارية، ولكنها ستساعدنا على تحديد أفضل طريقة لدعم احتياجاتك.

- هل لديك حاليًا إشعار إخلاء؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا كانت الإجابة نعم، فما تاريخ الإخلاء؟ _____

- هل لديك حاليًا جلسة استماع مُجدولة بشأن الإخلاء؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا كانت الإجابة نعم، فما تاريخ جلسة الاستماع؟ _____

- هل لديك حاليًا إشعار بقطع خدمات المرافق أو تم بالفعل قطع خدمات المرافق عنك؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا كانت الإجابة نعم، فمتى سيتم قطع خدمات المرافق عنك؟ _____

- هل سبق أن تعرضت للتشرد؟ ☐ نعم ☐ لا

- هل سبق أن تعرضت للإخلاء؟ ☐ نعم ☐ لا

- هل طرأ تغيير حديث على ظروفك أدى إلى الحاجة إلى الدعم بشأن الإيجار أو خدمات المرافق، مثل وفاة أحد أفراد الأسرة المعيشية؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا كانت الإجابة نعم، فيُرجى الشرح:

سيتواصل معك المسؤولون في CareOregon لمناقشة طلبك. كيف تود أن نتواصل معك؟

- ☐ اتصال هاتفي (يُرجى ذكر رقم الهاتف): _____
- يمكن ترك رسالة صوتية مفصلة بشأن هذا الطلب: ☐ نعم ☐ لا
- ☐ رسالة نصية (إذا كان الرقم مختلفًا عن المذكور سابقًا، فاذكر رقم الهاتف): _____
- ☐ رسالة بريد إلكتروني: _____
- ☐ غير ذلك: _____
- ☐ التواصل مع ممثلي: _____
- الاسم: _____ الهاتف: _____
- عنوان البريد العادي: _____
- ☐ أرغب في التواصل مع أحد منسقي الرعاية للمساعدة بشأن الحصول على مزيد من الرعاية الطبية، أو خدمات الصحة السلوكية، أو إدارة حالاتي الطبية. وقد ذكرت احتياجاتي أدناه:

تأكيد العضو وموافقته

- ☐ أود أن يقوم مسؤولو خطتي الصحية بمعرفة ما إذا كنت مؤهلاً للحصول على سبل الدعم السكني
- ☐ أوافق على تلقي الخدمات التي طلبتها أعلاه، في حالة اعتمادها
- ☐ يمكن أن يتواصل القائلون على خطتي الصحية معي أو مع مُقدِّم الرعاية الخاص بي للحصول على مزيد من المعلومات من خلال وسائل الاتصال الإلكترونية، بما في ذلك البريد الإلكتروني و/أو الرسائل النصية، التي يمكنني إلغاء الاشتراك فيها في أي وقت. ويجوز لمسؤولي خطتي الصحية الاطلاع على سجلاتي. يشمل ذلك السجلات المتعلقة باحتياجاتي من الرعاية. وقد يتضمن هذا أيضًا السجلات الواردة من مُقدِّمي الرعاية الصحية المعنيين بي.
- ☐ أدرك أن القائمين على خطتي الصحية سيتواصلون معي بشأن هذا الطلب، وقد يرفضون هذا الطلب إذا لم أقم بتقديم معلومات كافية لمعالجته.
- ☐ أوقع هذا الإقرار تحت طائلة عقوبة شهادة الزور، ما يعني أنه، على حد علمي، جميع المعلومات التي قدمتها في هذا الطلب حقيقية، وصحيحة، وكاملة.
- ☐ إذا قدمت معلومات خاطئة أو كاذبة، فقد أواجه عقوبات بموجب قانون الولاية أو القانون الفيدرالي. وقد يتضمن ذلك الاضطرار إلى سداد الأموال المُنفقة مقابل أي خدمة أتلّقاها بسبب هذا الطلب.
- ☐ أوافق على استخدام وسائل تكنولوجيا المعلومات لمشاركة البيانات الشخصية.

يُرجى التوقيع على هذا الطلب.
يمكن أن يقوم ممثل قانوني بالتوقيع على هذا النموذج نيابةً عن العضو، بما في ذلك إذا كان العضو قاصرًا.

اسم العضو: _____

توقيع العضو: _____

اسم الممثل: _____

توقيع الممثل: _____

التاريخ: _____

يمكن إرسال النموذج عبر الفاكس: 503-416-1376 أو عبر البريد الإلكتروني: hrsncx@careoregon.org

يمكنك الحصول على هذا المستند بلغات أخرى، أو بخط كبير، أو بطريقة برايل، أو بالتنسيق الذي تفضله. ولديك الحق أيضًا في طلب الاستعانة بمترجم فوري. يمكنك الحصول على مساعدة مترجم فوري معتمد أو مؤهل في مجال خدمات الرعاية الصحية. هذه المساعدة مجانية. تواصل مع مؤسسة CCO المعنية بك، أو عبر الهاتف النصي TTY على الرقم 711، أو أخبر مُقدِّم الرعاية الخاص بك. نقبل المكالمات الواردة عبر خدمة ترحيل الاتصالات.

للتواصل مع CareOregon Health Share: 800-224-4840

للتواصل مع Columbia Pacific CCO: 855-722-8206

للتواصل مع Jackson Care Connect: 855-722-8208

المساعدة بشأن الإيجار

يُرجى اختيار نوع المساعدة التي تحتاج إليها فيما يتعلق بالإيجار. حدد كل ما ينطبق:

☐ المساعدة بشأن الإيجار الحالي أو المستقبلي

- عدد الأشهر المطلوبة: _____
- عدد الأشهر التي تحتاج إلى سدادها: _____
- مدفوعات الإيجار الشهري: _____
- عدد غرف النوم في العقار المستأجر: _____
- تاريخ استحقاق المدفوعات التالية: _____

☐ المساعدة بشأن الإيجار المستحق المتأخر

- عدد الأشهر المستحقة المتأخرة: _____
- الأشهر التي تحتاج إلى سدادها: _____
- مدفوعات الإيجار الشهري: _____
- إجمالي المبلغ المستحق، بما يشمل الرسوم: _____
- عدد غرف النوم في العقار المستأجر: _____

ما اسم وعنوان الشركة أو الفرد الذي يجب إرسال المدفوعات إليه؟
(على سبيل المثال، المالك، مدير العقار، شركة المرافق)

الاسم: _____

العنوان: _____

يُرجى مشاركة أي معلومات إضافية يتعين إدراجها في شيك الإيجار، مثل رقم الحساب، أو رقم الوحدة، أو الاسم:

المساعدة بشأن المرافق

يُرجى اختيار نوع المساعدة التي تحتاج إليها فيما يتعلق بالمرافق. حدد كل ما ينطبق:

☐ المساعدة بشأن فواتير المرافق الحالية أو المستقبلية

○ نوع المرافق (اذكر جميع الأنواع التي تحتاج إلى المساعدة بشأنها):

- عدد الأشهر المطلوبة: _____
- الأشهر التي تحتاج إلى سدادها: _____
- مبلغ مدفوعات المرافق الشهرية: _____

○ تاريخ استحقاق المدفوعات التالية: _____

□ المساعدة بشأن فواتير المرافق المستحقة المتأخرة

○ نوع المرافق (اذكر جميع الأنواع التي تحتاج إلى المساعدة بشأنها): _____

○ عدد الأشهر المستحقة المتأخرة: _____

○ الأشهر التي تحتاج إلى سدادها: _____

○ إجمالي المبلغ المستحق، بما يشمل الرسوم: _____

□ رسوم تشغيل المرافق

○ نوع المرافق (اذكر جميع الخدمات التي تحتاج إلى المساعدة بشأنها): _____

○ المبلغ (المبالغ) الذي تطلبه: _____

○ تاريخ التشغيل:

المرافقات

يُرجى إرفاق المستندات التالية بطلبك. إذا لم تُدرج المستندات المذكورة، فقد تستغرق معالجة الطلب وقتًا أطول.

□ المساعدة بشأن الإيجار

○ اتفاقية إيجار موقَّعة تحتوي على اسمك، أو اتفاقية إيجار وإثبات لعنوان السكن

○ إثبات للمبلغ المستحق عن الإيجار المتأخر

○ نموذج W9 من المالك، إذا كان متوفرًا وقت الطلب

○ إشعار الإخلاء، إذا انطبق

□ المساعدة بشأن المرافق

○ فاتورة (فواتير) مرافق تحتوي على اسمك

■ إذا لم يكن اسمك مذكورًا في فاتورة المرافق المعنية، يمكنك تقديم إثبات لعنوان السكن (على سبيل المثال، اتفاقية إيجار، أو بريد رسمي، أو فاتورة مرافق أخرى تحتوي على اسمك، أو نسخة من بطاقة الهوية مذكور فيها عنوان سكنك الحالي)

○ إشعار قطع خدمات المرافق، إذا انطبق

يُرجى استخدام هذه القائمة المرجعية للتأكد من أن لدينا جميع المعلومات الضرورية لمساعدتك على حجز فندقك.

اسمك: _____

الاسم المذكور في الحجز: _____

هل تم تأكيد وجود غرفة شاغرة؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا كانت الإجابة نعم، فما تاريخ التأكيد؟ _____

اسم الفندق/الموتيل: _____

عنوان الفندق/الموتيل: _____

رقم هاتف الفندق/الموتيل: _____

تاريخ الوصول (شهر/يوم/سنة): _____

عدد الأيام المقدّرة التي تحتاج إليها:

☐ 7 ليالٍ ☐ 4 ليالٍ ☐ 28 ليلة ☐ غير ذلك _____

يُرجى ملاحظة ما يلي: يبلغ الحد الأقصى لعدد الأيام التي يمكن حجزها 28 يومًا للطلب الواحد.

هل لديك احتياجات تتطلب تيسير الوصول وفقًا لـ (ADA) Americans with Disabilities Act، قانون الأمريكيين ذوي الإعاقة؟

☐ نعم ☐ لا

إذا كانت الإجابة نعم، فيُرجى ذكر الاحتياجات بالتفصيل:

هل لديك أي حيوانات أليفة أو حيوانات خدمة؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا كانت الإجابة نعم، فاذكر نوع الحيوانات وعددها، وحدّد ما إذا كانت حيوانات خدمة:

هل سيقبل الفندق اصطحاب حيوانات؟ ☐ نعم ☐ لا ☐ غير معروف

كم عدد إجمالي الأشخاص الذين سيقفون في الغرفة معك/مع العضو؟ _____

(اكتب "1" إن كنت أنت فقط/كان العضو فقط)

في حالة وجود أكثر من أربعة أشخاص في الحجز، سيتعين حجز غرفة إضافية.

هل سيكون هناك أي أطفال؟ ☐ نعم ☐ لا

يُرجى ذكر جميع النزلاء الآخرين الذين سيقومون معك/مع العضو وتوضيح صلتهم بك/بالعضو. في حالة وجود أطفال دون 18 سنة، يُرجى ذكر أعمارهم.

كم عدد الأسرة المطلوبة وما حجمها؟

هل لديك بطاقة هوية صادرة عن جهة حكومية؟ ☐ نعم ☐ لا
يُرجى ملاحظة ما يلي: سيؤدي عدم امتلاك بطاقة هوية إلى تقييد خيارات الفنادق المتاحة.

هل تحتاج إلى غرفة مخصصة للمدخنين؟ ☐ نعم ☐ لا

هل تتوفر بالفندق المحدد غرف للمدخنين؟ ☐ نعم ☐ لا

:Temporary Housing Member Code of Conduct Form (نموذج مدونة قواعد السلوك للأعضاء)

آخر تحديث: مايو 2026



يسرّ CareOregon مساعدتك بشأن خيارات السكن. نريد أن تكون هذه التجربة جيدة لك وللفندق الذي ستقيم به. ولهذا السبب، عندما ندفع مقابل غرفة الفندق، يتعين عليك الالتزام بجميع قواعد الفندق والتعامل مع موظفي الفندق باحترام. ونحتاج إلى أن تقوم بتعبئة النموذج والتوقيع في الأسفل لإظهار موافقتك.

يُمنح _____ (اسم العضو) تمويلاً مؤقتاً للإقامة بالفندق من جانب CareOregon، وذلك نيابةً عن مؤسسة Health Share of Oregon للرعاية المُنسقة (CCO).

اتفاقية العضو

- سألتزم بجميع قواعد الفندق أو الموتيل.
- أدرك أنني أتحمّل المسؤولية عن أفعالي، بما في ذلك أي تلف يلحق بغرفة الفندق. وقد يُطلب مني مغادرة الفندق أو الموتيل إذا لم ألتزم بالقواعد ذات الصلة.
- لا أتمتع بأي حق قانوني في الإقامة.
- أعلم أن الفندق قد يضع حدًا لعدد الليالي المتتالية التي يمكنني الإقامة فيها. وإذا احتجت إلى البقاء لفترة أطول من المسموح بها أو ليالي أكثر مما طلبت، فسيتعين عليّ تعبئة نموذج طلب جديد.
- أدرك أن الفندق أو الموتيل له وقت محدد لتسجيل الوصول، وقد يتعذر على CareOregon العثور على فندق أو موتيل آخر إذا فاتني وقت تسجيل الوصول.
- أدرك أنه قد يُطلب مني مغادرة الفندق إذا:
- لم ألتزم بقواعد الفندق/الموتيل.
- ضايق أحد موظفي أو نزلاء الفندق أو الموتيل.
- قمت بإتلاف ممتلكات الفندق أو الموتيل أو هددت بإتلافها.
- انخرطت في أفعال غير آمنة قد تؤثر سلبيًا في سلامة الموظفين أو النزلاء أو صحتهم.
- تسببت في إيذاء أي موظفين أو نزلاء أو هددت بإيذائهم من خلال ما أقوله، أو أكتبه، أو أعبر عنه بأي طريقة.
- أحضرت سلاحًا إلى الفندق أو الموتيل.
- استخدمت أي سلاح أو هددت باستخدامه في ممتلكات الفندق أو الموتيل.
- استقبلت عددًا كبيرًا جدًا من النزلاء غير المصرح بإقامتهم معي.
- اصطحبت حيوانات/حيوانات أليفة/حيوانات خدمة غير مصرح بها.
- دخنت سجائر في غرفة مخصصة لغير المدخنين.
- يُرجى ملاحظة ما يلي: قد لا تتمكن CareOregon من توفير فندق/موتيل جديد في المستقبل إذا تصرفات أنت، أو أي من المقيمين معك، بالطرق المذكورة أعلاه.

التوقيع

توقيع العضو: _____ التاريخ: _____
(شهر/يوم/سنة)

اسم الشخص مقدم النموذج (إذا كان مختلفًا عن العضو): _____

توقيع مقدم النموذج: _____ التاريخ: _____
(شهر/يوم/سنة)

يمكنك الحصول على هذا المستند بلغات أخرى، أو بخط كبير، أو بطريقة برايل، أو بالتنسيق الذي تفضله. ولديك الحق أيضًا في طلب الاستعانة بمترجم فوري. يمكنك الحصول على مساعدة مترجم فوري معتمد أو مؤهل في مجال خدمات الرعاية الصحية. هذه المساعدة مجانية. تواصل مع مؤسسة CCO المعنية بك، أو عبر الهاتف النصي TTY على الرقم 711، أو أخبر مُقَدِّم الرعاية الخاص بك. نقبل المكالمات الواردة عبر خدمة ترحيل الاتصالات.

للتواصل مع CareOregon Health Share: 800-224-4840

للتواصل مع Columbia Pacific CCO: 855-722-8206

للتواصل مع Jackson Care Connect: 855-722-8208

OHP-261184700-0611

ورقة عمل الدخل/الميزانية المتعلقة بالصحة

آخر تحديث: مايو 2026

نشكركم على تقديم طلب للحصول على خدمات متعلقة بالصحة. يحتاج فريقنا في بعض الحالات إلى مزيد من المعلومات لأجل تحديد خطة الاستدانة الخاصة بكم وما هي الموارد التي تملكونها. لذلك، نرجو منكم تعبئة النموذج أدناه لتقديم مزيداً من المعلومات لكي نتمكن من تحديد أفضل طريقة لتقديم الدعم لكم.

يُرجى استكمال هذا القسم بكاملة باتّباع التعليمات الواردة في ورقة العمل المعنية بالميزانية.

معلومات عن العضو

اسم العضو: _____	تاريخ الميلاد: _____
الرقم التعريفي للعضو: _____	التاريخ: _____
العنوان/مكان السكن الحالي: _____	
عدد الأشهر أو السنوات التي مضى على عيشك في مكان السكن الحالي: _____	
استخدم/استخدمي الجدول أدناه لاحتساب عدد أفراد أسرتك المعيشية	
نفسك	
زوجتك القانونية أو زوجك القانوني	
شريكتك/شريكتك المقيم(ة) في السكن معك (إذا كان لديك طفلاً دون سن 19 عاماً مع ذلك الشخص).	
أطفال (دون سن 19 عاماً) الذين يعيشون معك.	
أي شخص آخر تقوم/تقومين بإدراجه في اقرارك لضريبة الدخل الفيدرالية، حتى ولو يكن ذلك الشخص يعيش معك.	
إذا كان عمرك أقل من 19 عاماً، فاحتسب كل من يعيش معك من والديك، وزوجة أبيك/أو زوج أمك، وإخوتك أو أخواتك (الذين تقل أعمارهم عن 19 عاماً).	
أي امرأة حامل من أفراد أسرتك المعيشية	
أي أطفال متوقع ولادتهم من حوامل من بين أفراد أسرتك المعيشية	
مجموع عدد أفراد أسرتك المعيشية الذين يعيشون في المنزل:	

الوضع السكني الحالي

☐ أملك بيتي
☐ متشرد/متشرّدة بلا مأوى
☐ مستأجر/مستأجرة (أفراد أسرة معيشية واحدة فقط تعيش في هذا العنوان)
☐ تقاسم الإيجار (مع زملاء السكن أو مع أسرة أخرى) حصّة الإيجار التي تتحمل/تتحملين دفعها هي: _____

الدخل

المبلغ الشهري للشخص البالغ رقم 5	المبلغ الشهري للشخص البالغ رقم 4	المبلغ الشهري للشخص البالغ رقم 3	المبلغ الشهري للشخص البالغ رقم 2	المبلغ الشهري للشخص البالغ رقم 1	مصدر الدخل
					اسم الفرد
					AFDC (TANF)
					العمل في وظيفة بدوام جزئي/كامل
					مخصّصات من VA
					SSI/SSDI
					البطالة
					استحقاق الإعاقة من الولاية
					دخل رعاية بديلة ("فoster كير")
					أحد أفراد الأسرة مُعاق
					نفقة إعالة الطفل/نفقة المُطلّقة/المُطلّقة
					معاش تقاعدي/تقاعد
					دخل من أعمال تجارية
					دخل من الفوائد المصرفية أو الأرباح
					دخل آخر
					المجموع:

لا يُحتسب أيّ من التالي ضمن الدخل:

- دخل الأطفال دون سن 18 عاماً
- دخل الميراث والتأمين
- الإعانات المالية للطلاب
- رد النفقات الطبية التي قمت بدفعها
- الدخل الذي يقبضه المُساعد المقيم في منزل الشخص الذي يساعد
- دفعات بدل التعرّض لإطلاق النار من قوات مسلّحة مُعادية
- استحقاقات من برنامج SNAP

نفقات الأشهر الثلاثة القادمة

نفقات الشهر الحالي

\$	قسط السيارة		\$	الإيجار/الرهن العقاري
\$	تأمين السيارة		\$	غاز
\$	بنزين		\$	كهرباء
\$	مُستلزمات منزلية		\$	ماء
\$	طعام		\$	نفقات
\$	خدمة رعاية الأطفال "تشايلد كير"		\$	هاتف

نفقات الشهر التالي

\$	قسط السيارة		\$	الإيجار/الرهن العقاري
\$	تأمين السيارة		\$	غاز
\$	بنزين		\$	كهرباء
\$	مُستلزمات منزلية		\$	ماء
\$	طعام		\$	نفقات
\$	خدمة رعاية الأطفال "تشايلد كير"		\$	هاتف

نفقات الشهر الثالث

\$	قسط السيارة		\$	الإيجار/الرهن العقاري
\$	تأمين السيارة		\$	غاز
\$	بنزين		\$	كهرباء
\$	مُستلزمات منزلية		\$	ماء
\$	طعام		\$	نفقات
\$	خدمة رعاية الأطفال "تشايلد كير"		\$	هاتف

مجموع الدخل الشهري _____ مجموع النفقات الشهرية: _____

هل صرّحت بعدم وجود دخل لديك؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا كانت الإجابة بنعم، فهل لديك حالة يمكننا الاتصال به للتحقق من دخلك؟

اسم الأخصائي الاجتماعي المسؤول عن الحالة: _____

الوكالة: _____

عنوان البريد الإلكتروني: _____

رقم الهاتف: _____

☐ أعطي الإذن بأن يتم الاتصال بمدير الحالة المسؤول عن حالتي للتحقق من دخلي.

☐ ليس لدي مدير حالة/أخصائي اجتماعي مسؤول عن الحالة الذي يمكنكم الاتصال به للتحقق من دخلي. أشهد بأن الدخل المدرج في هذه الورقة صحيح وكامل على حد علمي.

التوقيع: _____

الإنفاق المالي الحالي

نرجو منك إخبارنا المزيد عن وضعك المالي الحالي.
ما الذي تسبب في تأخيرك عن تسديد الفواتير التي عليك أن تدفعها؟

الخطوة لزيادة الدخل وتخفيض النفقات

التاريخ المستهدف	الإجراء
	1.
	2.
	3.
	4.
	5.

تقديم النماذج

يمكنك تعبئة هذا النموذج بنفسك، أو بمساعدة أحد الوالدين، أو القائم بتقديم العناية لك، أو الوصي/الجهة التي تقدّم الدعم لك/صديق موثوق به، أو أحد موظفي منظمة أو عيادة.

إرسال النماذج بعد استكمال تعبئتها بشكل كامل عبر جهاز الفاكس إلى الرقم التالي:

503-416-1376

ATTN: HRS

يجب إرسال أيّ مستندات متعلّقة بطلبك مسبقاً. إليك طريقتان لتقديمها:

الإرسال عبر البوابة الإلكترونية المخصصة للأعضاء

أسرع طريقة لتقديم المستندات أو للتحقق من حالة سير طلبك هي من خلال بوابة الأعضاء الإلكترونية الخاصة بنا. إنها منصة مراسلة آمنة يمكنك الوصول إليها من خلال موقعنا الإلكتروني عبر جهاز كمبيوتر مكتبي. يمكنك تسجيل الدخول إذا كان لديك حساب، أو اتّباع التعليمات التي تظهر على الشاشة للتسجيل. يُرجى الملاحظة: إذا كان عمرك أقل من 18 عاماً، فلا يمكنك استخدام هذه البوابة الإلكترونية بمفردك. يجب أن يساعدك أحد الوالدين أو الوصي.

للوصول إلى البوابة الإلكترونية، عليك الذهاب إلى الموقع الإلكتروني careoregon.org/memberportal

بعد تسجيل الدخول، قم بتحميل مستنداتك باتّباع الخطوات التالية:

1. انتقل إلى مركز الرسائل (Message Center) وانقر على "رسالة جديدة - New Message".
2. انقر على "إضافة مُستلمين - Add Recipients" ثم حدّد "Health Related Services Requests".
3. أضف HRSN في سطر الموضوع وأرفق الملف (أو الملقّات) بالرسالة باستخدام ميزة إرفاق الملفات.
4. أضف أيّ سياق آخر وانقر على "إرسال - Send".

الإرسال عبر البريد الإلكتروني

إذا لم تتمكن من الدخول إلى البوابة الإلكترونية، يمكنك إرسال مستنداتك إلينا عبر البريد الإلكتروني على العنوان التالي:

hsrcnx@careoregon.org

إذا كان لديك أسئلة أو كنت ترغب في الحصول على مساعدة في ملء نموذج (نماذج) الطلب، فاتصل هاتفياً بقسم خدمة العملاء على رقم الهاتف 971-236-2998 أو 711 TTY (رقم المبرقة الكاتبة).

يمكنكم الحصول على هذه الوثيقة بلغات أخرى، أو مطبوعة بخط كبير، أو مطبوعة على طريقة برايل، أو حسب التنسيق المفضّل لكم. كما يحقّ لكم الحصول على مُترجم شفهي. يمكنكم الحصول على المساعدة من مُترجم شفهي مُعتمد أو مؤهل في مجال الرعاية الصحيّة. هذه المساعدة مجّانية. اتصلوا هاتفياً بـ CCO التي لديكم عضوية فيها، أو 711 TTY (رقم المبرقة الكاتبة)، أو أخبروا مقدّم الخدمة الخاص بكم. نقبل المكالمات الهاتفية المعمولة عبر المُرجّلات.

رقم الاتصال بـ CareOregon Health Share: 800-224-4840

رقم الاتصال بـ Columbia Pacific CCO: 855-722-8206

رقم الاتصال بـ Jackson Care Connect: 855-722-8208