

Housing Request Form (فرم درخواست خانه)

آخرین ایدیت: جولای 2026

این برنامه برای اعضای با شرایط پیچیده طبی است. هنگام درخواستی دادن، از عضو OHP در خانواده خود استفاده کنید که پیچیده ترین شرایط طبی را دارد، به خصوص آنهاییکه زیر 6 سال یا بالاتر از 65 سال سن دارند. ما ممکن قادر به فراهم ساختن کمک در مورد کرایه و خدمات، ارتباط با مالک خانه شما، یا وصل کردن شما به منابع دیگر خانه سازی باشیم. ما همچنان ممکن قادر به کمک به بهبود مصونیت در خانه شما از طریق اصلاحات خانه باشیم.

لطفاً معلومات را در این فرم خانه پری کنید. از طریق فکس ارسال کنید: 503-416-1376 یا ایمیل کنید به:

hrrsncx@careoregon.org

اگر شما در پر کردن این فرم کمک می خواهید، لطفاً با 971-236-2998 تماس بگیرید.

موافقت برای درخواست خدمات

☐ بلی من از پلان صحتی خود درخواست کمک می کنم تا ببینم که آیا من برای حمایت خانه سازی واجد شرایط هستم یا خیر، تا به
☐ من در نگهداری خانه کمک کند یا کمک کند تا مصونیت خانه ام را بهبود بخشم.

معلومات عضو

شماره آی دی OHP/Medicaid (اگر معلوم باشد):

تاریخ تولد (ماه/روز/سال): آیا عضو زیر 18 سال سن دارد؟ ☐ بلی ☐ خیر

اگر بلی، لطفاً نام شخصی را که باید برای هرگونه سوال یا هماهنگی مزایا با او تماس گرفته شود، و رابطه آنها با شما را ارائه کنید:

نام (طوری که در کارت OHP/Medicaid ظاهر می شود):

نام و ضمائر انتخاب شده:

ایمیل:

نام داکتر مراقبت های اولیه:

نام های تمام اعضای خانواده شما و اگر آنها پوشش OHP دارند:

پوشش OHP	نام	پوشش OHP	نام
☐ بلی ☐ خیر		☐ بلی ☐ خیر	
☐ بلی ☐ خیر		☐ بلی ☐ خیر	
☐ بلی ☐ خیر		☐ بلی ☐ خیر	

نیازهای دسترسی: ☐ زبان اشاره ☐ خط بریل ☐ فونت بزرگ ☐ ترجمان شفاهی _____
(لطفاً زبان را ذکر کنید)

اگر شما این فورم را برای یک عضو خانه پری می کنید، لطفاً جزئیات خود را در زیر بنویسید:

نام: _____

قرابت با عضو: _____ شماره تلفون: _____

مشکل ندارد که اگر در مورد این درخواست با من (یا شخص که این فورم را تکمیل می کند) تماس بگیرید: ☐ بلی ☐ نخیر

اگر شما یک داکتر یا مدیر قضیه هستید که در این درخواست کمک می کنید و می خواهید آپدیت ها را دریافت کنید، لطفاً موارد ذیل را شامل کنید:

نام و معلومات تماس: _____

سازمان: _____ من هستم یک: ☐ مدیر قضیه ☐ داکتر HRSN

من OHP/Medicaid دارم با:



*بشمول CareOregon, Kaiser
OHSU و Providence

وضعیت کنونی

وضعیت ذیل ممکن شما را برای کمک در ایجاد تغییرات در خانه تان برای صحت و مصونیت واجد شرایط سازد. لطفاً تمام چیزی را که در مورد شما صدق می کند چک کنید:

☐ من در حال حاضر مسکن دارم

☐ من یک مشکل صحتی دارم که نیاز به تغییرات در خانه فعلی من بخاطر مصونیت دارد

☐ من یکی از تغییرات زندگی ذیل را تجربه می کنم: (همه چیزهای که صدق می کند را چک کنید)

☐ من در سه ماه آینده واجد شرایط Medicare برعلاوه OHP خواهم شد

☐ من برای اولین بار نه ماه قبل در Medicare برعلاوه OHP ثبت نام کردم

☐ ممکن من بی خانمان شوم یا بزودی خانه خود را از دست بدهم

☐ من در 12 ماه گذشته در یک مرکز بهبود صحت روانی یا استفاده مواد مخدر، مراقبت دریافت کردم

☐ من حالا یا در گذشته با خدمات رفاه اطفال (مراقبت از فرزند خوانده) در اورینگان در ارتباط بوده ام

☐ هیچ کدام از موارد فوق

وضعیت ذیل ممکن شما را برای کمک در حفظ خانه فعلی تان مانند حمایت کرایه واجد شرایط سازد. لطفاً تمام چیزی را که در مورد شما صدق می کند چک کنید:

- ☐ من در حال حاضر مسکن دارم
- ☐ من برای ماندن در خانه فعلی ام به کمک نیاز دارم
- ☐ من یک اجاره یا توافق کتبی با شخص که از او کرایه می گیرم دارم (مثلاً، مالک)
- ☐ من مالک خانه خود نیستم
- ☐ من منابعی برای جلوگیری از بی خانمانی ندارم
- ☐ من یک مشکل صحتی دارم که در بخش بعدی ذکر شده است
- ☐ هیچ کدام از موارد فوق

خانوار

لطفاً معلومات ذیل را در مورد خانواده تان شریک سازید. خانواده شما شامل شما و/یا همسر یا اطفال شما می شود.

- چند نفر بخشی از خانواده شما هستند؟ _____
- عاید تخمینی سالانه خانواده شما قبل از وضع مالیات چقدر است؟ _____
- آیا مالک خانه شما با شما زندگی می کند؟ ☐ بلی ☐ نخیر
- اگر بلی، چقدر بخش از کرایه توسط مالک خانه شما پرداخت می شود؟ _____
- آیا شما با کسی زندگی می کنید که بخشی از خانواده شما نیست؟ ☐ بلی ☐ نخیر
- اگر بلی، چقدر بخش از کرایه توسط آنها پرداخت می شود؟ _____
- آیا قرارداد کرایه شما فرعی است؟ ☐ بلی ☐ نخیر

کار و درآمد

وضعیت کاری فعلی شما چگونه است؟

- ☐ استخدام شده تمام وقت ☐ استخدام شده نیمه وقت ☐ متقاعد ☐ شغل آزاد
- ☐ بیکار ☐ متعلم ☐ من نمی دانم ☐ دیگر _____
- آیا شما از کدام منبع دیگر عاید دارید؟ ☐ بلی ☐ نخیر
- اگر بلی، منابع دیگر عاید ماهوار شما چیست؟

مشکلات صحتی

☐ بلی آیا هیچ یک از مشکلات ذکر شده در ذیل اعمال می شود؟
☐ نخیر

لطفاً گزینه(های) که قابل اجرا است را نشانی کنید:

☐ مشکل پیچیده صحت فیزیکی (لطفاً مشخص کنید):

○ یک مشکل جدی صحت فیزیکی که همچنان بدتر می شود و/یا می تواند تهدید کننده زندگی باشد. این مشکل یا به تداوی منظم، کمک برای ثابت ماندن، و/یا تداوی برای جلوگیری از بدتر شدن نیاز دارد. این مشکل پرداخت هزینه مسکن را دشوار می سازد. بعضی از مثال ها شامل امراض مزمن گرده، پارکینسون، و دیابت وابسته به انسولین می شود.

☐ مشکل صحت رفتاری پیچیده (لطفاً مشخص کنید):

○ یک مشکل جدی صحت رفتاری که همچنان در حال بدتر شدن است و/یا میتواند تهدید کننده زندگی باشد. این مشکل یا به تداوی منظم، کمک برای ثابت ماندن، و/یا تداوی برای جلوگیری از بدتر شدن نیاز دارد. این مشکل پرداخت هزینه مسکن را دشوار می سازد. بعضی از مثال ها شامل اختلال دو قطبی، شیذوفرنیا، و اختلال افسردگی عمده است که در 12 ماه گذشته نیاز به مراقبت بستری دارد.

☐ معلولیت رشدی یا ذهنی (لطفاً مشخص کنید):

☐ مشکل در مراقبت از خود و فعالیت های روزانه (لطفاً مشخص کنید):

☐ تجربه سوء استفاده یا بی توجهی، در حال حاضر یا در گذشته

☐ استفاده مکرر از خدمات عاجل یا بحرانی

☐ فعلاً باردار هستم یا در 12 ماه گذشته زایمان کرده ام

☐ 65 ساله یا بزرگتر

☐ 6 ساله یا جوانتر

درخواست حمایت مسکن

من حمایت مسکن ذیل را درخواست می کنم (همه آنهایکه قابل اجرا است را انتخاب کنید):

☐ کمک در پرداخت کرایه تا شش ماه، بشمول هر کرایه فعلی یا گذشته*

☐ کمک در پرداخت صورت حساب های خدمات عامه تا شش ماه، بشمول هر نوع خدمات عامه فعلی یا گذشته*

☐ فیس های راه اندازی خدمات عامه*

☐ فیس های انبارداری

☐ حمایت از کرایه نشین (کمک در بدست آوردن منابع و خدمات برای کرایه نشینان)

☐ پشتیبانی هتل/موتل (اگر شما این گزینه را انتخاب می کنید، لطفاً لیست درخواست هتل را تکمیل کنید)

☐ تغییرات خانه بخاطر صحت و مصنویت (لطفاً درخواست معین را مشخص و تشریح کنید):

☐ اضافه کردن میله های چنگ زدن، رمپ های ویلچیر یا کشوروک

☐ پاک کاری عمیق

☐ خلاص شدن از شر آفات

☐ نصب پرده های کلکین

☐ دیگر:

آیا شما مالک خانه تان هستید یا کرایه پرداخت می کنید؟ ☐ از خودم ☐ کرایه

■ اگر شما کرایه پرداخت می کنید، آیا شما تایید مالک را برای این تغییرات دارید؟ ☐ بلی ☐ نخیر

*اگر کمک نیاز باشد، لطفاً Rent & Utility Assistance Checklist (چک لیست ضروریات کمک کرایه و خدمات عامه) را تکمیل کنید.

آیا ما اجازه داریم تا با افراد یا سازمان های ذیل تماس بگیریم تا در هماهنگی خدمات مورد نیاز کمک کنیم: ☐ بلی ☐ نخبیر

- فروشندگانی که ممکن است در خانه شما کار کنند
- مالک خانه یا مدیریت ملکیت
- فروشنده(های) نصب اقلیمی

آیا اجازه داریم با صاحبخانه شما تماس بگیریم؟ ☐ بله ☐ نه
در صورت مثبت بودن پاسخ، لطفاً معلومات ارتباطی مالک، شامل نام، ایمیل و شماره تلفن را ارائه کنید:

آیا شما همان خدمات یا مشابه آن را که در بالا از یک برنامه محلی، ایالتی یا فدرال مانند U.S. Department of Housing and Urban Development (USHUD)، وزارت مسکن و توسعه شهری ایالات متحده) یا Housing Assistance Payment (HAP، پرداخت کمک مسکن) درخواست شده است دریافت می کنید؟ ☐ بلی ☐ نخبیر

اگر بله، لطفاً مشخص کنید:

آیا شما یک خدمات مشابه را از طریق برنامه دیگری دریافت می کنید که خلاء ها را پر می کند، بدون اینکه خدمت(هایی) را که شما در بالا درخواست می کنید تکرار کند؟ ☐ بلی ☐ نخبیر

لطفاً معلومات بیشتر در مورد شرایط فعلی تان شریک سازید. سوالات ذیل اختیاری است اما به ما کمک میکند تا بهترین شیوه حمایت از نیازهای شما را تعیین نماییم.

- آیا شما در حال حاضر یک اطلاعیه اخراج دارید؟ ☐ بلی ☐ نخبیر
اگر بلی، تاریخ اخراج چند است؟ _____
- آیا شما در حال حاضر یک جلسه استماعیه اخراج برنامه ریزی شده دارید؟ ☐ بلی ☐ نخبیر
اگر بلی، تاریخ استماعیه چه وقت است؟ _____
- آیا شما در حال حاضر یک اطلاعیه قطع شدن خدمات دارید یا خدمات شما قطع شده است؟ ☐ بلی ☐ نخبیر
اگر بلی، کی خدمات شما قطع خواهد شد؟ _____
- آیا شما قبلاً بی خانمانی را تجربه کرده اید؟ ☐ بلی ☐ نخبیر
- آیا شما قبلاً اخراج شده اید؟ ☐ بلی ☐ نخبیر
- آیا در شرایط شما اخیراً تغییراتی وجود داشته است که منجر شده باشد به حمایت اجاره یا خدمات عامه نیاز پیدا کنید، مانند مرگ یک عضوه خانواده؟ ☐ بلی ☐ نخبیر
اگر بلی، لطفاً توضیح دهید:

CareOregon برای بحث در مورد درخواست شما با شما تماس خواهد گرفت. می خواهید که ما با شما چگونه تماس بگیریم؟

☐ تماس تلفنی (لطفاً یک شماره تلفن را ذکر کنید): _____
مشکل ندارد که در مورد این درخواست یک پیام صوتی مفصل بگذارید: ☐ بلی ☐ نخیر

☐ پیام کتبی (اگر از بالا متفاوت باشد، شماره تلفن را ذکر کنید): _____

☐ ایمیل: _____

☐ دیگر: _____

☐ با نماینده من تماس بگیرید:

نام: _____ تلفن: _____

آدرس پستی: _____

تائیدی و موافقت عضو

☐ من می خواهم که پلان صحنی من بررسی کند که آیا من برای حمایت های مسکن واجد شرایط هستم یا خیر

☐ اگر تایید شود، من موافقت میکنم که خدماتی را که در بالا درخواست کردم دریافت کنم

☐ پلان صحنی من می تواند برای معلومات بیشتر با من یا داکتر من تماس بگیرد از طریق ارتباطات الکترونیکی بشمول ایمیل و/یا پیام کتبی که من میتوانم در هر زمان از آن لغو اشتراک کنم.

پلان صحنی من ممکن سوابق من را بررسی کند. این شامل سوابق در مورد نیازهای مراقبت من می شود. این همچنان میتواند شامل سوابق داکتران مراقبت های صحنی من شود.

☐ من درک می کنم که پلان صحنی من در مورد این درخواست با من تماس خواهد گرفت و اگر من معلومات کافی برای طی مراحل کردن آن فراهم نکرده باشم، ممکن این درخواست را رد کند.

☐ من تحت مجازات سوگند دروغ امضاء می کنم، که به این معنی است که، تا آنجا که من میدانم، تمام معلومات که من در این درخواست داده ام درست، دقیق و کامل است.

☐ اگر من معلومات نادرست یا اشتباه بدهم، ممکن است تحت قانون ایالتی یا فدرال با مجازات روبرو شوم. این ممکن شامل پرداخت پول برای هر خدمات که من به علت این درخواست بدست میآورم شود.

☐ من با استفاده از روش های تکنالوژی معلوماتی برای اشتراک گذاری معلومات شخصی موافق هستم.

امضاء

لطفاً این درخواست را امضاء کنید.

یک نماینده می تواند این فورم را برای یک عضو امضاء کند، بشمول اینکه عضو کوچک باشد.

نام عضو: _____

امضای عضو: _____

نام نماینده: _____

امضای نماینده: _____ تاریخ: _____

Rent & Utility Assistance Checklist (لیست ضروریات کمک به اجاره و خدمات عامه)

آخرین آپدیت: جولای 2026

کمک به کرایه

لطفاً نوع کمکی را که در مورد کرایه تان نیاز دارید انتخاب کنید. همه گزینه هایی را که مربوط می شوند انتخاب کنید.

☐ کمک با کرایه فعلی یا آینده

○ تعداد ماه های درخواست شده: _____

○ ماه های که شما برای پرداخت نیاز دارید: _____

○ پرداخت ماهانه کرایه: _____

○ تعداد اتاق های خواب در ملکیت کرایه: _____

○ تاریخ معین پرداخت بعدی: _____

☐ کمک با کرایه به عقب افتاده گذشته

○ تعداد ماه های گذشته: _____

○ ماه های که شما نیاز به پرداخت دارید برای: _____

○ پرداخت ماهانه کرایه: _____

○ مجموع مبلغ واجب، بشمول فیس ها: _____

○ تعداد اتاق های خواب در ملکیت کرایه: _____

نام و آدرس شرکت یا فردی که باید پرداخت ها به آن ارسال شود چیست؟
(به عنوان مثال، صاحب خانه، مدیر املاک، شرکت خدمات عامه)

نام: _____

آدرس: _____

لطفاً هر معلومات دیگری که باید در چک کرایه شامل گردد، مانند شماره حساب، شماره واحد، یا نام را به اشتراک بگذارید:

کمک به خدمات

لطفاً نوع کمکی را که در مورد خدمات تان نیاز دارید انتخاب کنید. همه گزینه هایی را که مربوط می شوند انتخاب کنید.

☐ کمک برای خدمات فعلی یا آینده

- نوع ابزار (تمام انواع را که نیاز به کمک دارید ذکر کنید): _____
- تعداد ماه های درخواست شده: _____
- ماه های که شما برای پرداخت نیاز دارید: _____
- مقدار پرداخت ماهوار خدمات عامه: _____
- تاریخ معین پرداخت بعدی: _____

☐ کمک با کرایه به عقب افتاده گذشته

- نوع ابزار (تمام انواع را که نیاز به کمک دارید ذکر کنید): _____
- تعداد ماه های گذشته: _____
- ماه های که شما برای پرداخت نیاز دارید: _____
- مجموع مبلغ واجب، بشمول فیس ها: _____

☐ فیس های راه اندازی خدمات عامه

- نوع ابزار (همه چیزهای که شما در آن کمک نیاز دارید ذکر کنید): _____
- مبلغ (های) که شما درخواست می کنید: _____
- تاریخ تنظیم: _____

ضمایم

لطفاً اسناد ذیل را به درخواست تان ضمیمه کنید. اگر شما این اسناد را شامل نکنید، ممکن است طی مراحل آن طول بکشد.

☐ کمک کرایه

- یک قرارداد کرایه امضاء شده با نام شما روی آن، یا قرارداد کرایه و ثبوت آدرس
- سند مبلغ کرایه پرداخت نشده گذشته
- W9 از مالک خانه، اگر در زمان درخواست موجود باشد
- اطلاعیه اخراج، در صورت موجودیت
- ورق کاری عواید/بودجه مرتبط با صحت (به صفحه بعدی مراجعه کنید)

☐ کمک خدمات عامه

- صورتحساب (های) خدمات عامه با نام شما روی آن
- در صورتی که در صورت حساب خدمات عامه نام شما در آن نباشد، سند آدرس (مثلاً قرارداد کرایه، پست رسمی، دیگر صورت حساب خدمات عامه با نام شما، کاپی تذکره تان با آدرس فعلی) ارائه کنید.
- اطلاعیه قطع خدمات عامه، اگر موجود باشد

شما میتوانید این سند را به زبان های دیگر، چاپ بزرگ، خط بریل یا فارمت یا شکل دیگری که شما ترجیح میدهید بدست بیاورید. همچنان شما حق دارید که یک ترجمان شفاهی داشته باشید. شما میتوانید از یک ترجمان شفاهی تصدیق شده مراقبت صحتی یا واجد شرایط کمک بگیرید. این کمک رایگان است. با CCO, TTY 711 خود تماس بگیرید، یا به داکتر خود بگویید. ما تماس های انتقالی (Relay) را می پذیریم.

برای CareOregon Health Share: 800-224-4840

برای Columbia Pacific CCO: 855-722-8206

برای Jackson Care Connect: 855-722-8208

فورم برآورد عواید و بودجه مرتبط به صحت

تاریخ آخرین به روز رسانی: می ۲۰۲۶

از شما بابت ارسال فرم درخواست خدمات صحتی تشکر می‌کنیم. در برخی موارد، تیم ما به اطلاعات بیشتری نیاز دارد تا طرح پایداری و منابع قابل دسترس برای شما را تعیین کند. لطفاً برای ارائه معلومات بیشتر، این فورم را خانه‌پری کنید تا بتوانیم تشخیص دهیم چگونه می‌توانیم بهترین کمک را به شما ارائه کنیم.

لطفاً این بخش را مطابق رهنمودهای موجود در فورم بودجه تکمیل کنید.

معلومات عضو	
نام عضو: _____ تاریخ تولد: _____	
آی دی عضویت: _____ تاریخ: _____	
آدرس فعلی/ محل اقامت: _____	
تعداد ماه‌ها یا سال‌های زندگی در محل اقامت فعلی: _____	
برای محاسبه تعداد نفقات در فامیل تان از جدول ذیل استفاده کنید	
	خودتان
	همسر قانونی شما
	شریک زندگی شما (اگر شما یک طفل زیر ۱۹ سال با این شخص دارید)
	اطفال (زیر ۱۹ سال) که با شما زندگی می‌کنند
	افراد تحت تکفل دیگری که در اظهارنامه مالیات فدرال خود گنجانده‌اید، حتی اگر در کنار شما زندگی نکنند.
	اگر زیر ۱۹ سال سن دارید، پدر، مادر، ناپدری یا نامادری (والدین خوانده)، و خواهر یا برادری که (آن‌ها هم زیر ۱۹ سال سن دارند) و با شما در یک خانه زندگی می‌کنند [را شامل می‌شود]
	تعداد زنان حامله در فامیل
	نوزادانی که قرار است از بانوان باردار در خانه شما متولد شوند
	تعداد مجموع افراد خانوار:
حالت فعلی مسکن	
☐ من خانه شخصی خود را دارم ☐ بی‌خانه هستم ☐ در خانه کرایه ای ساکن هستم (فقط یک خانوار در این آدرس زندگی می‌کند) ☐ در صورت تقسیم کرایه (با هم‌خانه‌ها یا با یک خانوار دیگر) سهم کرایه شما چه مبلغی است: _____	

عواید:

منبع عایدی:	مبلغ ماهوار بزرگسال اول:	مبلغ ماهوار بزرگسال دوم:	مبلغ ماهوار بزرگسال سوم:	مبلغ ماهوار بزرگسال چهارم:	مبلغ ماهوار بزرگسال پنجم:
اسم و شهرت:					
AFDC (TANF)					
وظیفه پاره وقتی / تمام وقتی					
مزایای VA					
SSI/SSDI					
بیکاری					
کمک هزینه از کارافتادگی ایالتی					
عایدات کفالت اطفال					
عضو خانواده دارای معلولیت					
کمک هزینه نگهداری طفل / نفقه (کمک هزینه همسر)					
معاش تقاعد / تقاعد (بازنشستگی)					
درآمد تجارتي					
عواید حاصل از مفاد سهام و بهره بانکی					
سایر درآمدها					
جمع:					

این موارد را جزو عایدات محسوب نکنید:

- عواید اطفال زیر سن ۱۸ سال
- عواید حاصل از ارث و بیمه
- کمک مالی دانشجویان
- بازپرداخت مصارف صحتی
- عایدی کمک رسان مقیم
- علاوه معاش خطر جانی در ساحه جنگ
- مزایای برنامه‌ی کمک غذایی (SNAP)

مصارف سه ماه آینده

مصارف ماه جاری

\$	قسط ماهوار موتر		\$	کرایه / قرضه خرید خانه
\$	بیمه موتر		\$	بل گاز
\$	پترول (بنزین)		\$	بل (صارف) برق
\$	لوازم منزل		\$	قبض آب
\$	غذا		\$	صورت حساب جمع آوری زباله (آویز صفایی)
\$	هزینه مراقبت از اطفال		\$	بل موبایل

مصارف ماه آینده

\$	قسط ماهوار موتر		\$	کرایه / قرضه خرید خانه
\$	بیمه موتر		\$	بل گاز
\$	پترول (بنزین)		\$	بل (صارف) برق
\$	لوازم منزل		\$	قبض آب
\$	غذا		\$	صورت حساب جمع آوری زباله (آویز صفایی)
\$	هزینه مراقبت از اطفال		\$	بل موبایل

مصارف ماه سوم

\$	قسط ماهوار موتر		\$	کرایه / قرضه خرید خانه
\$	بیمه موتر		\$	بل گاز
\$	پترول (بنزین)		\$	بل (صارف) برق
\$	لوازم منزل		\$	قبض آب
\$	غذا		\$	صورت حساب جمع آوری زباله (آویز صفایی)
\$	هزینه مراقبت از اطفال		\$	بل موبایل

مجموع عایدات ماهوار: _____ مجموع مصارف ماهوار: _____

آیا شما عایدی (درآمد) خود را صفر گزارش داده اید؟ ☐ بلی ☐ خیر

اگر بلی، آیا شما مدیر دوسیه (کیس مینیجر) دارید که بتوانیم جهت تایید عایدات تان با او تماس بگیریم؟

نام کارمند/ مسئول دوسیه: _____

اداره: _____

آدرس ایمیل: _____

نمبر تیلفون: _____

☐ اجازه می‌دهم که برای تایید عایداتم با مدیر دوسیه‌ام تماس گرفته شود.

☐ من مدیر دوسیه یا کارمند دوسیه‌ای ندارم که بتواند درآمد مرا تایید کند. من گواهی می‌دهم که عواید درج شده در این ورق کاری، تا جایی که من معلومات دارم، صحیح و مکمل می‌باشد.

امضا: _____

مصارف مالی جاری

لطفاً در مورد وضعیت مالی فعلی خود بیشتر به ما بگویید.
چه عاملی باعث شد که نتوانید پول قبض هایتان را پرداخت کنید؟

پلان برای افزایش درآمد و کاهش مصارف

تاریخ تعیین شده برای هدف	اقدامات عملی	
		۱.
		۲.
		۳.
		۴.
		۵.

ارسال فورم‌ها

شما می‌توانید این فرم را خودتان خانه‌پری کنید، و یا از یک والد (پدر یا مادر)، مراقبت‌کننده، سرپرست/همکار/دوست قابل اعتماد، یا کارمند یک نهاد یا کلینیک کمک بگیرید.

فورم‌های خانه‌پری شده را به این شماره فکس کنید:

۵۰۳-۴۱۶-۱۳۷۶

توجه: HRS

لطفاً هرگونه اسناد مربوط به درخواست خود را از قبل ارسال نمایید. دو روش برای ارسال وجود دارد:

ارسال از طریق پورتال اعضا

سریع‌ترین راه برای ارسال اسناد یا بررسی وضعیت درخواست تان، از طریق پورتال اعضای ما است. این یک پیام‌رسان مصنوعی است که از طریق وبسایت ما و با استفاده از کمپیوتر دسکتاپ قابل دسترسی است. در صورت داشتن حساب کاربری، می‌توانید وارد پورتال اعضا شوید، در غیر این صورت برای ثبت نام دستورالعمل‌های روی صفحه را دنبال کنید. لطفاً توجه داشته باشید: اگر سن شما کمتر از ۱۸ سال است، نمی‌توانید به تنهایی از این پورتال استفاده کنید. یک والد یا سرپرست باید شما را کمک کند.

برای دسترسی به پورتال، به این وبسایت مراجعه کنید careoregon.org/memberportal

پس از ورود به سیستم، اسناد خود را با انجام مراحل ذیل بارگذاری کنید:

۱. به مرکز پیام بروید و بالای پیام جدید کلیک کنید.

۲. روی "add recipients" کلیک کنید و گزینه "Health Related Services Requests" را انتخاب کنید.

۳. در بخش عنوان پیام (Subject) عبارت HRSN را نوشته و فایل‌های خود را با استفاده از قابلیت ضمیمه کردن فایل (attach file) به پیام خود پیوست کنید.

۴. متن مورد نظرتان را اضافه کنید و روی دکمه ارسال (send) کلیک کنید.

ارسال از طریق پورتال اعضا

اگر به پورتال دسترسی ندارید، می‌توانید اسناد خود را از طریق ایمیل به آدرس hrrncx@careoregon.org برای ما ارسال کنید.

اگر سوالی دارید یا می‌خواهید در خانه‌پری کردن فورم(های) درخواستی کمک دریافت کنید، با خدمات مشتریان تماس بگیرید. شماره های تماس: ۲۹۹۸-۲۳۶-۹۷۱ یا ۷۱۱ TTY.

شما می‌توانید این سند را به زبان‌های دیگر، چاپ درشت، خط بریل (ویژه نابینایان) و یا هر قالب دیگری که ترجیح می‌دهید، دریافت کنید. شما همچنین از حق داشتن ترجمان برخوردارید. شما می‌توانید از یک ترجمان تصدیق‌شده و واجد شرایط در بخش مراقبت‌های صحتی کمک بگیرید. این کمک رایگان است. بصورت رایگان با اداره CCO خود تماس بگیرید، به ۷۱۱ TTY زنگ بزنید، یا با فراهم‌کننده خدمات صحتی خود صحبت کنید. ما تماس‌های تبدیلی برای ناشنوایان و کم‌شنوایان (relay) را می‌پذیریم.

CareOregon Health Share: ۸۰۰-۲۲۴-۴۸۴۰

Columbia Pacific CCO: ۸۵۵-۷۲۲-۸۲۰۶

Jackson Care Connect: ۸۵۵-۷۲۲-۸۲۰۸