



Housing Request Form (Форма запроса поддержки в вопросах, связанных с жильем)

Последнее обновление: Июль 2026 г.

Эта программа предназначена для участников с тяжелыми заболеваниями или сложными медицинскими состояниями. При подаче заявки укажите в качестве основного заявителя участника программы ОНР, проживающего в вашем домохозяйстве, у которого имеются наиболее сложные медицинские потребности, особенно если ему меньше 6 лет или больше 65 лет. Мы можем помочь с оплатой аренды и коммунальных услуг, взаимодействуя с вашим арендодателем или направив вас в другие организации и программы, оказывающие поддержку в вопросах, связанных с жильем. Мы также можем помочь повысить безопасность вашего жилья за счет необходимой адаптации помещений.

Заполните эту форму. Отправьте заполненную форму по факсу на номер 503-416-1376 или на адрес электронной почты hsrcnx@careoregon.org.

Если вам нужна помощь с заполнением формы, позвоните по телефону 971-236-2998.

Соглашение о запросе услуг

- ☐ Да Я обращаюсь в свой план медицинского страхования, чтобы узнать, имею ли я право на поддержку в вопросах, связанных с жильем: помощь с сохранением жилья или повышением безопасности моего дома.
- ☐ Нет

Информация об участнике

Идентификационный номер участника программы ОНР/Medicaid (если известен): _____

Дата рождения (мм/дд/гггг): _____ Участнику меньше 18 лет? ☐ Да ☐ Нет

Если ответ «Да», укажите имя и фамилию лица, с которым следует связываться по любым вопросам или для координации услуг в рамках страхового покрытия, а также кем это лицо приходится участнику:

Имя и фамилия (как указано на карте участника ОНР/Medicaid): _____

Выбранное имя и местоимения: _____

Адрес электронной почты: _____

Имя и фамилия поставщика первичного медицинского обслуживания: _____

Имена и фамилии всех членов вашего домохозяйства и сведения о наличии у них покрытия ОНР:

Имя и фамилия	Есть ли покрытие ОНР	Имя и фамилия	Есть ли покрытие ОНР
	☐ Да ☐ Нет		☐ Да ☐ Нет
	☐ Да ☐ Нет		☐ Да ☐ Нет
	☐ Да ☐ Нет		☐ Да ☐ Нет

Потребности в обеспечении доступности: ☐ Жестовый язык ☐ Шрифт Брайля ☐ Крупный шрифт
☐ Услуги устного перевода _____
(укажите язык)

Если вы заполняете эту форму от имени участника, укажите свои данные ниже.

Имя и фамилия: _____

Кем вы приходитесь участнику: _____ Номер телефона: _____

Со мной (или лицом, заполнившим эту форму) можно связываться по поводу этого запроса:
☐ Да ☐ Нет

Если вы являетесь поставщиком услуг или координатором обслуживания, помогаете с этим запросом и хотите получать информацию, укажите следующие данные:

Имя, фамилия и контактная информация: _____

Организация: _____ Ваша роль: ☐ Координатор обслуживания ☐ Поставщик услуг HRSN

Организация, через которую участник получает покрытие ОНР/Medicaid



* Включая CareOregon, Kaiser, OHSU и Providence

Текущие жилищные условия

Перечисленные ниже обстоятельства могут быть основанием для получения помощи с модификацией жилья для обеспечения здоровья и безопасности. Отметьте все подходящие варианты.

- ☐ В настоящее время у меня есть жилье.
- ☐ У меня есть заболевание, из-за которого для повышения безопасности моего текущего жилья требуется его модификация.
- ☐ В моей жизненной ситуации происходит одно из следующих изменений (отметьте все подходящие варианты):
 - ☐ В течение следующих трех месяцев я получу право на участие в программе Medicare в дополнение к ОНР.
 - ☐ Я впервые стал(а) участником программы Medicare в дополнение к ОНР не более девяти месяцев назад.
 - ☐ Я могу вскоре остаться без постоянного места жительства или потерять жилье.
 - ☐ В течение последних 12 месяцев я получал(а) помощь в учреждении психиатрической, психологической или наркологической помощи.
 - ☐ Я получаю или ранее получал(а) услуги служб защиты детей (патронатного воспитания) в штате Орегон.
 - ☐ Ничего из вышеперечисленного.

Перечисленные ниже обстоятельства могут быть основанием для получения помощи с сохранением текущего жилья, включая помощь с оплатой аренды. Отметьте все подходящие варианты.

- ☐ В настоящее время у меня есть жилье.
- ☐ Мне нужна помощь, чтобы сохранить текущее жилье.
- ☐ У меня есть договор аренды или письменное соглашение с лицом, у которого я арендую жилье (например, с арендодателем).
- ☐ Жилье, в котором я проживаю, не принадлежит мне.
- ☐ У меня нет необходимых средств или ресурсов, чтобы предотвратить потерю жилья.
- ☐ У меня есть заболевание, указанное в следующем разделе.
- ☐ Ничего из вышеперечисленного.

Домохозяйство

Предоставьте информацию о своем домохозяйстве. В состав домохозяйства входите вы и/или ваш супруг/супруга либо дети.

Сколько человек проживает в вашем домохозяйстве? _____

Укажите примерный годовой доход вашего домохозяйства до вычета налогов. _____

Проживает ли арендодатель вместе с вами? ☐ Да ☐ Нет

Если ответ «Да», укажите, какую часть арендной платы он оплачивает. _____

Проживаете ли вы с кем-либо, кто не входит в состав вашего домохозяйства? ☐ Да ☐ Нет

Если ответ «Да», укажите, какую часть арендной платы оплачивают эти лица. _____

Является ли ваш договор аренды договором субаренды? ☐ Да ☐ Нет

Работа и доход

Укажите свой текущий статус занятости.

☐ Работа на полную ставку ☐ Работа на неполную ставку ☐ Пенсия ☐ Самозанятость

☐ Нет работы ☐ Учеба ☐ Не знаю ☐ Другое: _____

Получаете ли вы доход из других источников? ☐ Да ☐ Нет

Если ответ «Да», укажите другие источники вашего ежемесячного дохода.

Заболевания

☐ Да ☐ Нет Применимы ли к вам какие-либо из перечисленных ниже пунктов?

Отметьте пункты, которые относятся к вам.

☐ Тяжелое физическое состояние или заболевание (укажите): _____

- ☐ Серьезное физическое заболевание, которое со временем прогрессирует и/или может представлять угрозу для жизни. Это заболевание требует регулярного лечения, поддержки для сохранения стабильного состояния и/или лечения, направленного на предотвращение дальнейшего ухудшения состояния. Из-за него вам трудно оплачивать жилье. К примерам таких заболеваний относится хроническая болезнь почек, болезнь Паркинсона и диабет, требующий лечения инсулином.

☐ Тяжелое психическое состояние или заболевание (укажите): _____

- ☐ Серьезное психическое заболевание, которое со временем прогрессирует и/или может представлять угрозу для жизни. Это заболевание требует регулярного лечения, поддержки для сохранения стабильного состояния и/или лечения, направленного на предотвращение дальнейшего ухудшения состояния. Из-за него вам трудно оплачивать жилье. К таким заболеваниям относится, например, биполярное расстройство, шизофрения и большое депрессивное расстройство, если в течение последних 12 месяцев требовалось стационарное лечение.

- ☐ Нарушение развития или задержка умственного развития (укажите): _____
- ☐ Трудности с самообслуживанием и выполнением повседневных действий (укажите): _____
- ☐ Жестокое обращение или ненадлежащий уход в настоящее время или в прошлом
- ☐ Частые обращения в отделение экстренной помощи или службы помощи в кризисной ситуации
- ☐ Беременность в настоящее время или рождение ребенка в течение последних 12 месяцев
- ☐ Возраст 65 лет или старше
- ☐ Возраст 6 лет или младше

Запрос на поддержку в вопросах, связанных с жильем

Я прошу предоставить следующую поддержку, касающуюся жилья (отметьте все подходящие варианты):

- ☐ Помощь с оплатой аренды на срок до шести месяцев, включая текущую или просроченную задолженность по оплате*
- ☐ Помощь с оплатой коммунальных услуг на срок до шести месяцев, включая текущую или просроченную задолженность по оплате*
- ☐ Оплата подключения коммунальных услуг*
- ☐ Оплата расходов на хранение имущества
- ☐ Поддержка для арендатора (помощь с получением ресурсов и услуг для лиц, арендующих жилье)
- ☐ Помощь с проживанием в гостинице или мотеле (если вы отметили этот вариант, заполните *Hotel Request Checklist* (Контрольный список для оформления запроса на гостиницу))
- ☐ Модификация жилья для обеспечения здоровья и безопасности (укажите, какая именно помощь вам нужна):
 - ☐ Установка поручней, пандусов для инвалидного кресла или подходящих ручек выдвижных ящиков
 - ☐ Генеральная уборка
 - ☐ Устранение вредителей
 - ☐ Установка оконных жалюзи
 - ☐ Другое: _____

Вы собственник или арендатор жилья? ☐ Собственник ☐ Арендатор

- Если вы арендатор, получили ли вы согласие арендодателя на соответствующую модификацию жилья? ☐ Да ☐ Нет

* Если вам нужна такая помощь, заполните *Rent & Utility Assistance Checklist* (Контрольный список для получения помощи с оплатой аренды и коммунальных услуг).

Даете ли вы нам разрешение связаться с указанными ниже лицами или организациями, чтобы помочь с координацией необходимых вам услуг? ☐ Да ☐ Нет

- Поставщики услуг, которые могут выполнять работы в вашем доме
- Арендодатель или компания, управляющая недвижимостью
- Поставщики услуг установки климатического оборудования

Есть ли у нас разрешение на установление контакта с вашим арендодателем? ☐ Да ☐ Нет
Если да, пожалуйста, предоставьте контактную информацию арендодателя, включая имя, адрес электронной почты и номер телефона:

Получаете ли вы такие же или аналогичные услуги, как запрошенные выше, в рамках федеральной, местной программы или программы штата, например Housing Assistance Program (НАР, Программа помощи с обеспечением жильем) или программы Housing and Urban Development (HUD, Департамент жилищного строительства и городского развития)?

☐ Да ☐ Нет

Если ответ «Да», укажите название программы:

Получаете ли вы подобные услуги по другой программе, которая может обеспечить недостающую помощь без дублирования услуг, запрошенных выше? ☐ Да ☐ Нет

Предоставьте дополнительную информацию о вашей текущей ситуации. Предоставлять ответы на вопросы ниже необязательно, но они помогут нам понять вашу ситуацию и определить, какая поддержка будет для вас наиболее полезной.

- Получили ли вы уведомление о выселении, которое действительно сейчас? ☐ Да ☐ Нет
Если ответ «Да», укажите дату выселения. _____
- Назначено ли слушание по делу о вашем выселении? ☐ Да ☐ Нет
Если ответ «Да», укажите дату слушания. _____
- Получили ли вы уведомление о прекращении предоставления коммунальных услуг, которое действительно сейчас (или вам уже отключили коммунальные услуги)? ☐ Да ☐ Нет
Если ответ «Да», укажите дату запланированного прекращения предоставления коммунальных услуг. _____
- Случалось ли вам ранее не иметь постоянного места жительства? ☐ Да ☐ Нет
- Выселяли ли вас из жилья ранее? ☐ Да ☐ Нет
- Произошли ли недавно изменения в вашей жизненной ситуации, из-за которых вам потребовалась помощь с оплатой аренды или коммунальных услуг, например смерть члена домохозяйства? ☐ Да ☐ Нет
Если ответ «Да», объясните ситуацию:

Способы информирования

CareOregon свяжется с вами, чтобы обсудить ваш запрос. Укажите, какой способ связи для вас предпочтителен.

☐ По телефону (укажите номер): _____

Можно ли оставить подробное голосовое сообщение по этому вопросу? ☐ Да ☐ Нет

☐ Через текстовое сообщение (укажите номер, если он отличается от указанного выше):

☐ По электронной почте: _____

☐ Другое: _____

☐ Связаться с представителем:

Имя и фамилия: _____ Телефон: _____

Почтовый адрес: _____

Подтверждение и согласие участника

☐ Я прошу свой план медицинского страхования определить, имею ли я право на получение поддержки в вопросах, связанных с жильем.

☐ В случае их одобрения я соглашаюсь получить услуги, запрошенные мной выше.

☐ Мой план медицинского страхования может связаться со мной или с моим поставщиком услуг для получения дополнительной информации с помощью электронных средств связи, включая электронную почту и/или текстовые сообщения. Я могу отказаться от получения таких сообщений в любое время.

Сотрудники моего плана медицинского страхования могут изучать мои документы, включая сведения о моих потребностях в медицинском обслуживании. Это также может включать документы, полученные от моих поставщиков медицинских услуг.

☐ Я понимаю, что сотрудники моего плана медицинского страхования свяжутся со мной по поводу этого запроса и могут отказать в его удовлетворении, если предоставленной информации будет недостаточно для обработки запроса.

☐ Подписывая настоящий документ, я подтверждаю, что предупрежден(а) об ответственности за предоставление ложных сведений и что, насколько мне известно, вся информация, предоставленная мной в этом запросе, является правдивой, точной и полной.

☐ Я понимаю, что за предоставление ложной или недостоверной информации я могу понести наказание в соответствии с законодательством штата или федеральным законодательством. Это может включать обязанность вернуть средства за любые услуги, полученные на основании этого запроса.

☐ Я соглашаюсь на использование информационных технологий для обмена персональными данными.

Подпись

Подпишите этот запрос.

За участника эту форму может подписать представитель участника, в том числе если участник несовершеннолетний.

Имя и фамилия участника: _____

Подпись участника: _____

Имя и фамилия представителя: _____

Подпись представителя: _____. Дата: _____

Отправьте заполненную форму по факсу на номер 503-416-1376 или на адрес электронной почты hrsncx@careoregon.org.



Rent & Utility Assistance Checklist (Контрольный список для получения помощи с оплатой аренды и коммунальных услуг)

Последнее обновление: Июль 2026 г.

Помощь с оплатой аренды

Выберите, какая помощь с оплатой аренды вам необходима. Отметьте все подходящие варианты.

- ☐ Помощь с оплатой текущих или предстоящих арендных платежей
 - Количество месяцев, на которые запрашивается помощь: _____
 - Месяцы, за которые необходимо произвести оплату: _____
 - Размер месячной арендной платы: _____
 - Количество спален в арендуемом жилье: _____
 - Дата следующего платежа: _____
- ☐ Помощь с погашением задолженности по оплате аренды
 - Количество месяцев, за которые имеется задолженность: _____
 - Месяцы, за которые необходимо произвести оплату: _____
 - Размер месячной арендной платы: _____
 - Общая сумма задолженности, включая сборы: _____
 - Количество спален в арендуемом жилье: _____

Укажите имя и фамилию либо название, а также адрес лица или организации, которым должен быть направлен платеж

(например, арендодателя, управляющей компании или компании, предоставляющей коммунальные услуги).

Имя и фамилия / название:

Адрес: _____

Укажите ниже всю дополнительную информацию, которую необходимо включить в чек для оплаты аренды, например номер счета, номер квартиры/блока или имя/название.

Помощь с оплатой коммунальных услуг

Выберите, какая помощь с оплатой коммунальных услуг вам необходима. Отметьте все подходящие варианты.

- ☐ Помощь с оплатой текущих или предстоящих коммунальных платежей
 - Вид коммунальных услуг (укажите все виды услуг, с оплатой которых вам нужна помощь): _____
 - Количество месяцев, на которые запрашивается помощь: _____
 - Месяцы, за которые необходимо произвести оплату: _____
 - Сумма ежемесячного платежа за коммунальные услуги: _____
 - Дата следующего платежа: _____
- ☐ Помощь с погашением задолженности по оплате коммунальных услуг
 - Вид коммунальных услуг (укажите все виды услуг, с оплатой которых вам нужна помощь): _____
 - Количество месяцев, за которые имеется задолженность: _____
 - Месяцы, за которые необходимо произвести оплату: _____
 - Общая сумма задолженности, включая сборы: _____
- ☐ Оплата подключения коммунальных услуг
 - Вид коммунальных услуг (укажите все виды услуг, с подключением которых вам нужна помощь): _____
 - Запрашиваемые суммы: _____
 - Дата подключения: _____

Документы, которые необходимо приложить

Приложите к запросу указанные ниже документы. Если необходимые документы не будут предоставлены, обработка запроса может занять больше времени.

- ☐ Для получения помощи с оплатой аренды
 - Подписанный договор аренды, в котором указано ваше имя и фамилия, либо договор аренды вместе с документом, подтверждающим адрес проживания
 - Документ, подтверждающий сумму задолженности по арендной плате
 - Заполненная арендодателем форма W9, если она доступна на момент подачи запроса
 - Уведомление о выселении, если такое уведомление было направлено
 - Таблица доходов/бюджета, связанных со здоровьем (см. следующую страницу)

- ❑ Для получения помощи с оплатой коммунальных услуг
 - Счета за коммунальные услуги, в которых указано ваше имя и фамилия
 - Если в счете за коммунальные услуги не указано ваше имя и фамилия, предоставьте документ, подтверждающий адрес проживания (например, договор аренды, официальное письмо, другой счет за коммунальные услуги с вашим именем и фамилией или копию удостоверения личности с текущим адресом).
 - Уведомление о прекращении предоставления коммунальных услуг, если такое уведомление было направлено

Этот документ можно получить на других языках, крупным шрифтом, шрифтом Брайля или в другом удобном формате. Кроме того, вы имеете право запросить услуги устного переводчика. Вы можете получить помощь дипломированного или квалифицированного устного переводчика, специализирующегося в области медицины. Эти услуги предоставляются бесплатно. Позвоните в свою организацию ССО, на линию ТТУ 711 или сообщите о такой необходимости своему поставщику услуг. Мы принимаем звонки через службу коммутируемых сообщений.

Телефон CareOregon Health Share: 800-224-4840

Телефон Columbia Pacific ССО: 855-722-8206

Телефон Jackson Care Connect: 855-722-8208



Таблица доходов/бюджета связанных со здоровьем

Последняя редакция: Май 2026 года

Спасибо за представление запроса на услуги, связанные со здоровьем. В некоторых случаях нашим сотрудникам требуется больше информации для определения вашего плана устойчивого развития, и какие у вас есть ресурсы. Пожалуйста заполните бланк документа ниже для предоставления дополнительной информации, чтобы мы могли определить, как наилучшим образом оказать вам помощь.

Пожалуйста, заполните этот раздел, следуя инструкциям в бюджетной ведомости.

Информация о члене плана

Имя члена плана: _____ Дата рождения: _____

Идентификационный номер члена: _____ Дата: _____

Адрес в настоящее время/место проживания: _____

Количество месяцев/лет проживания по адресу в настоящее время: _____

Используйте таблицу внизу для подсчета количества человек в своей семье

Вы сами	
Ваш(а) законный(ая) супруг(а)	
Ваш(а) партнер(ша) (если у вас ребенок в возрасте младше 19 лет с этим лицом)	
Дети (в возрасте младше 19 лет), которые живут с вами	
Кто-либо еще, кого вы включаете в декларацию при уплате федеральных налогов, даже если они не живут с вами	
Если вы не достигли возраста 19 лет, кто-либо из родителей, приемных родителей и братьев или сестер (которые тоже не достигли возраста 19 лет), которые живут с вами	
Кто-либо беременный в вашей семье	
Какие-либо ожидаемые дети от беременных лиц в вашей семье	
Общее количество человек в вашей семье:	

Ситуация с жильём в настоящее время

- ☐ Я владею своим домом
- ☐ Я бездомный(-ая)
- ☐ Я арендую жильё (только одна семья живет по этому адресу)
- ☐ Я делю аренду (с соседом(-кой) или другой семьей). Ваша доля: _____

Доход					
Источник дохода	Месячная сумма, взрослый член семьи #1	Месячная сумма, взрослый член семьи #2	Месячная сумма, взрослый член семьи #3	Месячная сумма, взрослый член семьи #4	Месячная сумма, взрослый член семьи #5
Имя и фамилия отдельного лица					
AFDC (TANF)					
Работа, на неполную ставку (PT)/на полную ставку (FT)					
VA для ветеранов					
SSI/SSDI					
Безработный(ая)					
Инвалидность на уровне штата					
Доход от патронатного воспитания					
Член семьи, имеющий инвалидность					
Содержание ребенка/алименты					
Пенсионное обеспечение/уход на пенсию					
Доход от бизнеса					
Процентные или дивидендные доходы					
Другой доход					
Общая сумма:					
Не считайте следующее как доход: • Доход детей в возрасте до 18 лет • Доход от наследования или страхования • Финансовую помощь учащемуся • Возмещение медицинских расходов • Доход проживающего с вами помощника • Надбавку за участие в боевых действиях в условиях враждебного огня • Льготы по программе дополнительной помощи в обеспечении питанием					

Расходы на следующие три месяца

Расходы за текущий месяц

Арендная плата/ипотека	В долларах		Оплата автомобиля	В долларах
Газ	В долларах		Страхование автомобиля	В долларах
Электроэнергия	В долларах		Бензин	В долларах
Вода	В долларах		Предметы домашнего обихода	В долларах
Забор мусора	В долларах		Продукты питания	В долларах
Телефон	В долларах		Уход за ребенком	В долларах

Расходы на следующий месяц

Арендная плата/ипотека	В долларах		Оплата автомобиля	В долларах
Газ	В долларах		Страхование автомобиля	В долларах
Электроэнергия	В долларах		Бензин	В долларах
Вода	В долларах		Предметы домашнего обихода	В долларах
Забор мусора	В долларах		Продукты питания	В долларах
Телефон	В долларах		Уход за ребенком	В долларах

Расходы за третий месяц

Арендная плата/ипотека	В долларах		Оплата автомобиля	В долларах
Газ	В долларах		Страхование автомобиля	В долларах
Электроэнергия	В долларах		Бензин	В долларах
Вода	В долларах		Предметы домашнего обихода	В долларах
Забор мусора	В долларах		Продукты питания	В долларах
Телефон	В долларах		Уход за ребенком	В долларах

Общий месячный доход _____ Общие месячные расходы: _____

Вы указали что у вас нет дохода? ☐ Да ☐ Нет

Если ответ «Да», есть ли у вас ведущий вашего дела, с которым мы можем связаться?

Имя и фамилия ведущего дела: _____

Организация: _____

Адрес эл. почты: _____

Номер телефона: _____

- ☐ Я даю разрешение на звонок ведущему моего дела в целях подтверждения суммы моего дохода.
- ☐ У меня нет ведущего дела, который может подтвердить сумму моего дохода. Я подтверждаю, что доход, указанный в этой таблице, является правильным и полным, насколько мне известно.

Подпись: _____

Текущие финансовые расходы

Пожалуйста, расскажите больше о своем текущем финансовом положении.
Что послужило причиной неоплаты ваших счетов?

Планируемые действия для увеличения дохода и сокращения расходов

Действие		Намеченный срок выполнения
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Подача документов

Вы можете заполнить этот бланк документа сами, или с помощью родителя, попечителя, опекуна/помощника/надежного друга, или сотрудника организации или клиники.

Отправьте заполненные документы по факсу:

503-416-1376

Вниманию: HRS

Любые документы, относящиеся к вашему запросу, должны быть отправлены заранее. Вот два способа подачи документов:

Подача через интернет-портал члена

Самый быстрый способ подачи документов или проверки статуса вашего запроса - это через интернет-портал члена. Это безопасная онлайн-платформа, на которую вы можете войти, используя наш сайт по компьютеру. Вы можете войти в систему, если у вас есть учётная запись, или следовать инструкциям на экране, чтобы её создать. **Примечание:** Если вам не исполнилось 18 лет, вы не можете использовать интернет-портал самостоятельно. Родитель или опекун должен вам помогать в использовании этого интернет-портала.

Для входа в интернет-портал, зайдите на сайт careoregon.org/memberportal

Как только войдете в систему, загрузите свои документы следующим путем:

1. Войдите в центр сообщений и нажмите на «new message» (создать сообщение)
2. Нажмите на "add recipients" (добавление получателей) и выберите "Health Related Services Requests"
3. Добавьте HRSN в колонку предмета сообщения и приложите к сообщению файл(ы) используя функцию «attach file» (прикрепите файл)
4. Добавьте любое другое содержание и нажмите на «send»(отправить)

Подача через электронную почту

Если вы не можете войти в интернет-портал, вы можете послать нам свои документы по электронной почте на адрес hrsncx@careoregon.org

Если у вас есть вопросы или вы хотели бы получить помощь в подаче запроса, позвоните в службу обслуживания клиентов 971-236-2998 или используйте линию телетайпа TTY 711.

Вы можете получить этот документ на других языках, напечатанный крупным шрифтом, шрифтом Брайля или в формате, которой вы предпочитаете. Вы также имеете право на услуги переводчика. Вы можете получить помощь от сертифицированных или квалифицированных медицинских переводчиков. Эта помощь предоставляется бесплатно.

315 SW Fifth Ave, Portland, OR 97204 • 800-224-4840 • careoregon.org

Звоните в свою организацию координированного обслуживания по бесплатному номеру или используйте линию телетайпа ТТУ 711, или сообщите своему поставщику услуг. Мы принимаем релейные звонки.

По поводу программы CareOregon Health Share звоните по телефону: 800-224-4840

По поводу программы Columbia Pacific ССО звоните по телефону: 855-722-8206

По поводу программы Jackson Care Connect звоните по телефону: 855-722-8208