



Housing Request Form (住房申请表)

最后更新时间：2026 年 7 月

本计划面向患有复杂医疗状况的会员。在申请时，请使用您家庭中医疗状况最复杂的 OHP 会员进行申请，尤其是未满 6 岁或 65 岁以上的成员。我们可能能够提供房租及公用事业费用方面的支持，协助您与房东沟通，或为您连接其他住房资源。我们也可能通过居家改造等方式，协助提升您居住环境的安全性。

请完整填写本表格中的信息。通过传真提交：503-416-1376 或电子邮件：hrrncx@careoregon.org
如您需要协助填写本表格，请致电 971-236-2998 寻求帮助。

服务申请协议

☐ 是 我正在向我的健康计划申请帮助，以确定本人是否符合住房支持资格，用于帮助我维持住房
☐ 否 或改善居家安全。

会员信息

OHP/Medicaid 号码（如已知）：_____

出生日期（月/日/年）：_____ 该会员是否未满 18 岁？ ☐ 是 ☐ 否

如是，请提供在处理本福利相关问题或协调事项时应联系的人员姓名及其与您的关系：

姓名（与 OHP/Medicaid 卡一致）：_____

所选姓名及代名词：_____

电子邮件：_____

初级保健提供者姓名：_____

所有家庭成员姓名及其是否拥有 OHP 保险：

姓名	OHP 保险	姓名	OHP 保险
	☐ 是 ☐ 否		☐ 是 ☐ 否
	☐ 是 ☐ 否		☐ 是 ☐ 否
	☐ 是 ☐ 否		☐ 是 ☐ 否

无障碍需求: ☐ 手语 ☐ 盲文 ☐ 大字体 ☐ 口译员 _____
(请注明语言)

如果您是代会员填写此表格, 请在下方填写您的详细信息:

姓名: _____

与会员的关系: _____ 电话号码: _____

是否可以就本申请联系您 (或填写人): ☐ 是 ☐ 否

如果您是帮助填写此申请的医疗服务提供者或个案经理, 并且希望接收申请进度更新, 请填写以下信息:

姓名及联系方式: _____

所属机构: _____ 我是: ☐ 个案经理 ☐ HRSN 医疗服务提供者

我通过以下组织享受 OHP/Medicaid:



*包括 CareOregon、Kaiser、
OHSU 以及 Providence

当前状况

以下情况可能使您有资格获得居家健康与安全改造方面的支持。请勾选所有适用于您的选项:

- ☐ 我目前有住房
- ☐ 我存在健康状况, 需要对现有住房进行安全改造
- ☐ 我正在经历以下一种生活变化: (请勾选所有适用项)
 - ☐ 我将在接下来的三个月内符合 Medicare 和 OHP 的资格
 - ☐ 我在前九个月内首次同时投保了 Medicare 和 OHP
 - ☐ 我可能很快会无家可归或失去住房
 - ☐ 我在过去 12 个月内曾在心理健康或物质使用康复机构接受治疗
 - ☐ 我目前或过去曾参与俄勒冈州儿童福利服务 (寄养系统)
 - ☐ 以上都不是

以下情况可能使您有资格获得维持现有住房的支持，例如房租补助。请勾选所有适用于您的选项：

- ☐ 我目前有住房
- ☐ 我需要帮助以维持目前的住房
- ☐ 我与向我出租住房的人（例如房东）签有租赁合同或书面协议
- ☐ 我没有自己的房子
- ☐ 我缺乏用于避免无家可归的资源或支持
- ☐ 我患有下一部分所列的健康状况
- ☐ 以上都不是

家庭情况

请提供以下关于您家庭的信息。您的家庭包括您本人及/或您的配偶或子女。

您的家庭共有几口人？ _____

您的家庭预计年度总收入（税前）是多少？ _____

房东是否与您同住？ ☐ 是 ☐ 否

如果是，房东承担的房租比例是多少？

您是否与非家庭成员同住？ ☐ 是 ☐ 否

如果是，他们承担的房租比例是多少？ _____

您的租赁协议是否为转租？ ☐ 是 ☐ 否

工作与收入

您目前的工作状况如何？

☐ 全职受雇 ☐ 兼职受雇 ☐ 退休 ☐ 自营职业

☐ 失业 ☐ 学生 ☐ 不清楚 ☐ 其他 _____

您是否有其他收入来源？ ☐ 是 ☐ 否

如果是，您的其他每月收入来源有哪些？

健康状况

- ☐ 是
☐ 否
- 在以下列出的状况中，您是否符合任何状况？

请勾选所有适用项：

- ☐ 复杂身体健康状况（请具体说明）：_____
- 一种持续进展且/或可能危及生命的严重身体健康状况。该状况需要定期治疗、支持以维持病情稳定，和/或进行治疗以防止病情恶化。该健康状况可能导致难以承担住房费用。示例包括慢性肾病、帕金森病及需胰岛素治疗的糖尿病。
- ☐ 复杂行为健康状况（请具体说明）：_____
- 一种持续进展且/或可能危及生命的严重行为健康状况。该状况需要定期治疗、支持以维持病情稳定，和/或进行治疗以防止病情恶化。该健康状况可能导致难以承担住房费用。示例包括：双相情感障碍、精神分裂症，以及在过去 12 个月内因重度抑郁症需要住院治疗的情况。
- ☐ 发育障碍或智力障碍（请具体说明）：_____
- ☐ 自我照料及日常生活活动能力受限（请具体说明）：_____
- ☐ 曾经或目前遭受虐待或忽视
- ☐ 频繁使用急诊室或危机干预服务
- ☐ 目前怀孕或过去 12 个月内有过分娩
- ☐ 65 岁或以上
- ☐ 6 岁或以下

住房支持申请

我申请以下住房支持（请勾选所有适用选项）：

- ☐ 协助支付最多六个月的房租，包括当前或拖欠的房租*
- ☐ 协助支付最多六个月的公用事业费用，包括当前或拖欠的费用*
- ☐ 公用事业开通费用*
- ☐ 仓储费用
- ☐ 租户支持服务（协助租客获取相关资源与服务）
- ☐ 酒店/汽车旅馆住宿支持（如勾选此项，请填写 *Hotel Request Checklist*（酒店申请检查清单））
- ☐ 为健康与安全目的进行的住宅改造（请具体说明并描述具体需求）：
- ☐ 加装扶手、轮椅坡道或抽屉把手
 - ☐ 深度清洁
 - ☐ 除虫服务
 - ☐ 安装窗帘/百叶窗
 - ☐ 其他：_____

您是自有住房还是租房？ ☐ 自有 ☐ 租房

- 如果您是租房，是否已获得房东对这些改动的批准？ ☐ 是 ☐ 否

*如需协助，请填写 *Rent & Utility Assistance Checklist*（房租及公用事业费援助检查清单）。

我们是否可以联系以下人员或组织机构，以协助协调所需的服务： ☐ 是 ☐ 否

- 在您住所进行工作的供应商
- 房东或物业管理方
- 气候设备安装服务商

我们是否获得了您允许联系您的房东？ ☐ 是 ☐ 否

如果您回答“是”，请给我们房东的联系信息，包括姓名、电子邮件和电话号码：

您是否正在通过地方、州或联邦资助计划（如 Department of Housing and Urban Development（HUD，住房与城市发展部）或 Housing Assistance Program（HAP，住房援助计划））接受与上述申请相同或类似的服务？ ☐ 是 ☐ 否

如果是，请说明：

您是否正在通过其他计划接受类似服务，且该服务用于补充而非重复您上述申请的服务？ ☐ 是 ☐ 否

请分享有关您当前状况的更多信息。以下问题为可选择性回答问题，但将有助于我们确定如何更好地满足您的需求。

• 您目前是否收到驱逐通知？ ☐ 是 ☐ 否

如果是，驱逐的日期是？ _____

• 您目前是否有已安排的驱逐听证会？ ☐ 是 ☐ 否

如果是，听证会的日期是？ _____

• 您目前是否收到公用事业服务停供通知，或您的公用事业服务已被中断？ ☐ 是 ☐ 否

如果是，公用事业服务将于何时被中断？ _____

• 您以前是否有过无家可归的经历？ ☐ 是 ☐ 否

• 您以前是否被驱逐过？ ☐ 是 ☐ 否

• 最近是否发生了导致您需要房租或公用事业费支持的情况变化，例如家庭成员去世？ ☐ 是 ☐ 否

如果是，请说明：

联系方式

CareOregon 将与您联系以讨论此申请。您希望我们以什么方式联系您？

☐ 电话（请填写一个电话号码）：_____

是否可以就此申请留下详细的语音留言： ☐ 是 ☐ 否

☐ 短信（如与上述号码不同，请填写电话号码）：_____

☐ 电子邮件：_____

☐ 其他：_____

☐ 联系我的代表：

姓名：_____ 电话：_____

邮寄地址：_____

会员确认与批准

- ☐ 本人希望本人的健康计划评估我是否符合住房支持资格
- ☐ 如获批准，本人同意接受上述申请的服务
- ☐ 我的健康计划可以通过电子通信方式（包括电子邮件和/或短信）联系我或我的服务提供者 获取更多信息，并且我可随时取消订阅。
我的健康计划可能会查阅我的医疗记录。其中包括与我的护理需求相关的记录。这可能还包括本人医疗保健提供者提供的记录。
- ☐ 我理解我的健康计划将就此申请与我联系，并且如果我未提供足够信息以完成审核，可能会拒绝该申请。
- ☐ 本人据实签署，否则甘愿以伪证罪接受处罚；这意味着据本人所知，本人在此申请中提供的信息均准确、真实且完整。
- ☐ 如果我提供虚假或不实信息，可能会依据州法律或联邦法律受到处罚。
这可能包括需要退还因本申请而获得的任何服务的费用。
- ☐ 我同意以信息技术方式进行个人数据的共享与传输。

签名

请在此申请表上签名。

代表可以代会员签署此表格，包括会员是未成年人的情况。

会员姓名: _____

会员签名: _____

代表姓名: _____

代表签名: _____ 日期: _____

通过传真提交: 503-416-1376 或电子邮件: hsrcx@careoregon.org



Rent & Utility Assistance Checklist（房租及公用事业费援助检查清单）

最后更新时间：2026 年 7 月

房租援助

请选择您在房租方面所需的帮助类型。请勾选所有适用项。

☐ 当前或未来房租援助

- ☐ 申请的月数：_____
- ☐ 需要支付房租的月份：_____
- ☐ 月租金额：_____
- ☐ 租赁房屋卧室数量：_____
- ☐ 下次付款截止日期：_____

☐ 逾期租金援助

- ☐ 逾期未付月数：_____
- ☐ 需要支付的月份：_____
- ☐ 月租金额：_____
- ☐ 应付总金额（含费用）：_____
- ☐ 租赁房屋卧室数量：_____

需要将款项支付给的公司或个人名称及地址是什么？

（例如：房东、物业管理方或公用事业公司）

姓名/名称：_____

地址：_____

请提供任何需要写在房租支票上的其他信息，例如账号、单元号或姓名/名称：

公用事业费用援助

请选择您所需的公用事业援助类型。请勾选所有适用项：

☐ 当前或未来公用事业费用援助

- 公用事业类型（请列出所有需要帮助的类型）： _____
- 申请的月数： _____
- 需要支付的月份： _____
- 每月公用事业费用金额： _____
- 下次付款截止日期： _____

☐ 逾期公用事业费用援助

- 公用事业类型（请列出所有需要帮助的类型）： _____
- 逾期未付月数： _____
- 需要支付的月份： _____
- 应付总金额（含费用）： _____

☐ 公用事业开通费用

- 公用事业类型（请列出所有需要的帮助）： _____
- 您申请的金额： _____
- 开通日期： _____

附件

请将以下文件作为申请附件提交。如未提供相关文件，处理时间可能会延长。

☐ 租金补助

- 一份载有您姓名的已签署租赁合同，或租赁合同及住址证明
- 所欠逾期租金的金额证明
- 房东提供的 W9 表格（如申请时可提供）
- 如适用，请提供驱逐通知书
- Health Related Income（与健康相关的收入）/预算工作表（请看下一页）

☐ 公用事业费用援助

- 载有您姓名的公用事业账单
 - 如果公用事业账单上未注明您的姓名，请提交住址证明（例如：租赁协议、官方信件、注明您姓名的其他公用事业账单、注明当前住址的身份证复印件）
- 如适用，请提供公用事业服务停供通知书

您可获得以其他语言、大字体、盲文或您喜欢的格式提供的该文件。您还有权获得由口译员提供的翻译协助。您可以从经认证或合格的医疗保健口译员那里获得帮助。这项帮助是免费的。请致电您的 CCO，听障或语言障碍人士请拨打 TTY 711 进行咨询，或告知您的服务提供方。我们接受中继呼叫。

CareOregon Health Share: 800-224-4840

Columbia Pacific CCO: 855-722-8206

Jackson Care Connect: 855-722-8208



健康相关收入/预算工作表

最后更新于:2026 年 5 月

感谢您提交与健康相关的服务要求。在某些情况下, 我们的团队需要更多信息, 以确定您的可持续发展计划和您现有的资源。请填写下方表格提供更多信息, 以便我们可以确认如何最好地支持您。

请按照预算工作表上的说明完成此部分。

会员信息

会员姓名: _____ 出生日期: _____

会员 ID: _____ 日期: _____

目前地址/居住地方: _____

在目前居住地方的月数/年数: _____

用下表计算您的家庭成员人数

您本人

您的合法配偶

您的同居伴侣 (如果您与此人育有 19 岁以下的子女)

与您同住的子女 (19 岁以下)

您在联邦所得税申报表中列出的任何人, 即使他们不与您同住

如果您未满 19 岁, 与您同住的父母、继父母和兄弟姐妹 (同样未满 19 岁)

在您家庭中有在怀孕的人

家中孕妇预产期内的婴儿

家庭成员总数:

目前住房状况

☐ 自有住房

☐ 无家可归

☐ 租房 (仅一户家庭居住在这地址)

☐ 合租 (与室友或另一户家庭合租) 您的部分为: _____

收入					
收入来源	成人 #1 每月 金额	成人 #2 每 月金额	成人 #3 每 月金额	成人 #4 每 月金额	成人 #5 每 月金额
个人的姓名					
AFDC (TANF)					
兼职/全职工作					
VA 福利					
SSI/SSDI					
失业					
州残疾福利					
寄养收入					
残疾家庭成员福利					
子女抚养费/赡养费					
养老金/退休金					
生意收入					
利息或股息收入					
其他收入					
总计:					

勿将以下这些计入收入:

- 18 岁以下儿童的收入
- 遗产和保险收入
- 学生经济援助
- 医疗费用报销
- 同住护理人员的收入
- 武装部队敌对火力收费
- 补充营养援助计划 (SNAP) 福利

未来三个月的支出

当月支出

房租/房贷	美元		汽车贷款	美元
燃气费	美元		汽车保险	美元
电费	美元		汽油费	美元
水费	美元		家庭用品	美元
垃圾费	美元		食品	美元
电话费	美元		托儿费	美元

下月支出

房租/房贷	美元		汽车贷款	美元
燃气费	美元		汽车保险	美元
电费	美元		汽油费	美元
水费	美元		家庭用品	美元
垃圾费	美元		食品	美元
电话费	美元		托儿费	美元

第三个月的费用

房租/房贷	美元		汽车贷款	美元
燃气费	美元		汽车保险	美元
电费	美元		汽油费	美元
水费	美元		家庭用品	美元
垃圾费	美元		食品	美元
电话费	美元		托儿费	美元

每月总收入 _____ 每月总支出: _____

您是否申报无收入? ☐ 是 ☐ 否

如果是, 您是否有我们可以联系以核实您收入情况的个案经理?

个案工作人员姓名: _____

机构: _____

电邮地址: _____

电话号码: _____

☐ 我允许联系我的个案经理以核实我的收入情况。

☐ 我没有可以核实我收入情况的个案经理/个案工作人员。我声明据我所知, 在这工作表上列出的收入信息真实且完整。

签名: _____

目前财务支出情况

请告诉我们更多关于您目前的财务状况。

是什么原因导致您未能按时支付您的账单?

有计划要增加收入和减少支出

行动		目标日期
1.		
2.		
3.		
4.		
5		

提交表格

您可以自行填写这表格, 也可以在父母、护理员, 或监护人/支持人员/值得信赖的朋友, 或由机构/诊所工作人员的协助下填写。

将填妥的表格传真至:

503-416-1376

收件人:HRS

与您的申请相关的任何文件均应提前发送。以下是两种提交方式:

通过会员门户网站提交

提交文件或查询申请状态的最快方式是通过我们的会员门户网站。这是一个安全的信息交流平台您可以通过台式电脑到我们的网站进入该平台。如果您已有账户, 可以登录, 或按照屏幕上的说明登记。请注意:如果您未满 18 岁则无法自行使用这门户网站。必须由父母或监护人协助您使用。

要进入门户网站, 到 careoregon.org/memberportal

登录后, 按以下步骤上传您的文件:

- 1.进入“信息中心”(Message Center) 并点击“新信息”(New Message)
- 2.点击“添加收件人”(Add recipients) 并选择"Health Related Services Requests"
- 3.在主题栏中添加 HRSN 并使用附件功能将文件附在信息中
- 4.添加任何其他内容并点击“发送”(send)

通过电邮提交

如果您无法到门户网站, 可将文件通过电邮发送至 hsrcx@careoregon.org

如果您有疑问或需要协助填写申请表, 致电客户服务部 971-236-2998 或 TTY (电传打字机) 711。

您可以获取这文件的其他语言版本、大字版、盲文版或您偏好的格式版本。您有权获得一名口译员的协助。您可以获得经认证或具备资质的健康护理口译员的协助。这协助是免费的。请拨打您的 CCO 免费电话、TTY 711, 或告知您的提供者。我们接受中继通话。

针对 CareOregon Health Share:800-224-4840

针对 Columbia Pacific CCO:855-722-8206

针对 Jackson Care Connect:855-722-8208