



Housing Request Form (住房申請表)

最後更新時間：2026 年 7 月

本計劃面向患有複雜醫療狀況的會員。在申請時，請使用您家庭中醫療狀況最複雜的 OHP 會員進行申請，尤其是未滿 6 歲或 65 歲以上的成員。我們可能能夠提供房租及公用事業費用方面的支持，協助您與房東溝通，或為您連接其他住房資源。我們也可能透過居家改造等方式，協助提升您居住環境的安全性。

請完整填寫本表格中的資訊。透過傳真提交：503-416-1376 或電子郵件：hsrcnx@careoregon.org
如您需要協助填寫本表格，請致電 971-236-2998 尋求幫助。

服務申請協議

- ☐ 是 我正在向我的健康計劃申請幫助，以確定本人是否符合住房支持資格，用於幫助我維持住房
☐ 否 或改善居家安全。

會員資訊

OHP/Medicaid ID 號碼（如知曉）：

出生日期（月/日/年）：_____ 該會員是否未滿 18 歲？ ☐ 是 ☒ 否

如是，請提供在處理本福利相關問題或協調事項時應聯絡的人員姓名及其與您的關係：

姓名（與 OHP/Medicaid 卡一致）：_____

所選姓名及代名詞：_____

電子郵件：_____

初級保健提供者姓名：_____

所有家庭成員姓名及其是否擁有 OHP 保險：

姓名	OHP 保險	姓名	OHP 保險
	☐ 是 ☐ 否		☐ 是 ☐ 否
	☐ 是 ☐ 否		☐ 是 ☐ 否
	☐ 是 ☐ 否		☐ 是 ☐ 否

無障礙需求：☐ 手語 ☐ 盲文 ☐ 大字體 ☐ 口譯員 _____
(請註明語言)

如果您是代會員填寫此表格，請在下方填寫您的詳細資訊：

姓名：_____

與會員的關係：_____ 電話號碼：_____

是否可以就本申請聯絡您（或填寫人）：☐ 是 ☐ 否

如果您是幫助填寫此申請的醫療服務提供者或個案經理，並且希望接收申請進度更新，請填寫以下資訊：

姓名及聯絡方式：_____

所屬機構：_____ 我是：☐ 個案經理 ☐ HRSN 醫療服務提供者

我透過以下組織享受 OHP/Medicaid：



*包括 CareOregon、Kaiser、
OHSU 以及 Providence

當前狀況

以下情況可能使您有資格獲得居家健康與安全改造方面的支持。請勾選所有適用於您的選項：

- ☐ 我目前有住房
- ☐ 我存在健康狀況，需要對現有住房進行安全改造
- ☐ 我正在經歷以下一種生活變化：（請勾選所有適用項）
 - ☐ 我將在接下來的三個月內符合 Medicare 和 OHP 的資格
 - ☐ 我在前九個月內首次同時投保了 Medicare 和 OHP
 - ☐ 我可能很快會無家可歸或失去住房
 - ☐ 我在過去 12 個月內曾在心理健康或物質使用康復機構接受治療
 - ☐ 我目前或過去曾參與俄勒岡州兒童福利服務（寄養系統）
 - ☐ 以上都不是

以下情況可能使您有資格獲得維持現有住房的支持，例如房租補助。請勾選所有適用於您的選項：

- ☐ 我目前有住房
- ☐ 我需要幫助以維持目前的住房
- ☐ 我與向我出租住房的人（例如房東）簽有租賃合同或書面協議
- ☐ 我沒有自己的房子
- ☐ 我缺乏用於避免無家可歸的資源或支持
- ☐ 我患有下一部分所列的健康狀況
- ☐ 以上都不是

家庭情況

請提供以下關於您家庭的資訊。您的家庭包括您本人及/或您的配偶或子女。

您的家庭共有幾口人？_____

您的家庭預計年度總收入（稅前）是多少？_____

房東是否與您同住？ ☐ 是 ☐ 否

如果是，房東承擔的房租比例是多少？

您是否與非家庭成員同住？ ☐ 是 ☐ 否

如果是，他們承擔的房租比例是多少？_____

您的租賃協議是否為轉租？ ☐ 是 ☐ 否

工作與收入

您目前的工作狀況如何？

☐ 全職受僱 ☐ 兼職受僱 ☐ 退休 ☐ 自僱

☐ 失業 ☐ 學生 ☐ 不清楚 ☐ 其他 _____

您是否有其他收入來源？ ☐ 是 ☐ 否

如果是，您的其他每月收入來源有哪些？

健康狀況

- ☐ 是
☐ 否
- 在以下列出的狀況中，您是否符合任何狀況？

請勾選所有適用項：

- ☐ 複雜身體健康狀況（請具體說明）：_____
- 一種持續進展且/或可能危及生命的嚴重身體健康狀況。該狀況需要定期治療、支持以維持病情穩定，和/或進行治療以防止病情惡化。該健康狀況可能導致難以承擔住房費用。示例包括慢性腎病、帕金森病及需胰島素治療的糖尿病。
- ☐ 複雜行為健康狀況（請具體說明）：_____
- 一種持續進展且/或可能危及生命的嚴重行為健康狀況。該狀況需要定期治療、支持以維持病情穩定，和/或進行治療以防止病情惡化。該健康狀況可能導致難以承擔住房費用。示例包括：雙相情感障礙、精神分裂症，以及在過去 12 個月內因重度抑鬱症需要住院治療的情況。
- ☐ 發育障礙或智力障礙（請具體說明）：_____
- ☐ 自我照料及日常生活活動能力受限（請具體說明）：_____
- ☐ 曾經或目前遭受虐待或忽視
- ☐ 頻繁使用急診室或危機干預服務
- ☐ 目前懷孕或過去 12 個月內有過分娩
- ☐ 65 歲或以上
- ☐ 6 歲或以下

住房支持申請

我申請以下住房支持（請勾選所有適用選項）：

- ☐ 協助支付最多六個月的房租，包括當前或拖欠的房租*
- ☐ 協助支付最多六個月的公用事業費用，包括當前或拖欠的費用*
- ☐ 公用事業開通費用*
- ☐ 倉儲費用
- ☐ 租戶支持服務（協助租客獲取相關資源與服務）
- ☐ 酒店/汽車旅館住宿支持（如勾選此項，請填寫 *Hotel Request Checklist*（酒店申請檢查清單））
- ☐ 為健康與安全目的進行的居家改造（請具體說明並描述具體需求）：
- ☐ 加裝扶手、輪椅坡道或抽屜把手
 - ☐ 深度清潔
 - ☐ 除蟲服務
 - ☐ 安裝窗簾/百葉窗
 - ☐ 其他：_____

您是自有住房還是租房？ ☐ 自有 ☐ 租房

- 如果您是租房，是否已獲得房東對這些改動的核准？ ☐ 是 ☐ 否

*如需協助，請填寫 *Rent & Utility Assistance Checklist*（房租及公用事業費援助檢查清單）。

我們是否可以聯絡以下人員或組織機構，以協助協調所需的服務：☐ 是 ☐ 否

- 在您住所進行工作的供應商
- 房東或物業管理方
- 氣候設備安裝服務商

我們是否獲得了您允許，可以聯絡您的房東？☐ 是 ☐ 否

如果您回答：「是」，請告訴我們您的房東的聯絡資訊，包括姓名、電子郵件和電話號碼：

您是否正在透過地方、州或聯邦資助計劃（如 Department of Housing and Urban Development（HUD，住房與城市發展部）或 Housing Assistance Program（HAP，住房援助計劃））接受與上述申請相同或類似的服務？☐ 是 ☐ 否

如果是，請說明：

您是否正在透過其他計劃接受類似服務，且該服務用於補充而非重複您上述申請的服務？☐ 是 ☐ 否

請分享有關您當前狀況的更多資訊。以下問題為可選擇性回答問題，但將有助於我們確定如何更好地滿足您的需求。

- 您目前是否收到驅逐通知？☐ 是 ☐ 否

如果是，驅逐的日期是？_____

- 您目前是否有已安排的驅逐聽證會？☐ 是 ☐ 否

如果是，聽證會的日期是？_____

- 您目前是否收到公用事業服務停供通知，或您的公用事業服務已被中斷？☐ 是 ☐ 否

如果是，公用事業服務將於何時被中斷？_____

- 您以前是否有過無家可歸的經歷？☐ 是 ☐ 否

- 您以前是否被驅逐過？☐ 是 ☐ 否

- 最近是否發生了導致您需要房租或公用事業費支持的情況變化，例如家庭成員去世？☐ 是 ☐ 否

如果是，請說明：

聯絡方式

CareOregon 將與您聯絡以討論此申請。您希望我們以什麼方式聯絡您？

☐ 電話（請填寫一個電話號碼）：_____

是否可以就此申請留下詳細的語音留言：☐ 是 ☐ 否

☐ 簡訊（如與上述號碼不同，請填寫電話號碼）：_____

☐ 電子郵件：_____

☐ 其他：_____

☐ 聯絡我的代表：

姓名：_____ 電話：_____

郵寄地址：_____

會員確認與核准

- ☐ 本人希望本人的健康計劃評估我是否符合住房支持資格
- ☐ 如獲核准，本人同意接受上述申請的服務
- ☐ 我的健康計劃可以透過電子通信方式（包括電子郵件和/或簡訊）聯絡我或我的服務提供者獲取更多資訊，並且我可隨時取消訂閱。
我的健康計劃可能會查閱我的醫療紀錄。其中包括與我的護理需求相關的紀錄。這可能還包括本人醫療保健提供者提供的紀錄。
- ☐ 我理解我的健康計劃將就此申請與我聯絡，並且如果我未提供足夠資訊以完成審核，可能會拒絕該申請。
- ☐ 本人據實簽署，否則甘願以偽證罪接受處罰；這意味著據本人所知，本人在此申請中提供的所有資訊均準確、真實且完整。
- ☐ 如果我提供虛假或不實資訊，可能會依據州法律或聯邦法律受到處罰。
這可能包括需要退還因本申請而獲得的任何服務的費用。
- ☐ 我同意以資訊技術方式進行個人資料的共用與傳輸。

簽名

請在此申請表上簽名。

代表可以代會員簽署此表格，包括會員是未成年人的情況。

會員姓名：_____

會員簽名：_____

代表姓名：_____

代表簽名：_____日期：_____

透過傳真提交：503-416-1376 或電子郵件：hrsncx@careoregon.org

Rent & Utility Assistance Checklist (房租及公用事業費援助檢查清單)

最後更新時間：2026 年 7 月

房租援助

請選擇您在房租方面所需的幫助類型。請勾選所有適用項：

- ☐ 當前或未來房租援助
 - 申請的月數：_____
 - 需要支付房租的月份：_____
 - 月租金額：_____
 - 租賃房屋臥室數量：_____
 - 下次付款截止日期：_____
- ☐ 逾期租金援助
 - 逾期未付月數：_____
 - 需要支付的月份：_____
 - 月租金額：_____
 - 應付總金額（含費用）：_____
 - 租賃房屋臥室數量：_____

需要將款項支付給的公司或個人名稱及地址是什麼？
（例如：房東、物業管理方或公用事業公司）

姓名/名稱：_____

地址：_____

請提供任何需要寫在房租支票上的其他資訊，例如帳號、單元號或姓名/名稱：

公用事業費用援助

請選擇您所需的公用事業援助類型。請勾選所有適用項：

☐ 當前或未來公用事業費用援助

- 公用事業類型（請列出所有需要幫助的類型）：_____
- 申請的月數：_____
- 需要支付的月份：_____
- 每月公用事業費用金額：_____
- 下次付款截止日期：_____

☐ 逾期公用事業費用援助

- 公用事業類型（請列出所有需要幫助的類型）：_____
- 逾期未付月數：_____
- 需要支付的月份：_____
- 應付總金額（含費用）：_____

☐ 公用事業開通費用

- 公用事業類型（請列出所有需要的幫助）：_____
- 您申請的金額：_____
- 開通日期：_____

附件

請將以下文件作為申請附件提交。如未提供相關文件，處理時間可能會延長。

☐ 租金補助

- 一份載有您姓名的已簽署租賃合同，或租賃合同及住址證明
- 所欠逾期租金的金額證明
- 房東提供的 W9 表格（如申請時可提供）
- 如適用，請提供驅逐通知書
- Health Related Income（與健康相關的收入）/預算工作表（請看下一頁）

☐ 公用事業費用援助

- 載有您姓名的公用事業帳單
 - 如果公用事業帳單上未註明您的姓名，請提交住址證明（例如：租賃協議、官方信件、註明您姓名的其他公用事業帳單、註明當前住址的身分證副本）
- 如適用，請提供公用事業服務停供通知書

您可獲得以其他語言、大字體、盲文或您喜歡的格式提供的該文件。您還有權獲得由口譯員提供的翻譯協助。您可以從經認證或合格的醫療保健口譯員那裡獲得幫助。這項幫助是免費的。請致電您的 CCO，聽障或語言障礙人士請撥打 TTY 711 進行諮詢，或告知您的服務提供方。我們接受中繼呼叫。

CareOregon Health Share：800-224-4840

Columbia Pacific CCO：855-722-8206

Jackson Care Connect：855-722-8208



與健康相關收入/預算工作表

最後更新於:2026 年 5 月

感謝您提交與健康相關的服務要求。在某些情況下,我們的團隊需要更多資訊,以確定您的可持續發展計劃和您現有的資源。請填寫下方表格提供更多資訊,以便我們可以確認如何最好地支持您。

請按照預算工作表上的說明完成此部分。

會員資訊感謝您提交與健康相關的服務要求。

會員姓名: _____ 出生日期: _____

會員 ID: _____ 日期: _____

目前地址/居住地方: _____

在目前居住地方的月數/年數: _____

用下表計算您的家庭成員人數

您本人	
您的合法配偶	
您的同居伴侶 (如果您與此人育有 19 歲以下的子女)	
與您同住的子女 (19 歲以下)	
您在聯邦所得稅申報表中列出的任何人,即使他們不與您同住	
如果您未滿 19 歲,與您同住的父母、繼父母和兄弟姊妹 (同樣未滿 19 歲)	
在您家中有在懷孕的人	
家中孕婦預產期內的嬰兒	
家庭成員總數:	

目前住房狀況

- ☐ 自有住房
- ☐ 無家可歸
- ☐ 租屋 (僅一戶家庭居住在此地址)
- ☐ 合租 (與室友或另一戶家庭合租) 您的部分為: _____

收入

收入來源	成人 #1 每月金額	成人 #2 每月金額	成人 #3 每月金額	成人 #4 每月金額	成人 #5 每月金額
個人的姓名					
AFDC (TANF)					
兼職/全職工作					
VA 福利					
SSI/SSDI					
失業					
州殘障福利					
寄養收入					
殘障家庭成員福利					
子女扶養費/贍養費					
退休金/退休金					
生意收入					
利息或股息收入					
其他收入					
總計:					

勿將以下這些計入收入:

- 18 歲以下兒童的收入
- 遺產和保險收入
- 學生經濟援助
- 醫療費用報銷
- 同住護理人員的收入
- 武裝部隊敵對火力收費
- 補充營養援助計劃 (SNAP) 福利

未來三個月的支出

當月支出

房租/房貸	美元		汽車貸款	美元
燃氣費	美元		汽车保险	美元
電費	美元		汽油費	美元
水費	美元		家庭用品	美元
垃圾費	美元		食品	美元
電話費	美元		托兒費	美元

下個月的支出

房租/房貸	美元		汽車貸款	美元
燃氣費	美元		汽车保险	美元
電費	美元		汽油費	美元
水費	美元		家庭用品	美元
垃圾費	美元		食品	美元
電話費	美元		托兒費	美元

第三個月的支出

房租/房貸	美元		汽車貸款	美元
燃氣費	美元		汽车保险	美元
電費	美元		汽油費	美元
水費	美元		家庭用品	美元
垃圾費	美元		食品	美元
電話費	美元		托兒費	美元

每月總收入 _____ 每月總支出: _____

您是否申報無收入? ☐ 是 ☐ 否

如果是, 您是否有我們可以聯繫以核實您收入情況的個案經理?

個案工作人員姓名: _____

機構: _____

電郵地址: _____

電話號碼: _____

☐ 我允許聯絡我的個案經理以核實我的收入狀況

☐ 我沒有可以核實我收入狀況的個案經理/個案工作人員。我聲明據我所知, 在這工作表上列出的收入資訊真實且完整。

簽名: _____

目前財務支出狀況

請告訴我們更多關於您目前的財務狀況。
是什麼原因導致您未能按時支付您的帳單？

有計劃要增加收入和減少支出

行動		目標日期
1.		
2.		
3.		
4.		
5		

提交表格

您可以自行填寫這表格, 也可以在父母、護理人員, 或監護人/支持人員/值得信賴的朋友, 或由機構/診所工作人員的協助下填寫。

將填妥的表格傳真至:

503-416-1376

收件者:HRS

與您的申請相關的任何文件應提前發送。以下是兩種提交方式:

透過會員入口網站提交

提交文件或查詢申請狀態的最快方式是透過我們的會員入口網站。這是一個安全的資訊交流平台。您可以透過桌上型電腦到我們的網站進入該平台。如果您已有帳戶, 可以登入, 或依照螢幕上的指示登記。請注意:如果您未滿 18 歲則無法自行使用此入口網站。必須由父母或監護人協助您使用。

要進入門戶網站, 到 careoregon.org/memberportal

登入後, 按以下步驟上傳您的檔案:

- 1.進入資訊中心 (Message Center) 並點擊 "新資訊" (New Message)
- 2.點選 "新增收件者" (Add recipients) 並選擇 "Health Related Services Requests"
- 3.在主題欄中添加 HRSN 並使用附件功能將文件附在資訊中
- 4.添加任何其他內容並點擊 "發送" (Send)

透過電郵提交

如果您無法進入入口網站, 您可以將文件透過電郵發送給我們 hrsncx@careoregon.org

如果您有问题或需要協助填寫申請表, 致電客戶服務部 電話 971-236-2998 或 TTY (電傳打字機) 711。

您可以取得此文件的其他語言版本、大字版、點字版或您偏好的格式版本。您有權利獲得一名口譯員的協助。您可以獲得經認證或具備資格的健康護理口譯員的協助。這協助是免費的。撥打您的 CCO 免費電話, TTY 711, 或告知您的提供者。我們接受中繼通話。

針對 CareOregon Health Share:800-224-4840

針對 Columbia Pacific CCO:855-722-8206

針對 Jackson Care Connect:855-722-8208