



## Housing Request Form (Mẫu Đơn Yêu Cầu Hỗ Trợ Nhà Ở)

Cập nhật lần cuối: Tháng 7 năm 2026

Chương trình này dành cho các thành viên có bệnh lý phức tạp. Khi đăng ký, hãy sử dụng Thành viên OHP trong hộ gia đình có tình trạng sức khỏe phức tạp nhất, đặc biệt là những người dưới 6 tuổi hoặc trên 65 tuổi. Chúng tôi có thể hỗ trợ quý vị về tiền thuê nhà và dịch vụ tiện ích, liên lạc với chủ nhà hoặc kết nối quý vị với các nguồn lực nhà ở khác. Chúng tôi cũng có thể nâng cao mức độ an toàn cho ngôi nhà của quý vị bằng cách cải tạo nhà ở.

Vui lòng điền đầy đủ thông tin vào mẫu đơn này. Gửi qua fax: 503-416-1376 hoặc email:

[hsrcx@careoregon.org](mailto:hsrcx@careoregon.org)

Nếu quý vị cần trợ giúp điền vào mẫu đơn này, vui lòng gọi số 971-236-2998.

### Thỏa thuận về yêu cầu dịch vụ

- ☐ Có Tôi đang yêu cầu chương trình bảo hiểm sức khỏe của tôi trợ giúp để xem tôi có đủ điều kiện nhận hỗ trợ nhà ở hay không, nhằm giúp tôi duy trì chỗ ở hoặc nâng cao mức độ an toàn cho ngôi nhà.
- ☐ Không

### Thông tin thành viên

Số ID OHP/Medicaid (nếu biết): \_\_\_\_\_

Ngày sinh (mm/dd/yyyy): \_\_\_\_\_ Thành viên đó có dưới 18 tuổi không? ☐ Có ☐ Không

Nếu có, vui lòng cung cấp tên người cần liên hệ để giải đáp thắc mắc hoặc phối hợp về các quyền lợi và mối quan hệ của họ với quý vị:

Tên (như hiển thị trên thẻ OHP/Medicaid): \_\_\_\_\_

Tên và danh xưng lựa chọn: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Tên của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe chính: \_\_\_\_\_

Tên của tất cả các thành viên trong hộ gia đình và họ có bảo hiểm OHP hay không:

| Tên | Bảo hiểm OHP                                                  | Tên | Bảo hiểm OHP                                                  |
|-----|---------------------------------------------------------------|-----|---------------------------------------------------------------|
|     | <input type="checkbox"/> Có<br><input type="checkbox"/> Không |     | <input type="checkbox"/> Có<br><input type="checkbox"/> Không |
|     | <input type="checkbox"/> Có<br><input type="checkbox"/> Không |     | <input type="checkbox"/> Có<br><input type="checkbox"/> Không |
|     | <input type="checkbox"/> Có<br><input type="checkbox"/> Không |     | <input type="checkbox"/> Có<br><input type="checkbox"/> Không |

Nhu cầu tiếp cận: ☐ Ngôn ngữ ký hiệu ☐ Chữ nổi Braille ☐ Phông chữ lớn

☐ Thông dịch viên \_\_\_\_\_  
(vui lòng ghi rõ ngôn ngữ)

Nếu quý vị đang điền mẫu đơn này cho một thành viên, vui lòng nhập thông tin của quý vị bên dưới:

Tên: \_\_\_\_\_

Mối quan hệ với thành viên: \_\_\_\_\_ Số điện thoại: \_\_\_\_\_

Tôi cho phép liên hệ với tôi (hoặc người điền mẫu đơn này) về yêu cầu này: ☐ Có ☐ Không

Nếu quý vị là nhà cung cấp dịch vụ hoặc người quản lý hồ sơ đang hỗ trợ yêu cầu này và muốn nhận thông tin cập nhật, vui lòng cung cấp:

Tên và thông tin liên hệ: \_\_\_\_\_

Tổ chức: \_\_\_\_\_ Tôi là: ☐ Người quản lý hồ sơ ☐ Nhà cung cấp HRSN

### Tôi có OHP/Medicaid với:



\*Bao gồm CareOregon, Kaiser, OHSU và Providence

### Tình hình hiện tại

Các tình hình dưới đây có thể giúp quý vị đủ điều kiện nhận hỗ trợ cải tạo nhà ở nhằm đảm bảo sức khỏe và an toàn. Vui lòng chọn tất cả đáp án phù hợp với quý vị:

- ☐ Hiện tại tôi đang có nhà ở
- ☐ Tình trạng sức khỏe của tôi đòi hỏi phải thay đổi điều kiện nhà ở hiện tại để đảm bảo an toàn
- ☐ Tôi đang trải qua ít nhất một trong những thay đổi sau đây trong cuộc sống: (chọn tất cả đáp án phù hợp)
  - ☐ Tôi sẽ đủ điều kiện tham gia Medicare ngoài OHP trong 3 tháng tới
  - ☐ Tôi đã ghi danh tham gia Medicare ngoài OHP lần đầu tiên cách đây không quá 9 tháng
  - ☐ Tôi có thể sớm trở thành người vô gia cư hoặc mất nhà ở
  - ☐ Tôi đã được chăm sóc tại một cơ sở điều trị sức khỏe tâm thần hoặc phục hồi chức năng trong 12 tháng qua
  - ☐ Tôi đã tham gia các dịch vụ phúc lợi trẻ em (nhận nuôi tạm thời) ở Oregon hiện tại hoặc trong quá khứ
  - ☐ Không thuộc trường hợp nào nêu trên

Các trường hợp dưới đây có thể giúp quý vị đủ điều kiện nhận hỗ trợ để duy trì chỗ ở hiện tại, chẳng hạn như hỗ trợ tiền thuê nhà. Vui lòng chọn tất cả đáp án phù hợp với quý vị:

- ☐ Hiện tại tôi đang có nhà ở
- ☐ Tôi cần trợ giúp để được ở lại chỗ ở hiện tại
- ☐ Tôi có hợp đồng thuê nhà hoặc thỏa thuận bằng văn bản với người cho thuê (ví dụ: chủ nhà)
- ☐ Tôi không sở hữu nhà của mình
- ☐ Tôi không có nguồn lực để ngăn chặn tình trạng vô gia cư
- ☐ Tình trạng sức khỏe của tôi được liệt kê ở phần tiếp theo
- ☐ Không thuộc trường hợp nào nêu trên

### Hộ gia đình

Vui lòng chia sẻ những thông tin sau về hộ gia đình quý vị. Hộ gia đình của quý vị bao gồm quý vị và/hoặc vợ/chồng hoặc con cái của quý vị.

Gia đình quý vị có bao nhiêu người? \_\_\_\_\_

Ước tính thu nhập hàng năm trước thuế của hộ gia đình quý vị là bao nhiêu? \_\_\_\_\_

Chủ nhà có sống cùng quý vị không? ☐ Có ☐ Không

Nếu có, chủ nhà của quý vị trả bao nhiêu phần trăm tiền thuê nhà?

Quý vị có sống chung với ai không phải là thành viên trong gia đình mình không? ☐ Có ☐ Không

Nếu có, họ trả bao nhiêu phần trăm tiền thuê nhà? \_\_\_\_\_

Hợp đồng thuê nhà của quý vị có phải là hợp đồng cho thuê lại không? ☐ Có ☐ Không

### Việc làm và thu nhập

Tình trạng công việc hiện tại của quý vị như thế nào?

☐ Làm việc toàn thời gian ☐ Làm việc bán thời gian ☐ Đã nghỉ hưu ☐ Tự kinh doanh

☐ Thất nghiệp ☐ Sinh viên ☐ Tôi không biết ☐ Khác \_\_\_\_\_

Quý vị có nguồn thu nhập nào khác không? ☐ Có ☐ Không

Nếu có, các nguồn thu nhập hàng tháng khác của quý vị là gì?

## Tình trạng sức khỏe

☐ Có☐ Không

Các tình trạng nào dưới đây phù hợp với quý vị?

Vui lòng chọn (các) ô phù hợp:

- ☐ Tình trạng sức khỏe thể chất phức tạp (vui lòng nêu rõ): \_\_\_\_\_
  - Một tình trạng sức khỏe thể chất nghiêm trọng, ngày càng trở nặng và/hoặc có thể đe dọa đến tính mạng. Tình trạng này cần được điều trị thường xuyên, trợ giúp để duy trì ổn định và/hoặc điều trị để tránh trở nặng. Tình trạng này khiến việc chi trả tiền nhà trở nên khó khăn. Một số ví dụ bao gồm bệnh thận mạn tính, bệnh Parkinson và bệnh đái tháo đường phụ thuộc insulin.
- ☐ Tình trạng sức khỏe tâm thần phức tạp (vui lòng nêu rõ): \_\_\_\_\_
  - Một tình trạng sức khỏe tâm thần nghiêm trọng, ngày càng trở nặng và/hoặc có thể đe dọa đến tính mạng. Tình trạng này cần được điều trị thường xuyên, trợ giúp để duy trì ổn định và/hoặc điều trị để tránh trở nặng. Tình trạng này khiến việc chi trả tiền nhà trở nên khó khăn. Một số ví dụ bao gồm rối loạn lưỡng cực, tâm thần phân liệt và rối loạn trầm cảm nặng cần điều trị nội trú trong vòng 12 tháng qua.
- ☐ Khuyết tật phát triển hoặc khuyết tật trí tuệ (vui lòng nêu rõ): \_\_\_\_\_
- ☐ Khó khăn trong việc tự chăm sóc bản thân và các hoạt động hàng ngày (vui lòng nêu rõ): \_\_\_\_\_
- ☐ Trải qua tình trạng bị lạm dụng hoặc bỏ bê, hiện tại hoặc trong quá khứ
- ☐ Thường xuyên sử dụng dịch vụ cấp cứu hoặc xử lý khủng hoảng
- ☐ Hiện đang mang thai hoặc đã sinh con trong vòng 12 tháng qua
- ☐ 65 tuổi trở lên
- ☐ 6 tuổi trở xuống

## Yêu cầu hỗ trợ nhà ở

Tôi xin yêu cầu hỗ trợ nhà ở như sau (vui lòng chọn tất cả đáp án phù hợp):

- ☐ Hỗ trợ thanh toán tiền thuê nhà trong tối đa 6 tháng, bao gồm cả tiền thuê nhà hiện tại hoặc quá hạn\*
- ☐ Hỗ trợ thanh toán hóa đơn dịch vụ tiện ích trong tối đa 6 tháng, bao gồm cả tiền dịch vụ tiện ích hiện tại hoặc quá hạn\*
- ☐ Phí thiết lập dịch vụ tiện ích\*
- ☐ Phí thuê kho lưu trữ
- ☐ Hỗ trợ người thuê nhà (giúp tiếp cận các nguồn lực và dịch vụ dành cho người thuê nhà)
- ☐ Hỗ trợ về phòng khách sạn/nhà nghỉ (nếu quý vị chọn ô này, vui lòng hoàn thành *Danh Sách Kiểm Tra Yêu Cầu Lưu Trú Khách Sạn*)

\*Nếu cần trợ giúp, vui lòng hoàn thành *Rent & Utility Assistance Checklist (Danh Sách Kiểm Tra Hỗ Trợ Tiền Thuê Nhà và Dịch Vụ Tiện Ích)*.

☐ Cải tạo nhà ở vì lý do sức khỏe và an toàn (vui lòng nêu rõ và mô tả yêu cầu cụ thể):

☐ Thêm tay vịn, đường dốc cho xe lăn hoặc tay nắm ngăn kéo

☐ Tổng vệ sinh

☐ Diệt trừ các loài gây hại

☐ Lắp đặt rèm cửa sổ

☐ Khác: \_\_\_\_\_

Quý vị sở hữu nhà hay thuê nhà? ☐ Sở hữu ☐ Thuê nhà

- Nếu quý vị thuê nhà, quý vị có được chủ nhà cho phép thực hiện những thay đổi này không? ☐ Có ☐ Không

Quý vị có cho phép chúng tôi liên hệ với những cá nhân hoặc tổ chức sau đây để hỗ trợ điều phối các dịch vụ cần thiết không? ☐ Có ☐ Không

- Các nhà thầu có thể thực hiện công việc tại nhà của quý vị
- Chủ nhà hoặc đơn vị quản lý bất động sản
- Nhà cung cấp dịch vụ lắp đặt thiết bị ứng phó khí hậu

Chúng tôi có được phép chủ động liên hệ với chủ nhà của quý vị không? ☐ Có ☐ Không

Nếu có, vui lòng cung cấp thông tin liên hệ của chủ nhà, bao gồm tên, email và số điện thoại:

Quý vị có đang nhận được (các) dịch vụ giống hoặc tương tự như yêu cầu nêu trên từ một chương trình do địa phương, tiểu bang hoặc liên bang tài trợ, ví dụ như Department of Housing and Urban Development (HUD, Bộ Phát Triển Nhà Ở và Đô Thị Hoa Kỳ) hoặc Housing Assistance Payments (HAP, Khoản Thanh Toán Trợ Cấp Nhà Ở) không? ☐ Có ☐ Không

Nếu có, vui lòng nêu rõ:

Quý vị có đang nhận được (các) dịch vụ tương tự thông qua chương trình khác nhằm bổ sung cho phần còn thiếu và không trùng lặp với (các) dịch vụ quý vị yêu cầu ở trên không? ☐ Có ☐ Không

Vui lòng chia sẻ thêm thông tin về hoàn cảnh hiện tại của quý vị. Các câu hỏi dưới đây là không bắt buộc nhưng sẽ giúp chúng tôi xác định cách tốt nhất để hỗ trợ nhu cầu của quý vị.

- Quý vị hiện có nhận được thông báo trực xuất khỏi nhà không? ☐ Có ☐ Không  
Nếu có, ngày trực xuất khỏi nhà là ngày nào? \_\_\_\_\_
- Hiện tại quý vị có lịch cho phiên điều trần về việc trực xuất không? ☐ Có ☐ Không  
Nếu có, ngày diễn ra phiên điều trần là khi nào? \_\_\_\_\_
- Hiện tại quý vị có nhận được thông báo cắt dịch vụ tiện ích hoặc dịch vụ tiện ích của quý vị có bị cắt không? ☐ Có ☐ Không  
Nếu có, khi nào dịch vụ tiện ích của quý vị sẽ bị cắt? \_\_\_\_\_
- Quý vị có từng trải qua hoàn cảnh vô gia cư không? ☐ Có ☐ Không
- Quý vị có từng bị trực xuất khỏi nhà không? ☐ Có ☐ Không
- Gần đây hoàn cảnh của quý vị có sự thay đổi nào dẫn đến việc cần hỗ trợ tiền thuê nhà hoặc dịch vụ tiện ích, chẳng hạn như người thân trong gia đình qua đời không? ☐ Có ☐ Không  
Nếu có, vui lòng giải thích:

## Liên hệ

CareOregon sẽ liên hệ với quý vị để trao đổi về yêu cầu này. Quý vị muốn chúng tôi liên hệ với quý vị bằng cách nào?

☐ Gọi điện thoại (vui lòng ghi số điện thoại): \_\_\_\_\_

Có thể để lại tin nhắn thoại chi tiết về yêu cầu này: ☐ Có ☐ Không

☐ Tin nhắn văn bản (nếu khác ở trên, vui lòng ghi số điện thoại): \_\_\_\_\_

☐ Email: \_\_\_\_\_

☐ Khác: \_\_\_\_\_

☐ Liên hệ với người đại diện của tôi:

Tên: \_\_\_\_\_ Điện thoại: \_\_\_\_\_

Địa chỉ gửi thư: \_\_\_\_\_

## Xác nhận và chấp thuận của thành viên

- ☐ Tôi muốn chương trình bảo hiểm sức khỏe của tôi xác định xem tôi có đủ điều kiện nhận hỗ trợ nhà ở hay không
- ☐ Nếu được phê duyệt, tôi đồng ý nhận các dịch vụ tôi đã yêu cầu ở trên
- ☐ Chương trình bảo hiểm y tế của tôi có thể liên hệ với tôi hoặc nhà cung cấp của tôi để biết thêm thông tin thông qua phương tiện liên lạc điện tử bao gồm email và/hoặc tin nhắn văn bản và tôi có thể hủy đăng ký bất cứ lúc nào.  
Chương trình bảo hiểm sức khỏe của tôi có thể xem xét hồ sơ của tôi. Điều này bao gồm hồ sơ về nhu cầu chăm sóc của tôi. Trong đó cũng có thể bao gồm hồ sơ từ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của tôi.
- ☐ Tôi hiểu rằng chương trình bảo hiểm sức khỏe của tôi sẽ liên hệ với tôi về yêu cầu này và có thể từ chối yêu cầu nếu tôi không cung cấp đủ thông tin để xử lý.
- ☐ Tôi chịu trách nhiệm trước pháp luật về lời khai của mình, điều đó có nghĩa là mọi thông tin tôi cung cấp trong yêu cầu này đều đúng sự thật, chính xác và đầy đủ theo hiểu biết tốt nhất của tôi.
- ☐ Nếu tôi cung cấp thông tin sai lệch hoặc không chính xác, tôi có thể phải chịu hình phạt theo luật tiểu bang hoặc liên bang.  
Điều này có thể bao gồm việc phải hoàn trả tiền cho mọi dịch vụ tôi nhận được theo yêu cầu này.
- ☐ Tôi đồng ý với việc sử dụng các phương thức công nghệ thông tin để chia sẻ dữ liệu cá nhân.

## Chữ ký

Vui lòng ký vào yêu cầu này.

Người đại diện có thể ký vào mẫu đơn này thay cho thành viên, bao gồm trường hợp thành viên đó là trẻ vị thành niên.

Tên thành viên: \_\_\_\_\_

Chữ ký thành viên: \_\_\_\_\_

Tên người đại diện: \_\_\_\_\_

Chữ ký người đại diện: \_\_\_\_\_. Ngày: \_\_\_\_\_

Gửi qua fax: 503-416-1376 hoặc email: [hrrncx@careoregon.org](mailto:hrrncx@careoregon.org)

## Rent & Utility Assistance Checklist

### (Danh Sách Kiểm Tra Hỗ Trợ Tiền Thuê Nhà và Dịch Vụ Tiện Ích)

Cập nhật lần cuối: Tháng 7 năm 2026

#### Hỗ trợ tiền thuê nhà

Vui lòng chọn loại hỗ trợ quý vị cần liên quan đến tiền thuê nhà. Chọn tất cả đáp án phù hợp:

- ☐ Hỗ trợ chi trả tiền thuê nhà hiện tại hoặc tương lai
  - Số tháng theo yêu cầu: \_\_\_\_\_
  - Các tháng quý vị cần thanh toán: \_\_\_\_\_
  - Tiền thuê nhà hàng tháng: \_\_\_\_\_
  - Số phòng ngủ trong căn nhà cho thuê: \_\_\_\_\_
  - Ngày đến hạn thanh toán tiếp theo: \_\_\_\_\_
- ☐ Hỗ trợ thanh toán tiền thuê nhà quá hạn
  - Số tháng quá hạn: \_\_\_\_\_
  - Các tháng quý vị cần thanh toán: \_\_\_\_\_
  - Tiền thuê nhà hàng tháng: \_\_\_\_\_
  - Tổng số tiền phải trả, bao gồm cả phí: \_\_\_\_\_
  - Số phòng ngủ trong căn nhà cho thuê: \_\_\_\_\_

Tên và địa chỉ của công ty hoặc cá nhân cần nhận thanh toán là gì?  
(ví dụ: chủ nhà, người quản lý bất động sản, công ty dịch vụ tiện ích)

Tên: \_\_\_\_\_

Địa chỉ: \_\_\_\_\_

Vui lòng cung cấp thêm bất kỳ thông tin nào cần được ghi trên séc tiền thuê nhà, chẳng hạn như số tài khoản, số căn hộ hoặc tên:

## Hỗ trợ tiền dịch vụ tiện ích

Vui lòng chọn loại hỗ trợ quý vị cần liên quan đến dịch vụ tiện ích. Chọn tất cả đáp án phù hợp:

- ☐ Hỗ trợ tiền dịch vụ tiện ích hiện tại hoặc tương lai
  - Loại dịch vụ tiện ích (liệt kê tất cả các loại quý vị cần trợ giúp):  
\_\_\_\_\_
  - Số tháng theo yêu cầu: \_\_\_\_\_
  - Các tháng quý vị cần thanh toán: \_\_\_\_\_
  - Số tiền thanh toán dịch vụ tiện ích hàng tháng: \_\_\_\_\_
  - Ngày đến hạn thanh toán tiếp theo: \_\_\_\_\_
- ☐ Hỗ trợ thanh toán tiền dịch vụ tiện ích quá hạn
  - Loại dịch vụ tiện ích (liệt kê tất cả các loại quý vị cần trợ giúp):  
\_\_\_\_\_
  - Số tháng quá hạn: \_\_\_\_\_
  - Các tháng quý vị cần thanh toán: \_\_\_\_\_
  - Tổng số tiền phải trả, bao gồm cả phí: \_\_\_\_\_
- ☐ Phí thiết lập dịch vụ tiện ích
  - Loại dịch vụ tiện ích (liệt kê tất cả các loại quý vị cần trợ giúp): \_\_\_\_\_
  - Số tiền quý vị yêu cầu: \_\_\_\_\_
  - Ngày thiết lập: \_\_\_\_\_

## Tài liệu đính kèm

Vui lòng đính kèm các tài liệu sau vào yêu cầu của quý vị. Nếu quý vị không đính kèm những tài liệu này, quá trình xử lý có thể mất nhiều thời gian hơn.

- ☐ Hỗ trợ tiền thuê nhà
  - Hợp đồng thuê nhà có chữ ký của quý vị, hoặc hợp đồng thuê nhà và giấy tờ chứng minh địa chỉ
  - Giấy tờ chứng minh số tiền thuê nhà quá hạn còn nợ
  - W9 từ chủ nhà, nếu có tại thời điểm yêu cầu
  - Thông báo trục xuất khỏi nhà, nếu có.
  - Bảng tính Thu nhập/Ngân sách Liên quan đến Sức khỏe (xem trang tiếp theo)
- ☐ Hỗ trợ tiền dịch vụ tiện ích
  - Hóa đơn dịch vụ tiện ích có tên quý vị
    - Nếu hóa đơn dịch vụ tiện ích không có tên quý vị, hãy gửi giấy tờ chứng minh địa chỉ (ví dụ: hợp đồng thuê nhà, thư từ chính thức, hóa đơn tiện ích khác có tên quý vị, bản sao giấy tờ tùy thân có địa chỉ hiện tại)
  - Thông báo cắt dịch vụ tiện ích, nếu có

Quý vị có thể tải xuống tài liệu này bằng ngôn ngữ khác, chữ in lớn, chữ nổi hoặc với định dạng mong muốn. Quý vị cũng có quyền yêu cầu một thông dịch viên. Quý vị có thể nhận được sự trợ giúp từ một thông dịch viên về chăm sóc sức khỏe có trình độ hoặc đủ tiêu chuẩn. Dịch vụ này là miễn phí. Gọi cho CCO, TTY 711 hoặc thông báo cho nhà cung cấp dịch vụ của quý vị. Chúng tôi chấp nhận các cuộc gọi chuyển tiếp.

Đối với CareOregon Health Share: 800-224-4840

Đối với Columbia Pacific CCO: 855-722-8206

Đối với Jackson Care Connect: 855-722-8208

## Bảng tính Thu nhập/Ngân sách Liên quan đến Sức khỏe

Cập nhật lần gần nhất: Tháng 5 năm 2026

Cảm ơn quý vị đã gửi một yêu cầu về dịch vụ liên quan đến sức khỏe. Trong một số trường hợp, nhóm của chúng tôi cần thêm thông tin để xác định kế hoạch của quý vị nhằm duy trì lâu dài và các nguồn lực mà quý vị có. Vui lòng điền vào biểu mẫu bên dưới để cung cấp thêm thông tin, giúp chúng tôi xác định cách hỗ trợ quý vị tốt nhất.

Vui lòng hoàn thành phần này bằng cách làm theo những hướng dẫn trên bảng tính ngân sách.

| Thông tin hội viên                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Tên hội viên: _____ Ngày sinh: _____                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |
| Mã ID hội viên: _____ Ngày: _____                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |
| Địa chỉ/nơi cư trú hiện tại: _____                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |
| Số tháng/năm cư trú tại địa chỉ hiện tại: _____                                                                                                                                                                                                                                                          |  |
| Sử dụng bảng bên dưới để tính số người trong gia đình quý vị                                                                                                                                                                                                                                             |  |
| Bản thân quý vị                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |
| Vợ/chồng hợp pháp của quý vị                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |
| Người bạn đời sống chung (nếu quý vị có con dưới 19 tuổi với người này)                                                                                                                                                                                                                                  |  |
| Con cái (dưới 19 tuổi) sống cùng quý vị                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |
| Bất kỳ người nào khác mà quý vị khai báo trong tờ khai thuế thu nhập liên bang, ngay cả khi họ không sống cùng quý vị.                                                                                                                                                                                   |  |
| Nếu quý vị dưới 19 tuổi, bất kỳ cha mẹ, cha mẹ kế và anh chị em nào (cũng dưới 19 tuổi) sống cùng quý vị                                                                                                                                                                                                 |  |
| Bất kỳ người nào đang mang thai trong gia đình quý vị                                                                                                                                                                                                                                                    |  |
| Bất kỳ em bé nào sắp được người đang mang thai trong gia đình quý vị sinh ra                                                                                                                                                                                                                             |  |
| <b>Tổng số người trong hộ gia đình:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |
| Tình hình nhà ở hiện tại                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |
| <input type="checkbox"/> Sở hữu nhà của tôi<br><input type="checkbox"/> Vô gia cư<br><input type="checkbox"/> Thuê nhà (chỉ có một hộ gia đình sống tại địa chỉ này)<br><input type="checkbox"/> Chia tiền thuê nhà (với bạn cùng nhà hoặc với hộ gia đình khác) Phần tiền thuê nhà của quý vị là: _____ |  |

| Thu nhập                                        |                                         |                                         |                                         |                                         |                                         |
|-------------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------|
| Nguồn thu nhập                                  | Số tiền mỗi tháng Người trưởng thành #1 | Số tiền mỗi tháng Người trưởng thành #2 | Số tiền mỗi tháng Người trưởng thành #3 | Số tiền mỗi tháng Người trưởng thành #4 | Số tiền mỗi tháng Người trưởng thành #5 |
| Tên cá nhân                                     |                                         |                                         |                                         |                                         |                                         |
| AFDC (TANF)                                     |                                         |                                         |                                         |                                         |                                         |
| Việc làm bán thời gian/toàn thời gian           |                                         |                                         |                                         |                                         |                                         |
| Các quyền lợi VA                                |                                         |                                         |                                         |                                         |                                         |
| SSI/SSDI                                        |                                         |                                         |                                         |                                         |                                         |
| Trợ cấp thất nghiệp                             |                                         |                                         |                                         |                                         |                                         |
| Trợ cấp cho người khuyết tật của tiểu bang      |                                         |                                         |                                         |                                         |                                         |
| Thu nhập từ chăm sóc tạm thế (foster care)      |                                         |                                         |                                         |                                         |                                         |
| Thành viên trong gia đình là người khuyết tật   |                                         |                                         |                                         |                                         |                                         |
| Tiền cấp dưỡng nuôi con/tiền trợ cấp sau ly hôn |                                         |                                         |                                         |                                         |                                         |
| Lương hưu/tiền hưu trí                          |                                         |                                         |                                         |                                         |                                         |
| Thu nhập kinh doanh                             |                                         |                                         |                                         |                                         |                                         |
| Thu nhập từ tiền lãi hoặc cổ tức                |                                         |                                         |                                         |                                         |                                         |
| Thu nhập khác                                   |                                         |                                         |                                         |                                         |                                         |
| <b>Tổng cộng:</b>                               |                                         |                                         |                                         |                                         |                                         |

**Không** tính những khoản này vào thu nhập:

- Thu nhập của trẻ em dưới 18 tuổi
- Thu nhập từ thừa kế và bảo hiểm
- Hỗ trợ tài chính cho học sinh/sinh viên
- Hoàn trả chi phí y tế
- Thu nhập của người trợ giúp ở cùng nhà
- Phụ cấp của lực lượng vũ trang cho quân nhân gặp nguy hiểm từ hỏa lực thù địch
- Các quyền lợi SNAP

## Chi phí cho ba tháng tới

### Chi phí cho tháng hiện tại

|                                |    |  |                  |    |
|--------------------------------|----|--|------------------|----|
| Tiền thuê nhà/tiền trả góp nhà | \$ |  | Tiền trả góp xe  | \$ |
| Khí đốt                        | \$ |  | Bảo hiểm xe hơi  | \$ |
| Điện                           | \$ |  | Xăng             | \$ |
| Nước                           | \$ |  | Đồ dùng gia đình | \$ |
| Rác                            | \$ |  | Đồ ăn            | \$ |
| Điện thoại                     | \$ |  | Tiền gửi trả     | \$ |

### Chi phí cho tháng tới

|                                |    |  |                  |    |
|--------------------------------|----|--|------------------|----|
| Tiền thuê nhà/tiền trả góp nhà | \$ |  | Tiền trả góp xe  | \$ |
| Khí đốt                        | \$ |  | Bảo hiểm xe hơi  | \$ |
| Điện                           | \$ |  | Xăng             | \$ |
| Nước                           | \$ |  | Đồ dùng gia đình | \$ |
| Rác                            | \$ |  | Đồ ăn            | \$ |
| Điện thoại                     | \$ |  | Tiền gửi trả     | \$ |

### Chi phí tháng thứ ba

|                                |    |  |                  |    |
|--------------------------------|----|--|------------------|----|
| Tiền thuê nhà/tiền trả góp nhà | \$ |  | Tiền trả góp xe  | \$ |
| Khí đốt                        | \$ |  | Bảo hiểm xe hơi  | \$ |
| Điện                           | \$ |  | Xăng             | \$ |
| Nước                           | \$ |  | Đồ dùng gia đình | \$ |
| Rác                            | \$ |  | Đồ ăn            | \$ |
| Điện thoại                     | \$ |  | Tiền gửi trả     | \$ |

Tổng thu nhập mỗi tháng \_\_\_\_\_ Tổng chi phí mỗi tháng: \_\_\_\_\_

Quý vị có khai báo là mình không có thu nhập không? ☐ Có ☐ Không

Nếu có, quý vị có người quản lý trường hợp mà chúng tôi có thể gọi điện để xác minh thu nhập của quý vị không?

Tên người quản lý trường hợp: \_\_\_\_\_

Cơ quan: \_\_\_\_\_

Địa chỉ email: \_\_\_\_\_

Số điện thoại: \_\_\_\_\_

- ☐ Tôi cho phép gọi cho người quản lý trường hợp của tôi để xác minh thu nhập của tôi.
- ☐ Tôi không có người quản lý trường hợp/nhân viên phụ trách trường hợp mà có thể xác minh thu nhập của tôi. Tôi xác nhận rằng thu nhập được liệt kê trong bảng tính này là đúng và đầy đủ theo hiểu biết tốt nhất của tôi.

Chữ ký: \_\_\_\_\_

## Chi tiêu tài chính hiện tại

Vui lòng cho chúng tôi biết thêm về tình hình tài chính hiện nay của quý vị.  
Nguyên nhân nào khiến quý vị không thể thanh toán các hóa đơn đúng hạn?

## Lập kế hoạch để tăng thu nhập và giảm chi phí

| Hành động |  | Ngày mục tiêu |
|-----------|--|---------------|
| 1.        |  |               |
| 2.        |  |               |
| 3.        |  |               |
| 4.        |  |               |
| 5         |  |               |

## Gửi các biểu mẫu

Quý vị có thể tự điền thông tin vào biểu mẫu này, hoặc với sự trợ giúp của cha mẹ, người chăm sóc, người giám hộ/người hỗ trợ/người bạn đáng tin cậy, hoặc nhân viên thuộc một tổ chức hoặc phòng khám.

Gửi fax các biểu mẫu đã hoàn thành đến:

503-416-1376

ATTN: HRS

Mọi tài liệu liên quan đến yêu cầu của quý vị cần được gửi trước. Dưới đây là hai cách để gửi giấy tờ:

## Gửi qua cổng thông tin hội viên

Cách nhanh nhất để gửi tài liệu hoặc kiểm tra trạng thái yêu cầu của quý vị là thông qua cổng thông tin dành cho hội viên của chúng tôi. Đây là một nền tảng nhắn tin an toàn mà quý vị có thể truy cập thông qua trang web của chúng tôi bằng máy tính để bàn. Quý vị có thể đăng nhập nếu đã có tài khoản, hoặc làm theo hướng dẫn trên màn hình để đăng ký một tài khoản. **Xin lưu ý:** Nếu quý vị chưa đủ 18 tuổi, quý vị không thể tự sử dụng cổng thông tin này. Cha mẹ hoặc người giám hộ phải hỗ trợ quý vị.

Để truy cập cổng thông tin, hãy vào [careoregon.org/memberportal](https://careoregon.org/memberportal)

Sau khi đăng nhập, hãy tải lên tài liệu của quý vị bằng cách thực hiện các bước sau:

1. Vào message center (trung tâm tin nhắn) và nhấn "new message" ("tin nhắn mới")
2. Nhấp vào "add recipients" ("thêm người nhận") và chọn "Health Related Services Requests"
3. Thêm HRSN trong dòng tiêu đề và đính kèm (các) file vào tin nhắn bằng tính năng attach file (đính kèm file)
4. Thêm nội dung khác và nhấn "send" ("gửi")

## Gửi qua email

Nếu quý vị không thể truy cập cổng thông tin, quý vị có thể gửi các tài liệu cho chúng tôi qua email theo địa chỉ [hrsncx@careoregon.org](mailto:hrsncx@careoregon.org)

Nếu quý vị có thắc mắc hoặc cần được hỗ trợ khi điền thông tin vào (các) biểu mẫu yêu cầu, vui lòng gọi cho Bộ phận Dịch vụ Khách hàng theo số 971-236-2998 hoặc TTY 711.

Quý vị có thể nhận được tài liệu này bằng các ngôn ngữ khác, chữ in cỡ lớn, chữ nổi Braille hoặc định dạng mà quý vị muốn. Quý vị cũng có quyền được sử dụng một thông dịch viên. Quý vị có thể nhận được sự trợ giúp từ một thông dịch viên được chứng nhận hoặc đủ tiêu chuẩn trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe. Sự trợ giúp này được cung cấp miễn phí. Hãy gọi cho CCO của quý vị theo số miễn phí,

TTY 711, hoặc thông báo cho nhà cung cấp dịch vụ của quý vị. Chúng tôi chấp nhận cuộc gọi chuyển tiếp.

Để liên lạc với CareOregon Health Share: 800-224-4840

Để liên lạc với Columbia Pacific CCO: 855-722-8206

Để liên lạc với Jackson Care Connect: 855-722-8208