

## ورقة عمل الدخل/الميزانية المتعلقة بالصحة

آخر تحديث: مايو 2026

نشكركم على تقديم طلب للحصول على خدمات متعلقة بالصحة. يحتاج فريقنا في بعض الحالات إلى مزيد من المعلومات لأجل تحديد خطة الاستدانة الخاصة بكم وما هي الموارد التي تملكونها. لذلك، نرجو منكم تعبئة النموذج أدناه لتقديم مزيداً من المعلومات لكي نتأكد من تحديد أفضل طريقة لتقديم الدعم لكم.

يرجى استكمال هذا القسم بكاملة باتّباع التعليمات الواردة في ورقة العمل المعنية بالميزانية.

### معلومات عن العضو

اسم العضو: _____	تاريخ الميلاد: _____
الرقم التعريفي للعضو: _____	التاريخ: _____
العنوان/مكان السكن الحالي: _____	
عدد الأشهر أو السنوات التي مضى على عيشك في مكان السكن الحالي: _____	
استخدم/استخدمتي الجدول أدناه لاحتساب عدد أفراد أسرتك المعيشية	
نفسك	
زوجتك القانونية أو زوجك القانوني	
شريك/شريكتك المقيم(ة) في السكن معك (إذا كان لديك طفلاً دون سن 19 عاماً مع ذلك الشخص).	
أطفال (دون سن 19 عاماً) الذين يعيشون معك.	
أي شخص آخر تقوم/تقومين بإدراجه في اقرارك لضريبة الدخل الفيدرالية، حتى ولو يكن ذلك الشخص يعيش معك.	
إذا كان عمرك أقل من 19 عاماً، فاحتسب كل من يعيش معك من والديك، وزوجة أبيك/أو زوج أمك، وإخوتك أو أخواتك (الذين تقل أعمارهم عن 19 عاماً).	
أي امرأة حامل من أفراد أسرتك المعيشية	
أي أطفال متوقع ولادتهم من حوامل من بين أفراد أسرتك المعيشية	
مجموع عدد أفراد أسرتك المعيشية الذين يعيشون في المنزل:	

### الوضع السكني الحالي

<input type="checkbox"/> أملك بيتي
<input type="checkbox"/> متشرد/متشردة بلا مأوى
<input type="checkbox"/> مستأجر/مستأجرة (أفراد أسرة معيشية واحدة فقط تعيش في هذا العنوان)
<input type="checkbox"/> تقاسم الإيجار (مع زملاء السكن أو مع أسرة أخرى) حصّة الإيجار التي تتحمل/تتحملين دفعها هي: _____

## الدخل

المبلغ الشهري للشخص البالغ رقم 5	المبلغ الشهري للشخص البالغ رقم 4	المبلغ الشهري للشخص البالغ رقم 3	المبلغ الشهري للشخص البالغ رقم 2	المبلغ الشهري للشخص البالغ رقم 1	مصدر الدخل
					اسم الفرد
					AFDC (TANF)
					العمل في وظيفة بدوام جزئي/كامل
					مخصّصات من VA
					SSI/SSDI
					البطالة
					استحقاق الإعاقة من الولاية
					دخل رعاية بديلة ("فoster كير")
					أحد أفراد الأسرة مُعاق
					نفقة إعالة الطفل/نفقة المُطلّقة/المُطلّقة
					معاش تقاعدي/تقاعد
					دخل من أعمال تجارية
					دخل من الفوائد المصرفية أو الأرباح
					دخل آخر
					<b>المجموع:</b>
<p>لا يُحتسب أيّاً من التالي ضمن الدخل:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• دخل الأطفال دون سن 18 عاماً</li> <li>• دخل الميراث والتأمين</li> <li>• الإعانات الماليّة للطلاب</li> <li>• رد النفقات الطبيّة التي قمت بدفعها</li> <li>• الدخل الذي يقبضه المُساعد المقيم في منزل الشخص الذي يساعده</li> <li>• دفعات بدل التعرّض لإطلاق النار من قوات مسلّحة مُعادية</li> <li>• استحقاقات من برنامج SNAP</li> </ul>					

## نفقات الأشهر الثلاثة القادمة

### نفقات الشهر الحالي

\$	قسط السيارة	\$	الإيجار/الرهن العقاري
\$	تأمين السيارة	\$	غاز
\$	بنزين	\$	كهرباء
\$	مُستلزمات منزلية	\$	ماء
\$	طعام	\$	نفايات
\$	خدمة رعاية الأطفال "تشايلد كير"	\$	هاتف

### نفقات الشهر التالي

\$	قسط السيارة	\$	الإيجار/الرهن العقاري
\$	تأمين السيارة	\$	غاز
\$	بنزين	\$	كهرباء
\$	مُستلزمات منزلية	\$	ماء
\$	طعام	\$	نفايات
\$	خدمة رعاية الأطفال "تشايلد كير"	\$	هاتف

### نفقات الشهر الثالث

\$	قسط السيارة	\$	الإيجار/الرهن العقاري
\$	تأمين السيارة	\$	غاز
\$	بنزين	\$	كهرباء
\$	مُستلزمات منزلية	\$	ماء
\$	طعام	\$	نفايات
\$	خدمة رعاية الأطفال "تشايلد كير"	\$	هاتف

مجموع الدخل الشهري \_\_\_\_\_ مجموع النفقات الشهرية: \_\_\_\_\_

هل صرّحت بعدم وجود دخل لديك؟  نعم  لا

إذا كانت الإجابة بنعم، فهل لديك حالة يمكننا الاتصال به للتحقق من دخلك؟

اسم الأخصائي الاجتماعي المسؤول عن الحالة: \_\_\_\_\_

الوكالة: \_\_\_\_\_

عنوان البريد الإلكتروني: \_\_\_\_\_

رقم الهاتف: \_\_\_\_\_

أعطي الإذن بأن يتمّ الاتصال بمدير الحالة المسؤول عن حالتي للتحقق من دخلي.

ليس لديّ مدير حالة/أخصائي اجتماعي مسؤول عن الحالة الذي يمكنكم الاتصال به للتحقق من دخلي. أشهد بأن الدخل المُدرج في هذه الورقة صحيح وكامل على حد علمي.

التوقيع: \_\_\_\_\_

## الإففاق المالي الحالي

نرجو منك إخبارنا المزيد عن وضعك المالي الحالي.  
ما الذي تسبب في تأخيرك عن تسديد الفواتير التي عليك أن تدفعها؟

## الخطوة لزيادة الدخل وتخفيض النفقات

التاريخ المستهدف	الإجراء
	.1
	.2
	.3
	.4
	.5

## تقديم النماذج

يمكنك تعبئة هذا النموذج بنفسك، أو بمساعدة أحد الوالدين، أو القائم بتقديم العناية لك، أو الوصي/الجهة التي تقدم الدعم لك/صديق موثوق به، أو أحد موظفي منظمة أو عيادة.

إرسال النماذج بعد استكمال تعبئتها بشكل كامل عبر جهاز الفاكس إلى الرقم التالي:

503-416-1376

ATTN: HRS

يجب إرسال أيّ مستندات متعلّقة بطلبك مسبقاً. إليك طريقتان لتقديمها:

### الإرسال عبر البوابة الإلكترونية المخصصة للأعضاء

أسرع طريقة لتقديم المستندات أو لتتحقق من حالة سير طلبك هي من خلال بوابة الأعضاء الإلكترونية الخاصة بنا. إنها منصة مراسلة آمنة يمكنك الوصول إليها من خلال موقعنا الإلكتروني عبر جهاز كمبيوتر مكتبي. يمكنك تسجيل الدخول إذا كان لديك حساب، أو اتّباع التعليمات التي تظهر على الشاشة للتسجيل. يُرجى الملاحظة: إذا كان عمرك أقل من 18 عاماً، فلا يمكنك استخدام هذه البوابة الإلكترونية بمفردك. يجب أن يساعدك أحد الوالدين أو الوصي.

للوصول إلى البوابة الإلكترونية، عليك الذهاب إلى الموقع الإلكتروني [careoregon.org/memberportal](http://careoregon.org/memberportal)

بعد تسجيل الدخول، قم بتحميل مستنداتك باتباع الخطوات التالية:

1. انتقل إلى مركز الرسائل (Message Center) وأنقر على "رسالة جديدة - New Message".

2. انقر على "إضافة مُستلمين - Add Recipients" ثم حدّد "Health Related Services Requests".

3. أضف HRSN في سطر الموضوع وأرفق الملف (أو الملقّات) بالرسالة باستخدام ميزة إرفاق الملفات.

4. أضف أيّ سياق آخر وانقر على "إرسال - Send".

### الإرسال عبر البريد الإلكتروني

إذا لم تتمكن من الدخول إلى البوابة الإلكترونية، يمكنك إرسال مستنداتك إلينا عبر البريد الإلكتروني على العنوان التالي:

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

إذا كان لديك أسئلة أو كنت ترغب في الحصول على مساعدة في ملء نموذج (نماذج) الطلب، فاتصل هاتفياً بقسم خدمة العملاء على رقم الهاتف 971-236-2998 أو 711 TTY (رقم المبرقة الكاتبة).

يمكنكم الحصول على هذه الوثيقة بلغات أخرى، أو مطبوعة بخط كبير، أو مطبوعة على طريقة برايل، أو حسب التنسيق المفضّل لكم. كما يحقّ لكم الحصول على مُترجم شفهي. يمكنكم الحصول على المساعدة من مُترجم شفهي مُعتمد أو مؤهّل في مجال الرعاية الصحيّة. هذه المساعدة مجانيّة. اتصلوا هاتفياً بـ CCO التي لديكم عضوية فيها، أو 711 TTY (رقم المبرقة الكاتبة)، أو أخبروا مقدّم الخدمة الخاص بكم. نقبل المكالمات الهاتفية المعمولة عبر المُرجّلات.

رقم الاتّصال بـ CareOregon Health Share: 800-224-4840

رقم الاتّصال بـ Columbia Pacific CCO: 855-722-8206

رقم الاتّصال بـ Jackson Care Connect: 855-722-8208