



فورم برآورد عواید و بودجه مرتبط به صحت

تاریخ آخرین به روز رسانی: می ۲۰۲۶

از شما بابت ارسال فرم درخواست خدمات صحتی تشکر می‌کنیم. در برخی موارد، تیم ما به اطلاعات بیشتری نیاز دارد تا طرح پایداری و منابع قابل دسترس برای شما را تعیین کند. لطفاً برای ارائه معلومات بیشتر، این فورم را خانه‌پری کنید تا بتوانیم تشخیص دهیم چگونه می‌توانیم بهترین کمک را به شما ارائه کنیم. لطفاً این بخش را مطابق رهنمودهای موجود در فورم بودجه تکمیل کنید.

معلومات عضو

نام عضو: _____ تاریخ تولد: _____

آی دی عضویت: _____ تاریخ: _____

آدرس فعلی/ محل اقامت: _____

تعداد ماه‌ها یا سال‌های زندگی در محل اقامت فعلی: _____

برای محاسبه تعداد نفرات در فامیل تان از جدول ذیل استفاده کنید

خودتان

همسر قانونی شما

شریک زندگی شما (اگر شما یک طفل زیر ۱۹ سال با این شخص دارید)

اطفال (زیر ۱۹ سال) که با شما زندگی می‌کنند

افراد تحت تکفل دیگری که در اظهارنامه مالی عایدات فدرال خود گنجانده‌اید، حتی اگر در کنار شما زندگی نکنند.

اگر زیر ۱۹ سال سن دارید، پدر، مادر، ناپدری یا نامادری (والدین خوانده)، و خواهر یا برادری که (آن‌ها هم زیر ۱۹ سال سن دارند) و با شما در یک خانه زندگی می‌کنند [را شامل می‌شود]

تعداد زنان حامله در فامیل

نوزادانی که قرار است از بانوان باردار در خانه شما متولد شوند

تعداد مجموع افراد خانوار:

حالت فعلی مسکن

من خانه شخصی خود را دارم

بی‌خانه هستم

در خانه کرایه ای ساکن هستم (فقط یک خانوار در این آدرس زندگی می‌کند)

در صورت تقسیم کرایه (با هم‌خانه‌ها یا با یک خانوار دیگر) سهم کرایه شما چه مبلغی است: _____

عواید:

منبع عایدی:	مبلغ ماهوار بزرگسال اول:	مبلغ ماهوار بزرگسال دوم:	مبلغ ماهوار بزرگسال سوم:	مبلغ ماهوار بزرگسال چهارم:	مبلغ ماهوار بزرگسال پنجم:
اسم و شهرت:					
AFDC (TANF)					
وظیفه پاره وقتی / تمام وقتی					
مزایای VA					
SSI/SSDI					
بیکاری					
کمک هزینه از کارافتادگی ایالتی					
عایدات کفالت اطفال					
عضو خانواده دارای معلولیت					
کمک هزینه نگهداری طفل / نفقه (کمک هزینه همسر)					
معاش تقاعد / تقاعد (بازنشستگی)					
درآمد تجارتي					
عواید حاصل از مفاد سهام و بهره بانکی					
سایر درآمدها					
جمع:					

این موارد را جزو عایدات محسوب نکنید:

- عواید اطفال زیر سن ۱۸ سال
- عواید حاصل از ارث و بیمه
- کمک مالی دانشجویان
- بازپرداخت مصارف صحی
- عایدی کمک رسان مقیم
- علاوه معاش خطر جانی در ساحه جنگ
- مزایای برنامه‌ی کمک غذایی (SNAP)

مصارف سه ماه آینده

مصارف ماه جاری

\$	قسط ماهوار موتر		\$	کرایه / قرضه خرید خانه
\$	بیمه موتر		\$	بل گاز
\$	پترول (بنزین)		\$	بل (صارف) برق
\$	لوازم منزل		\$	قبض آب
\$	غذا		\$	صورت حساب جمع آوری زباله (آویز صفایی)
\$	هزینه مراقبت از اطفال		\$	بل موبایل

مصارف ماه آینده

\$	قسط ماهوار موتر		\$	کرایه / قرضه خرید خانه
\$	بیمه موتر		\$	بل گاز
\$	پترول (بنزین)		\$	بل (صارف) برق
\$	لوازم منزل		\$	قبض آب
\$	غذا		\$	صورت حساب جمع آوری زباله (آویز صفایی)
\$	هزینه مراقبت از اطفال		\$	بل موبایل

مصارف ماه سوم

\$	قسط ماهوار موتر		\$	کرایه / قرضه خرید خانه
\$	بیمه موتر		\$	بل گاز
\$	پترول (بنزین)		\$	بل (صارف) برق
\$	لوازم منزل		\$	قبض آب
\$	غذا		\$	صورت حساب جمع آوری زباله (آویز صفایی)
\$	هزینه مراقبت از اطفال		\$	بل موبایل

مجموع عایدات ماهوار: _____ مجموع مصارف ماهوار: _____

آیا شما عایدی (درآمد) خود را صفر گزارش داده‌اید؟ بلی خیر

اگر بلی، آیا شما مدیر دوسیه (کیس مینیجر) دارید که بتوانیم جهت تایید عایدات‌تان با او تماس بگیریم؟

نام کارمند/ مسئول دوسیه: _____

اداره: _____

آدرس ایمیل: _____

نمبر تیلیفون: _____

اجازه می‌دهم که برای تایید عایداتم با مدیر دوسیه‌ام تماس گرفته شود.

من مدیر دوسیه یا کارمند دوسیه‌ای ندارم که بتواند درآمد مرا تایید کند. من گواهی می‌دهم که عواید درج شده در این ورق کاری، تا جایی که من معلومات دارم، صحیح و مکمل می‌باشد.

امضا: _____

مصارف مالی جاری

لطفاً در مورد وضعیت مالی فعلی خود بیشتر به ما بگویید.
چه عاملی باعث شد که نتوانید پول قبض‌هایتان را پرداخت کنید؟

پلان برای افزایش درآمد و کاهش مصارف

تاریخ تعیین شده برای هدف	اقدامات عملی
	۱.
	۲.
	۳.
	۴.
	۵.

ارسال فورم‌ها

شما می‌توانید این فرم را خودتان خانه‌پری کنید، و یا از یک والد (پدر یا مادر)، مراقبت‌کننده، سرپرست/همکار/دوست قابل اعتماد، یا کارمند یک نهاد یا کلینیک کمک بگیرید.

فورم‌های خانه‌پری شده را به این شماره فکس کنید:

۵۰۳-۴۱۶-۱۳۷۶

توجه: HRS

لطفاً هرگونه اسناد مربوط به درخواست خود را از قبل ارسال نمایید. دو روش برای ارسال وجود دارد:

ارسال از طریق پورتال اعضا

سریع‌ترین راه برای ارسال اسناد یا بررسی وضعیت درخواست تان، از طریق پورتال اعضای ما است. این یک پیام‌رسان مصنوعی است که از طریق وبسایت ما و با استفاده از کامپیوتر دسکتاپ قابل دسترسی است. در صورت داشتن حساب کاربری، می‌توانید وارد پورتال اعضا شوید، در غیر این صورت برای ثبت نام دستورالعمل‌های روی صفحه را دنبال کنید. لطفاً توجه داشته باشید: اگر سن شما کمتر از ۱۸ سال است، نمی‌توانید به تنهایی از این پورتال استفاده کنید. یک والد یا سرپرست باید شما را کمک کند.

برای دسترسی به پورتال، به این وبسایت مراجعه کنید careoregon.org/memberportal

پس از ورود به سیستم، اسناد خود را با انجام مراحل ذیل بارگذاری کنید:

۱. به مرکز پیام بروید و بالای پیام جدید کلیک کنید.
۲. روی "add recipients" کلیک کنید و گزینه "Health Related Services Requests" را انتخاب کنید.
۳. در بخش عنوان پیام (Subject) عبارت HRSN را نوشته و فایل‌های خود را با استفاده از قابلیت ضمیمه کردن فایل (attach file) به پیام خود پیوست کنید.
۴. متن مورد نظرتان را اضافه کنید و روی دکمه ارسال (send) کلیک کنید.

ارسال از طریق پورتال اعضا

اگر به پورتال دسترسی ندارید، می‌توانید اسناد خود را از طریق ایمیل به آدرس hsrcx@careoregon.org برای ما ارسال کنید.

اگر سوالی دارید یا می‌خواهید در خانه‌پری کردن فورم(های) درخواستی کمک دریافت کنید، با خدمات مشتریان تماس بگیرید. شماره های تماس: ۲۹۹۸-۲۳۶-۹۷۱ یا ۷۱۱ TTY.

شما می‌توانید این سند را به زبان‌های دیگر، چاپ درشت، خط بریل (ویژه نابینایان) و یا هر قالب دیگری که ترجیح می‌دهید، دریافت کنید. شما همچنین از حق داشتن ترجمان برخوردارید. شما می‌توانید از یک ترجمان تصدیق‌شده و واجد شرایط در بخش مراقبت‌های صحتی کمک بگیرید. این کمک رایگان است. بصورت رایگان با اداره CCO خود تماس بگیرید، به ۷۱۱ TTY زنگ بزنید، یا با فراهم‌کننده خدمات صحتی خود صحبت کنید. ما تماس‌های تبدیلی برای ناشنوایان و کم‌شنوایان (relay) را می‌پذیریم.

CareOregon Health Share : ۸۰۰-۲۲۴-۴۸۴۰

Columbia Pacific CCO : ۸۵۵-۷۲۲-۸۲۰۶

Jackson Care Connect : ۸۵۵-۷۲۲-۸۲۰۸