



## Таблица доходов/бюджета связанных со здоровьем

Последняя редакция: Май 2026 года

Спасибо за представление запроса на услуги, связанные со здоровьем. В некоторых случаях нашим сотрудникам требуется больше информации для определения вашего плана устойчивого развития, и какие у вас есть ресурсы. Пожалуйста заполните бланк документа ниже для предоставления дополнительной информации, чтобы мы могли определить, как наилучшим образом оказать вам помощь.

Пожалуйста, заполните этот раздел, следуя инструкциям в бюджетной ведомости.

### Информация о члене плана

Имя члена плана: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_

Идентификационный номер члена: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

Адрес в настоящее время/место проживания: \_\_\_\_\_

Количество месяцев/лет проживания по адресу в настоящее время: \_\_\_\_\_

Используйте таблицу внизу для подсчета количества человек в своей семье

Вы сами	
Ваш(а) законный(ая) супруг(а)	
Ваш(а) партнер(ша) (если у вас ребенок в возрасте младше 19 лет с этим лицом)	
Дети (в возрасте младше 19 лет), которые живут с вами	
Кто-либо еще, кого вы включаете в декларацию при уплате федеральных налогов, даже если они не живут с вами	
Если вы не достигли возраста 19 лет, кто-либо из родителей, приемных родителей и братьев или сестер (которые тоже не достигли возраста 19 лет), которые живут с вами	
Кто-либо беременный в вашей семье	
Какие-либо ожидаемые дети от беременных лиц в вашей семье	
<b>Общее количество человек в вашей семье:</b>	

### Ситуация с жильём в настоящее время

- Я владею своим домом
- Я бездомный(-ая)
- Я арендую жильё (только одна семья живет по этому адресу)
- Я делю аренду (с соседом(-кой) или другой семьей). Ваша доля: \_\_\_\_\_

## Доход

Источник дохода	Месячная сумма, взрослый член семьи #1	Месячная сумма, взрослый член семьи #2	Месячная сумма, взрослый член семьи #3	Месячная сумма, взрослый член семьи #4	Месячная сумма, взрослый член семьи #5
Имя и фамилия отдельного лица					
AFDC (TANF)					
Работа, на неполную ставку (PT)/на полную ставку (FT)					
VA для ветеранов					
SSI/SSDI					
Безработный(ая)					
Инвалидность на уровне штата					
Доход от патронатного воспитания					
Член семьи, имеющий инвалидность					
Содержание ребенка/алименты					
Пенсионное обеспечение/уход на пенсию					
Доход от бизнеса					
Процентные или дивидендные доходы					
Другой доход					
<b>Общая сумма:</b>					

Не считайте следующее как доход:

- Доход детей в возрасте до 18 лет
- Доход от наследования или страхования
- Финансовую помощь учащемуся
- Возмещение медицинских расходов
- Доход проживающего с вами помощника
- Надбавку за участие в боевых действиях в условиях враждебного огня
- Льготы по программе дополнительной помощи в обеспечении питанием

## Расходы на следующие три месяца

### Расходы за текущий месяц

Арендная плата/ипотека	В долларах		Оплата автомобиля	В долларах
Газ	В долларах		Страхование автомобиля	В долларах
Электроэнергия	В долларах		Бензин	В долларах
Вода	В долларах		Предметы домашнего обихода	В долларах
Забор мусора	В долларах		Продукты питания	В долларах
Телефон	В долларах		Уход за ребенком	В долларах

### Расходы на следующий месяц

Арендная плата/ипотека	В долларах		Оплата автомобиля	В долларах
Газ	В долларах		Страхование автомобиля	В долларах
Электроэнергия	В долларах		Бензин	В долларах
Вода	В долларах		Предметы домашнего обихода	В долларах
Забор мусора	В долларах		Продукты питания	В долларах
Телефон	В долларах		Уход за ребенком	В долларах

### Расходы за третий месяц

Арендная плата/ипотека	В долларах		Оплата автомобиля	В долларах
Газ	В долларах		Страхование автомобиля	В долларах
Электроэнергия	В долларах		Бензин	В долларах
Вода	В долларах		Предметы домашнего обихода	В долларах
Забор мусора	В долларах		Продукты питания	В долларах
Телефон	В долларах		Уход за ребенком	В долларах

Общий месячный доход \_\_\_\_\_ Общие месячные расходы: \_\_\_\_\_

Вы указали что у вас нет дохода?  Да  Нет

Если ответ «Да», есть ли у вас ведущий вашего дела, с которым мы можем связаться?

Имя и фамилия ведущего дела: \_\_\_\_\_

Организация: \_\_\_\_\_

Адрес эл. почты: \_\_\_\_\_

Номер телефона: \_\_\_\_\_

- Я даю разрешение на звонок ведущему моего дела в целях подтверждения суммы моего дохода.
- У меня нет ведущего дела, который может подтвердить сумму моего дохода. Я подтверждаю, что доход, указанный в этой таблице, является правильным и полным, насколько мне известно.

Подпись: \_\_\_\_\_

### Текущие финансовые расходы

Пожалуйста, расскажите больше о своем текущем финансовом положении.  
 Что послужило причиной неоплаты ваших счетов?

### Планируемые действия для увеличения дохода и сокращения расходов

Действие	Намеченный срок выполнения
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

## Подача документов

Вы можете заполнить этот бланк документа сами, или с помощью родителя, попечителя, опекуна/помощника/надежного друга, или сотрудника организации или клиники.

Отправьте заполненные документы по факсу:

503-416-1376

Вниманию: HRS

Любые документы, относящиеся к вашему запросу, должны быть отправлены заранее. Вот два способа подачи документов:

### Подача через интернет-портал члена

Самый быстрый способ подачи документов или проверки статуса вашего запроса - это через интернет-портал члена. Это безопасная онлайн-платформа, на которую вы можете войти, используя наш сайт по компьютеру. Вы можете войти в систему, если у вас есть учётная запись, или следовать инструкциям на экране, чтобы её создать. **Примечание:** Если вам не исполнилось 18 лет, вы не можете использовать интернет-портал самостоятельно. Родитель или опекун должен вам помогать в использовании этого интернет-портала.

Для входа в интернет-портал, зайдите на сайт [careoregon.org/memberportal](http://careoregon.org/memberportal)

Как только войдете в систему, загрузите свои документы следующим путем:

1. Войдите в центр сообщений и нажмите на «new message» (создать сообщение)
2. Нажмите на "add recipients" (добавление получателей) и выберите "Health Related Services Requests"
3. Добавьте HRSN в колонку предмета сообщения и приложите к сообщению файл(ы) используя функцию «attach file» (прикрепите файл)
4. Добавьте любое другое содержание и нажмите на «send»(отправить)

### Подача через электронную почту

Если вы не можете войти в интернет-портал, вы можете послать нам свои документы по электронной почте на адрес [hrsncx@careoregon.org](mailto:hrsncx@careoregon.org)

Если у вас есть вопросы или вы хотели бы получить помощь в подаче запроса, позвоните в службу обслуживания клиентов 971-236-2998 или используйте линию телетайпа TTY 711.

Вы можете получить этот документ на других языках, напечатанный крупным шрифтом, шрифтом Брайля или в формате, которой вы предпочитаете. Вы также имеете право на услуги переводчика. Вы можете получить помощь от сертифицированных или квалифицированных медицинских переводчиков. Эта помощь предоставляется бесплатно.

Звоните в свою организацию координированного обслуживания по бесплатному номеру или используйте линию телетайпа ТТУ 711, или сообщите своему поставщику услуг. Мы принимаем релейные звонки.

По поводу программы CareOregon Health Share звоните по телефону: 800-224-4840

По поводу программы Columbia Pacific CCO звоните по телефону: 855-722-8206

По поводу программы Jackson Care Connect звоните по телефону: 855-722-8208