



健康相关收入/预算工作表

最后更新于:2026 年 5 月

感谢您提交与健康相关的服务要求。在某些情况下,我们的团队需要更多信息,以确定您的可持续发展计划和您现有的资源。请填写下方表格提供更多信息,以便我们可以确认如何最好地支持您。

请按照预算工作表上的说明完成此部分。

会员信息	
会员姓名: _____ 出生日期: _____	
会员 ID: _____ 日期: _____	
目前地址/居住地方: _____	
在目前居住地方的月数/年数: _____	
用下表计算您的家庭成员人数	
您本人	
您的合法配偶	
您的同居伴侣 (如果您与此人育有 19 岁以下的子女)	
与您同住的子女 (19 岁以下)	
您在联邦所得税申报表中列出的任何人,即使他们不与您同住	
如果您未满 19 岁,与您同住的父母、继父母和兄弟姐妹 (同样未满 19 岁)	
在您家庭中有在怀孕的人	
家中孕妇预产期内的婴儿	
家庭成员总数:	
目前住房状况	
<input type="checkbox"/> 自有住房 <input type="checkbox"/> 无家可归 <input type="checkbox"/> 租房 (仅一户家庭居住在这地址) <input type="checkbox"/> 合租 (与室友或另一户家庭合租) 您的部分为: _____	

收入

收入来源	成人 #1 每月 金额	成人 #2 每 月金额	成人 #3 每 月金额	成人 #4 每 月金额	成人 #5 每 月金额
个人的姓名					
AFDC (TANF)					
兼职/全职工作					
VA 福利					
SSI/SSDI					
失业					
州残疾福利					
寄养收入					
残疾家庭成员福利					
子女抚养费/赡养费					
养老金/退休金					
生意收入					
利息或股息收入					
其他收入					
总计:					

勿将以下这些计入收入:

- 18 岁以下儿童的收入
- 遗产和保险收入
- 学生经济援助
- 医疗费用报销
- 同住护理人员的收入
- 武装部队敌对火力收费
- 补充营养援助计划 (SNAP) 福利

未来三个月的支出

当月支出

房租/房贷	美元		汽车贷款	美元
燃气费	美元		汽车保险	美元
电费	美元		汽油费	美元
水费	美元		家庭用品	美元
垃圾费	美元		食品	美元
电话费	美元		托儿费	美元

下月支出

房租/房贷	美元		汽车贷款	美元
燃气费	美元		汽车保险	美元
电费	美元		汽油费	美元
水费	美元		家庭用品	美元
垃圾费	美元		食品	美元
电话费	美元		托儿费	美元

第三个月的费用

房租/房贷	美元		汽车贷款	美元
燃气费	美元		汽车保险	美元
电费	美元		汽油费	美元
水费	美元		家庭用品	美元
垃圾费	美元		食品	美元
电话费	美元		托儿费	美元

每月总收入 _____ 每月总支出: _____

您是否申报无收入? 是 否

如果是, 您是否有我们可以联系以核实您收入情况的个案经理?

个案工作人员姓名: _____

机构: _____

电邮地址: _____

电话号码: _____

- 我允许联系我的个案经理以核实我的收入情况。
- 我没有可以核实我收入情况的个案经理/个案工作人员。我声明据我所知, 在这工作表上列出的收入信息真实且完整。

签名: _____

目前财务支出情况

请告诉我们更多关于您目前的财务状况。
是什么原因导致您未能按时支付您的账单?

有计划要增加收入和减少支出

行动		目标日期
1.		
2.		
3.		
4.		
5		

提交表格

您可以自行填写这表格,也可以在父母、护理员,或监护人/支持人员/值得信赖的朋友,或由机构/诊所工作人员的协助下填写。

将填妥的表格传真至:

503-416-1376

收件人:HRS

与您的申请相关的任何文件均应提前发送。以下是两种提交方式:

通过会员门户网站提交

提交文件或查询申请状态的最快方式是通过我们的会员门户网站。这是一个安全的信息交流平台您可以通过台式电脑到我们的网站进入该平台。如果您已有账户,可以登录,或按照屏幕上的说明登记。请注意:如果您未满 18 岁则无法自行使用这门户网站。必须由父母或监护人协助您使用。

要进入门户网站,到 careoregon.org/memberportal

登录后,按以下步骤上传您的文件:

- 1.进入“信息中心”(Message Center)并点击“新信息”(New Message)
- 2.点击“添加收件人”(Add recipients)并选择"Health Related Services Requests"
- 3.在主题栏中添加 HRSN 并使用附件功能将文件附在信息中
- 4.添加任何其他内容并点击“发送”(send)

通过电邮提交

如果您无法到门户网站,可将文件通过电邮发送至 hrsncx@careoregon.org

如果您有疑问或需要协助填写申请表,致电客户服务部 971-236-2998 或 TTY (电传打字机) 711。

您可以获取这文件的其他语言版本、大字版、盲文版或您偏好的格式版本。您有权获得一名口译员的协助。您可以获得经认证或具备资质的健康护理口译员的协助。这协助是免费的。请拨打您的 CCO 免费电话、TTY 711,或告知您的提供者。我们接受中继通话。

针对 CareOregon Health Share:800-224-4840

针对 Columbia Pacific CCO:855-722-8206

针对 Jackson Care Connect:855-722-8208