



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	
Tổng số người trong hộ gia đình:	
Tình hình nhà ở hiện tại	
<input type="checkbox"/> Sở hữu nhà của tôi <input type="checkbox"/> Vô gia cư <input type="checkbox"/> Thuê nhà (chỉ có một hộ gia đình sống tại địa chỉ này) <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					
Tổng cộng:					

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

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

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