

تشکر از شما بخاطر ارسال درخواستی برای خدمات مرتبط با صحت. در بعضی قضایا، تیم ما برای تعیین برنامه خودکفایی شما و اینکه شما چه منابع دارید نیاز به معلومات بیشتر دارد. لطفاً فورم ذیل را برای ارائه معلومات بیشتر خانه پری کنید تا ما بتوانیم تعیین کنیم که چگونه از شما حمایت کنیم.

معلومات عضو	
نام عضو: _____ تاریخ تولد: _____	
آی دی عضو: _____ تاریخ: _____	
آدرس فعلی/سکونت: _____	
تعداد ماه ها/سال های که در محل سکونت فعلی زندگی کرده اید: _____	
برای محاسبه تعداد افراد در خانه تان از جدول ذیل استفاده کنید	
	خودتان
	همسر قانونی شما
	شریک زندگی شما (اگر شما یک فرزند مشترک زیر سن 19 سال با این شخص دارید)
	اطفال (زیر سن 19 سال) که با شما زندگی می کنند
	هر شخص دیگری که شما در اظهارنامه مالیات بر درآمد فدرال تان شامل سازید، حتی اگر آنها با شما زندگی نکنند
	اگر شما زیر سن 19 سال باشید، هر پدر و مادر، پدرخوانده یا مادرخوانده و برادران یا خواهران (همچنان زیر سن 19 سال) که با شما زندگی می کنند
	هر کسی که در خانواده شما حامله است
	تعداد نوزادان مورد انتظار افراد حامله در خانه شما
	تعداد مجموعی در خانواده:
وضعیت کنونی مسکن	
<input type="checkbox"/> مالک خانه هستم <input type="checkbox"/> بدون سرپناه (بی خانمان) هستم <input type="checkbox"/> کرایه نشین (تنها یک خانواده در این آدرس زندگی می کند) <input type="checkbox"/> کرایه نشینی به طور مشترک (با هم اتاقی ها یا با خانواده دیگر) بخش شما عبارت است از: _____	

درآمد

مبلغ ماهانه بزرگسال شماره 5	مبلغ ماهانه بزرگسال شماره 4	مبلغ ماهانه بزرگسال شماره 3	مبلغ ماهانه بزرگسال شماره 2	مبلغ ماهانه بزرگسال شماره 1	منبع درآمد
					Aid to Families with Dependent Children (AFDC)، کمک به فامیل های دارای طفل وابسته) Temporary Assistance for Needy Families (TANF)، کمک موقت برای فامیل های نیازمند)
					اشتغال (نیمه وقت/تمام وقت)
					مزایای VA
					Supplemental Security Income (SSI)، کمک هزینه تأمین اجتماعی تکمیلی) Social Security Disability Insurance (SSDI)، بیمه ناتوانی تأمین اجتماعی)
					مزایای بی کاری
					معلولیت ایالتی
					درآمد مراقبت از اطفال
					عضو معلول خانواده
					پول اعاشه طفل/نفقه
					حقوق تقاعد/بازنشستگی
					درآمد کسب و کار
					سود بانکی یا عواید سهام
					درآمد دیگر
					مجموع:

موارد ذیل به عنوان عاید حساب نمی شوند:

- درآمد اطفال زیر سن 18 سال
- درآمد میراث و بیمه
- کمک مالی تحصیلی
- بازپرداخت مصارف طبی
- درآمد دستیار مقیم
- امتیازات مالی خط نبرد
- مزایای SNAP

مصارف سه ماه آینده

مصارف ماه جاری

\$	پرداخت موتر	\$	کرایه/گروی
\$	بیمه موتر	\$	گاز
\$	تیل	\$	برق
\$	وسایل خانوار	\$	آب
\$	غذا	\$	زباله
\$	مراقبت طفل	\$	تلفن:

مصارف ماه بعدی

\$	پرداخت موتر	\$	کرایه/گروی
\$	بیمه موتر	\$	گاز
\$	تیل	\$	برق
\$	وسایل خانوار	\$	آب
\$	غذا	\$	زباله
\$	مراقبت طفل	\$	تلفن:

مصارف ماه سوم

\$	پرداخت موتر	\$	کرایه/گروی
\$	بیمه موتر	\$	گاز
\$	تیل	\$	برق
\$	وسایل خانوار	\$	آب
\$	غذا	\$	زباله
\$	مراقبت طفل	\$	تلفن:

مجموع عاید ماهانه _____ مجموع مصارف ماهانه: _____

آیا شما گزارش داده اید که هیچ عایدی ندارید؟ بلی نخیر

اگر بلی، آیا شما یک مدیر قضیه دارید که ما بتوانیم با او تماس بگیریم تا میزان عاید شما را تأیید کنیم؟

نام کارمند کیس/قضیه: _____

نهاد: _____

ایمیل آدرس: _____

شماره تلفن: _____

من به CareOregon اجازه میدهم تا با مدیر قضیه من تماس بگیرد تا درآمد من را تأیید کند.

من مدیر قضیه/کارمند قضیه ندارم که بتواند درآمد من را تأیید کند. من تأیید میکنم که درآمد ذکر شده در این ورقه کار تا

جایی که من اطلاع دارم درست و کامل است.

امضاء: _____

مصارف مالی فعلی

لطفاً در مورد وضعیت پولی فعلی تان بیشتر معلومات دهید.
چه چیزی سبب شد که شما صورت حساب های تان را پرداخت نتوانید؟

طرح افزایش درآمد و کاهش مصارف

تاریخ مورد هدف	اقدام
	.1
	.2
	.3
	.4
	.5

ارسال فورم ها

شما میتوانید این فورم را خودتان، یا با کمک یکی از والدین، یک شخص مراقبت کننده، یا یک سرپرست/حامی/دوست قابل اعتماد، یا یک کارمند از یک سازمان یا کلینیک خانه پری کنید.

فورم تکمیل را به شماره ذیل فکس کنید:

503-416-1376

عطف توجه: HRS

هر اسناد مرتبط به درخواست شما باید از قبل ارسال گردد. اینجا دو روش برای ارسال است:

ارسال از طریق پورتل عضو

سریعترین راه برای ارسال اسناد یا بررسی وضعیت درخواست شما از طریق پورتل عضو ما است. این یک پلت فرم پیام رسانی مصون است که شما میتوانید از طریق وب سایت ما از طریق یک کمپیوتر دیسکتاپ به آن دسترسی داشته باشید. اگر شما یک حساب دارید میتوانید وارد شوید، یا راهنمایی های روی صفحه را برای ثبت نام دنبال کنید. لطفا به یاد داشته باشید: شما باید بالای 18 سال باشید تا برای داشتن یک حساب ثبت نام کنید.

برای دسترسی به پورتل، به careoregon.org/memberportal بروید

زمانیکه وارد سیستم شدید، اسنادتان را با انجام دادن موارد ذیل آپلود کنید:

1. به مرکز پیام ها رفته و بالای "پیام جدید" کلیک کنید
2. بالای "اضافه کردن دریافت کننده ها" کلیک کرده و "Health Related Services Requests" را انتخاب کنید
3. HRSN را در عنوان موضوع اضافه کنید و فایل(ها) را با استفاده از گزینه ضمیمه فایل به پیام ضمیمه کنید
4. هر توضیحات دیگری را اضافه کنید و روی "ارسال" کلیک کنید

ارسال از طریق ایمیل

اگر شما نمی توانید به پورتل دسترسی داشته باشید، میتوانید اسنادتانرا از طریق ایمیل به ما ارسال کنید

HRSNCX@careoregon.org

اگر شما سوال دارید یا میخواهید در پر کردن فورم(ها) درخواست کمک کنید، با خدمات مشتریان CareOregon به شماره 971-236-2998 تماس بگیرید.

شما میتوانید این سند را به زبان های دیگر، چاپ بزرگ، خط بریل یا فارمت یا شکل دیگری که شما ترجیح میدهید بدست بیاورید. همچنان شما حق دارید که یک ترجمان شفاهی داشته باشید. شما میتوانید از یک ترجمان شفاهی تصدیق شده مراقبت صحی یا واجد شرایط کمک بگیرید. این کمک رایگان است. با شماره 800-224-4840، 711 TTY، تماس بگیرید یا به ارائه دهنده خود بگوئید. ما تماس های انتقالی (Relay) را می پذیریم.

OHP-251043700-DR-0114