

# Бланк расчета дохода/бюджета на медицинские услуги

Последнее обновление: январь 2026 г.



Благодарим за запрос на медицинские услуги. Иногда нашей команде нужна дополнительная информация, чтобы определить, какой план поддержки вам подходит и какие ресурсы у вас есть. Укажите дополнительную информацию в форме ниже, чтобы мы могли оказать вам наиболее эффективную поддержку.

Данные участника	
Имя участника: _____ Дата рождения: _____	
Идентификатор участника: _____ Дата: _____	
Текущий адрес / место проживания: _____	
Время проживания по текущему адресу (кол-во месяцев/лет): _____	
Подсчитайте количество людей в своем домохозяйстве с помощью таблицы ниже.	
Вы	
Ваш(а) супруг(а)	
Ваш партнер (если у вас есть общий ребенок младше 19 лет)	
Дети (младше 19 лет), проживающие с вами	
Другие лица, которых вы включаете в федеральную налоговую декларацию, даже если они не живут с вами	
Для участников младше 19 лет: родители, приемные родители, братья и сестры (младше 19 лет), проживающие с вами	
Беременные, проживающие с вами	
Дети, которых ждут беременные, проживающие с вами	
<b>Общее количество людей в вашем домохозяйстве:</b>	
Текущие жилищные условия	
<input type="checkbox"/> У вас есть свой дом	
<input type="checkbox"/> У вас нет постоянного места жительства	
<input type="checkbox"/> Вы арендуете жилье (по этому адресу проживает только ваша семья)	
<input type="checkbox"/> Вы арендуете жилье (совместно с соседями или другой семьей). Занимаемая вами часть: _____	

## Доход

Источник дохода	Взрослый № 1, месячная сумма	Взрослый № 2, месячная сумма	Взрослый № 3, месячная сумма	Взрослый № 4, месячная сумма	Взрослый № 5, месячная сумма
Aid to Families with Dependent Children (AFDC, Программа помощи семьям с детьми на иждивении) / Temporary Assistance for Needy Families (TANF, Программа временной помощи нуждающимся семьям)					
Доход от полной/неполной занятости					
Пособия от Veterans Affairs (VA, Министерство по делам ветеранов)					
Supplemental Security Income (SSI, Дополнительная финансовая помощь для людей с инвалидностью) / Social Security Disability Insurance (SSDI, Финансовая помощь людям, которые больше не могут работать из-за инвалидности)					
Пособие по безработице					
Пособие по нетрудоспособности					
Выплаты за воспитание приемных детей					
Выплаты за уход за членом семьи с инвалидностью					
Пособие на ребенка / алименты					

Пенсионное пособие					
Доход от своего бизнеса					
Процентный/дивидендный доход					
Другие источники дохода					
Общая сумма:					

Не учитывайте суммы, получаемые из таких источников:

- доход детей младше 18 лет;
- наследство и доход от страхования;
- финансовая помощь студентам;
- возмещение медицинских расходов;
- доход от оказания услуг ухода с проживанием;
- доплаты военнослужащим за службу на передовой;
- пособия Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP, Программа льготной покупки продуктов).

## Расходы в следующие три месяца

### Расходы в текущем месяце

Аренда/ипотека	Долл. США:		Платеж за автомобиль	Долл. США:
Газ	Долл. США:		Страхование автомобиля	Долл. США:
Электричество	Долл. США:		Бензин	Долл. США:
Водоснабжение	Долл. США:		Хозяйственные товары	Долл. США:
Вывоз и утилизация мусора	Долл. США:		Продукты питания	Долл. США:
Телефон	Долл. США:		Уход за детьми	Долл. США:

### Расходы в следующем месяце

Аренда/ипотека	Долл. США:		Платеж за автомобиль	Долл. США:
Газ	Долл. США:		Страхование автомобиля	Долл. США:
Электричество	Долл. США:		Бензин	Долл. США:
Водоснабжение	Долл. США:		Хозяйственные товары	Долл. США:
Вывоз и утилизация мусора	Долл. США:		Продукты питания	Долл. США:
Телефон	Долл. США:		Уход за детьми	Долл. США:

### Расходы в третьем месяце

Аренда/ипотека	Долл. США:		Платеж за автомобиль	Долл. США:
Газ	Долл. США:		Страхование автомобиля	Долл. США:
Электричество	Долл. США:		Бензин	Долл. США:
Водоснабжение	Долл. США:		Хозяйственные товары	Долл. США:
Вывоз и утилизация мусора	Долл. США:		Продукты питания	Долл. США:
Телефон	Долл. США:		Уход за детьми	Долл. США:

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

Подавали ли вы отчет о нулевом доходе?  Да  Нет

Если да, сотрудничаете ли вы с социальным координатором, с которым можно связаться для подтверждения вашего уровня дохода?

Имя социального координатора: \_\_\_\_\_

Организация: \_\_\_\_\_

Адрес электронной почты: \_\_\_\_\_

Номер телефона: \_\_\_\_\_

- Я разрешаю сотрудникам CareOregon связаться с социальным координатором для подтверждения моего уровня дохода.
- Я не сотрудничаю с социальным координатором / социальным работником, который мог бы подтвердить мой уровень дохода. Я подтверждаю достоверность и полноту информации о доходах, предоставленной в этом бланке.

Подпись: \_\_\_\_\_

## Текущие финансовые расходы

Расскажите о своем текущем финансовом положении подробнее.  
Почему вы не можете оплачивать счета?

## План повышения дохода и снижения расходов

Действие		Срок выполнения
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

## Оправка форм

Вы можете заполнить эту форму самостоятельно или обратиться за помощью к родителю, помощнику по уходу, опекуну, доверенному другу, лицу, поддерживающему вас, либо сотруднику организации или клиники.

Факс для отправки заполненных форм:

503-416-1376

Адресат: HRS

Любые документы, связанные с вашим запросом, нужно отправлять заранее. Это можно сделать двумя способами, указанными ниже.

## Портал для участников

Быстрее всего отправить документы и проверить статус своего запроса можно на портале для участников. Это надежная платформа для обмена сообщениями, доступная на нашем сайте с компьютера. Вы можете войти в учетную запись или зарегистрироваться, следуя инструкциям на экране. **Обратите внимание!** Зарегистрировать учетную запись могут только участники старше 18 лет.

Перейдите на наш портал по ссылке [careoregon.org/memberportal](https://careoregon.org/memberportal).

Войдите в учетную запись и загрузите документы:

1. Перейдите в центр сообщений и нажмите «New Message» (Новое сообщение).
2. Нажмите «Add recipients» (Добавить получателей) и выберите «Health Related Services Requests».
3. Укажите «HRSN» в строке темы и прикрепите к сообщению файл(ы) с помощью соответствующей функции.
4. Укажите значимую сопутствующую информацию и нажмите «Send» (Отправить).

## Электронная почта

Если вы не можете зайти на портал, отправьте нам документы по электронной почте:

[HRSNCX@careoregon.org](mailto:HRSNCX@careoregon.org).

Если у вас остались вопросы или вам нужна помощь в заполнении форм, позвоните в отдел обслуживания клиентов CareOregon по номеру 971-236-2998.

Этот документ можно получить на других языках, крупным шрифтом, шрифтом Брайля или в другом предпочитаемом формате. Вы имеете право запросить услуги устного переводчика. Вы можете получить помощь дипломированного

или квалифицированного устного переводчика, специализирующегося в области медицины. Эти услуги бесплатны. Позвоните по номеру 800-224-4840 (линия ТТҮ: 711) или обратитесь к своему врачу. Мы принимаем ретранслируемые звонки.

ОНР-251043700-РУ-0114