

健康相关收入/预算工作表

最后更新时间：2026 月 1 日



感谢您提交健康相关的服务申请。在某些情况下，我们的团队需要更多信息，以评估您的可持续生活计划以及您目前可使用的资源。请填写以下表格，提供更多信息，以便我们确定如何更好地为您提供支持。

会员信息	
会员姓名：_____ 出生日期：_____	
会员 ID：_____ 日期：_____	
当前地址/居住地：_____	
在当前住所居住的月数/年数：_____	
请使用下表计算您家庭中的人数：	
您本人	
您的合法配偶	
与您同住的伴侣（如果您与此人育有 19 岁以下的子女）	
与您同住的（19 岁以下）子女	
您在联邦所得税申报表中列入的任何其他人员（即使他们未与您同住）	
如果您未满 19 岁，则包括任何与您同住的父母、继父母及兄弟姐妹（同样未满 19 岁）	
家庭中怀孕的人员	
家庭中孕妇预计出生的婴儿	
	家庭总人数：
当前住房状况	
<input type="checkbox"/> 自有住房	
<input type="checkbox"/> 无固定住所（无家可归）	
<input type="checkbox"/> 租住房屋（该地址仅一个家庭居住）	
<input type="checkbox"/> 合租（与室友或其他家庭共同居住）您承担的租金部分为：_____	

收入情况

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
Aid to Families with Dependent Children (AFDC, 抚养未成年儿童家庭援助) (Temporary Assistance for Needy Families (TANF, 贫困家庭临时援助))					
兼职/全职工作收入					
Department of Veterans Affairs (VA, 退伍军人事务部) 福利					
Supplemental Security Income (SSI, 补充保障收入) / Social Security Disability Insurance (SSDI, 社会保障残疾保险)					
失业救济金					
州残疾补助金					
寄养收入					
残疾家庭成员补助					
子女抚养费/赡养费					
养老金/退休金					
商业收入					
利息或股息收入					
其他收入					
总计:					

以下项目不计入收入:

- 18 岁以下子女的收入
- 遗产及保险收入
- 学生助学金
- 医疗费用报销
- 同住护理人员的收入
- 武装部队敌对战区津贴
- Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP, 营养补充援助计划) 福利

未来三个月的支出

当月支出

房租/房贷	\$		汽车贷款	\$
天然气	\$		汽车保险	\$
电费	\$		汽油费	\$
水费	\$		家庭用品	\$
垃圾费	\$		食品	\$
电话费	\$		托儿费	\$

下个月支出

房租/房贷	\$		汽车贷款	\$
天然气	\$		汽车保险	\$
电费	\$		汽油费	\$
水费	\$		家庭用品	\$
垃圾费	\$		食品	\$
电话费	\$		托儿费	\$

第三个月支出

房租/房贷	\$		汽车贷款	\$
天然气	\$		汽车保险	\$
电费	\$		汽油费	\$
水费	\$		家庭用品	\$
垃圾费	\$		食品	\$
电话费	\$		托儿费	\$

每月总收入：_____ 每月总支出：_____

您是否申报了无收入？ 是 否

如果是，您是否有可供我们联系以核实收入的个案管理人员？

个案工作人员姓名：_____

机构名称：_____

电子邮件地址：_____

电话号码：_____

- 我授权 CareOregon 可以联系我的个案管理人员以核实我的收入。
- 我没有可核实我收入的个案管理人员/个案工作人员。本人声明，据本人所知，本表所列收入信息真实且完整。

签名：_____

当前财务支出情况

请进一步说明您目前的财务状况。
是什么原因导致您未能按时支付账单？

增加收入及减少支出的计划

行动	目标日期
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

表格提交方式

您可以自行填写本表格，或在以下人员的协助下填写：父母、照护人员、监护人/支持人员/值得信赖的朋友，或组织机构或诊所的工作人员。

请将填写完成的表格传真至：

503-416-1376

收件人：HRS

与您的申请相关的任何文件请提前提交。您可以通过以下两种方式提交：

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使用我们的会员门户网站。这是一个安全的消息平台，可通过台式电脑访问我们的网站使用。如果您已有账户，请直接登录；或如果没有账户，请按照页面提示进行注册。请注意：您必须年满 18 岁才能注册账户。

要想访问门户网站，请前往：careoregon.org/memberportal

登录后，请按以下步骤上传文件：

- 1.前往消息中心，点击“new message（新消息）”
- 2.点击“add recipients（添加收件人）”，选择“Health Related Services Requests”
- 3.在主题栏填写 HRSN，并使用附件功能将文件附加至消息邮件
- 4.补充其他内容后点击“send（发送）”

通过电子邮件提交

如果您无法访问会员门户网站，您可以通过电子邮件将文件发送给我们，电子邮件地址：

HRSNCX@careoregon.org

如果您有任何疑问，或需要填写申请表的协助，请致电 CareOregon 客户服务部，电话：971-236-2998。

您可获得以其他语言、大字体、盲文或您喜欢的格式提供的该文件。您有权获得由口译员提供的翻译协助。您可以从经认证或合格的医疗保健口译员那里获得帮助。这项帮助是免费的。请致电 800-224-4840，听障或语言障碍人士请拨打 TTY 711 进行咨询，或告知您的服务提供方。我们接受中继呼叫。

OHP-251043700-SC-0114