

# 健康相關收入/預算工作表

最後更新時間：2026 月 1 日



感謝您提交健康相關的服務申請。在某些情況下，我們的團隊需要更多資訊，以評估您的可持續生活計劃以及您目前可使用的資源。請填寫以下表格，提供更多資訊，以便我們確定如何更好地為您提供支持。

會員資訊	
會員姓名：_____ 出生日期：_____	
會員 ID：_____ 日期：_____	
當前地址/居住地：_____	
在當前住所居住的月數/年數：_____	
請使用下表計算您家庭中的人數：	
您本人	
您的合法配偶	
與您同住的伴侶（如果您與此人育有 19 歲以下的子女）	
與您同住的（19 歲以下）子女	
您在聯邦所得稅申報表中列入的任何其他人員（即使他們未與您同住）	
如果您未滿 19 歲，則包括任何與您同住的父母、繼父母及兄弟姐妹（同樣未滿 19 歲）	
家庭中懷孕的人員	
家庭中孕婦預計出生的嬰兒	
	家庭總人數：
當前住房狀況	
<input type="checkbox"/> 自有住房	
<input type="checkbox"/> 無固定住所（無家可歸）	
<input type="checkbox"/> 租住房屋（該地址僅一個家庭居住）	
<input type="checkbox"/> 合租（與室友或其他家庭共同居住）您承擔的租金部分為：_____	

## 收入情況

收入來源	成人 #1 每月金額	成人 #2 每月金額	成人 #3 每月金額	成人 #4 每月金額	成人 #5 每月金額
Aid to Families with Dependent Children (AFDC, 撫養未成年兒童家庭援助) (Temporary Assistance for Needy Families (TANF, 貧困家庭臨時援助))					
兼職/全職工作收入					
Department of Veterans Affairs (VA, 退伍軍人事務部) 福利					
Supplemental Security Income (SSI, 補充保障收入) / Social Security Disability Insurance (SSDI, 社會保障殘疾保險)					
失業救濟金					
州殘疾補助金					
寄養收入					
殘疾家庭成員補助					
子女撫養費/贍養費					
養老金/退休金					
商業收入					
利息或股息收入					
其他收入					
<b>總計：</b>					

以下項目不計入收入：

- 18 歲以下子女的收入
- 遺產及保險收入
- 學生助學金
- 醫療費用報銷
- 同住護理人員的收入
- 武裝部隊敵對戰區津貼
- Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP, 營養補充援助計劃) 福利

## 未來三個月的支出

### 當月支出

房租/房貸	\$		汽車貸款	\$
天然氣	\$		汽車保險	\$
電費	\$		汽油費	\$
水費	\$		家庭用品	\$
垃圾費	\$		食品	\$
電話費	\$		托兒費	\$

### 下個月支出

房租/房貸	\$		汽車貸款	\$
天然氣	\$		汽車保險	\$
電費	\$		汽油費	\$
水費	\$		家庭用品	\$
垃圾費	\$		食品	\$
電話費	\$		托兒費	\$

### 第三個月支出

房租/房貸	\$		汽車貸款	\$
天然氣	\$		汽車保險	\$
電費	\$		汽油費	\$
水費	\$		家庭用品	\$
垃圾費	\$		食品	\$
電話費	\$		托兒費	\$

每月總收入：\_\_\_\_\_ 每月總支出：\_\_\_\_\_

您是否申報了無收入？  是  否

如果是，您是否有可供我們聯絡以核實收入的個案管理人員？

個案工作人員姓名：\_\_\_\_\_

機構名稱：\_\_\_\_\_

電子郵件地址：\_\_\_\_\_

電話號碼：\_\_\_\_\_

- 我授權 CareOregon 可以聯絡我的個案管理人員以核實我的收入。
- 我沒有可核實我收入的個案管理人員/個案工作人員。本人聲明，據本人所知，本表所列收入資訊真實且完整。

簽名：\_\_\_\_\_

## 當前財務支出情況

請進一步說明您目前的財務狀況。  
是什麼原因導致您未能按時支付帳單？

## 增加收入及減少支出的計劃

行動	目標日期
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

## 表格提交方式

您可以自行填寫本表格，或在以下人員的協助下填寫：父母、照護人員、監護人/支持人員/值得信任的朋友，或組織機構或診所的工作人員。

請將填寫完成的表格傳真至：

503-416-1376

收件人：HRS

與您的申請相關的任何文件請提前提交。您可以透過以下兩種方式提交：

### 透過會員入口網站提交

提交文件或查詢申請狀態的最快方式是使用我們的會員入口網站。這是一個安全的消息平臺，可透過桌上型電腦存取我們的網站使用。如果您已有帳戶，請直接登入；或如果沒有帳戶，請按照頁面提示進行註冊。請注意：您必須年滿 18 歲才能註冊帳戶。

要想存取入口網站，請前往：[careoregon.org/memberportal](https://careoregon.org/memberportal)

登入後，請按以下步驟上傳文件：

1. 前往訊息中心，點按「new message（新訊息）」
2. 點按「add recipients（新增收件人）」，選擇「Health Related Services Requests」
3. 在主題欄填寫 HRSN，並使用附件功能將文件附加至訊息郵件
4. 補充其他內容後點按「send（發送）」

### 透過電子郵件提交

如果您無法存取會員入口網站，您可以透過電子郵件將文件發送給我們，電子郵件地址：

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

如果您有任何疑問，或需要填寫申請表的協助，請致電 CareOregon 客戶服務部，電話：971-236-2998。

您可獲得以其他語言、大字體、盲文或您喜歡的格式提供的該文件。您有權獲得由口譯員提供的翻譯協助。您可以從經認證或合格的醫療保健口譯員那裡獲得幫助。這項幫助是免費的。請致電 800-224-4840，聽障或語言障礙人士請撥打 TTY 711 進行諮詢，或告知您的服務提供方。我們接受中繼呼叫。

OHP-251043700-CC-0114