

Health-Related Income/Budget Worksheet

Cập nhật lần cuối: Tháng 1 năm 2026



Cảm ơn quý vị đã gửi yêu cầu 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 phát triển bền vững của quý vị và các nguồn trợ giúp 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.

Thông tin thành viên	
Tên thành viên: _____ Ngày sinh: _____	
ID thành 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 thành viên của 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)	
Trẻ em (dưới 19 tuổi) sống cùng quý vị	
Bất kỳ ai 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 ruột (cũng dưới 19 tuổi) đang sống cùng quý vị	
Bất kỳ ai đang mang thai trong gia đình quý vị	
Bất kỳ em bé nào sắp chào đời của người đang mang thai trong gia đình quý vị	
Tổng số thành viên của gia đình:	
Tình hình nhà ở hiện tại	
☐ Sở hữu ngôi nhà của tôi	
☐ Vô gia cư	
☐ Thuê nhà (chỉ có một hộ gia đình sinh sống tại địa chỉ này)	
☐ Chia tiền thuê nhà (với bạn cùng phòng hoặc với hộ gia đình khác) Phần tiền thuê nhà quý vị phải trả: _____	

Thu nhập					
Nguồn thu nhập	Số tiền hàng tháng Người lớn #1	Số tiền hàng tháng Người lớn #2	Số tiền hàng tháng Người lớn #3	Số tiền hàng tháng Người lớn #4	Số tiền hàng tháng Người lớn #5
Aid to Families with Dependent Children (AFDC, Trợ cấp cho các gia đình có con phụ thuộc) (Temporary Assistance for Needy Families (TANF, Hỗ trợ tạm thời cho các gia đình có hoàn cảnh khó khăn))					
Việc làm bán thời gian/toàn thời gian					
Phúc lợi của Department of Veterans Affairs (VA, Bộ Cựu Chiến Binh)					
Trợ cấp Supplemental Security Income (SSI, Thu nhập an sinh bổ sung)/Social Security Disability Insurance (SSDI, Bảo hiểm khuyết tật an sinh xã hội)					
Trợ cấp thất nghiệp					
Trợ cấp khuyết tật của tiểu bang					
Thu nhập từ chương trình chăm sóc nuôi dưỡng					
Hỗ trợ cho thành viên gia đình có khuyết tật					
Tiền cấp dưỡng nuôi con/trợ cấp ly hôn					
Lương hưu/trợ cấp hưu trí					
Thu nhập từ kinh doanh					

Thu nhập từ tiền lãi hoặc cổ tức					
Thu nhập khác					
Tổng cộng:					

Không tính các khoản sau là thu nhập:

- Thu nhập của trẻ em dưới 18 tuổi
- Thu nhập từ thừa kế và tiền bảo hiểm
- Hỗ trợ tài chính cho sinh viên
- Khoản hoàn trả chi phí y tế
- Thu nhập của người hỗ trợ sống cùng nhà
- Phụ cấp khi phục vụ trong khu vực nguy hiểm của quân đội
- Phúc lợi Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP, Chương Trình Hỗ Trợ Dinh Dưỡng Bổ Sung)

Chi phí cho ba tháng tới				
Chi phí tháng hiện tại				
Tiền thuê nhà/tiền trả góp vay mua nhà	\$		Khoản thanh toán xe hàng tháng	\$
Khí đốt	\$		Tiền bảo hiểm xe	\$
Điện	\$		Xăng xe	\$
Nước	\$		Vật dụng sinh hoạt gia đình	\$
Đổ rác	\$		Thực phẩm	\$
Điện thoại	\$		Chăm sóc trẻ em	\$
Chi phí tháng tới				
Tiền thuê nhà/tiền trả góp vay mua nhà	\$		Khoản thanh toán xe hàng tháng	\$
Khí đốt	\$		Tiền bảo hiểm xe	\$
Điện	\$		Xăng xe	\$
Nước	\$		Vật dụng sinh hoạt gia đình	\$
Đổ rác	\$		Thực phẩm	\$
Điện thoại	\$		Chăm sóc trẻ em	\$
Chi phí của tháng thứ ba				
Tiền thuê nhà/tiền trả góp vay mua nhà	\$		Khoản thanh toán xe hàng tháng	\$
Khí đốt	\$		Tiền bảo hiểm xe	\$
Điện	\$		Xăng xe	\$
Nước	\$		Vật dụng sinh hoạt gia đình	\$
Đổ rác	\$		Thực phẩm	\$
Điện thoại	\$		Chăm sóc trẻ em	\$
Tổng thu nhập hàng tháng _____ Tổng chi phí hàng tháng: _____ Quý vị có khai báo là không có thu nhập không? ☐ Có ☐ Không Nếu có, quý vị có người quản lý hồ sơ nào mà chúng tôi có thể liên hệ để xác minh thu nhập của quý vị không? Tên nhân viên quản lý hồ sơ: _____ Cơ quan: _____ Địa chỉ email: _____ Số điện thoại: _____ ☐ Tôi cho phép CareOregon liên hệ với người quản lý hồ sơ của tôi để xác minh thu nhập. ☐ Tôi không có người quản lý/nhân viên quản lý hồ sơ 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 tại của quý vị.
Nguyên nhân nào khiến quý vị không thể thanh toán hóa đơn đúng hạn?

Lập kế hoạch tăng thu nhập và giảm chi phí.

Hành động		Ngày mục tiêu
1.		
2.		
3.		
4.		
5		

Nộp biểu mẫu

Quý vị có thể tự điền vào biểu mẫu này hoặc với sự trợ giúp của cha mẹ, người chăm sóc, người giám hộ/người hỗ trợ/bạn bè đáng tin cậy hoặc nhân viên từ một tổ chức hay phòng khám.

Gửi fax các biểu mẫu đã hoàn thành đến:

503-416-1376

NGƯỜI NHẬN: HRS

Mọi tài liệu liên quan đến yêu cầu của quý vị cần được gửi trước. Dưới đây là hai cách để gửi tài liệu:

Nộp hồ sơ qua cổng thông tin thành viên

Cách nhanh nhất để gửi tài liệu hoặc kiểm tra trạng thái yêu cầu của quý vị là thông qua cổng thông tin thành 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. **Vui lòng lưu ý:** Quý vị phải đủ 18 tuổi trở lên mới có thể đăng ký tài khoản.

Để truy cập cổng thông tin, nhấp vào careoregon.org/memberportal

Sau khi đăng nhập, hãy tải lên tài liệu của quý vị bằng cách thực hiện các bước sau:

1. Đi tới phần trung tâm tin nhắn và nhấp vào “new message” (tin nhắn mới)
2. Nhấp vào “add recipients” (thêm người nhận) và chọn “Health Related Services Requests”
3. Thêm HRSN vào dòng tiêu đề và đính kèm tệp vào tin nhắn bằng tính năng đính kèm tệp
4. Thêm những nội dung khác và nhấn “send” (gửi)

Nộp qua email

Nếu không thể truy cập vào cổng thông tin, quý vị có thể gửi tài liệu cho chúng tôi qua email tới địa chỉ HRSNCX@careoregon.org

Nếu quý vị có thắc mắc hoặc cần trợ giúp điền biểu mẫu yêu cầu, hãy gọi Bộ Phận Dịch Vụ Khách Hàng CareOregon theo số 971-236-2998.

Quý vị có thể tải xuống tài liệu này bằng ngôn ngữ khác, chữ in lớn, chữ nổi hoặc với định dạng mong muốn. Quý vị có quyền yêu cầu một thông dịch viên. Quý vị có thể nhận được sự trợ giúp từ một thông dịch viên về chăm sóc sức khỏe có trình độ hoặc đủ tiêu chuẩn. Dịch vụ này là miễn phí. Gọi 800-224-4840, TTY 711 hoặc thông báo với nhà cung cấp của quý vị. Chúng tôi chấp nhận các cuộc gọi chuyển tiếp.

OHP-251043700-VI-0114