



نموذج طلب الخدمات المرنة

تاريخ آخر تحديث: مايو 2026

إذا كنت بحاجة إلى مكيف هواء، أو جهاز تنقية هواء، أو مدفأة، أو ثلاجة لحفظ الأدوية، أو مولد كهربائي، فيرجى الاطلاع على [نموذج طلب أجهزة التحكم في المناخ](#) الخاص بنا

أنا مشترك في OHP/Medicaid مع:



*بما في ذلك CareOregon، وKaiser،
OHSU، وProvidence

معلومات العضو

التاريخ (يوم/شهر/سنة): _____

الاسم القانوني للعضو: _____

الاسم (الأسماء) الآخر (الأخرى) المستخدم(ة): _____

رقم هوية Medicaid (إذا كان معروفاً): _____

تاريخ الميلاد (يوم/شهر/سنة): _____

اسم مُقدِّم خدمات الرعاية الأولية: _____

عدد أفراد الأسرة: _____ الدخل السنوي للأسرة: _____

احتياجات تيسير الوصول: ☐ لغة الإشارة ☐ طريقة برايل ☐ خط كبير ☐ مترجم فوري

(يُرجى ذكر اللغة)

إذا كنت تقوم بتعبئة بيانات هذا النموذج نيابةً عن أحد الأعضاء، فيرجى إدخال معلوماتك أدناه:

الاسم: _____

الصلة بالعضو: _____ رقم الهاتف: _____

أوافق على التواصل معي (أو مع الشخص الذي يقوم بتعبئة بيانات هذا النموذج) بشأن هذا الطلب: ☐ نعم ☐ لا

إذا كنت مُقدِّم رعاية أو مدير حالة تساعد في هذا الطلب وترغب في تلقي التحديثات، فيرجى إدخال:

الاسم ومعلومات الاتصال: _____

الجهة/المؤسسة: _____ أنا: ☐ مدير حالة ☐ مُقدِّم خدمات رعاية HRSN

سنتواصل معك لمناقشة طلبك. كيف تود أن نتواصل معك بشأن هذا الطلب؟

- ☐ اتصال هاتفي (يرجى كتابة رقم هاتفك): _____
- ☐ رسالة نصية: _____
- ☐ بريد إلكتروني: _____
- ☐ غير ذلك: _____
- ☐ يُرجى التواصل مع ممثلي لمناقشة هذا الطلب:
- الاسم: _____
- رقم الهاتف: _____
- العنوان البريدي: _____

هل تسمح لنا بالتواصل مع الأشخاص أو الجهات/المؤسسات التالية للمساعدة في تنسيق الخدمات المطلوبة؟ ☐ نعم ☐ لا

- الموردون الذين قد يقومون بأعمال في منزلك
- فندق أو منشأة إقامة
- المالك أو إدارة العقار
- مورّد (مورّدو) تركيب أجهزة التحكم في المناخ

معلومات الطلب

1. ما التاريخ النهائي الذي تحتاج فيه إلى تسليم هذا العنصر أو دفع تكلفته؟: _____
(يوم/شهر/سنة):
2. لماذا تحتاج إلى هذا العنصر أو هذه الخدمة؟
3. ما الأعراض الطبية أو التشخيصات الطبية التي سيساعدك هذا العنصر في التعامل معها؟ ولماذا؟
4. ما الموارد الأخرى التي حاولت الوصول إليها منها من أجل دفع تكلفة هذه الخدمة أو شراء هذا الجهاز؟
5. يرجى وصف العنصر أو الخدمة التي تحتاج إليها:
إذا كان طلبك يتعلق بعنصر: فأضف أي تفاصيل تتعلق بالعلامة التجارية، أو النوع، أو الحجم، أو اللون، أو أي تفاصيل مهمة أخرى.
إذا كان الطلب يتعلق بالإيجار أو فواتير المرافق العامة: فاذكر الأشهر المطلوب سدادها و/أو أي رسوم تأخير، أو المرافق المشمولة في عقد الإيجار.
إذا كان الطلب يتعلق بفندق: فأكمل قائمة مراجعة الطلب الخاصة بالفندق وقسم مدونة قواعد سلوك الأعضاء في هذا النموذج.

6. ما التكلفة الإجمالية للعنصر أو الخدمة، بما في ذلك أي رسوم إضافية مثل الشحن؟
نُرجى ملاحظة ما يلي: يمكن لكل عضو الحصول على ما يصل إلى 1500 دولار أمريكي في كل سنة تقويمية من خلال برنامج الخدمات المرنة.

7. ما عنوان التسليم الذي يجب إرسال العنصر أو الدفعة المالية إليه؟ نُرجى ملاحظة ما يلي: يجب إرسال العناصر التي يزيد حجمها عن حجم المغلف البريدي العادي إلى عنوان فعلي آمن، وليس إلى صندوق بريد.

8. إلى من سنُرسَل الدفعة المالية؟ أو من أين سنشتري هذا العنصر؟ يُرجى إدراج الروابط الإلكترونية إن كان ذلك مناسبًا ومتاحًا.

9. نظرًا إلى أن برنامج الخدمات المرنة يوفر دعمًا ماليًا مؤقتًا، فما الخطوات التي تتخذها لتتمكن من دفع تكلفة هذا العنصر أو هذه الخدمة في المستقبل؟

10. هل سبق أن حصلت على هذا العنصر أو هذه الخدمة من خلالنا؟ ☐ نعم ☐ لا

11. هل سبق أن حصلت على هذا العنصر منا خلال الأشهر الستة الماضية؟ ☐ نعم ☐ لا
11أ. إذا كانت إجابتك "نعم" عن السؤالين السابقين، فلماذا تطلب الحصول على هذا العنصر أو هذه الخدمة مرة أخرى؟

12. إذا كانت قيمة طلبك تتجاوز 1500 دولار أمريكي، فيرجى ذكر أسماء جميع أفراد أسرته وما إذا كانوا مشمولين بتغطية خطة OHP:

الاسم	تغطية خطة OHP	الاسم	تغطية خطة OHP
	☐ نعم ☐ لا		☐ نعم ☐ لا
	☐ نعم ☐ لا		☐ نعم ☐ لا
	☐ نعم ☐ لا		☐ نعم ☐ لا

إقرار العضو وتفويضه

بالتوقيع على هذا النموذج، فإنني أقر بأنني أفهم وأوافق على ما يلي:

☐ أوافق على تلقي الخدمات المطلوبة أعلاه، في حالة اعتمادها.

☐ يمكن أن تتواصل معي خطتي الصحية للحصول على مزيد من المعلومات بشأن هذا الطلب.

☐ أوقع على هذا الإقرار تحت طائلة عقوبة شهادة الزور. هذا يعني أنه على حد علمي، جميع المعلومات التي قدمتها في هذا الطلب حقيقية، وصحيحة، وكاملة.

☐ إذا قدمت معلومات خاطئة أو غير حقيقية، فقد أخضع لعقوبات بموجب قانون الولاية أو القانون الفيدرالي. قد يتضمن هذا ضرورة سداد الأموال المنفقة على أي خدمات أتلقيها بسبب هذا الطلب.

التوقيع

تُرجى كتابة اسمك بخط واضح والتوقيع على هذا الطلب.
يمكن أن يوقع الممثل القانوني على هذا النموذج نيابةً عن العضو، بما في ذلك ما إذا كان العضو قاصرًا.

اسم العضو: _____

توقيع العضو: _____

اسم الممثل: _____

توقيع الممثل: _____

التاريخ: _____

إرسال النموذج عبر الفاكس: 503-416-1376 أو عبر البريد الإلكتروني: hsrcx@careoregon.org

إذا كانت لديك أي أسئلة حول برنامج الخدمات المرنة، أو كنت بحاجة إلى مساعدة في تعبئة بيانات هذا النموذج، أو كنت ترغب في تقديم شكوى، فيرجى الاتصال بخدمة العملاء على الرقم 971-236-2998، أو الهاتف النصي 711.

يمكنك الحصول على هذه الوثيقة بلغات أخرى، أو بخط كبير، أو بطريقة برايل، أو بأي تنسيق تفضله. لديك أيضًا الحق في الحصول على مترجم فوري. ويمكنك الحصول على مساعدة من مترجم فوري معتمد أو مؤهل في مجال خدمات الرعاية الصحية. وتُقدّم هذه المساعدة مجانًا. اتصل على الرقم المجاني لـ Coordinated Care Organization (CCO)، مؤسسة الرعاية المُنسقة المعنية بك، أو عبر الهاتف النصي (TTY) على الرقم 711، أو أخبر مقدم الرعاية الصحية الخاص بك. قبل المكالمات الواردة عبر خدمة الترحيل.

لخدمات CareOregon Health Share: 800-224-4840

لخدمات Columbia Pacific CCO: 855-722-8206

لخدمات Jackson Care Connect: 855-722-8208

Rent & Utility Assistance Checklist (القائمة المرجعية للمساعدة بشأن الإيجار والمرافق)

آخر تحديث: مايو 2026

المساعدة بشأن الإيجار

يُرجى اختيار نوع المساعدة التي تحتاج إليها فيما يتعلق بالإيجار. حدد كل ما ينطبق:

☐ المساعدة بشأن الإيجار الحالي أو المستقبلي

○ عدد الأشهر المطلوبة: _____

○ عدد الأشهر التي تحتاج إلى سدادها: _____

○ مدفوعات الإيجار الشهري: _____

○ عدد غرف النوم في العقار المستأجر: _____

○ تاريخ استحقاق المدفوعات التالية: _____

☐ المساعدة بشأن الإيجار المستحق المتأخر

○ عدد الأشهر المستحقة المتأخرة: _____

○ الأشهر التي تحتاج إلى سدادها: _____

○ مدفوعات الإيجار الشهري: _____

○ إجمالي المبلغ المستحق، بما يشمل الرسوم: _____

○ عدد غرف النوم في العقار المستأجر: _____

ما اسم وعنوان الشركة أو الفرد الذي يجب إرسال المدفوعات إليه؟

(على سبيل المثال، المالك، مدير العقار، شركة المرافق)

الاسم: _____

العنوان: _____

يُرجى مشاركة أي معلومات إضافية يتعين إدراجها في شيك الإيجار، مثل رقم الحساب، أو رقم الوحدة، أو الاسم:

المساعدة بشأن المرافق

يُرجى اختيار نوع المساعدة التي تحتاج إليها فيما يتعلق بالمرافق. حدد كل ما ينطبق:

☐ المساعدة بشأن فواتير المرافق الحالية أو المستقبلية

○ نوع المرافق (اذكر جميع الأنواع التي تحتاج إلى المساعدة بشأنها):

○ عدد الأشهر المطلوبة: _____

○ الأشهر التي تحتاج إلى سدادها: _____

○ مبلغ مدفوعات المرافق الشهرية: _____

○ تاريخ استحقاق المدفوعات التالية: _____

☐ المساعدة بشأن فواتير المرافق المستحقة المتأخرة

○ نوع المرافق (اذكر جميع الأنواع التي تحتاج إلى المساعدة بشأنها):

○ عدد الأشهر المستحقة المتأخرة: _____

○ الأشهر التي تحتاج إلى سدادها: _____

○ إجمالي المبلغ المستحق، بما يشمل الرسوم: _____

☐ رسوم تشغيل المرافق

○ نوع المرافق (اذكر جميع الخدمات التي تحتاج إلى المساعدة بشأنها): _____

○ المبلغ (المبالغ) الذي تطلبه: _____

○ تاريخ التشغيل:

المرافقات

يُرجى إرفاق المستندات التالية بطلبك. إذا لم تُدرج المستندات المذكورة، فقد تستغرق معالجة الطلب وقتًا أطول.

☐ المساعدة بشأن الإيجار

○ اتفاقية إيجار موقعة تحتوي على اسمك، أو اتفاقية إيجار وإثبات لعنوان السكن

○ إثبات للمبلغ المستحق عن الإيجار المتأخر

○ نموذج W9 من المالك، إذا كان متوفرًا وقت الطلب

○ إشعار الإخلاء، إذا انطبق

☐ المساعدة بشأن المرافق

○ فاتورة (فواتير) مرافق تحتوي على اسمك

■ إذا لم يكن اسمك مذكورًا في فاتورة المرافق المعنية، يمكنك تقديم إثبات لعنوان السكن (على سبيل المثال، اتفاقية إيجار، أو بريد رسمي، أو فاتورة مرافق أخرى تحتوي على اسمك، أو نسخة من بطاقة الهوية مذكور فيها عنوان سكنك الحالي)

○ إشعار قطع خدمات المرافق، إذا انطبق



Hotel Request Checklist (القائمة المرجعية لطلبات الفنادق)

آخر تحديث: مايو 2026

يُرجى استخدام هذه القائمة المرجعية للتأكد من أن لدينا جميع المعلومات الضرورية لمساعدتك على حجز فندقك.

اسمك: _____

الاسم المذكور في الحجز: _____

هل تم تأكيد وجود غرفة شاغرة؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا كانت الإجابة نعم، فما تاريخ التأكيد؟ _____

اسم الفندق/الموتيل: _____

عنوان الفندق/الموتيل: _____

رقم هاتف الفندق/الموتيل: _____

تاريخ الوصول (شهر/يوم/سنة): _____

عدد الأيام المقدّرة التي تحتاج إليها:

☐ 7 ليالٍ ☐ 4 ليالٍ ☐ 28 ليلة ☐ غير ذلك _____

يُرجى ملاحظة ما يلي: يبلغ الحد الأقصى لعدد الأيام التي يمكن حجزها 28 يوماً للطلب الواحد.

هل لديك احتياجات تتطلب تيسير الوصول وفقاً لـ (ADA) Americans with Disabilities Act، قانون الأمريكيين ذوي الإعاقة؟

☐ نعم ☐ لا

إذا كانت الإجابة نعم، فيُرجى ذكر الاحتياجات بالتفصيل:

هل لديك أي حيوانات أليفة أو حيوانات خدمة؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا كانت الإجابة نعم، فاذكر نوع الحيوانات وعددها، وحدّد ما إذا كانت حيوانات خدمة:

هل سيقبل الفندق اصطحاب حيوانات؟ ☐ نعم ☐ لا ☐ غير معروف

كم عدد إجمالي الأشخاص الذين سيقفون في الغرفة معك/مع العضو؟ _____
(اكتب "1" إن كنت أنت فقط/كان العضو فقط)
في حالة وجود أكثر من أربعة أشخاص في الحجز، سيتعين حجز غرفة إضافية.

هل سيكون هناك أي أطفال؟ ☐ نعم ☐ لا

يُرجى ذكر جميع النزلاء الآخرين الذين سيقفون معك/مع العضو وتوضيح صلتهم بك/بالعضو. في حالة وجود أطفال دون 18 سنة، يُرجى ذكر أعمارهم.

كم عدد الأسرة المطلوبة وما حجمها؟ _____

هل لديك بطاقة هوية صادرة عن جهة حكومية؟ ☐ نعم ☐ لا
يُرجى ملاحظة ما يلي: سيؤدي عدم امتلاك بطاقة هوية إلى تقييد خيارات الفنادق المتاحة.

هل تحتاج إلى غرفة مخصصة للمدخنين؟ ☐ نعم ☐ لا

هل تتوفر بالفندق المحدد غرف للمدخنين؟ ☐ نعم ☐ لا

Member Code of Conduct Form: Temporary Housing (نموذج مدونة قواعد السلوك للأعضاء)

آخر تحديث: مايو 2026

يسرّ CareOregon مساعدتك بشأن خيارات السكن. نريد أن تكون هذه التجربة جيدة لك والفندق الذي ستقيم به. ولهذا السبب، عندما ندفع مقابل غرفة الفندق، يتعين عليك الالتزام بجميع قواعد الفندق والتعامل مع موظفي الفندق باحترام. ونحتاج إلى أن تقوم بتعبئة النموذج والتوقيع في الأسفل لإظهار موافقتك.

يُمنح _____ (اسم العضو) تمويلاً مؤقتاً للإقامة بالفندق من جانب CareOregon، وذلك نيابةً عن مؤسسة Health Share of Oregon للرعاية المُنسقة (CCO).

اتفاقية العضو

- سألتزم بجميع قواعد الفندق أو الموتيل.
- أدرك أنني أتحمّل المسؤولية عن أفعالي، بما في ذلك أي تلف يلحق بغرفة الفندق. وقد يُطلب مني مغادرة الفندق أو الموتيل إذا لم ألتزم بالقواعد ذات الصلة.
- لا أتمتع بأي حق قانوني في الإقامة.
- أعلم أن الفندق قد يضع حدًا لعدد الليالي المتتالية التي يمكنني الإقامة فيها. وإذا احتجت إلى البقاء لفترة أطول من المسموح بها أو ليالي أكثر مما طلبت، فسيتعين عليّ تعبئة نموذج طلب جديد.
- أدرك أن الفندق أو الموتيل له وقت محدد لتسجيل الوصول، وقد يتعذر على CareOregon العثور على فندق أو موتيل آخر إذا فاتني وقت تسجيل الوصول.

أدرك أنه قد يُطلب مني مغادرة الفندق إذا:

- لم ألتزم بقواعد الفندق/الموتيل.
- ضايق أحد موظفي أو نزلاء الفندق أو الموتيل.
- قمت بإتلاف ممتلكات الفندق أو الموتيل أو هددت بإتلافها.
- انخرطت في أفعال غير آمنة قد تؤثر سلبًا في سلامة الموظفين أو النزلاء أو صحتهم.
- تسببت في إيذاء أي موظفين أو نزلاء أو هددت بإيذائهم من خلال ما أقوله، أو أكتبه، أو أعبر عنه بأي طريقة.
- أحضرت سلاحًا إلى الفندق أو الموتيل.
- استخدمت أي سلاح أو هددت باستخدامه في ممتلكات الفندق أو الموتيل.
- استقبلت عددًا كبيرًا جدًا من النزلاء غير المصرح بإقامتهم معي.
- اصطحبت حيوانات/حيوانات أليفة/حيوانات خدمة غير مصرح بها.
- دخنت سجائر في غرفة مخصصة لغير المدخنين.

يُرجى ملاحظة ما يلي: قد لا تتمكن CareOregon من توفير فندق/موتيل جديد في المستقبل إذا تصرفات أنت، أو أي من المقيمين معك، بالطرق المذكورة أعلاه.

توقيع العضو: _____ التاريخ: _____
(شهر/يوم/سنة)

اسم الشخص مقدم النموذج (إذا كان مختلفاً عن العضو): _____

توقيع مقدم النموذج: _____ التاريخ: _____
(شهر/يوم/سنة)

يمكنك الحصول على هذا المستند بلغات أخرى، أو بخط كبير، أو بطريقة برايل، أو بالتنسيق الذي تفضله. ولديك الحق أيضاً في طلب الاستعانة بمترجم فوري. يمكنك الحصول على مساعدة مترجم فوري معتمد أو مؤهل في مجال خدمات الرعاية الصحية. هذه المساعدة مجانية. تواصل مع مؤسسة CCO المعنية بك، أو عبر الهاتف النصي TTY على الرقم 711، أو أخبر مُقَدِّم الرعاية الخاص بك. نقبل المكالمات الواردة عبر خدمة ترحيل الاتصالات.

للتواصل مع CareOregon Health Share: 800-224-4840

للتواصل مع Columbia Pacific CCO: 855-722-8206

للتواصل مع Jackson Care Connect: 855-722-8208

ورقة عمل الدخل/الميزانية المتعلقة بالصحة

خار تحديث: مايو 2026

يُرجى ملاحظة ما يلي: يمكنك تخطي ورقة العمل هذه إذا كنت تطلب خدمة أو عنصراً لمرة واحدة.

نشكركم على تقديم طلب للحصول على خدمات متعلقة بالصحة. يحتاج فريقنا في بعض الحالات إلى مزيد من المعلومات لأجل تحديد خطة الاستدانة الخاصة بكم وما هي الموارد التي تملكونها. لذلك، نرجو منكم تعبئة النموذج أدناه لتقديم مزيداً من المعلومات لكي نتمكن من تحديد أفضل طريقة لتقديم الدعم لكم.

يُرجى استكمال هذا القسم بكاملة باتّباع التعليمات الواردة في ورقة العمل المعنية بالميزانية.

معلومات عن العضو

اسم العضو: _____ تاريخ الميلاد: _____

الرقم التعريفي للعضو: _____ التاريخ: _____

العنوان/مكان السكن الحالي: _____

عدد الأشهر أو السنوات التي مضى على عيشك في مكان السكن الحالي: _____

استخدم/استخدمي الجدول أدناه لاحتساب عدد أفراد أسرتك المعيشية

نفسك

زوجتك القانونية أو زوجك القانوني

شريكتك/شريكتك المقيم(ة) في السكن معك (إذا كان لديك طفلاً دون سن 19 عاماً مع ذلك الشخص).

أطفال (دون سن 19 عاماً) الذين يعيشون معك.

أي شخص آخر تقوم/تقومين بإدراجه في اقرارك لضريبة الدخل الفيدرالية، حتى ولو يكن ذلك الشخص يعيش معك.

إذا كان عمرك أقل من 19 عاماً، فاحتسب كل من يعيش معك من والديك، وزوجة أبيك/أو زوج أمك، وإخوتك أو أخواتك (الذين تقل أعمارهم عن 19 عاماً).

أي امرأة حامل من أفراد أسرتك المعيشية

أي أطفال متوقع ولادتهم من حوامل من بين أفراد أسرتك المعيشية

مجموع عدد أفراد أسرتك المعيشية الذين يعيشون في المنزل:

الوضع السكني الحالي

☐ أملك بيتي

☐ متشرد/متشردة بلا مأوى

☐ مستأجر/مستأجرة (أفراد أسرة معيشية واحدة فقط تعيش في هذا العنوان)

☐ تقاسم الإيجار (مع زملاء السكن أو مع أسرة أخرى) حصّة الإيجار التي تتحمل/تتحملين دفعها هي: _____

الدخل

المبلغ الشهري للشخص البالغ رقم 5	المبلغ الشهري للشخص البالغ رقم 4	المبلغ الشهري للشخص البالغ رقم 3	المبلغ الشهري للشخص البالغ رقم 2	المبلغ الشهري للشخص البالغ رقم 1	مصدر الدخل
					اسم الفرد
					AFDC (TANF)
					العمل في وظيفة بدوام جزئي/كامل
					مخصّصات من VA
					SSI/SSDI
					البطالة
					استحقاق الإعاقة من الولاية
					دخل رعاية بديلة ("فoster كير")
					أحد أفراد الأسرة مُعاق
					نفقة إعالة الطفل/نفقة المُطلّقة/المُطلّقة
					معاش تقاعدي/تقاعد
					دخل من أعمال تجارية
					دخل من الفوائد المصرفية أو الأرباح
					دخل آخر
					المجموع:

لا يُحتسب أيّ من التالي ضمن الدخل:

- دخل الأطفال دون سن 18 عاماً
- دخل الميراث والتأمين
- الإعانات المالية للطلاب
- رد النفقات الطبية التي قمت بدفعها
- الدخل الذي يقبضه المُساعد المقيم في منزل الشخص الذي يساعده
- دفعات بدل التعرّض لإطلاق النار من قوات مسلّحة مُعادية
- استحقاقات من برنامج SNAP

نفقات الأشهر الثلاثة القادمة

نفقات الشهر الحالي

\$	قسط السيارة		\$	الإيجار/الرهن العقاري
\$	تأمين السيارة		\$	غاز
\$	بنزين		\$	كهرباء
\$	مُستلزمات منزلية		\$	ماء
\$	طعام		\$	نفقات
\$	خدمة رعاية الأطفال "تشايلد كير"		\$	هاتف

نفقات الشهر التالي

\$	قسط السيارة		\$	الإيجار/الرهن العقاري
\$	تأمين السيارة		\$	غاز
\$	بنزين		\$	كهرباء
\$	مُستلزمات منزلية		\$	ماء
\$	طعام		\$	نفقات
\$	خدمة رعاية الأطفال "تشايلد كير"		\$	هاتف

نفقات الشهر الثالث

\$	قسط السيارة		\$	الإيجار/الرهن العقاري
\$	تأمين السيارة		\$	غاز
\$	بنزين		\$	كهرباء
\$	مُستلزمات منزلية		\$	ماء
\$	طعام		\$	نفقات
\$	خدمة رعاية الأطفال "تشايلد كير"		\$	هاتف

مجموع الدخل الشهري _____ مجموع النفقات الشهرية: _____

هل صرّحت بعدم وجود دخل لديك؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا كانت الإجابة بنعم، فهل لديك حالة يمكننا الاتصال به للتحقق من دخلك؟

اسم الأخصائي الاجتماعي المسؤول عن الحالة: _____

الوكالة: _____

عنوان البريد الإلكتروني: _____

رقم الهاتف: _____

☐ أعطي الإذن بأن يتم الاتصال بمدير الحالة المسؤول عن حالتي للتحقق من دخلي.

☐ ليس لدي مدير حالة/أخصائي اجتماعي مسؤول عن الحالة الذي يمكنكم الاتصال به للتحقق من دخلي. أشهد بأن الدخل المدرج في هذه الورقة صحيح وكامل على حد علمي.

التوقيع: _____

الإنفاق المالي الحالي

نرجو منك إخبارنا المزيد عن وضعك المالي الحالي.
ما الذي تسبب في تأخيرك عن تسديد الفواتير التي عليك أن تدفعها؟

الخطوة لزيادة الدخل وتخفيض النفقات

التاريخ المستهدف	الإجراء
	1.
	2.
	3.
	4.
	5.

تقديم النماذج

يمكنك تعبئة هذا النموذج بنفسك، أو بمساعدة أحد الوالدين، أو القائم بتقديم العناية لك، أو الوصي/الجهة التي تقدّم الدعم لك/صديق موثوق به، أو أحد موظفي منظمة أو عيادة.

إرسال النماذج بعد استكمال تعبئتها بشكل كامل عبر جهاز الفاكس إلى الرقم التالي:

503-416-1376

ATTN: HRS

يجب إرسال أيّ مستندات متعلّقة بطلبك مسبقاً. إليك طريقتان لتقديمها:

الإرسال عبر البوابة الإلكترونية المخصصة للأعضاء

أسرع طريقة لتقديم المستندات أو لتتحقق من حالة سير طلبك هي من خلال بوابة الأعضاء الإلكترونية الخاصة بنا. إنها منصة مراسلة آمنة يمكنك الوصول إليها من خلال موقعنا الإلكتروني عبر جهاز كمبيوتر مكتبي. يمكنك تسجيل الدخول إذا كان لديك حساب، أو اتّباع التعليمات التي تظهر على الشاشة للتسجيل. يُرجى الملاحظة: إذا كان عمرك أقل من 18 عاماً، فلا يمكنك استخدام هذه البوابة الإلكترونية بمفردك. يجب أن يساعدك أحد الوالدين أو الوصي.

للوصول إلى البوابة الإلكترونية، عليك الذهاب إلى الموقع الإلكتروني careoregon.org/memberportal

بعد تسجيل الدخول، قم بتحميل مستنداتك باتباع الخطوات التالية:

1. انتقل إلى مركز الرسائل (Message Center) وانقر على "رسالة جديدة - New Message".
2. انقر على "إضافة مُستلمين - Add Recipients" ثم حدّد "Health Related Services Requests".
3. أضف HRSN في سطر الموضوع وأرفق الملف (أو الملقّات) بالرسالة باستخدام ميزة إرفاق الملفات.
4. أضف أيّ سياق آخر وانقر على "إرسال - Send".

الإرسال عبر البريد الإلكتروني

إذا لم تتمكن من الدخول إلى البوابة الإلكترونية، يمكنك إرسال مستنداتك إلينا عبر البريد الإلكتروني على العنوان التالي:

hrrncx@careoregon.org

إذا كان لديك أسئلة أو كنت ترغب في الحصول على مساعدة في ملء نموذج (نماذج) الطلب، فاتصل هاتفياً بقسم خدمة العملاء على رقم الهاتف 971-236-2998 أو 711 TTY (رقم المبرقة الكاتبة).

يمكنكم الحصول على هذه الوثيقة بلغات أخرى، أو مطبوعة بخط كبير، أو مطبوعة على طريقة برايل، أو حسب التنسيق المفضّل لكم. كما يحقّ لكم الحصول على مُترجم شفهي. يمكنكم الحصول على المساعدة من مُترجم شفهي مُعتمد أو مؤهل في مجال الرعاية الصحيّة. هذه المساعدة مجّانية. اتصلوا هاتفياً بـ CCO التي لديكم عضوية فيها، أو 711 TTY (رقم المبرقة الكاتبة)، أو أخبروا مقدّم الخدمة الخاص بكم. نقبل المكالمات الهاتفية المعمولة عبر المُرجّلات.

رقم الاتصال بـ CareOregon Health Share: 800-224-4840

رقم الاتصال بـ Columbia Pacific CCO: 855-722-8206

رقم الاتصال بـ Jackson Care Connect: 855-722-8208