



فورم درخواست خدمات انعطاف پذیر

آخرین آپدیت: می 2026
لطفاً توجه داشته باشید: اگر شما درخواست یک خدمات یا مورد یک بار مصرف میکنید میتوانید این ورقه کار را رد کنید

اگر شما به یک تهویه کننده هوا، تصفیه کننده هوا، بخاری، یخچال دوا یا جنراتور نیاز دارید لطفاً [فورم درخواست دستگاه اقلیمی](#) ما را مشاهده کنید

من OHP/Medicaid دارم با:

☐☐☐

*بشمول 'Kaiser، 'CareOregon،
OHSU و Providence

معلومات عضو

تاریخ (ماه/روز/سال): _____

نام قانونی عضو: _____

نام(های) دیگر استفاده شده: _____

شماره آی دی Medicaid (اگر معلوم باشد): _____

تاریخ تولد (ماه/روز/سال): _____

نام داکتر مراقبت های اولیه: _____

تعداد افراد در خانوار: _____ عاید سالانه خانوار: _____

نیازهای دسترسی: ☐ زبان اشاره ☐ خط بریل ☐ فونت بزرگ ☐ ترجمان شفاهی

(لطفاً زبان را ذکر کنید)

اگر شما این فورم را برای یک عضو تکمیل می کنید، لطفاً جزئیات خود را در زیر بنویسید:

نام: _____

قرابت با عضو: _____ شماره تلفون: _____

مشکل ندارد که در مورد این درخواست با من (یا شخصی که این فورم را تکمیل میکند) تماس بگیرید: ☐ بلی ☐ نخیر

اگر شما یک داکتر یا مدیر قضیه هستید که در این درخواست کمک می کنید و می خواهید آپدیت ها را دریافت کنید، لطفاً موارد ذیل را شامل کنید:

نام و معلومات تماس: _____

سازمان: _____ من هستم یک: ☐ مدیر قضیه ☐ HRSN ارائه دهنده خدمات

ما برای بحث در مورد درخواست شما با شما تماس خواهیم گرفت. می خواهید که ما در مورد این درخواست با شما چگونه تماس بگیریم؟

☐ تماس تلفنی (لطفاً شماره تلفن خود را ذکر کنید): _____

☐ پیام کتبی: _____

☐ ایمیل: _____

☐ دیگر: _____

☐ برای بحث در مورد این درخواست با نماینده من تماس بگیرید:

نام: _____

تلفن: _____

آدرس پستی: _____

آیا ما اجازه داریم تا با افراد یا سازمان های ذیل تماس بگیریم تا در هماهنگی خدمات مورد نیاز کمک کنیم: ☐ بلی ☐ نخیر

▪ فروشندگانی که ممکن است در خانه شما کار کنند

▪ یک هتل یا محل اقامت

▪ مالک خانه یا مدیریت ملکیت

▪ فروشنده(های) نصب اقلیمی

درخواست معلومات

1. شما نیاز دارید که این جنس تا چه تاریخ تحویل یا پرداخت گردد؟: _____

تاریخ (ماه/روز/سال)

2. چرا شما به این جنس یا خدمات نیاز دارید؟

3. این مورد در چه علایم طبیی یا تشخیص های طبیی به شما کمک می کند، و چرا؟

4. شما تلاش کرده اید تا به کدام منابع دیگری دسترسی پیدا کنید تا برای این خدمات پرداخت کنید یا این جنس را خریداری کنید؟

5. لطفاً مورد یا خدمات مورد نیازتان را تشریح کنید:

برای موارد: هر جزئیات برند، نوع، اندازه، رنگ و هر جزئیات مهم دیگر را اضافه کنید.

برای کرایه یا خدمات عامه: شامل ماه های مورد نیاز برای پرداخت و/یا هرگونه فیس تأخیر، یا خدمات شامل در قرارداد کرایه.

برای یک هتل: چک لیست درخواست هتل و بخش کود رفتار عضو این فورم را تکمیل کنید.

6. هزینه مجموعی جنس یا خدمات، بشمول هرگونه فیس اضافی مانند حمل و نقل چقدر است؟

لطفاً توجه داشته باشید: هر عضو ممکن تا \$1,500 در هر سال تقویمی در خدمات انعطاف پذیر دریافت کند.

7. آدرس تحویل که جنس یا پرداخت باید به آن ارسال گردد کدام است؟ **لطفاً توجه داشته باشید:** موارد بزرگتر از یک پاکت باید به یک آدرس فیزیکی مصون ارسال شوند، نه به یک صندوق پستی.

8. ما به چه کسی پرداخت می کنیم؟ یا ما این جنس را از کجا خریداری می کنیم؟ لطفاً در صورت لزوم و ممکن لینک ها را شامل سازید.

9. خدمات انعطاف پذیر برای حمایت مالی موقت است؛ شما چه اقداماتی را انجام می دهید تا بتوانید در آینده برای این جنس یا خدمات پرداخت کنید؟

10. آیا شما این جنس یا خدمات را قبلاً از ما دریافت کرده اید؟ ☐ بلی ☐ خیر

11. آیا شما این جنس را در 6 ماه گذشته از ما دریافت کرده اید؟ ☐ بلی ☐ خیر
a11. اگر هر دو بلی است، چرا شما دوباره این جنس یا خدمات را می خواهید؟

12. اگر درخواست شما بیشتر از \$1,500 دالر امریکایی باشد، لطفاً نام های تمام اعضای خانواده تان را شامل سازید و اگر آنها پوشش OHP دارند:

نام	پوشش OHP	نام	پوشش OHP
	☐ بلی ☐ خیر		☐ بلی ☐ خیر
	☐ بلی ☐ خیر		☐ بلی ☐ خیر
	☐ بلی ☐ خیر		☐ بلی ☐ خیر

تصدیق و اجازه عضو

با امضای این فورم، من موارد زیر را درک و موافقت می کنم:

- ☐ اگر تایید گردد، من موافقت می کنم که خدمات درخواست شده در بالا را دریافت کنم.
- ☐ برنامه صحی من می تواند با من تماس بگیرد تا در مورد این درخواست معلومات بیشتر بدست بیاورد.
- ☐ من تحت مجازات سوگند دروغ امضاء می کنم. به این معنی که، تا حدی که من میدانم، تمام معلومات که من در این درخواست داده ام درست، دقیق و کامل است.
- ☐ اگر من معلومات نادرست یا غیرواقعی ارائه کنم، ممکن است تحت قانون ایالتی یا فدرال مجازات شوم. این ممکن شامل بازپرداخت پول هزینه شده در هر خدمات که من به علت این درخواست دریافت می کنم شود.

امضاء

لطفاً نام خود را بشكل واضح بنویسید و این درخواست را امضاء کنید.
یک نماینده ممکن این فورم را از طرف یک عضو امضاء کند، بشمول اینکه عضو کوچک باشد.

نام عضو: _____

امضای عضو: _____

نام نماینده: _____

امضای نماینده: _____

تاریخ: _____

ارسال از طریق فکس: 503-416-1376 یا ایمیل کنید به: hrrncx@careoregon.org

اگر شما در مورد خدمات انعطاف پذیر سوال دارید، نیاز به کمک در تکمیل کردن فورم دارید، یا میخواهید شکایت کنید، لطفاً با خدمات مشتریان به شماره 971-236-2998، 711 TTY تماس بگیرید.

شما میتوانید این سند را به زبان های دیگر، چاپ بزرگ، خط بریل یا فارمت که شما ترجیح میدهید بدست بیاورید. شما همچنان حق دارید که یک ترجمان شفاهی داشته باشید. شما میتوانید از یک ترجمان شفاهی مراقبت صحی تصدیق شده یا واجد شرایط کمک بگیرید. این کمک رایگان است. با CCO رایگان 711 TTY خود تماس بگیرید، یا به داکتر خود بگویید. ما تماس های انتقالی (Relay Calls) را می پذیریم.

برای CareOregon Health Share: 800-224-4840

برای Columbia Pacific CCO: 855-722-8206

برای Jackson Care Connect: 855-722-8208



Hotel Request Checklist (لیست ضروریات درخواست هتل)

آخرین ایدیت: می 2026

لطفاً از این لیست ضروریات استفاده کنید تا مطمئن شوید که ما تمام معلومات لازم را برای کمک به ریزرف هتل شما داریم.

نام شما: _____

نام روی ریزرف: _____

آیا یک بست خالی تایید شد؟ ☐ بلی ☐ نخیر

اگر بلی، در کدام تاریخ تایید شد؟ _____

نام هتل/موتل: _____

آدرس هتل/موتل: _____

شماره تلفون هتل/موتل: _____

تاریخ چک-این (ماه/روز/سال): _____

تعداد تخمینی روزهای مورد نیاز: _____

☐ 7 شب ☐ 4 شب ☐ 28 شب ☐ دیگر _____

لطفاً توجه داشته باشید: حداکثر تعداد روزهایی که می تواند رزرو شود 28 روز در هر درخواست است.

آیا شما نیازهای دسترسی به Americans with Disabilities Act (ADA)، قانون امریکایی های دارای معلولیت) دارید؟

☐ بلی ☐ نخیر

اگر بلی، لطفاً نیازها را جزئیات بدهید: _____

آیا شما حیوانات خانگی یا حیوانات خدماتی دارید؟ ☐ بلی ☐ نخیر

اگر بلی، نوع و تعداد حیوانات را ذکر کنید، و نشان دهید که آیا آنها حیوانات خدماتی هستند یا خیر: _____

آیا هتل حیوانات را قبول می کند؟ ☐ بلی ☐ نخیر ☐ نامعلوم

در مجموع چند نفر در اتاق با شما/عضو اقامت خواهند داشت؟ _____
(اگر صرف شما/عضو هستید "1" بنویسید)
اگر در ریزرف بیشتر از چهار نفر وجود داشته باشد، یک اتاق اضافی باید ریزرف گردد.

آیا کدام اطفال وجود خواهد داشت؟ ☐ بلی ☐ نخیر

لطفاً تمام مهمانان دیگر را که با شما/عضو اقامت خواهند داشت لیست کنید و رابطه آنها را با شما/عضو تشریح کنید. اگر اطفال کمتر از 18 سال وجود دارد، لطفاً سن آنها را ذکر کنید.

چند تخت نیاز است و چه اندازه(ها)؟ _____

آیا شما کارت شناسایی صادر شده از طرف دولت دارید؟ ☐ بلی ☐ نخیر
لطفاً توجه داشته باشید: نداشتن کارت شناسایی گزینه های هتل را محدود می سازد.

آیا شما به یک اتاق سگرت کشیدن نیاز دارید؟ ☐ بلی ☐ نخیر

آیا هتل انتخاب شده اتاق های سگرت کشیدن دارد؟ ☐ بلی ☐ نخیر

Temporary Housing Member Code of Conduct Form (فورم قانون رفتار عضو)

آخرین ایدیت: می 2026

CareOregon خرسند است که در مورد گزینه های مسکن به شما کمک کند. ما می خواهیم که این یک تجربه خوب برای شما و هتل که شما در آن اقامت می کنید باشد. به همین دلیل است که، زمانیکه ما برای اطاق هتل شما پرداخت می کنیم، شما باید تمام قوانین هتل را رعایت کنید و با کارمندان هتل با احترام رفتار کنید. ما از شما می خواهیم تا فورم را پر کنید و در پایین امضاء کنید تا نشان دهید که شما موافق هستید.

به _____ (نام عضو) توسط CareOregon از طرف سازمان مراقبت هماهنگ شده (CCO) Health Share of Oregon بوجه مؤقت هتل داده می شود.

موافقت عضو

- من تمام قوانین هتل یا موتل را دنبال خواهم کرد.
 - من درک می کنم که من مسئول اعمال خود هستم، بشمول تخریب اتاق هتل. اگر من از قوانین آنها پیروی نکنم، ممکن است از من خواسته شود که هتل یا موتل را ترک کنم.
 - من هیچ ادعای حقوق سکونت ندارم.
 - من درک می کنم که هتل ممکن تعداد شب های من را که می توانم بصورت متوالی بمانم محدود سازد. اگر من نیاز داشته باشم که بیشتر از حد مجاز یا شب های بیشتر از چیزی که خواسته ام بمانم، من باید یک فورم درخواست جدید را خانه پری کنم.
 - من میدانم که هتل یا موتل یک زمان ورود دارد، و اگر من وقت ورود را از دست بدهم، CareOregon ممکن قادر به یافتن یک هتل یا موتل دیگر نباشد.
- من درک می کنم که ممکن از من خواسته شود تا هتل را ترک کنم اگر:
- من از قوانین موتل/هتل پیروی نکنم.
 - من کارمندان یا مهمانان هتل یا موتل را اذیت کنم.
 - من به ملکیت هتل یا موتل آسیب میرسانم یا تهدید کنم که آسیب می رسانم.
 - من در اعمال ناامن دخیل شوم که میتواند مصونیت یا صحت کارمندان یا مهمانان را متأثر سازد.
 - من با چیزی که می گویم، مینویسم، یا به هر طریقه ارتباط برقرار می کنم هر کارمند یا مهمان را زخمی یا تهدید کنم که زخمی می کنم.
 - من یک اسلحه را به یک هتل یا موتل بیاورم.
 - من از هر اسلحه در ملکیت هتل یا موتل استفاده کنم یا کسی را تهدید کنم.
 - من مهمانان تایید نشده زیادی داشته باشم که با من میمانند.
 - من حیوانات/حیوانات خانگی/حیوانات خدماتی تایید نشده را با خود داشته باشم.

- من در یک اطاق که بخاطر سگرت نیست سگرت بکشم.

لطفاً به یاد داشته باشید: اگر شما یا هر کسی که با شما اقامت دارد، به روش های ذکر شده در بالا عمل کند، ممکن است CareOregon در آینده قادر به ارائه یک موتل/هتل جدید نباشد.

امضاء

امضای عضو: _____ تاریخ: _____

(ماه/روز/سال)

نام شخص ارسال کننده

فورم (اگر از عضو متفاوت باشد): _____

امضای ارسال کننده: _____ تاریخ: _____

(ماه/روز/سال)

شما میتوانید این سند را به زبان های دیگر، چاپ بزرگ، خط بریل یا فارمت یا شکل دیگری که شما ترجیح میدهید بدست بیاورید. همچنان شما حق دارید که یک ترجمان شفاهی داشته باشید. شما میتوانید از یک ترجمان شفاهی تصدیق شده مراقبت صحی یا واجد شرایط کمک بگیرید. این کمک رایگان است. با CCO, TTY 711 خود تماس بگیرید، یا به داکتر خود بگویید. ما تماس های انتقالی (Relay) را می پذیریم.

برای CareOregon Health Share: 800-224-4840

برای Columbia Pacific CCO: 855-722-8206

برای Jackson Care Connect: 855-722-8208

فورم برآورد عواید و بودجه مرتبط به صحت

اتریش آخرین به روز رسانی: می ۲۰۲۶

لطفاً به یاد داشته باشید: اگر شما درخواست یک خدمت یا مورد یک بار مصرف می کنید می توانید از این ورقه کاری بگذرید. زام شام بابت ارسال فرم درخواست خدمات صحتی تشکر می کنیم. رد برخی موارد، تیم ما به اطلاعات بیشتری نیاز دارد تا طرح پایداری و منافع اقلیت به بیشترین سطح ممکن برسد. شما می توانید به ما کمک کنید تا بتوانیم تشخیص دهیم چگونه لطفاً این بخش را مطابق رهنمودهای موجود در فورم بودجه تکمیل کنید.

معلومات عضو	
نام عضو:	_____ تاریخ تولد: _____
آی دی عضویت:	_____ تاریخ: _____
آدرس فعلی/ محل اقامت:	_____
تعداد ماه ها یا سال های زندگی در محل اقامت فعلی:	_____
برای محاسبه تعداد نفرات در فامیل تان از جدول ذیل استفاده کنید	
خودتان	
همسر قانونی شما	
شریک زندگی شما (اگر شما یک طفل زیر ۱۹ سال با این شخص دارید)	
اطفال (زیر ۱۹ سال) که با شما زندگی می کنند	
افراد تحت تکفل دیگری که در اظهارنامه مالیات فدرال خود گنجانده اید، حتی اگر در کنار شما زندگی نکنند.	
اگر زیر ۱۹ سال سن دارید، پدر، مادر، ناپدری یا نامادری (والدین خوانده)، و خواهر یا برادری که (آن ها هم زیر ۱۹ سال سن دارند) و با شما در یک خانه زندگی می کنند [را شامل می شود]	
تعداد زنان حامله در فامیل	
نوزادانی که قرار است از بانوان باردار در خانه شما متولد شوند	
تعداد مجموع افراد خانوار:	
حالت فعلی مسکن	
☐ من خانه شخصی خود را دارم ☐ بی خانه هستم ☐ در خانه کرایه ای ساکن هستم (فقط یک خانوار در این آدرس زندگی می کند) ☐ در صورت تقسیم کرایه (با هم خانه ها یا با یک خانوار دیگر) سهم کرایه شما چه مبلغی است: _____	

عواید:

منبع عایدی:	مبلغ ماهوار بزرگسال اول:	مبلغ ماهوار بزرگسال دوم:	مبلغ ماهوار بزرگسال سوم:	مبلغ ماهوار بزرگسال چهارم:	مبلغ ماهوار بزرگسال پنجم:
اسم و شهرت:					
AFDC (TANF)					
وظیفه پاره وقتی / تمام وقتی					
مزایای VA					
SSI/SSDI					
بیکاری					
کمک هزینه از کارافتادگی ایالتی					
عایدات کفالت اطفال					
عضو خانواده دارای معلولیت					
کمک هزینه نگهداری طفل / نفقه (کمک هزینه همسر)					
معاش تقاعد / تقاعد (بازنشستگی)					
درآمد تجارتي					
عواید حاصل از مفاد سهام و بهره بانکی					
سایر درآمدها					
جمع:					

این موارد را جزو عایدات محسوب نکنید:

- عواید اطفال زیر سن ۱۸ سال
- عواید حاصل از ارث و بیمه
- کمک مالی دانشجویان
- بازپرداخت مصارف صحتی
- عایدی کمک رسان مقیم
- علاوه معاش خطر جانی در ساحه جنگ
- مزایای برنامه‌ی کمک غذایی (SNAP)

مصارف سه ماه آینده

مصارف ماه جاری

\$	کرایه / قرضه خرید خانه		قسط ماهوار موتر	\$
\$	بل گاز		بیمه موتر	\$
\$	بل (صارف) برق		پترول (بنزین)	\$
\$	قبض آب		لوازم منزل	\$
\$	صورت حساب جمع آوری زباله (آویز صفایی)		غذا	\$
\$	بل موبایل		هزینه مراقبت از اطفال	\$

مصارف ماه آینده

\$	کرایه / قرضه خرید خانه		قسط ماهوار موتر	\$
\$	بل گاز		بیمه موتر	\$
\$	بل (صارف) برق		پترول (بنزین)	\$
\$	قبض آب		لوازم منزل	\$
\$	صورت حساب جمع آوری زباله (آویز صفایی)		غذا	\$
\$	بل موبایل		هزینه مراقبت از اطفال	\$

مصارف ماه سوم

\$	کرایه / قرضه خرید خانه		قسط ماهوار موتر	\$
\$	بل گاز		بیمه موتر	\$
\$	بل (صارف) برق		پترول (بنزین)	\$
\$	قبض آب		لوازم منزل	\$
\$	صورت حساب جمع آوری زباله (آویز صفایی)		غذا	\$
\$	بل موبایل		هزینه مراقبت از اطفال	\$

مجموع عایدات ماهوار: _____ مجموع مصارف ماهوار: _____

آیا شما عایدی (درآمد) خود را صفر گزارش داده‌اید؟ ☐ بلی ☐ خیر

اگر بلی، آیا شما مدیر دوسیه (کیس مینیجر) دارید که بتوانیم جهت تایید عایدات‌تان با او تماس بگیریم؟

نام کارمند/ مسئول دوسیه: _____

اداره: _____

آدرس ایمیل: _____

نمبر تیلفون: _____

☐ اجازه می‌دهم که برای تایید عایداتم با مدیر دوسیه‌ام تماس گرفته شود.

☐ من مدیر دوسیه یا کارمند دوسیه‌ای ندارم که بتواند درآمد مرا تایید کند. من گواهی می‌دهم که عواید درج‌شده در این ورق کاری، تا جایی که من معلومات دارم، صحیح و مکمل می‌باشد.

امضا: _____

مصارف مالی جاری

لطفاً در مورد وضعیت مالی فعلی خود بیشتر به ما بگویید.
چه عاملی باعث شد که نتوانید پول قبض‌هایتان را پرداخت کنید؟

پلان برای افزایش درآمد و کاهش مصارف

تاریخ تعیین شده برای هدف	اقدامات عملی	
		۱.
		۲.
		۳.
		۴.
		۵.

ارسال فورم‌ها

شما می‌توانید این فرم را خودتان خانه‌پری کنید، و یا از یک والد (پدر یا مادر)، مراقبت‌کننده، سرپرست/همکار/دوست قابل اعتماد، یا کارمند یک نهاد یا کلینیک کمک بگیرید.

فورم‌های خانه‌پری شده را به این شماره فکس کنید:

۵۰۳-۴۱۶-۱۳۷۶

توجه: HRS

لطفاً هرگونه اسناد مربوط به درخواست خود را از قبل ارسال نمایید. دو روش برای ارسال وجود دارد:

ارسال از طریق پورتال اعضا

سریع‌ترین راه برای ارسال اسناد یا بررسی وضعیت درخواست تان، از طریق پورتال اعضای ما است. این یک پیام‌رسان مصنوعی است که از طریق وبسایت ما و با استفاده از کمپیوتر دسکتاپ قابل دسترسی است. در صورت داشتن حساب کاربری، می‌توانید وارد پورتال اعضا شوید، در غیر این صورت برای ثبت نام دستورالعمل‌های روی صفحه را دنبال کنید. لطفاً توجه داشته باشید: اگر سن شما کمتر از ۱۸ سال است، نمی‌توانید به تنهایی از این پورتال استفاده کنید. یک والد یا سرپرست باید شما را کمک کند.

برای دسترسی به پورتال، به این وبسایت مراجعه کنید careoregon.org/memberportal

پس از ورود به سیستم، اسناد خود را با انجام مراحل ذیل بارگذاری کنید:

۱. به مرکز پیام بروید و بالای پیام جدید کلیک کنید.

۲. روی "add recipients" کلیک کنید و گزینه "Health Related Services Requests" را انتخاب کنید.

۳. در بخش عنوان پیام (Subject) عبارت HRSN را نوشته و فایل‌های خود را با استفاده از قابلیت ضمیمه کردن فایل (attach file) به پیام خود پیوست کنید.

۴. متن مورد نظرتان را اضافه کنید و روی دکمه ارسال (send) کلیک کنید.

ارسال از طریق پورتال اعضا

اگر به پورتال دسترسی ندارید، می‌توانید اسناد خود را از طریق ایمیل به آدرس hrrncx@careoregon.org برای ما ارسال کنید.

اگر سوالی دارید یا می‌خواهید در خانه‌پری کردن فورم(های) درخواستی کمک دریافت کنید، با خدمات مشتریان تماس بگیرید. شماره های تماس: ۲۹۹۸-۲۳۶-۹۷۱ یا ۷۱۱ TTY.

شما می‌توانید این سند را به زبان‌های دیگر، چاپ درشت، خط بریل (ویژه نابینایان) و یا هر قالب دیگری که ترجیح می‌دهید، دریافت کنید. شما همچنین از حق داشتن ترجمان برخوردارید. شما می‌توانید از یک ترجمان تصدیق‌شده و واجد شرایط در بخش مراقبت‌های صحتی کمک بگیرید. این کمک رایگان است. بصورت رایگان با اداره CCO خود تماس بگیرید، به ۷۱۱ TTY زنگ بزنید، یا با فراهم‌کننده خدمات صحتی خود صحبت کنید. ما تماس‌های تبدیلی برای ناشنوایان و کم‌شنوایان (relay) را می‌پذیریم.

CareOregon Health Share: ۸۰۰-۲۲۴-۴۸۴۰

Columbia Pacific CCO: ۸۵۵-۷۲۲-۸۲۰۶

Jackson Care Connect: ۸۵۵-۷۲۲-۸۲۰۸