



Форма запроса на получение услуг по программе Flexible Services

Последнее обновление: май 2026 г.

Если вам нужен кондиционер, очиститель воздуха, обогреватель, холодильник для медикаментов или генератор, ознакомьтесь с нашей формой [Climate Device Request Form \(Форма запроса на климатическое устройство\)](#)

У меня есть следующий страховой план по программе ОНР от Medicaid:

☐

* Включая CareOregon, Kaiser, OHSU и Providence

☐☐

Информация об участнике

Дата (мм/дд/гггг): _____

Имя и фамилия участника по паспорту: _____

Другие используемые имена и фамилии: _____

Идентификационный номер участника программы Medicaid (если известен): _____

Дата рождения (мм/дд/гггг): _____

Имя и фамилия терапевта: _____

Количество проживающих вместе членов семьи: _____

Годовой доход семьи: _____

Особые потребности: ☐ Язык жестов ☐ Шрифт Брайля ☐ Крупный шрифт

☐ Устный переводчик (укажите язык) _____

Если вы заполняете эту форму за участника программы, укажите свои данные ниже:

Имя и фамилия: _____

Кем вы приходитеесь участнику: _____ Номер телефона: _____

Можно ли связываться с вами (или человеком, заполняющим эту форму) по поводу этого запроса? ☐ Да ☐ Нет

Если вы являетесь медицинским работником или координатором, помогаете с подачей этого запроса и хотите получать соответствующие новости, укажите следующее:

Имя, фамилия и контактная информация: _____

Организация: _____ Моя роль: ☐ Координатор
☐ Поставщик услуг HRSN

Способы информирования

Мы обратимся к вам, чтобы обсудить запрос. Как с вами можно связаться?

☐ По телефону (укажите номер телефона): _____

☐ С помощью текстовых сообщений: _____

☐ По электронной почте: _____

☐ Другим способом: _____

☐ Связаться с вашим представителем, чтобы обсудить запрос:

○ Имя и фамилия: _____

○ Телефон: _____

○ Почтовый адрес: _____

Даете ли вы нам разрешение на связь со следующими людьми или организациями для помощи в координации нужных услуг: ☐ Да ☐ Нет

- Подрядчики, которые могут выполнять работы в вашем доме
- Гостиница или другое место временного проживания
- Арендодатель или управляющая компания
- Подрядчики по установке климатического оборудования

Информация о запросе

1. К какой дате необходимо доставить или оплатить этот товар? _____

(мм/дд/гггг)

2. Почему вам нужно это оборудование или услуга?

3. С какими симптомами или заболеваниями вам поможет справиться это оборудование и почему?

4. К каким еще источникам помощи вы пытались получить доступ, чтобы оплатить эту услугу или оборудование?

5. Опишите нужное оборудование или услугу.
Если запрос касается оборудования: укажите марку, тип, размер, цвет и другие важные детали.
Если запрос касается оплаты аренды или коммунальных услуг: укажите месяцы, за которые нужно внести оплату, пени за просрочку или коммунальные услуги, включенные в договор аренды.
Если запрос касается размещения в гостинице: заполните разделы этой формы, посвященные контрольному списку для оформления запроса на размещение в гостинице и кодексу поведения участника.
6. Укажите общую стоимость оборудования или услуги, включая любые дополнительные расходы, такие как доставка.
ОБРАТИТЕ ВНИМАНИЕ. Каждый участник может получить до 1500 долл. США в течение календарного года в рамках программы Flexible Services (Дополнительные гибкие услуги).
7. Укажите адрес доставки оборудования или получателя платежа. **ОБРАТИТЕ ВНИМАНИЕ.** Предметы размером больше конверта нужно отправлять на надежный физический адрес, а не абонентный ящик.
8. Укажите получателя денежного перевода или магазин, где нужно купить оборудование. По возможности укажите соответствующие ссылки.
9. Программа Flexible Services предназначена для временной финансовой поддержки. Какие шаги вы предпринимаете, чтобы самостоятельно оплачивать это оборудование или услугу в будущем?
10. Предоставляли ли мы вам это оборудование или услугу в прошлом? ☐ Да ☐ Нет
11. Предоставляли ли мы вам это оборудование в течение последних 6 месяцев? ☐ Да ☐ Нет
11a. Если вы ответили «да» на оба вопроса, почему вы просите оплатить это оборудование или услугу снова?

12. Если стоимость оборудования или услуги превышает 1500 долл. США, укажите имена и фамилии всех членов своего домохозяйства и наличие у них страховки ОНР.

Имя и фамилия	Наличие страховки ОНР	Имя и фамилия	Наличие страховки ОНР
	☐ Да ☐ Нет		☐ Да ☐ Нет
	☐ Да ☐ Нет		☐ Да ☐ Нет
	☐ Да ☐ Нет		☐ Да ☐ Нет

Подтверждение и согласие участника

Подписывая настоящую форму, я понимаю нижеследующее и соглашаюсь с ним.

- ☐ В случае одобрения я соглашаюсь получить запрошенные выше услуги.
- ☐ Сотрудники моего плана медицинского страхования могут связаться со мной, чтобы получить дополнительную информацию по этому запросу.
- ☐ Я ставлю свою подпись, осознавая ответственность за предоставление заведомо ложных сведений. Это означает, что, насколько мне известно, вся информация, которую я предоставил(а) в этом запросе, является правдивой, правильной и полной.
- ☐ Если я предоставляю ложную или неправдивую информацию, меня могут наказать в соответствии с законодательством штата или федеральным законодательством. Наказание может включать возврат денежных средств, потраченных на любые услуги, которые я получаю по этому запросу.

Подпись

Напишите свои имя и фамилию печатными буквами и подпишите этот запрос.

Представитель может подписать эту форму от имени участника, в том числе если последний является несовершеннолетним.

Имя и фамилия участника: _____

Подпись участника: _____

Имя и фамилия представителя: _____

Подпись представителя: _____

Дата: _____

Отправьте запрос по факсу: 503-416-1376 или по электронной почте hrrncx@careoregon.org

Чтобы узнать больше о программе Flexible Services, получить помощь в заполнении формы или подать жалобу, позвоните в отдел обслуживания клиентов по номеру 971-236-2998 (линия ТТУ: 711).

Этот документ можно получить на других языках, крупным шрифтом, шрифтом Брайля или в другом удобном формате. Кроме того, вы имеете право запросить услуги устного переводчика. Вы можете получить помощь дипломированного или квалифицированного устного переводчика, специализирующегося в области медицины. Эти услуги бесплатны. Позвоните в Coordinated Care Organization (CCO, организация координации медицинского обслуживания) по бесплатному номеру (линия ТТУ: 711) или сообщите своему поставщику медицинских услуг, что вам нужна эта помощь.

Мы принимаем ретранслируемые звонки.

Для участников CareOregon Health Share: 800-224-4840

Для участников Columbia Pacific CCO: 855-722-8206

Для участников Jackson Care Connect: 855-722-8208



Hotel Request Checklist (Контрольный список для оформления запроса на гостиницу)

Последнее обновление: май 2026 г.

Заполните этот контрольный список, чтобы мы получили всю информацию, необходимую для бронирования для вас номера в гостинице.

Ваше имя и фамилия: _____

Имя и фамилия, которые должны быть указаны при бронировании:

Подтверждено ли наличие свободного номера? ☐ Да ☐ Нет

Если ответ «Да», укажите дату подтверждения. _____

Название гостиницы/мотеля: _____

Адрес гостиницы/мотеля: _____

Номер телефона гостиницы/мотеля: _____

Дата заезда (мм/дд/гггг): _____

Примерная продолжительность проживания:

☐ 7 ночей ☐ 4 ночи ☐ 28 ночей ☐ Другое: _____

Обратите внимание: по одному запросу можно забронировать проживание не более чем на 28 дней.

Есть ли у вас потребности в обеспечении доступности в соответствии с Americans with Disabilities Act (ADA, Закон о защите прав граждан США с инвалидностью)? ☐ Да ☐ Нет

Если ответ «Да», подробно укажите, какая помощь или средства поддержки вам необходимы.

Есть ли у вас домашние животные или животные-помощники? ☐ Да ☐ Нет

Если ответ «Да», укажите вид и количество животных, а также уточните, являются ли какие-либо из них животными-помощниками.

Допускается ли размещение с животными в гостинице? ☐ Да ☐ Нет ☐ Неизвестно

Сколько всего человек будет проживать в номере вместе с вами / участником? _____

(Укажите «1», если в номере будете проживать только вы/участник.)

При бронировании более чем для четырех человек необходимо будет заказать дополнительный номер.

Будут ли среди постояльцев дети? ☐ Да ☐ Нет

Укажите имена и фамилии всех остальных постояльцев, которые будут проживать вместе с вами/участником, а также укажите, кем они приходятся вам/участнику. Если среди постояльцев есть дети младше 18 лет, укажите их возраст.

Сколько кроватей необходимо и какого размера они должны быть? _____

Есть ли у вас удостоверение личности, выданное государственным органом? ☐ Да ☐ Нет

Обратите внимание: при отсутствии удостоверения личности некоторые варианты размещения могут быть недоступны.

Нужен ли вам номер, в котором разрешено курение? ☐ Да ☐ Нет

Есть ли в выбранной гостинице свободные номера, в которых разрешено курение? ☐ Да ☐ Нет



Temporary Housing: Member Code of Conduct Form (Временное размещение: форма согласия соблюдать правила поведения для участников)

Последнее обновление: май 2026 г.

CareOregon с радостью поможет вам с временным размещением. Нам важно, чтобы вы остались довольны своим проживанием, а гостиница — нашим сотрудничеством. Если мы оплачиваем ваш номер, вы обязаны соблюдать все правила гостиницы и уважительно относиться к персоналу. Чтобы подтвердить согласие с этими условиями, заполните данную форму и поставьте внизу подпись.

_____ (укажите имя и фамилию участника)
получает от CareOregon финансирование временного проживания в гостинице от имени Health Share of Oregon, организации координированного обслуживания (CCO).

Подтверждение согласия участника

- Я обязуюсь соблюдать все правила гостиницы или мотеля.
- Я понимаю, что несу ответственность за свои действия, включая возможный ущерб гостиничному номеру. Если я не буду соблюдать правила гостиницы или мотеля, меня могут попросить выехать.
- Я понимаю, что временное проживание в гостинице или мотеле не предоставляет права постоянного проживания.
- Мне известно, что гостиница может ограничивать количество ночей подряд, в течение которых я могу в ней проживать. Если мне потребуется остаться дольше разрешенного срока или на большее количество ночей, чем было указано в моем запросе, мне нужно будет подать новую форму запроса.
- Я понимаю, что в гостинице или мотеле установлено определенное время заезда и если я не прибуду к этому времени, CareOregon может не иметь возможности подобрать для меня другую гостиницу или мотель.

Я понимаю, что меня могут попросить выехать из гостиницы, если:

- я нарушу правила гостиницы или мотеля;
- я буду оскорблять, запугивать или притеснять сотрудников либо постояльцев;
- я поврежу имущество гостиницы или мотеля либо буду угрожать его повредить;
- я совершу небезопасные действия, которые могут создать угрозу здоровью или безопасности сотрудников либо постояльцев;

- я причиню вред сотрудникам или постояльцам либо буду угрожать причинить им вред в устной, письменной или иной форме;
- я принесу оружие в гостиницу или мотель;
- я использую оружие или буду угрожать его применением на территории гостиницы или мотеля;
- со мной будут проживать люди, пребывание которых не было согласовано заранее;
- со мной будут находиться животные, в том числе домашние животные или животные-помощники, пребывание которых не было согласовано заранее;
- я буду курить сигареты в номере, где курение запрещено.

Обратите внимание: если вы или кто-либо из проживающих с вами лиц совершите одно из перечисленных выше действий, CareOregon может не иметь возможности предоставить вам размещение в другой гостинице или мотеле в будущем.

Подпись

Подпись участника: _____ Дата: _____
(мм/дд/гггг)

Имя и фамилия лица, подающего форму, если ее подает не участник: _____

Подпись лица, подающего форму: _____ Дата: _____
(мм/дд/гггг)

Этот документ можно получить на других языках, крупным шрифтом, шрифтом Брайля или в другом удобном формате. Кроме того, вы имеете право запросить услуги устного переводчика. Вы можете получить помощь дипломированного или квалифицированного устного переводчика, специализирующегося в области медицины. Эти услуги предоставляются бесплатно. Позвоните в свою организацию ССО, на линию TTY 711 или сообщите о такой необходимости своему поставщику услуг. Мы принимаем звонки через службу коммутируемых сообщений.

Телефон CareOregon Health Share: 800-224-4840

Телефон Columbia Pacific CCO: 855-722-8206

Телефон Jackson Care Connect: 855-722-8208

Таблица доходов/бюджета связанных со здоровьем

Последняя редакция: Май 2026 года

ОБРАТИТЕ ВНИМАНИЕ! Если вы запрашиваете единоразовую услугу или изделие, этот бланк можно не заполнять.

Спасибо за представление запроса на услуги, связанные со здоровьем. В некоторых случаях нашим сотрудникам требуется больше информации для определения вашего плана устойчивого развития, и какие у вас есть ресурсы. Пожалуйста заполните бланк документа ниже для предоставления дополнительной информации, чтобы мы могли определить, как наилучшим образом оказать вам помощь.

Пожалуйста, заполните этот раздел, следуя инструкциям в бюджетной ведомости.

Информация о члене плана

Имя члена плана: _____ Дата рождения: _____

Идентификационный номер члена: _____ Дата: _____

Адрес в настоящее время/место проживания: _____

Количество месяцев/лет проживания по адресу в настоящее время: _____

Используйте таблицу внизу для подсчета количества человек в своей семье

Вы сами	
Ваш(а) законный(ая) супруг(а)	
Ваш(а) партнер(ша) (если у вас ребенок в возрасте младше 19 лет с этим лицом)	
Дети (в возрасте младше 19 лет), которые живут с вами	
Кто-либо еще, кого вы включаете в декларацию при уплате федеральных налогов, даже если они не живут с вами	
Если вы не достигли возраста 19 лет, кто-либо из родителей, приемных родителей и братьев или сестер (которые тоже не достигли возраста 19 лет), которые живут с вами	
Кто-либо беременный в вашей семье	
Какие-либо ожидаемые дети от беременных лиц в вашей семье	
Общее количество человек в вашей семье:	

Ситуация с жильём в настоящее время

- ☐ Я владею своим домом
- ☐ Я бездомный(-ая)
- ☐ Я арендую жильё (только одна семья живет по этому адресу)
- ☐ Я делю аренду (с соседом(-кой) или другой семьей). Ваша доля: _____

Доход					
Источник дохода	Месячная сумма, взрослый член семьи #1	Месячная сумма, взрослый член семьи #2	Месячная сумма, взрослый член семьи #3	Месячная сумма, взрослый член семьи #4	Месячная сумма, взрослый член семьи #5
Имя и фамилия отдельного лица					
AFDC (TANF)					
Работа, на неполную ставку (PT)/на полную ставку (FT)					
VA для ветеранов					
SSI/SSDI					
Безработный(ая)					
Инвалидность на уровне штата					
Доход от патронатного воспитания					
Член семьи, имеющий инвалидность					
Содержание ребенка/алименты					
Пенсионное обеспечение/уход на пенсию					
Доход от бизнеса					
Процентные или дивидендные доходы					
Другой доход					
Общая сумма:					
Не считайте следующее как доход: • Доход детей в возрасте до 18 лет • Доход от наследования или страхования • Финансовую помощь учащемуся • Возмещение медицинских расходов • Доход проживающего с вами помощника • Надбавку за участие в боевых действиях в условиях враждебного огня • Льготы по программе дополнительной помощи в обеспечении питанием					

Расходы на следующие три месяца

Расходы за текущий месяц

Арендная плата/ипотека	В долларах		Оплата автомобиля	В долларах
Газ	В долларах		Страхование автомобиля	В долларах
Электроэнергия	В долларах		Бензин	В долларах
Вода	В долларах		Предметы домашнего обихода	В долларах
Забор мусора	В долларах		Продукты питания	В долларах
Телефон	В долларах		Уход за ребенком	В долларах

Расходы на следующий месяц

Арендная плата/ипотека	В долларах		Оплата автомобиля	В долларах
Газ	В долларах		Страхование автомобиля	В долларах
Электроэнергия	В долларах		Бензин	В долларах
Вода	В долларах		Предметы домашнего обихода	В долларах
Забор мусора	В долларах		Продукты питания	В долларах
Телефон	В долларах		Уход за ребенком	В долларах

Расходы за третий месяц

Арендная плата/ипотека	В долларах		Оплата автомобиля	В долларах
Газ	В долларах		Страхование автомобиля	В долларах
Электроэнергия	В долларах		Бензин	В долларах
Вода	В долларах		Предметы домашнего обихода	В долларах
Забор мусора	В долларах		Продукты питания	В долларах
Телефон	В долларах		Уход за ребенком	В долларах

Общий месячный доход _____ Общие месячные расходы: _____

Вы указали что у вас нет дохода? ☐ Да ☐ Нет

Если ответ «Да», есть ли у вас ведущий вашего дела, с которым мы можем связаться?

Имя и фамилия ведущего дела: _____

Организация: _____

Адрес эл. почты: _____

Номер телефона: _____

- ☐ Я даю разрешение на звонок ведущему моего дела в целях подтверждения суммы моего дохода.
- ☐ У меня нет ведущего дела, который может подтвердить сумму моего дохода. Я подтверждаю, что доход, указанный в этой таблице, является правильным и полным, насколько мне известно.

Подпись: _____

Текущие финансовые расходы

Пожалуйста, расскажите больше о своем текущем финансовом положении.
Что послужило причиной неоплаты ваших счетов?

Планируемые действия для увеличения дохода и сокращения расходов

Действие		Намеченный срок выполнения
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Подача документов

Вы можете заполнить этот бланк документа сами, или с помощью родителя, попечителя, опекуна/помощника/надежного друга, или сотрудника организации или клиники.

Отправьте заполненные документы по факсу:

503-416-1376

Вниманию: HRS

Любые документы, относящиеся к вашему запросу, должны быть отправлены заранее. Вот два способа подачи документов:

Подача через интернет-портал члена

Самый быстрый способ подачи документов или проверки статуса вашего запроса - это через интернет-портал члена. Это безопасная онлайн-платформа, на которую вы можете войти, используя наш сайт по компьютеру. Вы можете войти в систему, если у вас есть учётная запись, или следовать инструкциям на экране, чтобы её создать. **Примечание:** Если вам не исполнилось 18 лет, вы не можете использовать интернет-портал самостоятельно. Родитель или опекун должен вам помогать в использовании этого интернет-портала.

Для входа в интернет-портал, зайдите на сайт careoregon.org/memberportal

Как только войдете в систему, загрузите свои документы следующим путем:

1. Войдите в центр сообщений и нажмите на «new message» (создать сообщение)
2. Нажмите на "add recipients" (добавление получателей) и выберите "Health Related Services Requests"
3. Добавьте HRSN в колонку предмета сообщения и приложите к сообщению файл(ы) используя функцию «attach file» (прикрепите файл)
4. Добавьте любое другое содержание и нажмите на «send»(отправить)

Подача через электронную почту

Если вы не можете войти в интернет-портал, вы можете послать нам свои документы по электронной почте на адрес hrsncx@careoregon.org

Если у вас есть вопросы или вы хотели бы получить помощь в подаче запроса, позвоните в службу обслуживания клиентов 971-236-2998 или используйте линию телетайпа TTY 711.

Вы можете получить этот документ на других языках, напечатанный крупным шрифтом, шрифтом Брайля или в формате, которой вы предпочитаете. Вы также имеете право на услуги переводчика. Вы можете получить помощь от сертифицированных или квалифицированных медицинских переводчиков. Эта помощь предоставляется бесплатно.

315 SW Fifth Ave, Portland, OR 97204 • 800-224-4840 • careoregon.org

Звоните в свою организацию координированного обслуживания по бесплатному номеру или используйте линию телетайпа ТТУ 711, или сообщите своему поставщику услуг. Мы принимаем релейные звонки.

По поводу программы CareOregon Health Share звоните по телефону: 800-224-4840

По поводу программы Columbia Pacific ССО звоните по телефону: 855-722-8206

По поводу программы Jackson Care Connect звоните по телефону: 855-722-8208