



灵活服务申请表

最后更新时间：2026 年 5 月

如果您需要空调、空气净化器、取暖设备、药品冷藏设备或发电机，请填写本[气候设备申请表](#)

我通过以下组织享受 OHP/Medicaid:



*包括 CareOregon、Kaiser、OHSU 以及 Providence

会员信息

日期（月/日/年）： _____

会员法定姓名： _____

其他曾使用姓名（如有）： _____

Medicaid ID 号码（如已知）： _____

出生日期（月/日/年）： _____

初级保健提供者姓名： _____

无障碍需求： 手语 盲文 大字体 口译员 _____
(请注明语言)

如果您是代会员填写此表格，请在下方填写您的详细信息：

姓名： _____

与会员的关系： _____ 电话号码： _____

是否可以就本申请联系您（或填写人）： 是 否

如果您是帮助填写此申请的医疗服务提供者或个案经理，并且希望接收申请进度更新，请填写以下信息：

姓名及联系方式： _____

所属机构： _____ 我是： 个案经理 HRSN 医疗服务提供者

联系方式

我们将与您联系以讨论此申请。您希望我们以什么方式联系您处理此申请？

电话（请填写您的电话号码）： _____

短信： _____

电子邮件： _____

其他： _____

请联系我的代表讨论有关此申请的事宜：

○ 姓名： _____

○ 电话： _____

○ 邮寄地址： _____

我们是否可以联系以下人员或组织机构，以协助协调所需的服务： 是 否

- 在您住所进行工作的供应商
- 酒店或住宿设施
- 房东或物业管理方
- 气候设备安装服务商

申请信息

1. 您希望在何时收到该设备/物品或完成付款？ _____

(月/日/年)

2. 您为何需要该设备/物品或服务？

3. 该设备/物品将帮助您缓解哪些医疗症状或对应哪些医学诊断？以及原因是什么？

4. 您为支付该服务或购买该设备/物品，曾尝试过哪些其他资助来源或支持渠道？

5. 请描述您所需的设备/物品或服务。如果申请为设备/物品，请注明品牌、型号、尺寸、颜色及其他相关重要细节。如果申请为房租或公用事业费用，请注明需支付的月份和/或任何滞纳金，或租赁协议中所包含的公用事业项目：
6. 该设备/物品或服务的总费用是多少？包括运费等任何附加费用。
请注意：每位会员在每个日历年度内，通过“灵活服务”可获得的最高资助金额为 1,500 美元。
7. 该设备/物品或款项需要寄送到哪个地址？**请注意：**凡是大于信封尺寸的设备/物品，必须寄送至安全的实际地址，不可使用邮政信箱。
8. 我们应向谁付款？或者从哪里购买该设备/物品或服务？如适用且可能，请提供相关链接。
9. “灵活服务”属于临时性资金支持；您将采取哪些措施，以便未来能够支付该设备/物品或服务费用？
10. 您是否曾从我们这里获得过该设备/物品或服务？ 是 否
11. 您是否在过去 6 个月内曾从我们这里获得过该设备/物品？ 是 否
- 11a. 如果上述两个问题均为“是”，您再次申请该设备/物品或服务的原因是什么？
12. 如果您的申请金额超过 1,500 美元，请列出所有家庭成员姓名及其是否拥有 OHP 保险：

姓名	OHP 保险	姓名	OHP 保险
	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

会员认证与授权

签署此表即表示本人理解并同意以下事项：

- 如获批准，本人同意接受上述申请的服务。
- 本人的健康计划可以联系我获取更多有关此申请的信息。
- 本人据实签署，否则甘愿以伪证罪接受处罚。这表示，据本人所知，本人在此申请中提供的所有信息均准确、真实且完整。
- 若提供虚假或不实的信息，本人可能会根据州或联邦法律受到处罚。这可能包括需要偿还因该申请而获得的任何服务的费用。

签名

请用正楷填写您的姓名并签署此申请。

代表可以代会员签署此表格，包括会员是未成年人的情况。

会员姓名： _____

会员签名： _____

代表姓名： _____

代表签名： _____ 日期： _____

通过传真提交： 503-416-1376 或电子邮件： hrsncx@careoregon.org

如果您对“灵活服务”有任何疑问、需要帮助填写表格，或希望提出申诉，请致电客户服务部：
971-236-2998，听障或语言障碍人士请拨打 TTY 711。

您可以获得以其他语言、大字体、盲文或您喜欢的格式提供的该文件。您还有权获得由口译员提供的翻译协助。您可以从经认证或合格的医疗保健口译员那里获得帮助。这项帮助是免费的。请拨打您的 CCO 免费电话，听障或语言障碍人士请拨打 TTY 711 进行咨询，或告知您的服务提供方。我们接受中继呼叫。

CareOregon Health Share: 800-224-4840

Columbia Pacific CCO: 855-722-8206

Jackson Care Connect: 855-722-8208

OHP-CO-261185050-SC-0611

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