



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）：_____ Medicaid ID 号码（如已知）：_____

会员法定姓名：_____

其他曾使用姓名（如有）：_____

出生日期（月/日/年）：_____

初级保健提供者姓名：_____

家庭人数：_____ 家庭年度收入：_____

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，曾尝试过使用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：
 设备/物品：请注明品牌、型号、尺寸、颜色及其他相关重要细节。
 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。
 旅店住宿费用：请填写旅店住宿申请清单以及此表的“会员行为准则”部分。
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
	☐ 是 ☐ 否		☐ 是 ☐ 否
	☐ 是 ☐ 否		☐ 是 ☐ 否
	☐ 是 ☐ 否		☐ 是 ☐ 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-0730

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



Hotel Request Checklist (酒店申请检查清单)

最后更新时间：2026 年 5 月

请使用此核对表，确保我们已掌握所有必要信息，以便为您预订酒店。

您的姓名：_____

预订姓名：_____

是否已确认有空房？ ☐ 是 ☐ 否

如果是，确认的日期是？_____

酒店/汽车旅馆名称：_____

酒店/汽车旅馆地址：_____

酒店/汽车旅馆电话号码：_____

入住日期（月/日/年）：_____

预计所需入住天数：

☐ 7 晚 ☐ 4 晚 ☐ 28 晚 ☐ 其他_____

请注意：每次申请预订的最长住宿天数为 28 天。

您是否有 Americans with Disabilities Act (ADA, 美国残疾人法案) 无障碍需求？ ☐ 是 ☐ 否

如果是，请详细说明具体需求：

您是否携带宠物或服务型动物？ ☐ 是 ☐ 否

如果是，请列出动物种类和数量，并注明是否为服务型动物：

酒店是否允许携带动物入住？ ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不清楚

与您/会员同住的人数（总人数）是多少？ _____

（如果仅有您/会员一人，请填写“1”）

如果预订人数超过四人，则需要预订额外的房间。

是否有儿童一起入住？ ☐ 是 ☐ 否

请列出将与您/会员同住的所有其他客人，并说明他们与您/会员的关系。如有未满 18 岁的儿童，请注明其年龄。

需要多少张床，以及什么尺寸？ _____

您是否持有政府签发的身份证件？ ☐ 是 ☐ 否

请注意：没有身份证件，可选酒店将受到限制。

您是否需要吸烟室？ ☐ 是 ☐ 否

所选酒店是否提供吸烟室？ ☐ 是 ☐ 否



Temporary Housing: Member Code of Conduct Form (临时住房：会员行为准则表)

最后更新时间：2026 年 5 月

CareOregon 很乐意为您提供住房选择方面的帮助。我们希望这既能成为您的一次良好体验，也能让您入住的酒店感到满意。因此，当我们为您支付酒店费用时，您必须遵守酒店的所有规定，并尊重酒店工作人员。请您填写此表并在底部签名，以表示同意。

_____（会员姓名）正在获得由 CareOregon 代表 Health Share of Oregon 协调护理组织 (CCO) 提供的临时酒店资助。

会员协议

- 我将遵守所有酒店或汽车旅馆的规定。
- 我理解我需对自己的行为负责，包括对酒店房间造成的损坏。如不遵守规定，我可能会被要求离开酒店或汽车旅馆。
- 我不享有任何居住权主张。
- 我知悉酒店可能限制连续入住的晚数。如果我需要延长入住时间或入住超过申请的天数，我需要重新填写申请表。
- 我理解酒店或汽车旅馆有规定的入住时间；如果我错过入住时间，CareOregon 可能无法为我安排其他酒店或汽车旅馆。

我理解在以下情况下，我可能会被要求离开酒店：

- 我未遵守酒店或汽车旅馆的规定。
- 我骚扰酒店或汽车旅馆的员工或住客。
- 我损坏或威胁损坏酒店或汽车旅馆财产。
- 我从事可能影响员工或住客安全或健康的不安全行为。
- 我通过言语、书面或任何形式的沟通方式伤害或威胁伤害任何员工或住客。
- 我在酒店或汽车旅馆内携带武器。
- 我在酒店或汽车旅馆内使用或威胁使用任何武器。
- 我有过多未经批准的同行人员入住。
- 我携带未经批准的动物 / 宠物 / 服务型动物。
- 我在禁烟房间内吸烟。

请注意：如果您或与您同住的任何人出现上述行为，CareOregon 未来可能无法继续提供新的酒店/汽车旅馆住宿安排。

签名

会员签名：_____ 日期：_____ (月/日/年)

提交表格人员姓名
(如与会员不同)：_____

提交者签名：_____ 日期：_____ (月/日/年)

您可获得以其他语言、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。请致电您的 CCO，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



健康相关收入/预算工作表

最后更新于:2026 年 5 月

请注意：如果您需要的是一次性服务或项目，您可以跳过此工作表。

感谢您提交与健康相关的服务要求。在某些情况下，我们的团队需要更多信息，以确定您的可持续发展计划和您现有的资源。请填写下方表格提供更多信息，以便我们可以确认如何最好地支持您。

请按照预算工作表上的说明完成此部分。

会员信息

会员姓名: _____ 出生日期: _____

会员 ID: _____ 日期: _____

目前地址/居住地方: _____

在目前居住地方的月数/年数: _____

用下表计算您的家庭成员人数

您本人	
您的合法配偶	
您的同居伴侣 (如果您与此人育有 19 岁以下的子女)	
与您同住的子女 (19 岁以下)	
您在联邦所得税申报表中列出的任何人, 即使他们不与您同住	
如果您未满 19 岁, 与您同住的父母、继父母和兄弟姐妹 (同样未满 19 岁)	
在您家庭中有在怀孕的人	
家中孕妇预产期内的婴儿	
家庭成员总数:	

目前住房状况

☐ 自有住房

☐ 无家可归

☐ 租房 (仅一户家庭居住在这地址)

☐ 合租 (与室友或另一户家庭合租) 您的部分为: _____

收入					
收入来源	成人 #1 每月 金额	成人 #2 每 月金额	成人 #3 每 月金额	成人 #4 每 月金额	成人 #5 每 月金额
个人的姓名					
AFDC (TANF)					
兼职/全职工作					
VA 福利					
SSI/SSDI					
失业					
州残疾福利					
寄养收入					
残疾家庭成员福利					
子女抚养费/赡养费					
养老金/退休金					
生意收入					
利息或股息收入					
其他收入					
总计:					

勿将以下这些计入收入:

- 18 岁以下儿童的收入
- 遗产和保险收入
- 学生经济援助
- 医疗费用报销
- 同住护理人员的收入
- 武装部队敌对火力收费
- 补充营养援助计划 (SNAP) 福利

未来三个月的支出

当月支出

房租/房贷	美元		汽车贷款	美元
燃气费	美元		汽车保险	美元
电费	美元		汽油费	美元
水费	美元		家庭用品	美元
垃圾费	美元		食品	美元
电话费	美元		托儿费	美元

下月支出

房租/房贷	美元		汽车贷款	美元
燃气费	美元		汽车保险	美元
电费	美元		汽油费	美元
水费	美元		家庭用品	美元
垃圾费	美元		食品	美元
电话费	美元		托儿费	美元

第三个月的费用

房租/房贷	美元		汽车贷款	美元
燃气费	美元		汽车保险	美元
电费	美元		汽油费	美元
水费	美元		家庭用品	美元
垃圾费	美元		食品	美元
电话费	美元		托儿费	美元

每月总收入 _____ 每月总支出: _____

您是否申报无收入? ☐ 是 ☐ 否

如果是, 您是否有我们可以联系以核实您收入情况的个案经理?

个案工作人员姓名: _____

机构: _____

电邮地址: _____

电话号码: _____

☐ 我允许联系我的个案经理以核实我的收入情况。

☐ 我没有可以核实我收入情况的个案经理/个案工作人员。我声明据我所知, 在这工作表上列出的收入信息真实且完整。

签名: _____

目前财务支出情况

请告诉我们更多关于您目前的财务状况。

是什么原因导致您未能按时支付您的账单?

有计划要增加收入和减少支出

行动		目标日期
1.		
2.		
3.		
4.		
5		

提交表格

您可以自行填写这表格, 也可以在父母、护理员, 或监护人/支持人员/值得信赖的朋友, 或由机构/诊所工作人员的协助下填写。

将填妥的表格传真至:

503-416-1376

收件人:HRS

与您的申请相关的任何文件均应提前发送。以下是两种提交方式:

通过会员门户网站提交

提交文件或查询申请状态的最快方式是通过我们的会员门户网站。这是一个安全的信息交流平台您可以通过台式电脑到我们的网站进入该平台。如果您已有账户, 可以登录, 或按照屏幕上的说明登记。请注意:如果您未满 18 岁则无法自行使用这门户网站。必须由父母或监护人协助您使用。

要进入门户网站, 到 careoregon.org/memberportal

登录后, 按以下步骤上传您的文件:

- 1.进入“信息中心”(Message Center) 并点击“新信息”(New Message)
- 2.点击“添加收件人”(Add recipients) 并选择"Health Related Services Requests"
- 3.在主题栏中添加 HRSN 并使用附件功能将文件附在信息中
- 4.添加任何其他内容并点击“发送”(send)

通过电邮提交

如果您无法到门户网站, 可将文件通过电邮发送至 hsrcx@careoregon.org

如果您有疑问或需要协助填写申请表, 致电客户服务部 971-236-2998 或 TTY (电传打字机) 711。

您可以获取这文件的其他语言版本、大字版、盲文版或您偏好的格式版本。您有权获得一名口译员的协助。您可以获得经认证或具备资质的健康护理口译员的协助。这协助是免费的。请拨打您的 CCO 免费电话、TTY 711, 或告知您的提供者。我们接受中继通话。

针对 CareOregon Health Share:800-224-4840

针对 Columbia Pacific CCO:855-722-8206

针对 Jackson Care Connect:855-722-8208