



靈活服務申請表

最後更新時間：2026 年 5 月

如果您需要空調、空氣淨化器、取暖設備、藥品冷藏設備或發電機，請填寫本[氣候設備申請表](#)

我透過以下組織享受 OHP/Medicaid：



*包括 CareOregon、Kaiser、OHSU 以及 Providence

會員資訊

日期（月/日/年）：_____

會員法定姓名：_____

其他曾使用姓名（如有）：_____

Medicaid ID 號碼（如已知）：_____

出生日期（月/日/年）：_____

初級保健提供者姓名：_____

無障礙需求： 手語 盲文 大字體 口譯員 _____
(請註明語言)

如果您是代會員填寫此表格，請在下方填寫您的詳細資訊：

姓名：_____

與會員的關係：_____ 電話號碼：_____

是否可以就本申請聯絡您（或填寫人）： 是 否

如果您是幫助填寫此申請的醫療服務提供者或個案經理，並且希望接收申請進度更新，請填寫以下資訊：

姓名及聯絡方式：_____

所屬機構：_____ 我是： 個案經理 HRSN 醫療服務提供者

聯絡方式

我們將與您聯絡以討論此申請。您希望我們以什麼方式聯絡您處理此申請？

- 電話（請填寫您的電話號碼）：_____
- 簡訊：_____
- 電子郵件：_____
- 其他：_____
- 請聯絡我的代表討論有關此申請的事宜：
 - 姓名：_____
 - 電話：_____
 - 郵寄地址：_____

我們是否可以聯絡以下人員或組織機構，以協助協調所需的服務： 是 否

- 在您住所進行工作的供應商
- 酒店或住宿設施
- 房東或物業管理方
- 氣候設備安裝服務商

申請資訊

1. 您希望在何時收到該設備/物品或完成付款？_____（月/日/年）
2. 您為何需要該設備/物品或服務？
3. 該設備/物品將幫助您緩解哪些醫療症狀或對應哪些醫學診斷？以及原因是什麼？
4. 您為支付該服務或購買該設備/物品，曾嘗試過哪些其他資助來源或支持管道？

5. 請描述您所需的設備/物品或服務。如果申請為設備/物品，請註明品牌、型號、尺寸、顏色及其他相關重要細節。如果申請為房租或公用事業費用，請註明需支付的月份和/或任何滯納費用，或租賃協議中所包含的公用事業項目：
6. 該設備/物品或服務的總費用是多少？包括運費等任何附加費用。
請注意：每位會員在每個日曆年度內，透過「靈活服務」可獲得的最高資助金額為 1,500 美元。
7. 該設備/物品或款項需要寄送到哪個地址？**請注意：**凡是大於信封尺寸的設備/物品，必須寄送至安全的實際地址，不可使用郵政信箱。
8. 我們應向誰付款？或者從哪裡購買該設備/物品或服務？如適用且可能，請提供相關連結。
9. 「靈活服務」屬於臨時性資金支援；您將採取哪些措施，以便未來能夠支付該設備/物品或服務費用？
10. 您是否曾從我們這裡獲得過該設備/物品或服務？ 是 否
11. 您是否在過去 6 個月內曾從我們這裡獲得過該設備/物品？ 是 否
- 11a. 如果上述兩個問題均為「是」，您再次申請該設備/物品或服務的原因是什麼？
12. 如果您的申請金額超過 1,500 美元，請列出所有家庭成員姓名及其是否擁有 OHP 保險：

姓名	OHP 保險	姓名	OHP 保險
	<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

會員認證與授權

簽署此表即表示本人理解並同意以下事項：

- 如獲核准，本人同意接受上述申請的服務。
- 本人的健康計劃可以聯絡我獲取更多有關此申請的資訊。
- 本人據實簽署，否則甘願以偽證罪接受處罰。這表示，據本人所知，本人在此申請中提供的所有資訊均準確、真實且完整。
- 若提供虛假或不實的資訊，本人可能會根據州或聯邦法律受到處罰。這可能包括需要償還因該申請而獲得的任何服務的費用。

簽名

請用正楷填寫您的姓名並簽署此申請。
代表可以代會員簽署此表格，包括會員是未成年人的情況。

會員姓名：_____

會員簽名：_____

代表姓名：_____

代表簽名：_____ 日期：_____

透過傳真提交：503-416-1376 或電子郵件：hrsncx@careoregon.org

如果您對「靈活服務」有任何疑問、需要幫助填寫表格，或希望提出申訴，請致電客戶服務部：971-236-2998，聽障或語言障礙人士請撥打 TTY 711。

您可以獲得以其他語言、大字體、盲文或您喜歡的格式提供的該文件。您還有權獲得由口譯員提供的翻譯協助。您可以從經認證或合格的醫療保健口譯員那裡獲得幫助。這項幫助是免費的。請撥打您的 CCO 免費電話，聽障或語言障礙人士請撥打 TTY 711 進行諮詢，或告知您的服務提供方。我們接受中繼呼叫。

CareOregon Health Share：800-224-4840

Columbia Pacific CCO：855-722-8206

Jackson Care Connect：855-722-8208

OHP-CO-261185050-TC-0611

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