



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）：_____ Medicaid ID 號碼（如已知）：_____

會員法定姓名：_____

其他曾使用姓名（如有）：_____

出生日期（月/日/年）：_____

初級保健提供者姓名：_____

家庭人數：_____ 家庭年度收入：_____

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，曾嘗試過利用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：
設備/物品：請注明品牌、型號、尺寸、顏色及其他相關重要細節。
房租或公用事業費用：請注明需支付的月份和/或任何滯納費用，或租賃協議中所包含的公用事業項目。
旅店住宿費用：請填寫旅店住宿申請檢核清單以及此表的「會員行為準則」部分。

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
	☐ 是 ☐ 否		☐ 是 ☐ 否
	☐ 是 ☐ 否		☐ 是 ☐ 否
	☐ 是 ☐ 否		☐ 是 ☐ 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-0730

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



Rent & Utility Assistance Checklist (房租及公用事業費援助檢查清單)

最後更新時間：2026 年 5 月

房租援助

請選擇您在房租方面所需的幫助類型。請勾選所有適用項：

- ☐ 當前或未來房租援助
 - 申請的月數：_____
 - 需要支付房租的月份：_____
 - 月租金額：_____
 - 租賃房屋臥室數量：_____
 - 下次付款截止日期：_____
- ☐ 逾期租金援助
 - 逾期未付月數：_____
 - 需要支付的月份：_____
 - 月租金額：_____
 - 應付總金額（含費用）：_____
 - 租賃房屋臥室數量：_____

需要將款項支付給的公司或個人名稱及地址是什麼？
(例如：房東、物業管理方或公用事業公司)

姓名/名稱：_____

地址：_____

請提供任何需要寫在房租支票上的其他資訊，例如帳號、單元號或姓名/名稱：

公用事業費用援助

請選擇您所需的公用事業援助類型。請勾選所有適用項：

☐ 當前或未來公用事業費用援助

- 公用事業類型（請列出所有需要幫助的類型）：

- 申請的月數：_____

- 需要支付的月份：_____

- 每月公用事業費用金額：_____

- 下次付款截止日期：_____

☐ 逾期公用事業費用援助

- 公用事業類型（請列出所有需要幫助的類型）：

- 逾期未付月數：_____

- 需要支付的月份：_____

- 應付總金額（含費用）：_____

☐ 公用事業開通費用

- 公用事業類型（請列出所有需要的幫助）：_____

- 您申請的金額：_____

- 開通日期：_____

附件

請將以下文件作為申請附件提交。如未提供相關文件，處理時間可能會延長。

☐ 租金補助

- 一份載有您姓名的已簽署租賃合同，或租賃合同及住址證明

- 所欠逾期租金的金額證明

- 房東提供的 W9 表格（如申請時可提供）

- 如適用，請提供驅逐通知書

☐ 公用事業費用援助

- 載有您姓名的公用事業帳單

- 如果公用事業帳單上未註明您的姓名，請提交住址證明（例如：租賃協議、官方信件、註明您姓名的其他公用事業帳單、註明當前住址的身分證副本）

- 如適用，請提供公用事業服務停供通知書



Hotel Request Checklist (酒店申請檢查清單)

最後更新時間：2026 年 5 月

請使用此核對表，確保我們已掌握所有必要資訊，以便為您預訂酒店。

您的姓名：_____

預訂姓名：_____

是否已確認有空房？ ☐ 是 ☐ 否

如果是，確認的日期是？_____

酒店/汽車旅館名稱：_____

酒店/汽車旅館地址：_____

酒店/汽車旅館電話號碼：_____

入住日期（月/日/年）：_____

預計所需入住天數：

☐ 7 晚 ☐ 4 晚 ☐ 28 晚 ☐ 其他_____

請注意：每次申請預訂的最長住宿天數為 28 天。

您是否有 Americans with Disabilities Act (ADA，美國殘疾人法案) 無障礙需求？ ☐ 是 ☐ 否

如果是，請詳細說明具體需求：

您是否攜帶寵物或服務型動物？ ☐ 是 ☐ 否

如果是，請列出動物種類和數量，並註明是否為服務型動物：

酒店是否允許攜帶動物入住？ ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不清楚

與您/會員同住的人數（總人數）是多少？_____

（如果僅有您/會員一人，請填寫「1」）

如果預訂人數超過四人，則需要預訂額外的房間。

是否有兒童一起入住？ ☐是 ☐否

請列出將與您/會員同住的所有其他客人，並說明他們與您/會員的關係。如有未滿 18 歲的兒童，請註明其年齡。

需要多少張床，以及什麼尺寸？_____

您是否持有政府簽發的身分證件？ ☐是 ☐否

請注意：沒有身分證件，可選酒店將受到限制。

您是否需要吸菸室？ ☐是 ☐否

所選酒店是否提供吸菸室？ ☐是 ☐否



Temporary Housing: Member Code of Conduct Form (臨時住房：會員行為準則表)

最後更新時間：2026 年 5 月

CareOregon 很樂意為您提供住房選擇方面的幫助。我們希望這既能成為您的一次良好體驗，也能讓您入住的酒店感到滿意。因此，當我們為您支付酒店費用時，您必須遵守酒店的所有規定，並尊重酒店工作人員。請您填寫此表並在底部簽名，以表示同意。

_____ (會員姓名) 正在獲得由 CareOregon 代表 Health Share of Oregon 協調護理組織 (CCO) 提供的臨時酒店資助。

會員協議

- 我將遵守所有酒店或汽車旅館的規定。
- 我理解我需對自己的行為負責，包括對酒店房間造成的損壞。如不遵守規定，我可能會被要求離開酒店或汽車旅館。
- 我不享有任何居住權主張。
- 我知悉酒店可能限制連續入住的晚數。如果我需要延長入住時間或入住超過申請的天數，我需要重新填寫申請表。
- 我理解酒店或汽車旅館有規定的入住時間；如果我錯過入住時間，CareOregon 可能無法為我安排其他酒店或汽車旅館。

我理解在以下情況下，我可能會被要求離開酒店：

- 我未遵守酒店或汽車旅館的規定。
- 我騷擾酒店或汽車旅館的員工或住客。
- 我損壞或威脅損壞酒店或汽車旅館財產。
- 我從事可能影響員工或住客安全或健康的不安全行為。
- 我透過言語、書面或任何形式的溝通方式傷害或威脅傷害任何員工或住客。
- 我在酒店或汽車旅館內攜帶武器。
- 我在酒店或汽車旅館內使用或威脅使用任何武器。
- 我有過多未經核准的同行人員入住。
- 我攜帶未經核准的動物／寵物／服務型動物。
- 我在禁菸房間內吸菸。

請注意：如果您或與您同住的任何人出現上述行為，CareOregon 未來可能無法繼續提供新的酒店/汽車旅館住宿安排。

簽名

會員簽名：_____ 日期：_____
(月/日/年)

提交表格人員姓名
(如與會員不同)：_____

提交者簽名：_____ 日期：_____
(月/日/年)

您可獲得以其他語言、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。請致電您的 CCO，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-261184700-TC-0611



與健康相關收入/預算工作表

最後更新於:2026 年 5 月

請注意：若您需要的是**一次性服務或項目**，您可以跳過此工作表。

感謝您提交與健康相關的服務要求。在某些情況下，我們的團隊需要更多資訊，以確定您的可持續發展計劃和您現有的資源。請填寫下方表格提供更多資訊，以便我們可以確認如何最好地支持您。

請按照預算工作表上的說明完成此部分。

會員資訊感謝您提交與健康相關的服務要求。

會員姓名: _____ 出生日期: _____

會員 ID: _____ 日期: _____

目前地址/居住地方: _____

在目前居住地方的月數/年數: _____

用下表計算您的家庭成員人數

您本人	
您的合法配偶	
您的同居伴侶 (如果您與此人育有 19 歲以下的子女)	
與您同住的子女 (19 歲以下)	
您在聯邦所得稅申報表中列出的任何人, 即使他們不與您同住	
如果您未滿 19 歲, 與您同住的父母、繼父母和兄弟姊妹 (同樣未滿 19 歲)	
在您家中有在懷孕的人	
家中孕婦預產期內的嬰兒	
家庭成員總數:	

目前住房狀況

- ☐ 自有住房
- ☐ 無家可歸
- ☐ 租屋 (僅一戶家庭居住在此地址)
- ☐ 合租 (與室友或另一戶家庭合租) 您的部分為: _____

收入

收入來源	成人 #1 每月金額	成人 #2 每月金額	成人 #3 每月金額	成人 #4 每月金額	成人 #5 每月金額
個人的姓名					
AFDC (TANF)					
兼職/全職工作					
VA 福利					
SSI/SSDI					
失業					
州殘障福利					
寄養收入					
殘障家庭成員福利					
子女扶養費/贍養費					
退休金/退休金					
生意收入					
利息或股息收入					
其他收入					
總計:					

勿將以下這些計入收入:

- 18 歲以下兒童的收入
- 遺產和保險收入
- 學生經濟援助
- 醫療費用報銷
- 同住護理人員的收入
- 武裝部隊敵對火力收費
- 補充營養援助計劃 (SNAP) 福利

未來三個月的支出

當月支出

房租/房貸	美元		汽車貸款	美元
燃氣費	美元		汽车保险	美元
電費	美元		汽油費	美元
水費	美元		家庭用品	美元
垃圾費	美元		食品	美元
電話費	美元		托兒費	美元

下個月的支出

房租/房貸	美元		汽車貸款	美元
燃氣費	美元		汽车保险	美元
電費	美元		汽油費	美元
水費	美元		家庭用品	美元
垃圾費	美元		食品	美元
電話費	美元		托兒費	美元

第三個月的支出

房租/房貸	美元		汽車貸款	美元
燃氣費	美元		汽车保险	美元
電費	美元		汽油費	美元
水費	美元		家庭用品	美元
垃圾費	美元		食品	美元
電話費	美元		托兒費	美元

每月總收入 _____ 每月總支出: _____

您是否申報無收入? ☐ 是 ☐ 否

如果是, 您是否有我們可以聯繫以核實您收入情況的個案經理?

個案工作人員姓名: _____

機構: _____

電郵地址: _____

電話號碼: _____

☐ 我允許聯絡我的個案經理以核實我的收入狀況

☐ 我沒有可以核實我收入狀況的個案經理/個案工作人員。我聲明據我所知, 在這工作表上列出的收入資訊真實且完整。

簽名: _____

目前財務支出狀況

請告訴我們更多關於您目前的財務狀況。
是什麼原因導致您未能按時支付您的帳單？

有計劃要增加收入和減少支出

行動		目標日期
1.		
2.		
3.		
4.		
5		

提交表格

您可以自行填寫這表格, 也可以在父母、護理人員, 或監護人/支持人員/值得信賴的朋友, 或由機構/診所工作人員的協助下填寫。

將填妥的表格傳真至:

503-416-1376

收件者:HRS

與您的申請相關的任何文件應提前發送。以下是兩種提交方式:

透過會員入口網站提交

提交文件或查詢申請狀態的最快方式是透過我們的會員入口網站。這是一個安全的資訊交流平台。您可以透過桌上型電腦到我們的網站進入該平台。如果您已有帳戶, 可以登入, 或依照螢幕上的指示登記。請注意: 如果您未滿 18 歲則無法自行使用此入口網站。必須由父母或監護人協助您使用。

要進入門戶網站, 到 careoregon.org/memberportal

登入後, 按以下步驟上傳您的檔案:

1. 進入資訊中心 (Message Center) 並點擊 "新資訊" (New Message)
2. 點選 "新增收件者" (Add recipients) 並選擇 "Health Related Services Requests"
3. 在主題欄中添加 HRSN 並使用附件功能將文件附在資訊中
4. 添加任何其他內容並點擊 "發送" (Send)

透過電郵提交

如果您無法進入入口網站, 您可以將文件透過電郵發送給我們 hrsncx@careoregon.org

如果您有问题或需要協助填寫申請表, 致電客戶服務部 電話 971-236-2998 或 TTY (電傳打字機) 711。

您可以取得此文件的其他語言版本、大字版、點字版或您偏好的格式版本。您有權利獲得一名口譯員的協助。您可以獲得經認證或具備資格的健康護理口譯員的協助。這協助是免費的。撥打您的 CCO 免費電話, TTY 711, 或告知您的提供者。我們接受中繼通話。

針對 CareOregon Health Share: 800-224-4840

針對 Columbia Pacific CCO: 855-722-8206

針對 Jackson Care Connect: 855-722-8208