



Mẫu Đơn Yêu Cầu Dịch Vụ Linh Hoạt

Cập nhật lần cuối: Tháng 5 năm 2026

Nếu quý vị cần máy điều hòa không khí, máy lọc không khí, máy sưởi, tủ lạnh bảo quản thuốc hoặc máy phát điện, vui lòng xem [Mẫu Đơn Yêu Cầu Thiết Bị Thích Ứng Khí Hậu](#) của chúng tôi.

Tôi có OHP/Medicaid với:



*Bao gồm CareOregon,
Kaiser, OHSU và Providence

Thông tin thành viên

Ngày (mm/dd/yyyy): _____ ID Medicaid (nếu biết): _____

Tên hợp pháp của thành viên: _____

(Các) tên khác đã sử dụng: _____

Ngày sinh (mm/dd/yyyy): _____

Tên của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe chính: _____

Số lượng thành viên trong hộ gia đình: _____ Tổng thu nhập hằng năm của hộ gia đình: _____

Nhu cầu tiếp cận: ☐ Ngôn ngữ ký hiệu ☐ Chữ nổi Braille ☐ Phông chữ lớn

☐ Thông dịch viên (vui lòng liệt kê ngôn ngữ) _____

Nếu quý vị đang điền mẫu đơn này cho một thành viên, vui lòng nhập thông tin của quý vị bên dưới:

Tên: _____

Mối quan hệ với thành viên: _____ Số điện thoại: _____

Tôi cho phép liên hệ với tôi (hoặc người điền mẫu đơn này) về yêu cầu này: ☐ Có ☐ Không

Nếu quý vị là nhà cung cấp dịch vụ hoặc người quản lý hồ sơ đang hỗ trợ yêu cầu này và muốn nhận thông tin cập nhật, vui lòng cung cấp:

Tên và thông tin liên hệ: _____

Tổ chức: _____ Tôi là: ☐ Người quản lý hồ sơ ☐ Nhà cung cấp HRSN

Tiếp cận

Chúng tôi sẽ liên hệ với quý vị để trao đổi về yêu cầu này. Quý vị muốn chúng tôi liên hệ với quý vị về yêu cầu này bằng cách nào?

☐ Gọi điện thoại (vui lòng ghi số điện thoại): _____

☐ Tin nhắn văn bản: _____

☐ Email: _____

☐ Khác: _____

☐ Vui lòng liên hệ với người đại diện của tôi để thảo luận về yêu cầu này.

o Tên: _____

o Điện thoại: _____

o Địa chỉ gửi thư: _____

Quý vị có cho phép chúng tôi liên hệ với những cá nhân hoặc tổ chức sau đây để hỗ trợ điều phối các dịch vụ cần thiết không? ☐ Có ☐ Không

- Các nhà thầu có thể thực hiện công việc tại nhà của quý vị
- Khách sạn hoặc cơ sở lưu trú
- Chủ nhà hoặc đơn vị quản lý bất động sản
- Nhà cung cấp dịch vụ lắp đặt thiết bị thích phó khí hậu

Yêu cầu thông tin

1. Quý vị cần vật phẩm này được giao hoặc được thanh toán trước ngày nào?: _____
(mm/dd/yyyy)

2. Tại sao quý vị cần vật phẩm hoặc dịch vụ này?

3. Vật phẩm này sẽ giúp quý vị đối phó với những triệu chứng hoặc chẩn đoán y khoa nào và bằng cách nào?

4. Quý vị đã cố gắng tiếp cận những nguồn hỗ trợ nào khác để chi trả cho dịch vụ này hoặc mua vật phẩm này?

5. Vui lòng mô tả vật phẩm hoặc dịch vụ quý vị cần:
 Đối với vật dụng: Cung cấp đầy đủ thông tin về thương hiệu, chủng loại, kích cỡ, màu sắc và mọi thông tin quan trọng khác.
 Đối với tiền thuê nhà hoặc chi phí tiện ích: Ghi rõ những tháng cần thanh toán, các khoản phí trả chậm (nếu có) và/hoặc các chi phí tiện ích được bao gồm trong hợp đồng thuê.
 Đối với yêu cầu khách sạn: Hoàn thành Danh sách Kiểm tra Yêu cầu Khách sạn và phần Bộ Quy tắc Ứng xử của Thành viên trong mẫu đơn này.
6. Tổng chi phí của vật phẩm hoặc dịch vụ là bao nhiêu, bao gồm cả các khoản phí bổ sung như phí vận chuyển? **XIN LƯU Ý:** Mỗi thành viên có thể nhận tối đa \$1.500 mỗi năm dương lịch thông qua chương trình Dịch Vụ Linh Hoạt.
7. Địa chỉ giao hàng hoặc địa chỉ nhận thanh toán là gì? **XIN LƯU Ý:** các vật phẩm có kích thước lớn hơn một phong bì cần được gửi đến một địa chỉ thực tế an toàn, không phải hộp thư bưu điện.
8. Chúng tôi sẽ thanh toán cho ai? Hoặc sẽ mua vật phẩm ở đâu? Vui lòng cung cấp liên kết nếu phù hợp và có thể.
9. Dịch Vụ Linh Hoạt chỉ cung cấp hỗ trợ tài chính tạm thời; quý vị đang thực hiện những bước nào để có thể tự chi trả cho vật phẩm hoặc dịch vụ này trong tương lai?
10. Quý vị đã từng nhận vật phẩm hoặc dịch vụ này từ chúng tôi chưa? ☐ Có ☐ Không
11. Quý vị đã nhận vật phẩm này từ chúng tôi trong vòng 6 tháng qua chưa? ☐ Có ☐ Không
- 11a. Nếu cả hai câu trả lời đều là Có, tại sao quý vị lại yêu cầu vật phẩm hoặc dịch vụ này lần nữa?
12. Nếu yêu cầu của quý vị vượt quá \$1.500, vui lòng cung cấp tên của tất cả thành viên trong hộ gia đình và cho biết họ có được bảo hiểm OHP hay không:

Tên	Bảo hiểm OHP	Tên	Bảo hiểm OHP
	☐ Có ☐ Không		☐ Có ☐ Không
	☐ Có ☐ Không		☐ Có ☐ Không
	☐ Có ☐ Không		☐ Có ☐ Không

Xác nhận và ủy quyền của thành viên

Bằng việc ký vào mẫu đơn này, tôi hiểu và đồng ý với những điều sau:

- ☐ Nếu được phê duyệt, tôi đồng ý nhận các dịch vụ tôi đã yêu cầu ở trên.
- ☐ Chương trình bảo hiểm sức khỏe của tôi có thể liên hệ với tôi để biết thêm thông tin về yêu cầu này.
- ☐ Tôi ký tên và sẽ chịu hình phạt về tội khai man. Điều đó có nghĩa là mọi thông tin tôi cung cấp trong yêu cầu này đều đúng sự thật, chính xác và đầy đủ theo hiểu biết tốt nhất của tôi.
- ☐ Nếu tôi cung cấp thông tin sai hoặc không đúng sự thật, tôi có thể phải chịu hình phạt theo luật tiểu bang hoặc liên bang. Điều này có thể bao gồm việc phải trả lại số tiền đã chi cho bất kỳ dịch vụ nào tôi nhận được do yêu cầu này.

Chữ ký

Vui lòng viết in hoa họ tên và ký vào đơn yêu cầu này.

Người đại diện có thể ký thay cho thành viên, bao gồm cả trường hợp thành viên là trẻ vị thành niên.

Tên thành viên: _____

Chữ ký thành viên: _____

Tên người đại diện: _____

Chữ ký người đại diện: _____ Ngày: _____

Nộp qua fax: 503-416-1376 hoặc email: hrsncx@careoregon.org

Nếu quý vị có câu hỏi về Dịch Vụ Linh Hoạt, cần hỗ trợ điền mẫu đơn hoặc muốn nộp khiếu nại, vui lòng gọi bộ phận Dịch Vụ Khách Hàng theo số 971-236-2998, TTY 711.

Quý vị có thể tải xuống tài liệu này bằng ngôn ngữ khác, chữ in lớn, chữ nổi hoặc với định dạng mong muốn. Quý vị cũng có quyền yêu cầu một thông dịch viên. Quý vị có thể nhận được sự trợ giúp từ một thông dịch viên chăm sóc sức khỏe có trình độ hoặc có chứng nhận. Dịch vụ này là miễn phí. Gọi cho CCO của quý vị qua số điện thoại miễn cước, TTY 711 hoặc thông báo cho nhà cung cấp dịch vụ của quý vị.

Chúng tôi chấp nhận các cuộc gọi chuyển tiếp.

Đối với CareOregon Health Share: 800-224-4840

Đối với Columbia Pacific CCO: 855-722-8206

Đối với Jackson Care Connect: 855-722-8208



Hotel Request Checklist (Danh Sách Kiểm Tra Yêu Cầu Lưu Trú Khách Sạn)

Cập nhật lần cuối: Tháng 5 năm 2026

Vui lòng sử dụng danh sách kiểm tra này để đảm bảo chúng tôi có đầy đủ thông tin cần thiết để giúp quý vị đặt phòng khách sạn.

Tên của quý vị: _____

Tên đặt phòng: _____

Quý vị có được xác nhận còn phòng trống không? ☐ Có ☐ Không

Nếu có, ngày xác nhận là khi nào? _____

Tên khách sạn/nhà nghỉ: _____

Địa chỉ khách sạn/nhà nghỉ: _____

Số điện thoại khách sạn/nhà nghỉ: _____

Ngày nhận phòng (tháng/ngày/năm): _____

Dự kiến số ngày cần thiết:

☐ 7 đêm ☐ 4 đêm ☐ 28 đêm ☐ Khác _____

Xin lưu ý: Số ngày tối đa có thể đặt phòng là 28 ngày cho mỗi yêu cầu.

Quý vị có nhu cầu về khả năng tiếp cận theo Americans with Disabilities Act (ADA, Đạo Luật Người Khuyết Tật Hoa Kỳ) không? ☐ Có ☐ Không

Nếu có, vui lòng nêu chi tiết các nhu cầu:

Quý vị có nuôi thú cưng hoặc động vật hỗ trợ nào không? ☐ Có ☐ Không

Nếu có, hãy liệt kê loại và số lượng động vật, và cho biết chúng có phải là động vật hỗ trợ hay không:

Khách sạn có cho phép mang theo thú cưng không? ☐ Có ☐ Không ☐ Không rõ

Tổng cộng có bao nhiêu người sẽ ở chung phòng với quý vị/thành viên đó? _____
(ghi "1" nếu chỉ có quý vị/thành viên)

Nếu có hơn 4 người trong đặt phòng, cần phải đặt thêm một phòng nữa.

Có trẻ em đi cùng không? ☐ Có ☐ Không

Vui lòng liệt kê tất cả những khách khác sẽ ở cùng quý vị/thành viên và mô tả mối quan hệ của họ với quý vị/thành viên. Nếu có trẻ em dưới 18 tuổi, vui lòng ghi rõ tuổi của các em.

Quý vị cần bao nhiêu giường và kích thước như thế nào? _____

Quý vị có thẻ ID do chính phủ cấp không? ☐ Có ☐ Không

Vui lòng lưu ý: việc không có thẻ ID sẽ hạn chế lựa chọn khách sạn của quý vị.

Quý vị có cần phòng hút thuốc không? ☐ Có ☐ Không

Khách sạn đã chọn có phòng hút thuốc không? ☐ Có ☐ Không



Temporary Housing: Member Code of Conduct Form (Nhà Ở Tạm Thời: Mẫu Đơn Bộ Quy Tắc Ứng Xử Dành Cho Thành Viên)

Cập nhật lần cuối: Tháng 5 năm 2026

CareOregon luôn sẵn sàng hỗ trợ quý vị tìm kiếm các lựa chọn về nhà ở. Chúng tôi mong muốn đây sẽ là một trải nghiệm tốt đẹp cho quý vị và khách sạn nơi quý vị lưu trú. Vì vậy, khi chúng tôi thanh toán tiền phòng khách sạn cho quý vị, quý vị cần tuân thủ tất cả các quy định của khách sạn và đối xử với nhân viên khách sạn một cách tôn trọng. Chúng tôi cần quý vị điền vào mẫu đơn và ký tên ở cuối trang để thể hiện sự đồng ý của quý vị.

_____(tên thành viên) đang được CareOregon tài trợ chi phí khách sạn tạm thời thay mặt cho Tổ Chức Chăm Sóc Phối Hợp (CCO) của Health Share of Oregon.

Thỏa thuận của thành viên

- Tôi sẽ tuân thủ tất cả các quy định của khách sạn hoặc nhà nghỉ.
- Tôi hiểu rằng tôi phải chịu trách nhiệm về hành động của mình, bao gồm cả thiệt hại đối với phòng khách sạn. Tôi có thể bị yêu cầu rời khỏi khách sạn hoặc nhà nghỉ nếu không tuân thủ các quy định của họ.
- Tôi không có quyền yêu cầu được cư trú tại đây.
- Tôi biết khách sạn có thể giới hạn số đêm lưu trú liên tiếp của tôi. Nếu tôi cần ở lại lâu hơn thời gian cho phép hoặc nhiều đêm hơn số đêm đã yêu cầu, tôi sẽ cần điền vào một mẫu đơn yêu cầu mới.
- Tôi hiểu rằng khách sạn hoặc nhà nghỉ có giờ nhận phòng nhất định và CareOregon có thể không tìm được khách sạn hoặc nhà nghỉ khác nếu tôi đến muộn hơn giờ nhận phòng.

Tôi hiểu rằng tôi có thể bị yêu cầu rời khỏi khách sạn nếu:

- Tôi không tuân thủ quy định của nhà nghỉ/khách sạn.
- Tôi quấy rối nhân viên hoặc khách của khách sạn hoặc nhà nghỉ.
- Tôi gây thiệt hại hoặc đe dọa gây thiệt hại cho tài sản của khách sạn hoặc nhà nghỉ.
- Tôi thực hiện những hành động không an toàn có thể ảnh hưởng đến sự an toàn hoặc sức khỏe của nhân viên hoặc khách.
- Tôi gây thương tích hoặc đe dọa gây thương tích cho bất kỳ nhân viên hoặc khách nào bằng lời nói, văn bản hoặc hình thức giao tiếp nào.
- Tôi mang vũ khí đến khách sạn hoặc nhà nghỉ.
- Tôi sử dụng hoặc đe dọa sử dụng bất kỳ loại vũ khí nào trong khuôn viên khách sạn hoặc nhà nghỉ.
- Tôi có quá nhiều khách lưu trú cùng mà không được chấp thuận.
- Tôi mang theo động vật/thú cưng/động vật hỗ trợ mà không được chấp thuận.
- Tôi hút thuốc lá trong phòng cấm hút thuốc.

Vui lòng lưu ý: CareOregon có thể không thể cung cấp khách sạn/nhà nghỉ mới cho quý vị hoặc bất kỳ ai lưu trú cùng quý vị trong tương lai nếu quý vị có những hành vi nêu trên.

Chữ ký

Chữ ký của thành viên: _____ Ngày: _____
(tháng/ngày/năm)

Tên người gửi
mẫu đơn (nếu không phải thành viên): _____

Chữ ký người gửi: _____ Ngày: _____
(tháng/ngày/năm)

Quý vị có thể tải xuống tài liệu này bằng ngôn ngữ khác, chữ in lớn, chữ nổi hoặc với định dạng mong muốn. Quý vị cũng có quyền yêu cầu một thông dịch viên. Quý vị có thể nhận được sự trợ giúp từ một thông dịch viên về chăm sóc sức khỏe có trình độ hoặc đủ tiêu chuẩn. Dịch vụ này là miễn phí. Gọi cho CCO, TTY 711 hoặc thông báo cho nhà cung cấp dịch vụ của quý vị. Chúng tôi chấp nhận các cuộc gọi chuyển tiếp.

Đối với CareOregon Health Share: 800-224-4840

Đối với Columbia Pacific CCO: 855-722-8206

Đối với Jackson Care Connect: 855-722-8208

OHP-261184700-VI-0611

Bảng tính Thu nhập/Ngân sách Liên quan đến Sức khỏe

Cập nhật lần gần nhất: Tháng 5 năm 2026

VUI LÒNG LƯU Ý: Có thể bỏ qua phiếu này nếu quý vị đang yêu cầu một dịch vụ hoặc vật tư chỉ được cung cấp một lần.

Cảm ơn quý vị đã gửi một yêu cầu về dịch vụ liên quan đến sức khỏe. Trong một số trường hợp, nhóm của chúng tôi cần thêm thông tin để xác định kế hoạch của quý vị nhằm duy trì lâu dài và các nguồn lực mà quý vị có. Vui lòng điền vào biểu mẫu bên dưới để cung cấp thêm thông tin, giúp chúng tôi xác định cách hỗ trợ quý vị tốt nhất.

Vui lòng hoàn thành phần này bằng cách làm theo những hướng dẫn trên bảng tính ngân sách.

Thông tin hội viên	
Tên hội viên: _____ Ngày sinh: _____	
Mã ID hội viên: _____ Ngày: _____	
Địa chỉ/nơi cư trú hiện tại: _____	
Số tháng/năm cư trú tại địa chỉ hiện tại: _____	
Sử dụng bảng bên dưới để tính số người trong gia đình quý vị	
Bản thân quý vị	
Vợ/chồng hợp pháp của quý vị	
Người bạn đời sống chung (nếu quý vị có con dưới 19 tuổi với người này)	
Con cái (dưới 19 tuổi) sống cùng quý vị	
Bất kỳ người nào khác mà quý vị khai báo trong tờ khai thuế thu nhập liên bang, ngay cả khi họ không sống cùng quý vị.	
Nếu quý vị dưới 19 tuổi, bất kỳ cha mẹ, cha mẹ kế và anh chị em nào (cũng dưới 19 tuổi) sống cùng quý vị	
Bất kỳ người nào đang mang thai trong gia đình quý vị	
Bất kỳ em bé nào sắp được người đang mang thai trong gia đình quý vị sinh ra	
Tổng số người trong hộ gia đình:	
Tình hình nhà ở hiện tại	
☐ Sở hữu nhà của tôi ☐ Vô gia cư ☐ Thuê nhà (chỉ có một hộ gia đình sống tại địa chỉ này) ☐ Chia tiền thuê nhà (với bạn cùng nhà hoặc với hộ gia đình khác) Phần tiền thuê nhà của quý vị là: _____	

Thu nhập					
Nguồn thu nhập	Số tiền mỗi tháng Người trưởng thành #1	Số tiền mỗi tháng Người trưởng thành #2	Số tiền mỗi tháng Người trưởng thành #3	Số tiền mỗi tháng Người trưởng thành #4	Số tiền mỗi tháng Người trưởng thành #5
Tên cá nhân					
AFDC (TANF)					
Việc làm bán thời gian/toàn thời gian					
Các quyền lợi VA					
SSI/SSDI					
Trợ cấp thất nghiệp					
Trợ cấp cho người khuyết tật của tiểu bang					
Thu nhập từ chăm sóc tạm thế (foster care)					
Thành viên trong gia đình là người khuyết tật					
Tiền cấp dưỡng nuôi con/tiền trợ cấp sau ly hôn					
Lương hưu/tiền hưu trí					
Thu nhập kinh doanh					
Thu nhập từ tiền lãi hoặc cổ tức					
Thu nhập khác					
Tổng cộng:					

Không tính những khoản này vào thu nhập:

- Thu nhập của trẻ em dưới 18 tuổi
- Thu nhập từ thừa kế và bảo hiểm
- Hỗ trợ tài chính cho học sinh/sinh viên
- Hoàn trả chi phí y tế
- Thu nhập của người trợ giúp ở cùng nhà
- Phụ cấp của lực lượng vũ trang cho quân nhân gặp nguy hiểm từ hỏa lực thù địch
- Các quyền lợi SNAP

Chi phí cho ba tháng tới

Chi phí cho tháng hiện tại

Tiền thuê nhà/tiền trả góp nhà	\$		Tiền trả góp xe	\$
Khí đốt	\$		Bảo hiểm xe hơi	\$
Điện	\$		Xăng	\$
Nước	\$		Đồ dùng gia đình	\$
Rác	\$		Đồ ăn	\$
Điện thoại	\$		Tiền gửi trả	\$

Chi phí cho tháng tới

Tiền thuê nhà/tiền trả góp nhà	\$		Tiền trả góp xe	\$
Khí đốt	\$		Bảo hiểm xe hơi	\$
Điện	\$		Xăng	\$
Nước	\$		Đồ dùng gia đình	\$
Rác	\$		Đồ ăn	\$
Điện thoại	\$		Tiền gửi trả	\$

Chi phí tháng thứ ba

Tiền thuê nhà/tiền trả góp nhà	\$		Tiền trả góp xe	\$
Khí đốt	\$		Bảo hiểm xe hơi	\$
Điện	\$		Xăng	\$
Nước	\$		Đồ dùng gia đình	\$
Rác	\$		Đồ ăn	\$
Điện thoại	\$		Tiền gửi trả	\$

Tổng thu nhập mỗi tháng _____ Tổng chi phí mỗi tháng: _____

Quý vị có khai báo là mình không có thu nhập không? ☐ Có ☐ Không

Nếu có, quý vị có người quản lý trường hợp mà chúng tôi có thể gọi điện để xác minh thu nhập của quý vị không?

Tên người quản lý trường hợp: _____

Cơ quan: _____

Địa chỉ email: _____

Số điện thoại: _____

- ☐ Tôi cho phép gọi cho người quản lý trường hợp của tôi để xác minh thu nhập của tôi.
- ☐ Tôi không có người quản lý trường hợp/nhân viên phụ trách trường hợp mà có thể xác minh thu nhập của tôi. Tôi xác nhận rằng thu nhập được liệt kê trong bảng tính này là đúng và đầy đủ theo hiểu biết tốt nhất của tôi.

Chữ ký: _____

Chi tiêu tài chính hiện tại

Vui lòng cho chúng tôi biết thêm về tình hình tài chính hiện nay của quý vị.
Nguyên nhân nào khiến quý vị không thể thanh toán các hóa đơn đúng hạn?

Lập kế hoạch để tăng thu nhập và giảm chi phí

Hành động		Ngày mục tiêu
1.		
2.		
3.		
4.		
5		

Gửi các biểu mẫu

Quý vị có thể tự điền thông tin vào biểu mẫu này, hoặc với sự trợ giúp của cha mẹ, người chăm sóc, người giám hộ/người hỗ trợ/người bạn đáng tin cậy, hoặc nhân viên thuộc một tổ chức hoặc phòng khám.

Gửi fax các biểu mẫu đã hoàn thành đến:

503-416-1376

ATTN: HRS

Mọi tài liệu liên quan đến yêu cầu của quý vị cần được gửi trước. Dưới đây là hai cách để gửi giấy tờ:

Gửi qua cổng thông tin hội viên

Cách nhanh nhất để gửi tài liệu hoặc kiểm tra trạng thái yêu cầu của quý vị là thông qua cổng thông tin dành cho hội viên của chúng tôi. Đây là một nền tảng nhắn tin an toàn mà quý vị có thể truy cập thông qua trang web của chúng tôi bằng máy tính để bàn. Quý vị có thể đăng nhập nếu đã có tài khoản, hoặc làm theo hướng dẫn trên màn hình để đăng ký một tài khoản. **Xin lưu ý:** Nếu quý vị chưa đủ 18 tuổi, quý vị không thể tự sử dụng cổng thông tin này. Cha mẹ hoặc người giám hộ phải hỗ trợ quý vị.

Để truy cập cổng thông tin, hãy vào careoregon.org/memberportal

Sau khi đăng nhập, hãy tải lên tài liệu của quý vị bằng cách thực hiện các bước sau:

1. Vào message center (trung tâm tin nhắn) và nhấn "new message" ("tin nhắn mới")
2. Nhấp vào "add recipients" ("thêm người nhận") và chọn "Health Related Services Requests"
3. Thêm HRSN trong dòng tiêu đề và đính kèm (các) file vào tin nhắn bằng tính năng attach file (đính kèm file)
4. Thêm nội dung khác và nhấn "send" ("gửi")

Gửi qua email

Nếu quý vị không thể truy cập cổng thông tin, quý vị có thể gửi các tài liệu cho chúng tôi qua email theo địa chỉ hrsncx@careoregon.org

Nếu quý vị có thắc mắc hoặc cần được hỗ trợ khi điền thông tin vào (các) biểu mẫu yêu cầu, vui lòng gọi cho Bộ phận Dịch vụ Khách hàng theo số 971-236-2998 hoặc TTY 711.

Quý vị có thể nhận được tài liệu này bằng các ngôn ngữ khác, chữ in cỡ lớn, chữ nổi Braille hoặc định dạng mà quý vị muốn. Quý vị cũng có quyền được sử dụng một thông dịch viên. Quý vị có thể nhận được sự trợ giúp từ một thông dịch viên được chứng nhận hoặc đủ tiêu chuẩn trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe. Sự trợ giúp này được cung cấp miễn phí. Hãy gọi cho CCO của quý vị theo số miễn phí,

TTY 711, hoặc thông báo cho nhà cung cấp dịch vụ của quý vị. Chúng tôi chấp nhận cuộc gọi chuyển tiếp.

Để liên lạc với CareOregon Health Share: 800-224-4840

Để liên lạc với Columbia Pacific CCO: 855-722-8206

Để liên lạc với Jackson Care Connect: 855-722-8208