



Housing Request Form (Форма запроса поддержки в вопросах, связанных с жильем)

Последнее обновление: май 2026 г.

Эта программа предназначена для участников с тяжелыми заболеваниями или сложными медицинскими состояниями. При подаче заявки укажите в качестве основного заявителя участника программы ОНР, проживающего в вашем домохозяйстве, у которого имеются наиболее сложные медицинские потребности, особенно если ему меньше 6 лет или больше 65 лет. Мы можем помочь с оплатой аренды и коммунальных услуг, взаимодействуя с вашим арендодателем или направив вас в другие организации и программы, оказывающие поддержку в вопросах, связанных с жильем. Мы также можем помочь повысить безопасность вашего жилья за счет необходимой адаптации помещений.

Заполните эту форму. Отправьте заполненную форму по факсу на номер 503-416-1376 или на адрес электронной почты hsrcx@careoregon.org.

Если вам нужна помощь с заполнением формы, позвоните по телефону 971-236-2998.

Соглашение о запросе услуг

- Да Я обращаюсь в свой план медицинского страхования, чтобы узнать, имею ли я право на
- Нет поддержку в вопросах, связанных с жильем: помощь с сохранением жилья или повышением безопасности моего дома.

Информация об участнике

Идентификационный номер участника программы ОНР/Medicaid (если известен): _____

Дата рождения (мм/дд/гггг): _____ Участнику меньше 18 лет? Да Нет

Если ответ «Да», укажите имя и фамилию лица, с которым следует связываться по любым вопросам или для координации услуг в рамках страхового покрытия, а также кем это лицо приходится участнику:

Имя и фамилия (как указано на карте участника ОНР/Medicaid): _____

Выбранное имя и местоимения: _____

Адрес электронной почты: _____

Имя и фамилия поставщика первичного медицинского обслуживания: _____

Имена и фамилии всех членов вашего домохозяйства и сведения о наличии у них покрытия ОНР:

Имя и фамилия	Есть ли покрытие ОНР	Имя и фамилия	Есть ли покрытие ОНР
	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

Потребности в обеспечении доступности: Жестовый язык Шрифт Брайля Крупный шрифт
 Услуги устного перевода _____
 (укажите язык)

Если вы заполняете эту форму от имени участника, укажите свои данные ниже.

Имя и фамилия: _____

Кем вы приходите участнику: _____ Номер телефона: _____

Со мной (или лицом, заполнившим эту форму) можно связываться по поводу этого запроса:
 Да Нет

Если вы являетесь поставщиком услуг или координатором обслуживания, помогаете с этим запросом и хотите получать информацию, укажите следующие данные:

Имя, фамилия и контактная информация: _____

Организация: _____ Ваша роль: Координатор обслуживания
 Поставщик услуг HRSN

Организация, через которую участник получает покрытие ОНР/Medicaid



* Включая CareOregon, Kaiser, OHSU и Providence

Текущие жилищные условия

Перечисленные ниже обстоятельства могут быть основанием для получения помощи с модификацией жилья для обеспечения здоровья и безопасности. Отметьте все подходящие варианты.

- В настоящее время у меня есть жилье.
- У меня есть заболевание, из-за которого для повышения безопасности моего текущего жилья требуется его модификация.
- В моей жизненной ситуации происходит одно из следующих изменений (отметьте все подходящие варианты):
 - В течение следующих трех месяцев я получу право на участие в программе Medicare в дополнение к ОНР.
 - Я впервые стал(а) участником программы Medicare в дополнение к ОНР не более девяти месяцев назад.
 - Я могу вскоре остаться без постоянного места жительства или потерять жилье.
 - В течение последних 12 месяцев я получал(а) помощь в учреждении психиатрической, психологической или наркологической помощи.
 - Я получаю или ранее получал(а) услуги служб защиты детей (патронатного воспитания) в штате Орегон.
 - Ничего из вышеперечисленного.

Перечисленные ниже обстоятельства могут быть основанием для получения помощи с сохранением текущего жилья, включая помощь с оплатой аренды. Отметьте все подходящие варианты.

- В настоящее время у меня есть жилье.
- Мне нужна помощь, чтобы сохранить текущее жилье.
- У меня есть договор аренды или письменное соглашение с лицом, у которого я арендую жилье (например, с арендодателем).
- Жилье, в котором я проживаю, не принадлежит мне.
- У меня нет необходимых средств или ресурсов, чтобы предотвратить потерю жилья.
- У меня есть заболевание, указанное в следующем разделе.
- Ничего из вышеперечисленного.

Домохозяйство

Предоставьте информацию о своем домохозяйстве. В состав домохозяйства входите вы и/или ваш супруг/супруга либо дети.

Сколько человек проживает в вашем домохозяйстве? _____

Укажите примерный годовой доход вашего домохозяйства до вычета налогов. _____

Проживает ли арендодатель вместе с вами? Да Нет

Если ответ «Да», укажите, какую часть арендной платы он оплачивает. _____

Проживаете ли вы с кем-либо, кто не входит в состав вашего домохозяйства? Да Нет

Если ответ «Да», укажите, какую часть арендной платы оплачивают эти лица. _____

Является ли ваш договор аренды договором субаренды? Да Нет

Работа и доход

Укажите свой текущий статус занятости.

Работа на полную ставку Работа на неполную ставку Пенсия Самозанятость

Нет работы Учеба Не знаю Другое: _____

Получаете ли вы доход из других источников? Да Нет

Если ответ «Да», укажите другие источники вашего ежемесячного дохода.

Заболевания

Да Нет Применимы ли к вам какие-либо из перечисленных ниже пунктов?

Отметьте пункты, которые относятся к вам.

- Тяжелое физическое состояние или заболевание (укажите): _____
 - Серьезное физическое заболевание, которое со временем прогрессирует и/или может представлять угрозу для жизни. Это заболевание требует регулярного лечения, поддержки для сохранения стабильного состояния и/или лечения, направленного на предотвращение дальнейшего ухудшения состояния. Из-за него вам трудно оплачивать жилье. К примерам таких заболеваний относится хроническая болезнь почек, болезнь Паркинсона и диабет, требующий лечения инсулином.
- Тяжелое психическое состояние или заболевание (укажите): _____
 - Серьезное психическое заболевание, которое со временем прогрессирует и/или может представлять угрозу для жизни. Это заболевание требует регулярного лечения, поддержки для сохранения стабильного состояния и/или лечения, направленного на предотвращение дальнейшего ухудшения состояния. Из-за него вам трудно оплачивать жилье. К таким заболеваниям относится, например, биполярное расстройство, шизофрения и большое депрессивное расстройство, если в течение последних 12 месяцев требовалось стационарное лечение.

- Нарушение развития или задержка умственного развития (укажите):

- Трудности с самообслуживанием и выполнением повседневных действий (укажите):

- Жестокое обращение или ненадлежащий уход в настоящее время или в прошлом
- Частые обращения в отделение экстренной помощи или службы помощи в кризисной ситуации
- Беременность в настоящее время или рождение ребенка в течение последних 12 месяцев
- Возраст 65 лет или старше
- Возраст 6 лет или младше

Запрос на поддержку в вопросах, связанных с жильем

Я прошу предоставить следующую поддержку, касающуюся жилья (отметьте все подходящие варианты):

- Помощь с оплатой аренды на срок до шести месяцев, включая текущую или просроченную задолженность по оплате*
- Помощь с оплатой коммунальных услуг на срок до шести месяцев, включая текущую или просроченную задолженность по оплате*
- Оплата подключения коммунальных услуг*
- Оплата расходов на хранение имущества
- Поддержка для арендатора (помощь с получением ресурсов и услуг для лиц, арендующих жилье)
- Помощь с проживанием в гостинице или мотеле (если вы отметили этот вариант, заполните *Hotel Request Checklist (Контрольный список для оформления запроса на гостиницу)*)
- Модификация жилья для обеспечения здоровья и безопасности (укажите, какая именно помощь вам нужна):
 - Установка поручней, пандусов для инвалидного кресла или подходящих ручек выдвижных ящиков
 - Генеральная уборка
 - Устранение вредителей
 - Установка оконных жалюзи
 - Другое: _____

Вы собственник или арендатор жилья? Собственник Арендатор

- Если вы арендатор, получили ли вы согласие арендодателя на соответствующую модификацию жилья? Да Нет

* Если вам нужна такая помощь, заполните *Rent & Utility Assistance Checklist (Контрольный список для получения помощи с оплатой аренды и коммунальных услуг)*.

Даете ли вы нам разрешение связаться с указанными ниже лицами или организациями, чтобы помочь с координацией необходимых вам услуг? Да Нет

- Поставщики услуг, которые могут выполнять работы в вашем доме

- Гостиница или другое место временного проживания
- Арендодатель или компания, управляющая недвижимостью
- Поставщики услуг установки климатического оборудования

Получаете ли вы такие же или аналогичные услуги, как запрошенные выше, в рамках федеральной, местной программы или программы штата, например Housing Assistance Program (НАР, Программа помощи с обеспечением жильем) или программы Housing and Urban Development (HUD, Департамент жилищного строительства и городского развития)?

Да Нет

Если ответ «Да», укажите название программы:

Получаете ли вы подобные услуги по другой программе, которая может обеспечить недостающую помощь без дублирования услуг, запрошенных выше? Да Нет

Предоставьте дополнительную информацию о вашей текущей ситуации. Предоставлять ответы на вопросы ниже необязательно, но они помогут нам понять вашу ситуацию и определить, какая поддержка будет для вас наиболее полезной.

- Получили ли вы уведомление о выселении, которое действительно сейчас? Да Нет
Если ответ «Да», укажите дату выселения. _____
- Назначено ли слушание по делу о вашем выселении? Да Нет
Если ответ «Да», укажите дату слушания. _____
- Получили ли вы уведомление о прекращении предоставления коммунальных услуг, которое действительно сейчас (или вам уже отключили коммунальные услуги)? Да Нет
Если ответ «Да», укажите дату запланированного прекращения предоставления коммунальных услуг. _____
- Случалось ли вам ранее не иметь постоянного места жительства? Да Нет
- Выселяли ли вас из жилья ранее? Да Нет
- Произошли ли недавно изменения в вашей жизненной ситуации, из-за которых вам потребовалась помощь с оплатой аренды или коммунальных услуг, например смерть члена домохозяйства? Да Нет
Если ответ «Да», объясните ситуацию:

Способы информирования

CareOregon свяжется с вами, чтобы обсудить ваш запрос. Укажите, какой способ связи для вас предпочтителен.

По телефону (укажите номер): _____
Можно ли оставить подробное голосовое сообщение по этому вопросу? Да Нет

Через текстовое сообщение (укажите номер, если он отличается от указанного выше):

По электронной почте: _____

Другое: _____

Связаться с представителем:

Имя и фамилия: _____ Телефон: _____

Почтовый адрес: _____

Я хотел(а) бы связаться с координатором медицинского обслуживания, чтобы получить помощь с доступом к дополнительному медицинскому обслуживанию, психиатрической, психологической или наркологической помощи либо контролем заболеваний. Свои потребности я указал(а) ниже.

Подтверждение и согласие участника

Я прошу свой план медицинского страхования определить, имею ли я право на получение поддержки в вопросах, связанных с жильем.

В случае их одобрения я соглашаюсь получить услуги, запрошенные мной выше.

Мой план медицинского страхования может связаться со мной или с моим поставщиком услуг для получения дополнительной информации с помощью электронных средств связи, включая электронную почту и/или текстовые сообщения. Я могу отказаться от получения таких сообщений в любое время.

Сотрудники моего плана медицинского страхования могут изучать мои документы, включая сведения о моих потребностях в медицинском обслуживании. Это также может включать документы, полученные от моих поставщиков медицинских услуг.

Я понимаю, что сотрудники моего плана медицинского страхования свяжутся со мной по поводу этого запроса и могут отказать в его удовлетворении, если предоставленной информации будет недостаточно для обработки запроса.

Подписывая настоящий документ, я подтверждаю, что предупрежден(а) об ответственности за предоставление ложных сведений и что, насколько мне известно, вся информация, предоставленная мной в этом запросе, является правдивой, точной и полной.

Я понимаю, что за предоставление ложной или недостоверной информации я могу понести наказание в соответствии с законодательством штата или федеральным законодательством.

Это может включать обязанность вернуть средства за любые услуги, полученные на основании этого запроса.

- Я соглашаюсь на использование информационных технологий для обмена персональными данными.

Подпись

Подпишите этот запрос.

За участника эту форму может подписать представитель участника, в том числе если участник несовершеннолетний.

Имя и фамилия участника: _____

Подпись участника: _____

Имя и фамилия представителя: _____

Подпись представителя: _____ . Дата: _____

Отправьте заполненную форму по факсу на номер 503-416-1376 или на адрес электронной почты hrsncx@careoregon.org.



Rent & Utility Assistance Checklist (Контрольный список для получения помощи с оплатой аренды и коммунальных услуг)

Последнее обновление: май 2026 г.

Помощь с оплатой аренды

Выберите, какая помощь с оплатой аренды вам необходима. Отметьте все подходящие варианты.

- Помощь с оплатой текущих или предстоящих арендных платежей
 - Количество месяцев, на которые запрашивается помощь: _____
 - Месяцы, за которые необходимо произвести оплату: _____
 - Размер месячной арендной платы: _____
 - Количество спален в арендуемом жилье: _____
 - Дата следующего платежа: _____
- Помощь с погашением задолженности по оплате аренды
 - Количество месяцев, за которые имеется задолженность: _____
 - Месяцы, за которые необходимо произвести оплату: _____
 - Размер месячной арендной платы: _____
 - Общая сумма задолженности, включая сборы: _____
 - Количество спален в арендуемом жилье: _____

Укажите имя и фамилию либо название, а также адрес лица или организации, которым должен быть направлен платеж (например, арендодателя, управляющей компании или компании, предоставляющей коммунальные услуги).

Имя и фамилия / название:

Адрес: _____

Укажите ниже всю дополнительную информацию, которую необходимо включить в чек для оплаты аренды, например номер счета, номер квартиры/блока или имя/название.

Помощь с оплатой коммунальных услуг

Выберите, какая помощь с оплатой коммунальных услуг вам необходима. Отметьте все подходящие варианты.

- Помощь с оплатой текущих или предстоящих коммунальных платежей
 - Вид коммунальных услуг (укажите все виды услуг, с оплатой которых вам нужна помощь): _____
 - Количество месяцев, на которые запрашивается помощь: _____
 - Месяцы, за которые необходимо произвести оплату: _____
 - Сумма ежемесячного платежа за коммунальные услуги: _____
 - Дата следующего платежа: _____

- Помощь с погашением задолженности по оплате коммунальных услуг
 - Вид коммунальных услуг (укажите все виды услуг, с оплатой которых вам нужна помощь): _____
 - Количество месяцев, за которые имеется задолженность: _____
 - Месяцы, за которые необходимо произвести оплату: _____
 - Общая сумма задолженности, включая сборы: _____

- Оплата подключения коммунальных услуг
 - Вид коммунальных услуг (укажите все виды услуг, с подключением которых вам нужна помощь): _____
 - Запрашиваемые суммы: _____
 - Дата подключения: _____

Документы, которые необходимо приложить

Приложите к запросу указанные ниже документы. Если необходимые документы не будут предоставлены, обработка запроса может занять больше времени.

- Для получения помощи с оплатой аренды
 - Подписанный договор аренды, в котором указано ваше имя и фамилия, либо договор аренды вместе с документом, подтверждающим адрес проживания
 - Документ, подтверждающий сумму задолженности по арендной плате
 - Заполненная арендодателем форма W9, если она доступна на момент подачи запроса
 - Уведомление о выселении, если такое уведомление было направлено

- Для получения помощи с оплатой коммунальных услуг
 - Счета за коммунальные услуги, в которых указано ваше имя и фамилия
 - Если в счете за коммунальные услуги не указано ваше имя и фамилия, предоставьте документ, подтверждающий адрес проживания (например, договор аренды,

официальное письмо, другой счет за коммунальные услуги с вашим именем и фамилией или копию удостоверения личности с текущим адресом).

- Уведомление о прекращении предоставления коммунальных услуг, если такое уведомление было направлено



Hotel Request Checklist (Контрольный список для оформления запроса на гостиницу)

Последнее обновление: май 2026 г.

Заполните этот контрольный список, чтобы мы получили всю информацию, необходимую для бронирования для вас номера в гостинице.

Ваше имя и фамилия: _____

Имя и фамилия, которые должны быть указаны при бронировании:

Подтверждено ли наличие свободного номера? Да Нет

Если ответ «Да», укажите дату подтверждения. _____

Название гостиницы/мотеля: _____

Адрес гостиницы/мотеля: _____

Номер телефона гостиницы/мотеля: _____

Дата заезда (мм/дд/гггг): _____

Примерная продолжительность проживания:

7 ночей 4 ночи 28 ночей Другое: _____

Обратите внимание: по одному запросу можно забронировать проживание не более чем на 28 дней.

Есть ли у вас потребности в обеспечении доступности в соответствии с Americans with Disabilities Act (ADA, Закон о защите прав граждан США с инвалидностью)? Да Нет

Если ответ «Да», подробно укажите, какая помощь или средства поддержки вам необходимы.

Есть ли у вас домашние животные или животные-помощники? Да Нет

Если ответ «Да», укажите вид и количество животных, а также уточните, являются ли какие-либо из них животными-помощниками.

Допускается ли размещение с животными в гостинице? Да Нет Неизвестно

Сколько всего человек будет проживать в номере вместе с вами / участником? _____
(Укажите «1», если в номере будете проживать только вы/участник.)

При бронировании более чем для четырех человек необходимо будет заказать дополнительный номер.

Будут ли среди постояльцев дети? Да Нет

Укажите имена и фамилии всех остальных постояльцев, которые будут проживать вместе с вами/участником, а также укажите, кем они приходятся вам/участнику. Если среди постояльцев есть дети младше 18 лет, укажите их возраст.

Сколько кроватей необходимо и какого размера они должны быть? _____

Есть ли у вас удостоверение личности, выданное государственным органом? Да Нет

Обратите внимание: при отсутствии удостоверения личности некоторые варианты размещения могут быть недоступны.

Нужен ли вам номер, в котором разрешено курение? Да Нет

Есть ли в выбранной гостинице свободные номера, в которых разрешено курение? Да Нет



Temporary Housing: Member Code of Conduct Form (Временное размещение: форма согласия соблюдать правила поведения для участников)

Последнее обновление: май 2026 г.

CareOregon с радостью поможет вам с временным размещением. Нам важно, чтобы вы остались довольны своим проживанием, а гостиница — нашим сотрудничеством. Если мы оплачиваем ваш номер, вы обязаны соблюдать все правила гостиницы и уважительно относиться к персоналу. Чтобы подтвердить согласие с этими условиями, заполните данную форму и поставьте внизу подпись.

_____ (укажите имя и фамилию участника)
получает от CareOregon финансирование временного проживания в гостинице от имени Health Share of Oregon, организации координированного обслуживания (ССО).

Подтверждение согласия участника

- Я обязуюсь соблюдать все правила гостиницы или мотеля.
- Я понимаю, что несу ответственность за свои действия, включая возможный ущерб гостиничному номеру. Если я не буду соблюдать правила гостиницы или мотеля, меня могут попросить выехать.
- Я понимаю, что временное проживание в гостинице или мотеле не предоставляет права постоянного проживания.
- Мне известно, что гостиница может ограничивать количество ночей подряд, в течение которых я могу в ней проживать. Если мне потребуется остаться дольше разрешенного срока или на большее количество ночей, чем было указано в моем запросе, мне нужно будет подать новую форму запроса.
- Я понимаю, что в гостинице или мотеле установлено определенное время заезда и если я не прибуду к этому времени, CareOregon может не иметь возможности подобрать для меня другую гостиницу или мотель.

Я понимаю, что меня могут попросить выехать из гостиницы, если:

- я нарушу правила гостиницы или мотеля;
- я буду оскорблять, запугивать или притеснять сотрудников либо постояльцев;
- я поврежу имущество гостиницы или мотеля либо буду угрожать его повредить;
- я совершу небезопасные действия, которые могут создать угрозу здоровью или безопасности сотрудников либо постояльцев;

- я причиню вред сотрудникам или постояльцам либо буду угрожать причинить им вред в устной, письменной или иной форме;
- я принесу оружие в гостиницу или мотель;
- я использую оружие или буду угрожать его применением на территории гостиницы или мотеля;
- со мной будут проживать люди, пребывание которых не было согласовано заранее;
- со мной будут находиться животные, в том числе домашние животные или животные-помощники, пребывание которых не было согласовано заранее;
- я буду курить сигареты в номере, где курение запрещено.

Обратите внимание: если вы или кто-либо из проживающих с вами лиц совершите одно из перечисленных выше действий, CareOregon может не иметь возможности предоставить вам размещение в другой гостинице или мотеле в будущем.

Подпись

Подпись участника: _____ Дата: _____
(мм/дд/гггг)

Имя и фамилия лица, подающего форму, если ее подает не участник: _____

Подпись лица, подающего форму: _____ Дата: _____
(мм/дд/гггг)

Этот документ можно получить на других языках, крупным шрифтом, шрифтом Брайля или в другом удобном формате. Кроме того, вы имеете право запросить услуги устного переводчика. Вы можете получить помощь дипломированного или квалифицированного устного переводчика, специализирующегося в области медицины. Эти услуги предоставляются бесплатно. Позвоните в свою организацию ССО, на линию ТTY 711 или сообщите о такой необходимости своему поставщику услуг. Мы принимаем звонки через службу коммутируемых сообщений.

Телефон CareOregon Health Share: 800-224-4840

Телефон Columbia Pacific ССО: 855-722-8206

Телефон Jackson Care Connect: 855-722-8208