



# Housing Request Form (住房申请表)

最后更新时间: 2026 年 5 月

本计划面向患有复杂医疗状况的会员。在申请时, 请使用您家庭中医疗状况最复杂的 OHP 会员进行申请, 尤其是未满 6 岁或 65 岁以上的成员。我们可能能够提供房租及公用事业费用方面的支持, 协助您与房东沟通, 或为您连接其他住房资源。我们也可能通过居家改造等方式, 协助提升您居住环境的安全性。

请完整填写本表格中的信息。通过传真提交: 503-416-1376 或电子邮件: [hsrcx@careoregon.org](mailto:hsrcx@careoregon.org)  
如您需要协助填写本表格, 请致电 971-236-2998 寻求帮助。

## 服务申请协议

是 我正在向我的健康计划申请帮助, 以确定本人是否符合住房支持资格, 用于帮助我维持住房  
 否 或改善居家安全。

## 会员信息

OHP/Medicaid 号码 (如已知): \_\_\_\_\_

出生日期 (月/日/年): \_\_\_\_\_ 该会员是否未满 18 岁?  是  否

如是, 请提供在处理本福利相关问题或协调事项时应联系的人员姓名及其与您的关系:

\_\_\_\_\_

姓名 (与 OHP/Medicaid 卡一致): \_\_\_\_\_

所选姓名及代名词: \_\_\_\_\_

电子邮件: \_\_\_\_\_

初级保健提供者姓名: \_\_\_\_\_

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
	<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

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

我通过以下组织享受 OHP/Medicaid:



\*包括 CareOregon、Kaiser、OHSU 以及 Providence

## 当前状况

以下情况可能使您有资格获得居家健康与安全改造方面的支持。请勾选所有适用于您的选项:

- 我目前有住房
- 我存在健康状况, 需要对现有住房进行安全改造
- 我正在经历以下一种生活变化: (请勾选所有适用项)
  - 我将在接下来的三个月内符合 Medicare 和 OHP 的资格
  - 我在前九个月内首次同时投保了 Medicare 和 OHP
  - 我可能很快会无家可归或失去住房
  - 我在过去 12 个月内曾在心理健康或物质使用康复机构接受治疗
  - 我目前或过去曾参与俄勒冈州儿童福利服务 (寄养系统)
  - 以上都不是

以下情况可能使您有资格获得维持现有住房的支持，例如房租补助。请勾选所有适用于您的选项：

- 我目前有住房
- 我需要帮助以维持目前的住房
- 我与向我出租住房的人（例如房东）签有租赁合同或书面协议
- 我没有自己的房子
- 我缺乏用于避免无家可归的资源或支持
- 我患有下一部分所列的健康状况
- 以上都不是

### 家庭情况

请提供以下关于您家庭的信息。您的家庭包括您本人及/或您的配偶或子女。

您的家庭共有几口人？ \_\_\_\_\_

您的家庭预计年度总收入（税前）是多少？ \_\_\_\_\_

房东是否与您同住？  是  否

如果是，房东承担的房租比例是多少？

您是否与非家庭成员同住？  是  否

如果是，他们承担的房租比例是多少？ \_\_\_\_\_

您的租赁协议是否为转租？  是  否

### 工作与收入

您目前的工作状况如何？

全职受雇       兼职受雇       退休       自营职业

失业       学生       不清楚       其他 \_\_\_\_\_

您是否有其他收入来源？  是  否

如果是，您的其他每月收入来源有哪些？

## 健康状况

- 是  
 否
- 在以下列出的状况中，您是否符合任何状况？

请勾选所有适用项：

- 复杂身体健康状况（请具体说明）：\_\_\_\_\_
- 一种持续进展且/或可能危及生命的严重身体健康状况。该状况需要定期治疗、支持以维持病情稳定，和/或进行治疗以防止病情恶化。该健康状况可能导致难以承担住房费用。示例包括慢性肾病、帕金森病及需胰岛素治疗的糖尿病。
- 复杂行为健康状况（请具体说明）：\_\_\_\_\_
- 一种持续进展且/或可能危及生命的严重行为健康状况。该状况需要定期治疗、支持以维持病情稳定，和/或进行治疗以防止病情恶化。该健康状况可能导致难以承担住房费用。示例包括：双相情感障碍、精神分裂症，以及在过去 12 个月内因重度抑郁症需要住院治疗的情况。
- 发育障碍或智力障碍（请具体说明）：\_\_\_\_\_
- 自我照料及日常生活活动能力受限（请具体说明）：\_\_\_\_\_
- 曾经或目前遭受虐待或忽视
- 频繁使用急诊室或危机干预服务
- 目前怀孕或过去 12 个月内有过分娩
- 65 岁或以上
- 6 岁或以下

## 住房支持申请

我申请以下住房支持（请勾选所有适用选项）：

- 协助支付最多六个月的房租，包括当前或拖欠的房租\*
- 协助支付最多六个月的公用事业费用，包括当前或拖欠的费用\*
- 公用事业开通费用\*
- 仓储费用
- 租户支持服务（协助租客获取相关资源与服务）
- 酒店/汽车旅馆住宿支持（如勾选此项，请填写 *Hotel Request Checklist*（酒店申请检查清单））
- 为健康与安全目的进行的住宅改造（请具体说明并描述具体需求）：
- 加装扶手、轮椅坡道或抽屉把手
  - 深度清洁
  - 除虫服务
  - 安装窗帘/百叶窗
  - 其他：\_\_\_\_\_

您是自有住房还是租房？

自有  租房

- 如果您是租房，是否已获得房东对这些改动的批准？  是  否

\*如需协助，请填写 *Rent & Utility Assistance Checklist*（房租及公用事业费援助检查清单）。

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

您是否正在通过地方、州或联邦资助计划（如 Department of Housing and Urban Development（HUD，住房与城市发展部）或 Housing Assistance Program（HAP，住房援助计划））接受与上述申请相同或类似的服务？  是  否

如果是，请说明：

您是否正在通过其他计划接受类似服务，且该服务用于补充而非重复您上述申请的服务？ 是  否

请分享有关您当前状况的更多信息。以下问题为可选择性回答问题，但将有助于我们确定如何更好地满足您的需求。

• 您目前是否收到驱逐通知？  是  否

如果是，驱逐的日期是？ \_\_\_\_\_

• 您目前是否有已安排的驱逐听证会？  是  否

如果是，听证会的日期是？ \_\_\_\_\_

• 您目前是否收到公用事业服务停供通知，或您的公用事业服务已被中断？  是  否

如果是，公用事业服务将于何时被中断？ \_\_\_\_\_

• 您以前是否有过无家可归的经历？  是  否

• 您以前是否被驱逐过？  是  否

• 最近是否发生了导致您需要房租或公用事业费支持的情况变化，例如家庭成员去世？  是  否

如果是，请说明：

## 联系方式

CareOregon 将与您联系以讨论此申请。您希望我们以什么方式联系您？

电话（请填写一个电话号码）：\_\_\_\_\_

是否可以就此申请留下详细的语音留言： 是  否

短信（如与上述号码不同，请填写电话号码）：\_\_\_\_\_

电子邮件：\_\_\_\_\_

其他：\_\_\_\_\_

联系我的代表：

姓名：\_\_\_\_\_ 电话：\_\_\_\_\_

邮寄地址：\_\_\_\_\_

我希望联系护理协调员，以获取更多医疗护理、行为健康服务，或协助管理我的健康状况。我已在下方列出了我的需求：

## 会员确认与批准

- 本人希望本人的健康计划评估我是否符合住房支持资格
- 如获批准，本人同意接受上述申请的服务
- 我的健康计划可以通过电子通信方式（包括电子邮件和/或短信）联系我或我的服务提供者 获取更多信息，并且我可随时取消订阅。  
我的健康计划可能会查阅我的医疗记录。其中包括与我的护理需求相关的记录。这可能还包括本人医疗保健提供者提供的记录。
- 我理解我的健康计划将就此申请与我联系，并且如果我未提供足够信息以完成审核，可能会拒绝该申请。
- 本人据实签署，否则甘愿以伪证罪接受处罚；这意味着据本人所知，本人在此申请中提供的所有信息均准确、真实且完整。
- 如果我提供虚假或不实信息，可能会依据州法律或联邦法律受到处罚。  
这可能包括需要退还因本申请而获得的任何服务的费用。
- 我同意以信息技术方式进行个人数据的共享与传输。

## 签名

请在此申请表上签名。

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](mailto:hrsncx@careoregon.org)



# Rent & Utility Assistance Checklist (房租及公用事业费援助检查清单)

最后更新时间：2026 年 5 月

## 房租援助

请选择您在房租方面所需的帮助类型。请勾选所有适用项。

- 当前或未来房租援助
  - 申请的月数： \_\_\_\_\_
  - 需要支付房租的月份： \_\_\_\_\_
  - 月租金额： \_\_\_\_\_
  - 租赁房屋卧室数量： \_\_\_\_\_
  - 下次付款截止日期： \_\_\_\_\_
- 逾期租金援助
  - 逾期未付月数： \_\_\_\_\_
  - 需要支付的月份： \_\_\_\_\_
  - 月租金额： \_\_\_\_\_
  - 应付总金额（含费用）： \_\_\_\_\_
  - 租赁房屋卧室数量： \_\_\_\_\_

需要将款项支付给的公司或个人名称及地址是什么？  
（例如：房东、物业管理方或公用事业公司）

姓名/名称： \_\_\_\_\_

地址： \_\_\_\_\_

请提供任何需要写在房租支票上的其他信息，例如账号、单元号或姓名/名称：

## 公用事业费用援助

请选择您所需的公用事业援助类型。请勾选所有适用项：

当前或未来公用事业费用援助

- 公用事业类型（请列出所有需要帮助的类型）：  
\_\_\_\_\_

- 申请的月数：\_\_\_\_\_

- 需要支付的月份：\_\_\_\_\_

- 每月公用事业费用金额：\_\_\_\_\_

- 下次付款截止日期：\_\_\_\_\_

逾期公用事业费用援助

- 公用事业类型（请列出所有需要帮助的类型）：  
\_\_\_\_\_

- 逾期未付月数：\_\_\_\_\_

- 需要支付的月份：\_\_\_\_\_

- 应付总金额（含费用）：\_\_\_\_\_

公用事业开通费用

- 公用事业类型（请列出所有需要的帮助）：\_\_\_\_\_

- 您申请的金额：\_\_\_\_\_

- 开通日期：\_\_\_\_\_

## 附件

请将以下文件作为申请附件提交。如未提供相关文件，处理时间可能会延长。

租金补助

- 一份载有您姓名的已签署租赁合同，或租赁合同及住址证明

- 所欠逾期租金的金额证明

- 房东提供的 W9 表格（如申请时可提供）

- 如适用，请提供驱逐通知书

公用事业费用援助

- 载有您姓名的公用事业账单

- 如果公用事业账单上未注明您的姓名，请提交住址证明（例如：租赁协议、官方信件、注明您姓名的其他公用事业账单、注明当前住址的身份证复印件）

- 如适用，请提供公用事业服务停供通知书



# 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

