



Housing Request Form (住房申請表)

最後更新時間：2026 年 5 月

本計劃面向患有複雜醫療狀況的會員。在申請時，請使用您家庭中醫療狀況最複雜的 OHP 會員進行申請，尤其是未滿 6 歲或 65 歲以上的成員。我們可能能夠提供房租及公用事業費用方面的支持，協助您與房東溝通，或為您連接其他住房資源。我們也可能透過居家改造等方式，協助提升您居住環境的安全性。

請完整填寫本表格中的資訊。透過傳真提交：503-416-1376 或電子郵件：hsrcnx@careoregon.org
如您需要協助填寫本表格，請致電 971-236-2998 尋求幫助。

服務申請協議

- 是 我正在向我的健康計劃申請幫助，以確定本人是否符合住房支持資格，用於幫助我維持住房
- 否 或改善居家安全。

會員資訊

OHP/Medicaid ID 號碼（如知曉）：

出生日期（月/日/年）：_____ 該會員是否未滿 18 歲？ 是 否

如是，請提供在處理本福利相關問題或協調事項時應聯絡的人員姓名及其與您的關係：

姓名（與 OHP/Medicaid 卡一致）：_____

所選姓名及代名詞：_____

電子郵件：_____

初級保健提供者姓名：_____

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

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

我透過以下組織享受 OHP/Medicaid：



*包括 CareOregon、Kaiser、
OHSU 以及 Providence

當前狀況

以下情況可能使您有資格獲得居家健康與安全改造方面的支持。請勾選所有適用於您的選項：

- 我目前有住房
- 我存在健康狀況，需要對現有住房進行安全改造
- 我正在經歷以下一種生活變化：（請勾選所有適用項）
 - 我將在接下來的三個月內符合 Medicare 和 OHP 的資格
 - 我在前九個月內首次同時投保了 Medicare 和 OHP
 - 我可能很快會無家可歸或失去住房
 - 我在過去 12 個月內曾在心理健康或物質使用康復機構接受治療
 - 我目前或過去曾參與俄勒岡州兒童福利服務（寄養系統）
 - 以上都不是

以下情況可能使您有資格獲得維持現有住房的支持，例如房租補助。請勾選所有適用於您的選項：

- 我目前有住房
- 我需要幫助以維持目前的住房
- 我與向我出租住房的人（例如房東）簽有租賃合同或書面協議
- 我沒有自己的房子
- 我缺乏用於避免無家可歸的資源或支持
- 我患有下一部分所列的健康狀況
- 以上都不是

家庭情況

請提供以下關於您家庭的資訊。您的家庭包括您本人及/或您的配偶或子女。

您的家庭共有幾口人？_____

您的家庭預計年度總收入（稅前）是多少？_____

房東是否與您同住？ 是 否

如果是，房東承擔的房租比例是多少？

您是否與非家庭成員同住？ 是 否

如果是，他們承擔的房租比例是多少？_____

您的租賃協議是否為轉租？ 是 否

工作與收入

您目前的工作狀況如何？

全職受僱 兼職受僱 退休 自僱

失業 學生 不清楚 其他 _____

您是否有其他收入來源？ 是 否

如果是，您的其他每月收入來源有哪些？

健康狀況

- 是
 否
- 在以下列出的狀況中，您是否符合任何狀況？

請勾選所有適用項：

- 複雜身體健康狀況（請具體說明）：_____
- 一種持續進展且/或可能危及生命的嚴重身體健康狀況。該狀況需要定期治療、支持以維持病情穩定，和/或進行治療以防止病情惡化。該健康狀況可能導致難以承擔住房費用。示例包括慢性腎病、帕金森病及需胰島素治療的糖尿病。
- 複雜行為健康狀況（請具體說明）：_____
- 一種持續進展且/或可能危及生命的嚴重行為健康狀況。該狀況需要定期治療、支持以維持病情穩定，和/或進行治療以防止病情惡化。該健康狀況可能導致難以承擔住房費用。示例包括：雙相情感障礙、精神分裂症，以及在過去 12 個月內因重度抑鬱症需要住院治療的情況。
- 發育障礙或智力障礙（請具體說明）：_____
- 自我照料及日常生活活動能力受限（請具體說明）：_____
- 曾經或目前遭受虐待或忽視
- 頻繁使用急診室或危機干預服務
- 目前懷孕或過去 12 個月內有過分娩
- 65 歲或以上
- 6 歲或以下

住房支持申請

我申請以下住房支持（請勾選所有適用選項）：

- 協助支付最多六個月的房租，包括當前或拖欠的房租*
- 協助支付最多六個月的公用事業費用，包括當前或拖欠的費用*
- 公用事業開通費用*
- 倉儲費用
- 租戶支持服務（協助租客獲取相關資源與服務）
- 酒店/汽車旅館住宿支持（如勾選此項，請填寫 *Hotel Request Checklist*（酒店申請檢查清單））
- 為健康與安全目的進行的居家改造（請具體說明並描述具體需求）：
- 加裝扶手、輪椅坡道或抽屜把手
 - 深度清潔
 - 除蟲服務
 - 安裝窗簾/百葉窗
 - 其他：_____

您是自有住房還是租房？ 自有 租房

- 如果您是租房，是否已獲得房東對這些改動的核准？ 是 否

*如需協助，請填寫 *Rent & Utility Assistance Checklist*（房租及公用事業費援助檢查清單）。

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

您是否正在透過地方、州或聯邦資助計劃（如 Department of Housing and Urban Development（HUD，住房與城市發展部）或 Housing Assistance Program（HAP，住房援助計劃））接受與上述申請相同或類似的服務？ 是 否

如果是，請說明：

您是否正在透過其他計劃接受類似服務，且該服務用於補充而非重複您上述申請的服務？ 是 否

請分享有關您當前狀況的更多資訊。以下問題為可選擇性回答問題，但將有助於我們確定如何更好地滿足您的需求。

• 您目前是否收到驅逐通知？ 是 否

如果是，驅逐的日期是？_____

• 您目前是否有已安排的驅逐聽證會？ 是 否

如果是，聽證會的日期是？_____

• 您目前是否收到公用事業服務停供通知，或您的公用事業服務已被中斷？ 是 否

如果是，公用事業服務將於何時被中斷？_____

• 您以前是否有過無家可歸的經歷？ 是 否

• 您以前是否被驅逐過？ 是 否

• 最近是否發生了導致您需要房租或公用事業費支持的情況變化，例如家庭成員去世？ 是 否

如果是，請說明：

聯絡方式

CareOregon 將與您聯絡以討論此申請。您希望我們以什麼方式聯絡您？

電話（請填寫一個電話號碼）：_____

是否可以就此申請留下詳細的語音留言： 是 否

簡訊（如與上述號碼不同，請填寫電話號碼）：_____

電子郵件：_____

其他：_____

聯絡我的代表：

姓名：_____ 電話：_____

郵寄地址：_____

我希望聯絡護理協調員，以獲取更多醫療護理、行為健康服務，或協助管理我的健康狀況。我已在下方向列出了我的需求：

會員確認與核准

- 本人希望本人的健康計劃評估我是否符合住房支持資格
- 如獲核准，本人同意接受上述申請的服務
- 我的健康計劃可以透過電子通信方式（包括電子郵件和/或簡訊）聯絡我或我的服務提供者獲取更多資訊，並且我可隨時取消訂閱。
我的健康計劃可能會查閱我的醫療紀錄。其中包括與我的護理需求相關的紀錄。這可能還包括本人醫療保健提供者提供的紀錄。
- 我理解我的健康計劃將就此申請與我聯絡，並且如果我未提供足夠資訊以完成審核，可能會拒絕該申請。
- 本人據實簽署，否則甘願以偽證罪接受處罰；這意味著據本人所知，本人在此申請中提供的所有資訊均準確、真實且完整。
- 如果我提供虛假或不實資訊，可能會依據州法律或聯邦法律受到處罰。
這可能包括需要退還因本申請而獲得的任何服務的費用。
- 我同意以資訊技術方式進行個人資料的共用與傳輸。

簽名

請在此申請表上簽名。

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



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