



Housing Request Form (Mẫu Đơn Yêu Cầu Hỗ Trợ Nhà Ở)

Cập nhật lần cuối: Tháng 5 năm 2026

Chương trình này dành cho các thành viên có bệnh lý phức tạp. Khi đăng ký, hãy sử dụng Thành viên OHP trong hộ gia đình có tình trạng sức khỏe phức tạp nhất, đặc biệt là những người dưới 6 tuổi hoặc trên 65 tuổi. Chúng tôi có thể hỗ trợ quý vị về tiền thuê nhà và dịch vụ tiện ích, liên lạc với chủ nhà hoặc kết nối quý vị với các nguồn lực nhà ở khác. Chúng tôi cũng có thể nâng cao mức độ an toàn cho ngôi nhà của quý vị bằng cách cải tạo nhà ở.

Vui lòng điền đầy đủ thông tin vào mẫu đơn này. Gửi qua fax: 503-416-1376 hoặc email:

hrrncx@careoregon.org

Nếu quý vị cần trợ giúp điền vào mẫu đơn này, vui lòng gọi số 971-236-2998.

Thỏa thuận về yêu cầu dịch vụ

- Có Tôi đang yêu cầu chương trình bảo hiểm sức khỏe của tôi trợ giúp để xem tôi có đủ điều kiện nhận hỗ trợ nhà ở hay không, nhằm giúp tôi duy trì chỗ ở hoặc nâng cao mức độ an toàn cho ngôi nhà.
- Không

Thông tin thành viên

Số ID OHP/Medicaid (nếu biết): _____

Ngày sinh (mm/dd/yyyy): _____ Thành viên đó có dưới 18 tuổi không? Có không

Nếu có, vui lòng cung cấp tên người cần liên hệ để giải đáp thắc mắc hoặc phối hợp về các quyền lợi và mối quan hệ của họ với quý vị:

Tên (như hiển thị trên thẻ OHP/Medicaid): _____

Tên và danh xưng lựa chọn: _____

Email: _____

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

Tên của tất cả các thành viên trong hộ gia đình và họ có bảo hiểm OHP hay không:

Tên	Bảo hiểm OHP	Tên	Bảo hiểm OHP
	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không

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

Thông dịch viên _____
(vui lòng ghi rõ 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

Tôi có OHP/Medicaid với:



*Bao gồm CareOregon, Kaiser, OHSU và Providence

Tình hình hiện tại

Các tình hình dưới đây có thể giúp quý vị đủ điều kiện nhận hỗ trợ cải tạo nhà ở nhằm đảm bảo sức khỏe và an toàn. Vui lòng chọn tất cả đáp án phù hợp với quý vị:

- Hiện tại tôi đang có nhà ở
- Tình trạng sức khỏe của tôi đòi hỏi phải thay đổi điều kiện nhà ở hiện tại để đảm bảo an toàn
- Tôi đang trải qua ít nhất một trong những thay đổi sau đây trong cuộc sống: (chọn tất cả đáp án phù hợp)
 - Tôi sẽ đủ điều kiện tham gia Medicare ngoài OHP trong 3 tháng tới
 - Tôi đã ghi danh tham gia Medicare ngoài OHP lần đầu tiên cách đây không quá 9 tháng
 - Tôi có thể sớm trở thành người vô gia cư hoặc mất nhà ở
 - Tôi đã được chăm sóc tại một cơ sở điều trị sức khỏe tâm thần hoặc phục hồi chức năng trong 12 tháng qua
 - Tôi đã tham gia các dịch vụ phúc lợi trẻ em (nhận nuôi tạm thời) ở Oregon hiện tại hoặc trong quá khứ
 - Không thuộc trường hợp nào nêu trên

Các trường hợp dưới đây có thể giúp quý vị đủ điều kiện nhận hỗ trợ để duy trì chỗ ở hiện tại, chẳng hạn như hỗ trợ tiền thuê nhà. Vui lòng chọn tất cả đáp án phù hợp với quý vị:

- Hiện tại tôi đang có nhà ở
- Tôi cần trợ giúp để được ở lại chỗ ở hiện tại
- Tôi có hợp đồng thuê nhà hoặc thỏa thuận bằng văn bản với người cho thuê (ví dụ: chủ nhà)
- Tôi không sở hữu nhà của mình
- Tôi không có nguồn lực để ngăn chặn tình trạng vô gia cư
- Tình trạng sức khỏe của tôi được liệt kê ở phần tiếp theo
- Không thuộc trường hợp nào nêu trên

Hộ gia đình

Vui lòng chia sẻ những thông tin sau về hộ gia đình quý vị. Hộ gia đình của quý vị bao gồm quý vị và/hoặc vợ/chồng hoặc con cái của quý vị.

Gia đình quý vị có bao nhiêu người? _____

Ước tính thu nhập hàng năm trước thuế của hộ gia đình quý vị là bao nhiêu? _____

Chủ nhà có sống cùng quý vị không? Có Không

Nếu có, chủ nhà của quý vị trả bao nhiêu phần trăm tiền thuê nhà?

Quý vị có sống chung với ai không phải là thành viên trong gia đình mình không? Có Không

Nếu có, họ trả bao nhiêu phần trăm tiền thuê nhà? _____

Hợp đồng thuê nhà của quý vị có phải là hợp đồng cho thuê lại không? Có Không

Việc làm và thu nhập

Tình trạng công việc hiện tại của quý vị như thế nào?

Làm việc toàn thời gian Làm việc bán thời gian. Đã nghỉ hưu Tự kinh doanh

Thất nghiệp Sinh viên Tôi không biết Khác _____

Quý vị có nguồn thu nhập nào khác không? Có Không

Nếu có, các nguồn thu nhập hàng tháng khác của quý vị là gì?

Tình trạng sức khỏe

- Có Các tình trạng nào dưới đây phù hợp với quý vị?
 Không

Vui lòng chọn (các) ô phù hợp:

- Tình trạng sức khỏe thể chất phức tạp (vui lòng nêu rõ): _____
- Một tình trạng sức khỏe thể chất nghiêm trọng, ngày càng trở nặng và/hoặc có thể đe dọa đến tính mạng. Tình trạng này cần được điều trị thường xuyên, trợ giúp để duy trì ổn định và/hoặc điều trị để tránh trở nặng. Tình trạng này khiến việc chi trả tiền nhà trở nên khó khăn. Một số ví dụ bao gồm bệnh thận mạn tính, bệnh Parkinson và bệnh đái tháo đường phụ thuộc insulin.
- Tình trạng sức khỏe tâm thần phức tạp (vui lòng nêu rõ): _____
- Một tình trạng sức khỏe tâm thần nghiêm trọng, ngày càng trở nặng và/hoặc có thể đe dọa đến tính mạng. Tình trạng này cần được điều trị thường xuyên, trợ giúp để duy trì ổn định và/hoặc điều trị để tránh trở nặng. Tình trạng này khiến việc chi trả tiền nhà trở nên khó khăn. Một số ví dụ bao gồm rối loạn lưỡng cực, tâm thần phân liệt và rối loạn trầm cảm nặng cần điều trị nội trú trong vòng 12 tháng qua.
- Khuyết tật phát triển hoặc khuyết tật trí tuệ (vui lòng nêu rõ): _____
- Khó khăn trong việc tự chăm sóc bản thân và các hoạt động hàng ngày (vui lòng nêu rõ): _____
- Trải qua tình trạng bị lạm dụng hoặc bỏ bê, hiện tại hoặc trong quá khứ
- Thường xuyên sử dụng dịch vụ cấp cứu hoặc xử lý khủng hoảng
- Hiện đang mang thai hoặc đã sinh con trong vòng 12 tháng qua
- 65 tuổi trở lên
- 6 tuổi trở xuống

Yêu cầu hỗ trợ nhà ở

Tôi xin yêu cầu hỗ trợ nhà ở như sau (vui lòng chọn tất cả đáp án phù hợp):

- Hỗ trợ thanh toán tiền thuê nhà trong tối đa 6 tháng, bao gồm cả tiền thuê nhà hiện tại hoặc quá hạn*
- Hỗ trợ thanh toán hóa đơn dịch vụ tiện ích trong tối đa 6 tháng, bao gồm cả tiền dịch vụ tiện ích hiện tại hoặc quá hạn*
- Phí thiết lập dịch vụ tiện ích*
- Phí thuê kho lưu trữ
- Hỗ trợ người thuê nhà (giúp tiếp cận các nguồn lực và dịch vụ dành cho người thuê nhà)
- Hỗ trợ về phòng khách sạn/nhà nghỉ (nếu quý vị chọn ô này, vui lòng hoàn thành *Danh Sách Kiểm Tra Yêu Cầu Lưu Trú Khách Sạn*)
- Cải tạo nhà ở vì lý do sức khỏe và an toàn (vui lòng nêu rõ và mô tả yêu cầu cụ thể):
- Thêm tay vịn, đường dốc cho xe lăn hoặc tay nắm ngăn kéo
 - Tổng vệ sinh
 - Diệt trừ các loài gây hại
 - Lắp đặt rèm cửa sổ
 - Khác: _____

Quý vị sở hữu nhà hay thuê nhà? Sở hữu Thuê nhà

- Nếu quý vị thuê nhà, quý vị có được chủ nhà cho phép thực hiện những thay đổi này không? Có Không

**Nếu cần trợ giúp, vui lòng hoàn thành Rent & Utility Assistance Checklist (Danh Sách Kiểm Tra Hỗ Trợ Tiền Thuê Nhà và Dịch Vụ Tiện Ích).*

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 ứng phó khí hậu

Quý vị có đang nhận được (các) dịch vụ giống hoặc tương tự như yêu cầu nêu trên từ một chương trình do địa phương, tiểu bang hoặc liên bang tài trợ, ví dụ như Department of Housing and Urban Development (HUD, Bộ Phát Triển Nhà Ở và Đô Thị Hoa Kỳ) hoặc Housing Assistance Payments (HAP, Khoản Thanh Toán Trợ Cấp Nhà Ở) không? Có Không

Nếu có, vui lòng nêu rõ:

Quý vị có đang nhận được (các) dịch vụ tương tự thông qua chương trình khác nhằm bổ sung cho phần còn thiếu và không trùng lặp với (các) dịch vụ quý vị yêu cầu ở trên không? Có Không

Vui lòng chia sẻ thêm thông tin về hoàn cảnh hiện tại của quý vị. Các câu hỏi dưới đây là không bắt buộc nhưng sẽ giúp chúng tôi xác định cách tốt nhất để hỗ trợ nhu cầu của quý vị.

- Quý vị hiện có nhận được thông báo trực xuất khỏi nhà không? Có Không
Nếu có, ngày trực xuất khỏi nhà là ngày nào? _____
- Hiện tại quý vị có lịch cho phiên điều trần về việc trực xuất không? Có Không
Nếu có, ngày diễn ra phiên điều trần là khi nào? _____
- Hiện tại quý vị có nhận được thông báo cắt dịch vụ tiện ích hoặc dịch vụ tiện ích của quý vị có bị cắt không? Có Không
Nếu có, khi nào dịch vụ tiện ích của quý vị sẽ bị cắt? _____
- Quý vị có từng trải qua hoàn cảnh vô gia cư không? Có Không
- Quý vị có từng bị trực xuất khỏi nhà không? Có Không
- Gần đây hoàn cảnh của quý vị có sự thay đổi nào dẫn đến việc cần hỗ trợ tiền thuê nhà hoặc dịch vụ tiện ích, chẳng hạn như người thân trong gia đình qua đời không? Có Không
Nếu có, vui lòng giải thích:

Liên hệ

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

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

Có thể để lại tin nhắn thoại chi tiết về yêu cầu này: Có Không

Tin nhắn văn bản (nếu khác ở trên, vui lòng ghi số điện thoại): _____

Email: _____

Khác: _____

Liên hệ với người đại diện của tôi:

Tên: _____ Điện thoại: _____

Địa chỉ gửi thư: _____

Tôi muốn kết nối với điều phối viên chăm sóc để được hỗ trợ thêm trong việc tiếp cận dịch vụ chăm sóc y tế, nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe hành vi hoặc quản lý các bệnh lý phức tạp. Tôi đã liệt kê những nhu cầu của mình bên dưới:

Xác nhận và chấp thuận của thành viên

- Tôi muốn chương trình bảo hiểm sức khỏe của tôi xác định xem tôi có đủ điều kiện nhận hỗ trợ nhà ở hay không
- Nếu được phê duyệt, tôi đồng ý nhận các dịch vụ tôi đã yêu cầu ở trên
- Chương trình bảo hiểm y tế của tôi có thể liên hệ với tôi hoặc nhà cung cấp của tôi để biết thêm thông tin thông qua phương tiện liên lạc điện tử bao gồm email và/hoặc tin nhắn văn bản và tôi có thể hủy đăng ký bất cứ lúc nào.
Chương trình bảo hiểm sức khỏe của tôi có thể xem xét hồ sơ của tôi. Điều này bao gồm hồ sơ về nhu cầu chăm sóc của tôi. Trong đó cũng có thể bao gồm hồ sơ từ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của tôi.
- Tôi hiểu rằng chương trình bảo hiểm sức khỏe của tôi sẽ liên hệ với tôi về yêu cầu này và có thể từ chối yêu cầu nếu tôi không cung cấp đủ thông tin để xử lý.
- Tôi chịu trách nhiệm trước pháp luật về lời khai của mình, 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 lệch hoặc không chính xác, tôi có thể phải chịu hình phạt theo luật tiểu bang hoặc liên bang.
Điều này có thể bao gồm việc phải hoàn trả tiền cho mọi dịch vụ tôi nhận được theo yêu cầu này.
- Tôi đồng ý với việc sử dụng các phương thức công nghệ thông tin để chia sẻ dữ liệu cá nhân.

Chữ ký

Vui lòng ký vào yêu cầu này.

Người đại diện có thể ký vào mẫu đơn này thay cho thành viên, bao gồm trường hợp thành viên đó là trẻ vị thành niên.

Tên thành viên: _____

Chữ ký thành viên: _____

Tên người đại diện: _____

Chữ ký người đại diện: _____ Ngày: _____

Gửi qua fax: 503-416-1376 hoặc email: hsrcx@careoregon.org



Rent & Utility Assistance Checklist

(Danh Sách Kiểm Tra Hỗ Trợ Tiền Thuê Nhà và Dịch Vụ Tiện Ích)

Cập nhật lần cuối: Tháng 5 năm 2026

Hỗ trợ tiền thuê nhà

Vui lòng chọn loại hỗ trợ quý vị cần liên quan đến tiền thuê nhà. Chọn tất cả đáp án phù hợp:

- Hỗ trợ chi trả tiền thuê nhà hiện tại hoặc tương lai
 - Số tháng theo yêu cầu: _____
 - Các tháng quý vị cần thanh toán: _____
 - Tiền thuê nhà hàng tháng: _____
 - Số phòng ngủ trong căn nhà cho thuê: _____
 - Ngày đến hạn thanh toán tiếp theo: _____
- Hỗ trợ thanh toán tiền thuê nhà quá hạn
 - Số tháng quá hạn: _____
 - Các tháng quý vị cần thanh toán: _____
 - Tiền thuê nhà hàng tháng: _____
 - Tổng số tiền phải trả, bao gồm cả phí: _____
 - Số phòng ngủ trong căn nhà cho thuê: _____

Tên và địa chỉ của công ty hoặc cá nhân cần nhận thanh toán là gì?
(ví dụ: chủ nhà, người quản lý bất động sản, công ty dịch vụ tiện ích)

Tên: _____

Địa chỉ: _____

Vui lòng cung cấp thêm bất kỳ thông tin nào cần được ghi trên séc tiền thuê nhà, chẳng hạn như số tài khoản, số căn hộ hoặc tên:

Hỗ trợ tiền dịch vụ tiện ích

Vui lòng chọn loại hỗ trợ quý vị cần liên quan đến dịch vụ tiện ích. Chọn tất cả đáp án phù hợp:

- Hỗ trợ tiền dịch vụ tiện ích hiện tại hoặc tương lai
 - o Loại dịch vụ tiện ích (liệt kê tất cả các loại quý vị cần trợ giúp):

 - o Số tháng theo yêu cầu: _____
 - o Các tháng quý vị cần thanh toán: _____
 - o Số tiền thanh toán dịch vụ tiện ích hàng tháng: _____
 - o Ngày đến hạn thanh toán tiếp theo: _____
- Hỗ trợ thanh toán tiền dịch vụ tiện ích quá hạn
 - o Loại dịch vụ tiện ích (liệt kê tất cả các loại quý vị cần trợ giúp):

 - o Số tháng quá hạn: _____
 - o Các tháng quý vị cần thanh toán: _____
 - o Tổng số tiền phải trả, bao gồm cả phí: _____
- Phí thiết lập dịch vụ tiện ích
 - o Loại dịch vụ tiện ích (liệt kê tất cả các loại quý vị cần trợ giúp): _____
 - o Số tiền quý vị yêu cầu: _____
 - o Ngày thiết lập: _____

Tài liệu đính kèm

Vui lòng đính kèm các tài liệu sau vào yêu cầu của quý vị. Nếu quý vị không đính kèm những tài liệu này, quá trình xử lý có thể mất nhiều thời gian hơn.

- Hỗ trợ tiền thuê nhà
 - o Hợp đồng thuê nhà có chữ ký của quý vị, hoặc hợp đồng thuê nhà và giấy tờ chứng minh địa chỉ
 - o Giấy tờ chứng minh số tiền thuê nhà quá hạn còn nợ
 - o W9 từ chủ nhà, nếu có tại thời điểm yêu cầu
 - o Thông báo trục xuất khỏi nhà, nếu có.
- Hỗ trợ tiền dịch vụ tiện ích
 - o Hóa đơn dịch vụ tiện ích có tên quý vị
 - Nếu hóa đơn dịch vụ tiện ích không có tên quý vị, hãy gửi giấy tờ chứng minh địa chỉ (ví dụ: hợp đồng thuê nhà, thư từ chính thức, hóa đơn tiện ích khác có tên quý vị, bản sao giấy tờ tùy thân có địa chỉ hiện tại)
 - o Thông báo cắt dịch vụ tiện ích, nếu có



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