



营养服务申请表

最后更新于:2026 年 7 月

这计划专为患有复杂健康状况的会员设立。申请时，请使用您家庭中医疗状况最复杂的 OHP 会员的信息，尤其是 6 岁以下或 65 岁以上的会员。

我们也许能够帮助您满足食物和健康方面的需求。我们提供的服务包括与营养师会面、获得为您特别准备的餐食，以及学习更多健康饮食知识。

请填写完整表格。传真至 503-416-1376 或发送电邮至 hrsncx@careoregon.org
如果您需要帮助填写此表，请致电 971-236-2998。

服务申请协意

☐ 是 我正在向我的健康计划寻求帮助，以了解我是否符合获得营养支持的资格。
☐ 否

会员信息

OHP/Medicaid ID # (如已知) _____

出生日期（月月/日日/年年年年）：_____ 会员是否未满 18 岁？ ☐ 是 ☐ 否

如果是，请提供处理任何问题或协调福利事宜的联系人员姓名，以及其与您的关系：

姓名（与 OHP/Medicaid 卡上显示的一致）：_____

惯用姓名和代词：_____ 电邮：_____

初级保健医生姓名：_____

家庭人数：_____ 家庭年度收入：_____

您家庭中所有成员的姓名，以及他们是否有 OHP 保险：

姓名	OHP 保险	姓名	OHP 保险
	☐ 是 ☐ 否		☐ 是 ☐ 否
	☐ 是 ☐ 否		☐ 是 ☐ 否
	☐ 是 ☐ 否		☐ 是 ☐ 否

无障碍需求： ☐ 手语 ☐ 盲文 ☐ 大字版 ☐ 口译员 _____
(请列出语言)

如果您是会员填写此表，请在下方填写您的详细信息：

姓名：_____

与会员的关系：_____ 电话号码：_____

可以就此申请联系我 (或填写此表的人)： ☐ 是 ☐ 否

如果您是协助此申请的服务提供者或个案经理，并希望收到最新进展，请包括：

姓名和联系方式：_____

机构：_____ 我是一位：☐ 个案经理 ☐ HRSN 提供者

我的 OHP/Medicaid 承保机构为：



*包括 CareOregon、Kaiser、
OHSU 和 Providence

当前情况

以下情况可能使您符合获得营养支持的资格。请勾选所有适用方框。

我已经与注册营养师 (RDN) 或初级保健提供者 (PCP) 会面，并制定了营养护理计划。 ☐ 是 ☐ 否

☐ 我正在经历以下至少一种生活变化：(请勾选所有适用的)

- ☐ 我将在未来三个月内符合 Medicare 和 Oregon Health Plan 的资格
- ☐ 我首次加入 Medicare 和 Oregon Health Plan 的时间还不到九个月
- ☐ 我目前无家可归
- ☐ 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康复机构接受护理

- ☐ 我现在或过去曾在 Oregon 参与儿童福利服务 (寄养)
- ☐ 我在过去 12 个月内从监狱、拘留中心、俄勒冈州青少年管理局 (Oregon Youth Authority) 设施或监狱获释
- ☐ 我在 Oregon Health Plan 中被指定为有特殊医疗需求的青年成人 (Young Adult with Special Health Care Needs, YSHCN) 身份
- ☐ 以上皆不是

美国家庭食物安全调查模块

请回答以下问题。

1. “(我/我们) 买的食物不够吃, 而 (我/我们) 没有钱再买更多”。

在过去 12 个月中, 这种情况是 :

- ☐ 经常属实 ☐ 有时属实 ☐ 从不属实 ☐ 不知道/拒绝回答

2. “(我/我们) 负担不起均衡膳食”。

在过去 12 个月中, 这种情况是 :

- ☐ 经常属实 ☐ 有时属实 ☐ 从不属实 ☐ 不知道/拒绝回答

3. 在过去 12

个月中, 您和/或您家庭中的其他成年人是否曾减少每餐份量? 是否因没有足够的钱买食物而不进餐?

- ☐ 是 ☐ 否/我不知道 (跳至问题 5)

3a.如果上题回答“是”, 这种情况多久发生一次?

- ☐ 几乎每个月 ☐ 有些月份发生, 但不是每个月
☐ 只有 1 或 两 个月 ☐ 我不知道

4. 在过去 12 个月中, 您是否曾因没有足够的钱买食物而吃得更少?

- ☐ 是 ☐ 否 ☐ 我 不知道

5. 在过去 12 个月中, 您是否曾因没有足够的钱买食物而挨饿?

- ☐ 是 ☐ 否 ☐ 我 不知道

健康状况

☐ 是
☐ 否

下列的任何状况是否适用？

请勾选适用的方框(可多选)：

- ☐ 复杂的身体健康状况 (请说明)：_____
- 一种严重的身体健康状况，会持续恶化和/或可能危及生命。它需要定期治疗、帮助保持稳定，和/或接受治疗以避免恶化。这状况会使吃得健康变得困难。有些例子包括慢性肾脏病、帕金森氏症和胰岛素依赖型糖尿病。
- ☐ 复杂的行为健康状况 (请说明)：_____
- 一种严重的行为健康状况，会持续恶化和/或可能危及生命。它需要定期治疗、帮助保持稳定，和/或接受治疗以避免恶化。这状况会使吃得健康变得困难。有些例子包括双相情感障碍、精神分裂症，以及过去 12 个月内需要住院护理的重度抑郁障碍。
- ☐ 发育或智力障碍 (请说明)：_____
- ☐ 自我照护和日常活动有困难 (请说明)：_____
- ☐ 曾有受虐待或忽视的经历
- ☐ 经常使用急诊科或危机服务
- ☐ 目前怀孕或在过去 12 个月内分娩
- ☐ 65 岁或以上
- ☐ 6 岁以下儿童

营养支持申请

您可以申请营养教育和/或下列一项营养服务。

营养教育有助于正在申请资格的 OHP 会员了解如何选择健康的食物和饮品。该服务可与其他营养服务一同申请，也可以单独申请。

您是否要申请营养教育？ ☐ 是 ☐ 否

请选择下列一项营养服务 (会员不能同时获得医疗定制餐、水果和蔬菜福利以及食品储备福利)：

- ☐ 医疗定制餐
- ☐ 水果和蔬菜食品箱（可送货上门或在指定场所领取）
- ☐ 水果和蔬菜卡（在特定杂货店和授权场所使用）
- ☐ 食品储备食品箱（可送货上门或在指定场所领取）

☐ 食品储备卡（在特定杂货店和授权场所使用）

☐ 以上皆不选择，我仅申请营养教育

如果您选择了水果和蔬菜卡或食品储备卡，请选择您获得此项福利的方式：

(如果您可以可靠地使用电子卡，选择“电子卡”。否则，选择“实体卡”。)

☐ 电子卡

☐ 实体卡

您是否因文化、过敏，和/或医疗需要而有饮食需求？请说明：

如果会员是婴儿，他们是否需要婴儿食品 (尚未准备好吃固体食物)？ ☐ 是 ☐ 否

您目前是否因健康状况而无法准备餐食？ ☐ 是 ☐ 否

您最近是否因营养不良曾住院或健康状况恶化？ ☐ 是 ☐ 否

您现在居住的地方是否提供餐食？ ☐ 是 ☐ 否

您目前是否正在获得相同或类似的帮助？ ☐ 是 ☐ 否

如果是，请说明您提出这申请的原因：

医疗定制餐

您是否希望被转介给注册营养师进行评估？ ☐ 是 ☐ 否

医疗专业人员是否建议您使用医疗定制餐？ ☐ 是 ☐ 否

您是否已经接受过评估？(医疗定制餐需要评估。)

☐ 是 ☐ 否

如果是，为您进行评估的提供者姓名是什么？

您是否有需要特定饮食的医疗状况？ ☐ 是 ☐ 否

如果是，请说明

水果和蔬菜以及食品储备

我能够安全储存食材 ☐ 是 ☐ 否

我有可以安全准备食物的地方 ☐ 是 ☐ 否

水果和蔬菜以及食品储备福利要求每位家庭成员各自提交一份个人申请。您家庭中的其他成员是否也会提交申请？

☐ 是 ☐ 否

如果是，请列出他们的姓名，以便我们高效处理申请：

如果您选择水果和蔬菜食品箱或食品储备食品箱，请提供配送地址以及食品箱递送的任何具体配送说明：

如果您选择水果和蔬菜食品箱或食品储备食品箱，您是否有安全区域可供食品箱配送？请说明：

您最近是否因您的状况去过医院或

急诊部门？ ☐ 是 ☐ 否

如果您正在申请医疗定制餐，请填写配送地址、任何具体配送说明，以及您希望获得餐食的时长(例如几周或几个月)。

审核并批准申请需要 2-4 周。这个时间范围是否会危及您？ ☐ 是 ☐ 否

如果会，请在下方告诉我们。如果情况紧急，我们可以尝试更快处理此申请。

外联

我们会联系您以讨论此申请。您希望我们如何联系您？

☐ 电话 (请列出您的电话号码) : _____

☐ 短信 (如果与上方不同，列出电话号码) : _____

☐ 电邮 : _____

☐ 其他 : _____

☐ 请联系我的代表以讨论此申请:

○ 姓名 : _____

○ 电话 : _____

○ 邮寄地址 : _____

会员确认和批准

- ☐ 我希望我的健康计划确认我是否符合获得营养支持的资格。
- ☐ 如果获得批准，我同意接受我所申请的服务。
- ☐ 我的健康计划可以 通过电子通信, 包括电邮和/或短信, 联系我或我的提供者，以获取更多信息；我可以随时取消订阅。
我的健康计划可以查看我的记录。这包括有关我护理需求的记录。也可能包括我的医疗服务提供者的记录。
- ☐ 我理解我的健康计划会就此申请联系我。我也理解，如果我没有提供足够的信息来处理申请，我的申请可能会被拒绝。
- ☐ 据我所知，我在此申请中提供的所有信息均真实、正确且完整。
- ☐ 如果我提供虚假或错误信息，我可能会面临州或联邦法律的处罚。
这可能包括必须偿还因此申请而获得任何服务的费用。
- ☐ 我同意使用信息技术方式分享个人数据。
- ☐ 如果我不符合食品储备福利资格，我同意接受水果和蔬菜福利的筛查。

签名

请签署此申请。

一名代表可以为会员签署此表格，包括如果会员为未成年人。

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 或电邮：hrsncx@careoregon.org

您可以取得此文件的其他语言、大字版、盲文或您偏好的格式。您也有权获得口译员服务。您可以从经认证或合格的医疗口译员处获得帮助。这帮助是免费的。致电您的 CCO、TTY (电传打字机) 711, 或告知您的提供者。我们接受中继通话。

CareOregon Health Share: 800-224-4840

Columbia Pacific CCO: 855-722-8206

Jackson Care Connect: 855-722-8208