



營養服務申請表格

最新的更新於:2026 年 7 月

這計劃專為患有複雜健康狀況的會員設立。申請時，請使用您家庭中醫療狀況最複雜的 OHP 會員的信息，尤其是 6 歲以下或 65 歲以上的會員。

我們也許能夠幫助您滿足食物和健康方面的需求。我們提供的服務包括與營養師會面、獲得為您特別準備的餐食，以及學習更多健康飲食知識。

請填寫完整表格。傳真至 503-416-1376 或發送電子郵件至 hrsncx@careoregon.org
如果您需要幫助填寫此表，請致電 971-236-2998。

服務申請協意

- ☐ 是 我正在向我的健康計劃尋求幫助，以瞭解我是否符合獲得營養支持的資格。
- ☐ 否

會員資訊

OHP/Medicaid ID # (如已知) _____

出生日期（月/日/年）：_____ 會員是否未滿 18 歲？ ☐ 是 ☐ 否

如果是，請提供處理任何問題或協調福利事宜的聯繫人員姓名，以及其與您的關係：

姓名（與 OHP/Medicaid 上顯示的姓名一致）：_____

慣用姓名和代詞：_____

電子郵件：_____ 初級保健醫生姓名：_____

家庭人數：_____ 家庭年度收入：_____

您家庭中所有成員的姓名，以及他們是否有 OHP 保險：

姓名	OHP 保險	姓名	OHP 保險
	☐ 是 ☐ 否		☐ 是 ☐ 否
	☐ 是 ☐ 否		☐ 是 ☐ 否
	☐ 是 ☐ 否		☐ 是 ☐ 否

無障礙需求： ☐ 手語 ☐ 盲文 ☐ 大字版 ☐ 口譯員 _____
(請列出語言)

如果您是為會員填寫此表，請在下方填寫您的詳細資訊：

姓名： _____

與會員的關係： _____ 電話號碼： _____

可以就此申請聯繫我 (或填寫此表的人)： ☐ 是 ☐ 否

如果您是協助此申請的服務提供者或個案經理，並希望收到最新進展，請包括：

姓名和聯繫方式： _____

機構： _____ 我是一位： ☐ 個案經理 ☐ HRSN 提供者

我的 OHP/Medicaid 承保機構為：



*包括 CareOregon、Kaiser、
OHSU 和 Providence

當前情況

以下情況可能使您符合獲得營養支持的資格。請勾選所有適用方框。

我已經與註冊營養師 (RDN) 或初級保健提供者 (PCP) 會面，並制定了營養護理計劃。 ☐ 是 ☐ 否

☐ 我正在經歷以下至少一種生活變化：(請勾選所有適用的)

- ☐ 我將在未來三個月內符合 Medicare 和 Oregon Health Plan 的資格
- ☐ 我首次加入 Medicare 和 Oregon Health Plan 的時間還不到九個月
- ☐ 我目前無家可歸
- ☐ 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康復機構接受護理
- ☐ 我現在或過去曾在 Oregon 參與兒童福利服務 (寄養)
- ☐ 我在過去 12 個月內從監獄、拘留中心、俄勒岡州青少年管理局 (Oregon Youth Authority) 設施或監獄獲釋
- ☐ 我在 Oregon Health Plan 中被指定為有特殊醫療需求的青年成人 (Young Adult with Special Health Care Needs, YSHCN) 身份
- ☐ 以上皆不是

美国家庭食物安全調查模块

請回答下列問題。

1. 「(我/我們) 買的食物不夠吃, 而 (我/我們) 沒有錢再買更多」。

在過去 12 個月中, 這種情況是：

☐ 經常屬實 ☐ 有時屬實 ☐ 從不屬實 ☐ 不知道/拒絕回答

2. 「(我/我們) 負擔不起均衡膳食」。

在過去 12 個月中, 這種情況是：

☐ 經常屬實 ☐ 有時屬實 ☐ 從不屬實 ☐ 不知道/拒絕回答

3. 在過去 12

個月中, 您和/或您家庭中的其他成年人是否曾減少每餐份量?是否因沒有足夠的錢買食物而不進餐?

☐ 是 ☐ 否/我不知道 (跳至問題 5)

3a.如果上題回答「是」, 這種情況多久發生一次?

☐ 幾乎每個月 ☐ 有些月份發生, 但不是每個月
☐ 只有 1 或 兩 個月 ☐ 我不知道

4. 在過去 12 個月中, 您是否曾因沒有足夠的錢買食物而吃得更少?

☐ 是 ☐ 否 ☐ 我不知道

5. 在過去 12 個月中, 您是否曾因沒有足夠的錢買食物而挨餓?

☐ 是 ☐ 否 ☐ 我不知道

健康狀況

☐ 是
☐ 否

下列的任何狀況是否適用？

請勾選適用的方框(可多選)：

- ☐ 複雜的身體健康狀況 (請說明)：_____
- 一種嚴重的身體健康狀況，會持續惡化和/或可能危及生命。它需要定期治療、幫助保持穩定，和/或接受治療以避免惡化。這狀況會使吃得健康變得困難。有些例子包括慢性腎臟病、帕金森氏症和胰島素依賴型糖尿病。
- ☐ 複雜的行為健康狀況 (請說明)：_____
- 一種嚴重的行為健康狀況，會持續惡化和/或可能危及生命。它需要定期治療、幫助保持穩定，和/或接受治療以避免惡化。這狀況會使吃得健康變得困難。有些例子包括雙相情感障礙、精神分裂症，以及過去 12 個月內需要住院護理的重度抑鬱障礙。
- ☐ 發育或智力障礙 (請說明)：_____
- ☐ 自我照護和日常活動有困難 (請說明)：_____
- ☐ 曾有受虐待或忽視的經歷
- ☐ 經常使用急診科或危機服務
- ☐ 目前懷孕或在過去 12 個月內分娩
- ☐ 65 歲或以上
- ☐ 6 歲以下兒童

營養支持申請

您可以申請營養教育和/或下列一項營養服務。

營養教育有助於正在申請資格的 OHP 會員瞭解如何選擇健康的食物和飲品。該服務可與其他營養服務一同申請，也可以單獨申請。

您是否要申請營養教育？ ☐ 是 ☐ 否

請選擇下列一項營養服務 (會員不能同時獲得醫療定制餐、水果和蔬菜福利以及食品儲備福利)：

- ☐ 醫療定制餐
- ☐ 水果和蔬菜食品箱 (可送貨上門或在指定場所領取)
- ☐ 水果和蔬菜卡 (在特定雜貨店和授權場所使用)
- ☐ 食品儲備食品箱 (可送貨上門或在指定場所領取)
- ☐ 食品儲備卡 (在特定雜貨店和授權場所使用)
- ☐ 以上皆不選擇，我僅申請營養教育

如果您選擇了水果和蔬菜卡或食品儲備卡，請選擇您獲得此項福利的方式：(如果您可以可靠地使用電子卡，選擇「電子卡」。否則，選擇「實體卡」。)

☐ 電子卡

☐ 實體卡

您是否因文化、過敏，和/或醫療需要而有飲食需求？請說明：

如果會員是嬰兒，他們是否需要嬰兒食品 (尚未準備好吃固體食物)？ ☐ 是 ☐ 否

您目前是否因健康狀況而無法準備餐食？ ☐ 是 ☐ 否

您最近是否因營養不良曾住院或健康狀況惡化？ ☐ 是 ☐ 否

您現在居住的地方是否提供餐食？ ☐ 是 ☐ 否

您目前是否正在獲得相同或類似的幫助？ ☐ 是 ☐ 否

如果是，請說明您提出這申請的原因：

醫療定制餐

您是否希望被轉介給註冊營養師進行評估？ ☐ 是 ☐ 否

醫療專業人員是否建議您使用醫療定制餐？ ☐ 是 ☐ 否

您是否已經接受過評估？(醫療定制餐需要評估。) ☐ 是 ☐ 否

如果是，為您進行評估的提供者姓名是什麼？

您是否有需要特定飲食的醫療狀況？ ☐ 是 ☐ 否

如果是，請說明

水果和蔬菜以及食品儲備

我能夠安全儲存食材 ☐ 是 ☐ 否

我有可以安全準備食物的地方 ☐ 是 ☐ 否

水果和蔬菜以及食品儲備福利要求每位家庭成員各自提交一份個人申請。您家庭中的其他成員是否也會提交申請？ ☐ 是 ☐ 否

如果是，請列出他們的姓名，以便我們高效處理申請：

如果您選擇水果和蔬菜食品箱或食品儲備食品箱，請提供配送地址以及食品箱遞送的任何具體配送說明：

如果您選擇水果和蔬菜食品箱或食品儲備食品箱，您是否有安全區域可供食品箱配送？請說明：

您最近是否因您的狀況去過醫院或急診部門？ ☐ 是 ☐ 否

如果您正在申請醫療定制餐，請填寫配送地址、任何具體配送說明，以及您希望獲得餐食的時長(例如幾週或幾個月)。

審核並批准申請需要 2-4 週。這個時間範圍是否會危及您？ ☐ 是 ☐ 否

如果會，請在下方告訴我們。如果情況緊急，我們可以嘗試更快處理此申請。

外聯

我們會聯繫您以討論此申請。您希望我們如何聯繫您？

☐ 電話(請列出您的電話號碼)：_____

☐ 簡訊 (如果與上方不同，列出電話號碼): _____

☐ 電子郵件: _____

☐ 其他: _____

☐ 請聯繫我的代表以討論此申請:

○ 姓名: _____

○ 電話: _____

○ 郵寄地址: _____

會員確認和批准

- ☐ 我希望我的健康計劃確認我是否符合獲得營養支持的資格。
- ☐ 如果獲得批准，我同意接受我所申請的服務。
- ☐ 我的健康計劃可通過電子通信，包括電子郵件和/或簡訊，聯繫我或我的提供者，以獲取更多信息；我可以隨時取消訂閱我的健康計劃可以查看我的記錄。這包括有關我護理需求的記錄。也可能包括我的醫療服務提供者的記錄。
- ☐ 我理解我的健康計劃會就此申請聯繫我。我也理解，如果我沒有提供足夠的資訊來處理申請，我的申請可能會被拒絕。
- ☐ 據我所知，我在此申請中提供的所有資訊均真實、正確且完整。
- ☐ 如果我提供虛假或錯誤資訊，我可能會面臨州或聯邦法律的處罰這可能包括必須償還因此申請而獲得任何服務的費用。
- ☐ 我同意使用信息技術方式分享個人數據。
- ☐ 如果我不符合食品儲備福利資格，我同意接受水果和蔬菜福利的篩查。

簽名

請簽署此申請。一名代表可以為會員簽署此表格，包括如果會員為未成年人。

會員姓名：_____

會員簽名：_____

代表姓名：_____

代表簽名：_____

日期：_____

通過傳真提交：503-416-1376 或電子郵件：hsrcnx@careoregon.org

您可以取得此文件的其他語言、大字版、盲文或您偏好的其他格式。您也有權獲得口譯員服務。您可以從經認證或合格的醫療口譯員處獲得幫助。這幫助是免費的。致電您的 CCO, TTY (電傳打字機) 711, 或告知您的提供者。我們接受中繼通話。

CareOregon Health Share: 800-224-4840

Columbia Pacific CCO: 855-722-8206

Jackson Care Connect: 855-722-8208

OHP-261161750-CC-0722

315 SW Fifth Ave, Portland, OR 97204 • 800-224-4840 • careoregon.org