

# 俄勒岡州健康計劃（OHP）住屋福利申請表

## 屬於健康相關社會需求（HRSN）福利的一部分

### 目的

這是俄勒岡州健康計劃（OHP）會員的申請表，會員可能有資格獲得住屋福利。這項福利可以幫助您獲得住屋。住屋福利包括：

- 幫助支付租金
- 租賃支援（幫助租戶獲得資源和服務）
- 為了健康安全而進行住屋改造

下一頁的問題將幫助您了解您是否符合資格以及您可以獲得的住屋幫助類型。

### 如果您是協調護理組織（CCO）會員：

您可以直接從您的 CCO 申請此住屋福利。查看您的 [CCO 申請表](#) 或 [與您的 CCO 聯絡](#)。這可能有助於加快流程。如果您的 CCO 需要更多資料，其將與您聯絡，然後 CCO 將批准或拒絕您所申請的服務。

### 如果您擁有 Open Card：

將填妥的表格透過電子郵件 [ORHRSN@Acentra.com](mailto:ORHRSN@Acentra.com) 或傳真 1-833-551-2607 發送給 Acentra Health。您也可以致電 Acentra Health 的 HRSN 團隊，電話為 888-834-4304。

如果您不知道自己是否為 CCO 會員或擁有 Open Card：

- 查看您的 ID 卡。您應該已經從您的健康計劃收到一張 ID 卡，正面印有其名稱和您的會員 ID。
- 請致電 OHP 客戶服務部，電話為 1-800-273-0557。

## 有問題嗎？

- CCO 會員：詢問[您的 CCO](#) 如何申請住屋服務。
- 您可以致電 OHP 客戶服務部，電話為 1-800-273-0557。
- 如果您擁有 Open Card (Acentra Health) ，您可以致電 888-834-4304。

此表格在 [HRSN 網頁](#) 上有多種語言版本。您還可以免費獲取本文件其他語言、大字體、盲文或您首選格式的版本。請聯絡 Chelsea Egbert，電子郵件：[chelsea.egbert@oha.oregon.gov](mailto:chelsea.egbert@oha.oregon.gov) 或電話：503-580-0295（語音和短訊）。我們接受所有轉駁電話。

**下一部分是申請 OHP 住屋福利所必需的資料。您還需要在[第 4 頁](#)簽名。其餘資料可選填。**

## 第 1 部分：關於您

### 必填資料\*

請提供本部分的所有資料。

本部分是申請 OHP 住屋福利所必需的資料。您還需要在第 4 頁簽名。其餘資料可選填。

**姓名**

(如俄勒岡州健康計劃 ID 卡上所寫) \*：

**出生日期**

(月月/日日/年年年年) \*：

**俄勒岡州健康計劃 ID 號碼**

(如果知道) \*：

**聯絡我的最佳方法為：**

電話

短訊

電子郵件

郵寄

當面溝通

**聯絡我的最佳時間為：**

早上

下午

晚上

**電話號碼\*：**

\_\_\_\_\_

**電子郵件地址\*：**

\_\_\_\_\_

**郵寄地址\*：**

\_\_\_\_\_

**城市\*：**

\_\_\_\_\_

**州\*：**

\_\_\_\_\_

**郵政編碼\*：**

\_\_\_\_\_

**我想要/需要 (選擇所有適用項)：**

幫助支付最多六個月的房租 (包括逾期付款和水電煤氣費)

對我的居所進行健康和 safety 改造。這包括 (選擇所有適用項)：

添加扶手、輪椅坡道或抽屜把手

深度清潔

除蟲

安裝百葉窗

租賃支援 (幫助獲得資源和服務，幫助我保住住屋)

## 第 2 部分：真實性聲明

### 簽署本表，即表示我理解並同意：

- 我希望 Acentra Health 或我的 CCO 了解我是否有資格獲得我上面標出的服務。
- Acentra Health 或我的 CCO 可以聯絡我以索取有關此項申請的更多資訊。
- 盡我所知，我在本申請中提供的所有資訊均真實、正確且完整。
- 若我提供不真實的資訊，我可能會受到州或聯邦法律的處罰。這當中可能包括償還已花費在因本項申請而提供給我之任何服務上的資金。

### 簽名

代表可以為 OHP 會員（包括 18 歲以下的會員）簽署此表格。如果是您本人填寫本表，請將下面代表的姓名和簽名行留空。

會員姓名： \_\_\_\_\_

會員簽名： \_\_\_\_\_

代表的姓名： \_\_\_\_\_

代表簽名： \_\_\_\_\_

日期： \_\_\_\_\_

## 第 3 部分：關於您的更多資料

### 可選填的資訊

您無需現在填寫以下資料。

#### 如果您現在回答：

它將幫助您和您的 CCO 或 Acentra Health 了解您是否有資格獲得這些服務。

#### 如果您現在不回答：

您的 CCO 或 Acentra Health 會在以後聯絡您詢問這些問題。

首選姓名： \_\_\_\_\_ 代詞： \_\_\_\_\_

首選口語： \_\_\_\_\_

首選書面語： \_\_\_\_\_

如果已知 (CCO) 的名稱，請輸入其名稱或如果您有 Open Card，請輸入「Open Card」：

\_\_\_\_\_

## 第 4 部分：了解您是否有資格

以下問題有助於確定您是否有資格獲得上述住屋福利。

以下情況可能使您有資格獲得住屋福利（選擇所有適用於您的情況）：

我有住屋

我的健康狀況需要我修繕房屋（請參閱下面的健康狀況和病史）

我正經歷以下生活狀況之一（選擇所有適用情況）：

出獄（監獄、拘留所等）

最近離開精神健康或物質濫用康復機構

現在或過去（寄養）在俄勒岡州兒童福利系統

從僅享有 Medicaid 福利轉為有資格兼享 Medicaid 及 Medicare 福利

家庭收入為您居住地平均年收入的 30% 或以下，**並且**您必須缺乏資源或支援來防止無家可歸。您可以在線找到[列出收入條件的表格](#)。

### 健康狀況和病史（選擇所有適用項目）：

我有複雜的身體健康狀況

我有複雜的行為健康狀況

我有發育或智力障礙

我在自我照顧和日常活動方面有困難

我曾經被虐待或忽視

我經常使用急症室或危機服務

我目前懷孕或在過去 12 個月內曾經分娩

我年滿 65 歲

我代其填寫此表的人未滿 6 歲

我不確定

以上都不適用

## 若要獲得協助支付房租福利或租賃支援福利，需符合以下要求（選擇所有適用項）

我有住屋

我獲得支援繼續住在目前的居所

我與出租人（房東）有租約或書面協議

我的家庭收入為我居住地平均年收入的 30% 或以下-您可以在網上找到 [列出合格收入的表格](#)

我缺乏資源或支援來防止無家可歸

我有上述健康狀況

我不確定

以上都不適用

請記住，您的申請可能需要長達兩週的時間進行審核，如果獲得批准，則需要更多時間才能獲得服務。

## 下列哪一項適用於您現在的情況？

我的房東給我發了驅逐通知，我需要在不到兩週的時間內得到支援

我沒有收到驅逐通知，但我的帳單將在不到兩週內到期

我不確定

以上都不適用

## 第 5 部分：組織資料

如由組織為會員提交本表，請在下方填寫資料。

組織名稱： \_\_\_\_\_

提交本表之人的姓名和角色：

\_\_\_\_\_

電話號碼： \_\_\_\_\_ 電郵地址： \_\_\_\_\_

您可以免費獲取本文件其他語言、大字體、盲文或您首選格式的版本。請聯絡 Chelsea Egbert，電子郵件：[chelsea.egbert@oha.oregon.gov](mailto:chelsea.egbert@oha.oregon.gov) 或電話：503-580-0295（語音和短訊）。我們接受所有轉駁電話。

### Medicaid 部門

1115 Waiver Strategic Operations  
800 NE Oregon Street  
Portland, OR, 97232

網站：<https://www.oregon.gov/oha/hsd/medicaid-policy/pages/hrsn.aspx>



200-736602 (10/2024) Traditional Chinese