



俄勒冈州健康计划（OHP）住房福利申请表

属于健康相关社会需求（HRSN）福利的一部分

目的

这是俄勒冈州健康计划（OHP）会员的申请表，会员可能有资格获得住房福利。这项福利可以帮助您获得住房。住房福利包括：

- 帮助支付房租
- 租赁支持（帮助租客获得资源和服务）
- 为健康和安全而进行的房屋改造

下一页的问题将帮助您了解您是否符合资格以及您可以获得的住房帮助类型。

如果您是协调护理组织（CCO）会员：

您可以直接从您的 CCO 申请此住房福利。查看您的 [CCO 申请表](#) 或 [与您的 CCO 联系](#)。这可能有助于加快流程。如果您的 CCO 需要更多信息，其将与您联系，然后 CCO 将批准或拒绝您所申请的服务。

如果您拥有 Open Card：

将填妥的表格通过电子邮件 ORHRSN@Acentra.com 或传真 1-833-551-2607 发送给 Acentra Health。您也可以致电 Acentra Health 的 HRSN 团队，电话为 888-834-4304。

如果您不知道自己是否为 CCO 会员或拥有 Open Card：

- 检查您的 ID 卡。您应该已经从您的健康计划收到一张 ID 卡，正面印有其名称和您的会员 ID。
- 致电 OHP 客户服务部，电话为 1-800-273-0557。

有问题吗？

- CCO 会员：询问[您的 CCO](#) 如何申请住房服务。
- 您可以致电 OHP 客户服务部，电话为 1-800-273-0557。
- 如果您拥有 Open Card（Acentra Health），您可以致电 888-834-4304。

此表格在 [HRSN 网页](#) 上有多种语言版本。您还可以免费获得本文件其他语言、大号字体、盲文或您首选格式编写的版本。联系 Chelsea Egbert，邮箱 chelsea.egbert@oha.oregon.gov 或电话 503-580-0295（语音和短信）。我们接受所有中继电话。

下一部分是申请 OHP 住房福利所必需的信息。您还需要在[第 4 页](#)签名。其余信息可选填。

第 1 部分：关于您

必填信息*

请提供本部分的所有信息。

本部分是申请 OHP 住房福利所必需的信息。您还需要在[第 4 页](#)签名。其余信息可选填。

姓名

(如俄勒冈州健康计划 ID 卡上所写) *:

出生日期

(月月/日日/年年年年) *:

俄勒冈州健康计划 ID 号

(如果知道) *:

联系我的最佳方式是：

电话

短信

电子邮件

邮寄

当面沟通

联系我的最佳时间是：

早上

下午

晚上

电话号码*: _____

电子邮件地址*: _____

邮寄地址*: _____

城市*: _____

州*: _____

邮编*: _____

我想要/需要 (选择所有适用项) :

帮助支付最多六个月的房租 (包括逾期付款和水电气费)

对我的居所进行健康和安全改造。这包括 (选择所有适用项) :

添加扶手、轮椅坡道或抽屉拉手

深度清洁

除虫

安装百叶窗

租赁支持 (帮助获得资源和服务, 帮助我保住住房)

第 2 部分：真实性声明

通过签署本表，我理解并同意：

- 我希望 Acentra Health 或我的 CCO 了解我是否有资格获得我上面标出的服务。
- Acentra Health 或我的 CCO 可能会与我联系，以了解有关此请求的更多信息。
- 据我所知，我在此申请中提供的所有信息都是真实、正确和完整的。
- 如果我提供了不真实的信息，我可能会受到州或联邦法律的处罚。这可能包括偿还我因这项请求而获得的任何服务的费用。

签名

代表可以为 OHP 会员（包括 18 岁以下的会员）签署此表格。如果您是本人填写此表格，请将下面的代表姓名和签名行留空。

会员姓名： _____

会员签名： _____

代表姓名： _____

代表签名： _____

日期： _____

第 3 部分：关于您的更多信息

选填信息

您无需现在填写以下信息。

如果您现在回答：

它将帮助您和您的 CCO 或 Acentra Health 了解您是否有资格获得这些服务。

如果您现在不回答：

您的 CCO 或 Acentra Health 稍后会联系您询问这些问题。

首选姓名： _____ 代称： _____

首选口语： _____

首选书面语言： _____

如果已知（CCO）的名称，请输入其名称或如果您有 Open Card，请输入“Open Card”：

第 4 部分：了解您是否有资格

以下问题有助于确定您是否有资格获得上述住房福利。

以下情况可能使您有资格获得住房福利（选择所有适用于您的情况）：

我有住房

我的健康状况需要我修缮房屋（请参阅下面的健康状况和病史）

我正经历以下生活状况之一（选择所有适用情况）：

出狱（监狱、拘留所等）

最近离开精神健康或物质滥用康复机构

现在或过去在俄勒冈州儿童福利系统（寄养）

从仅享有 Medicaid 福利转变为符合 Medicaid 及 Medicare 的资格

家庭收入为您居住地平均年收入的 30% 或以下，**并且**您必须缺乏资源或支持来防止无家可归。您可以在线找到[列出收入条件的表格](#)。

健康状况和病史（选择所有适用项）：

我有复杂的身体健康状况

我有复杂的行为健康状况

我有发育或智力障碍

我在自我照顾和日常活动方面有困难

我曾经被虐待或忽视

我经常使用急诊室或危机服务

我目前怀孕或在过去 12 个月内曾分娩

我已年满 65 岁

我代其填写此表的人未满 6 岁

我不确定

以上都不适用

若要获得帮助支付房租福利或租赁支持福利，需满足以下要求（选择所有适用项）

我有住房

我获得支持继续住在目前的住房

我与出租人（房东）有租约或书面协议

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

我缺乏资源或支持来防止无家可归

我有上述健康状况

我不确定

以上都不适用

请记住，您的申请可能需要长达两周的时间进行审核，如果获得批准，则需要更多时间才能获得服务。

下列哪项适用于您现在的情况？

我的房东给我发了驱逐通知，我需要在不到两周的时间内得到支持

我没有收到驱逐通知，但我的账单将在不到两周内到期

我不确定

以上都不适用

第 5 部分：机构信息

如果由某个机构代会员提交此表，请填写以下信息。

机构名称： _____

提交表格者的姓名和职务：

电话号码： _____ 电子邮件地址： _____

您可免费获取使用其他语言、大号字体、盲文或您首选格式编写的本文件。联系 Chelsea Egbert，邮箱 chelsea.egbert@oha.oregon.gov 或电话 503-580-0295（语音和短信）。我们接受所有中继电话。

Medicaid 部

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

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



200-736602 (10/2024) Simplified Chinese