

OHP 工作或活动规定的豁免



豁免说明与核对清单

须知事项：

- 由于联邦政策变更，自 2027 年 1 月 1 日起，大多数参加俄勒冈健康计划 (OHP) 的 19 至 64 岁成年人，在申请或续期 OHP（又称 Medicaid）时，必须满足以下条件之一：工作、就学、从事志愿服务、参加职业培训，或符合豁免条件。请及时更新您的联系方式，并回复续期邮件。
- **豁免**是指您无需或无法满足相关规定的特定理由。您可能需要向我们说明您的情况或提供证明材料。
- 本指南将详细说明各项豁免、如何判断您是否符合条件，以及后续步骤。



说明：针对每项豁免，请问自己：“这是否符合我的情况？”如果是，请按照相关步骤证明您符合条件。

如何获取帮助或提交信息：

- 登录您的 ONE 在线账户或 Oregon ONE 移动应用程序（网址：<https://benefits.oregon.gov>）。新功能：全天候提供聊天机器人支持，可帮助解答资格认定相关问题。
- 致电 800-699-9075。欢迎使用中继呼转服务。
- 亲自前往您当地的俄勒冈州公众服务部 (ODHS) 办公室。请浏览网站 <https://ODHSoffices.oregon.gov> 查找办公室。
- 在 OHP 协助员的帮助下办理。请浏览网站 <https://OregonHealthCare.gov/GetHelp> 查找协助人员。



扫描二维码，了解有关联邦政策变更的更多信息

<https://OHP.Oregon.gov/HR1>

您可免费获取本文件的其他语言版、大字版、盲文版或您偏好格式的版本。请通过 one.communications@odhsosha.oregon.gov 联系 OHP。

1. 已自动核查



您无需向我们说明这些豁免情况，也无需提供任何文件。我们将通过现有记录进行核查。

- **SNAP 工作规定：**您正在领取补充营养援助计划 (SNAP) 的食品福利，且必须符合 SNAP 工作规定。符合 SNAP 工作规定，即视为同时符合 OHP 规定。您无需单独满足 OHP 规定。但是，如果您无需遵守 SNAP 工作规定，则仍需满足 OHP 工作或活动规定，或符合其他豁免条件。
- **TANF 工作规定：**您正在领取贫困家庭临时援助 (TANF) 现金援助，且已符合 TANF 的工作规定。
- **未满 19 周岁：**您年龄在 18 周岁及以下。
- **曾接受寄养的青少年：**您在年满 18 岁时处于寄养状态，且目前年龄在 19 至 26 岁之间。
- **由其他 OHP 计划承保：**您符合 OHP 某项计划的资格，且该计划不要求遵守工作或活动规定。
- **居住在高失业率县：**您居住在失业率较高的县。如果此情况适用于您，我们会通知您。
- **居住在灾区：**您居住的县已被联邦政府宣布为灾区。

2. 告知我们



如果这些豁免适用于您，只需申报相关信息并告知我们即可。您无需提交任何证明材料。

豁免类别	以下描述是否符合您的情况？	如何证明您符合条件
美洲印第安人／阿拉斯加原住民	您是联邦认可部落的注册会员（或您的父母／祖父母是该部落的注册会员），或是阿拉斯加原住民公司的股东。 这也适用于从印第安卫生服务局或者部落或城市印第安诊所接受护理的人士。	请告知我们您符合此项豁免。
目前怀孕或近期怀孕	您目前怀孕、近期怀孕，或在过去 12 个月内的某个时期怀孕期间曾拥有 OHP 承保资格。	请告知我们此情况适用于您，特别是如果您近期怀孕。这样我们才能知道您适用此项豁免。
近期从看守所或监狱获释	如果您是新申请人，则在过去 4 个月内获释；如果您是续期申请人，则在过去 9 个月内获释。	请告知我们您符合此项豁免。

3. 告知我们或提供证明（3 项中的第 1 项）



如果某项豁免适用于您，仅需告知我们可能就足矣。或者，我们可能会要求您提供证明材料。

豁免类型	以下描述是否符合您的情况？	如何证明您符合条件
享有 Medicare	您享有 Medicare A 部分或 B 部分，或符合 Medicare 资格。	我们通常可以自动核实这一点。如果我们要求提供证明，您可以向我们出示 Medicare 卡、Medicare 信函，或任何能证明您享有 Medicare 保障的文件。
某些严重或导致失能的健康状况	您因患有严重或导致失能的健康状况而正在接受护理，且该状况使您连兼职工作也无法从事。许多需要医疗照护或服务的病况都可能符合资格，包括以下情况： • 暂时性健康状况：正在从重大手术（如心脏搭桥手术）中恢复；重伤（如骨折）；肺炎；或因复杂病情而住院或入住护理机构。 • 严重或长期健康状况：需接受化疗或放疗的癌症、透析、克隆氏症、慢性阻塞性肺病 (COPD)、重度忧郁症，或物质使用障碍。 • 需要频繁监测或治疗的病况：伴有并发症的糖尿病或囊性纤维化。 • 终身健康状况：唐氏综合征（21 三体综合征）、脑瘫、失明，或其他重大身体、智力或发育障碍。 • 社会保障福利：领取社会保障残障保险 (SSDI) 或补充保障收入 (SSI)。	请告知我们您符合此项豁免。2027 年，您无需提供医疗服务提供者出具的证明。 每年至少向您的初级保健医生就诊一次，并按时复诊。如果您定期接受护理，您的医疗记录可能足以让我们核实豁免条件。 如果我们要求提供证明（自 2028 年起），我们可能需要医疗服务提供者出具的声明。

3. 告知我们或提供证明（3 项中的第 2 项）

豁免类型	以下描述是否符合您的情况？	如何证明您符合条件
经评定为完全残障的 退伍军人	退伍军人事务部 (VA) 已将您评定为 100% 的残障等级。	如果我们要求提供证明，您可以向我们提交 VA 核发的残障认定函副本。如果您的残障等级并非永久性，您需每 12 个月确认一次残障等级状态。
照顾未满 14 岁的儿童	您是定期照顾 13 岁或以下儿童的父母、监护人或照顾者。	请告知我们此情况适用于您，并说明您与该儿童的关系。 如果我们要求提供证明（自 2028 年起），请提供日历、时间表或其他能显示您照顾时长的文件。
照顾残障人士或患有严重或致残性健康状况的人	您定期照顾一名患有残障或严重致残健康状况的家庭成员或其他人士。这包括与您没有血缘关系或不住在一起的人士，只要您每月提供至少 80 小时的照顾即可。	请告知我们此情况适用于您，以及您与被照顾者的关系。 如果我们要求提供证明（自 2028 年起），请提交日历、时间表或其他能显示您照顾时长的文件。
正在接受药物或酒精使用障碍治疗	您目前正在接受，或于过去 5 年内曾接受过针对药物或酒精使用障碍的治疗服务或相关支持。	请告知我们您符合此项豁免。 如果我们要求提供证明（自 2028 年起），请提供您的服务提供者或咨询师出具的账单或文件，以证明治疗日期。
正在接受住院或住宿式护理	您曾作为患者在医院、护理机构、行为或心理健康机构，或类似场所住院至少一晚。	请告知我们您符合此项豁免。 如果我们要求提供证明（自 2028 年起），请提供账单、出院证明或或医疗服务提供者出具的文件。

3. 告知我们或提供证明（3 项中的第 3 项）

豁免	以下描述是否符合您的情况？	如何证明您符合条件
为接受医疗护理而外出	您（或您的子女或税务受抚养人）在一个月内因接受医疗护理而离家七天或以上，或您因协助该人而缺勤工作、学业或缺席工作活动。	请告知我们您符合此项豁免。 2028 年，请向我们提交医疗服务提供者出具的出院证明或文件。

示例情境



怀孕

示例：Priya 怀孕 8 个月，并享有 OHP 福利。她已报告怀孕状况，因此州政府可在其记录中查看到该信息。她符合豁免条件，无需提供证明材料。婴儿出生后，此豁免将自动适用 12 个月。如果 Priya 在续期时仍处于产后 12 个月的豁免期，则无需采取任何行动。12 个月后，她可能符合作为 14 岁以下儿童照顾者的豁免条件。届时她将需要提供证明材料，例如学校或托育时间表。

SNAP

示例：Jamal 无需遵守 SNAP 的工作规定，因此他无需工作即可维持其 SNAP 福利。他以为，这同样可使他免于遵守 OHP 的工作或活动规定。免于遵守 SNAP 规定，并不意味着 Jamal 自动免于遵守 OHP 的规定。他仍需工作、从事志愿服务、上学，或符合 OHP 豁免条件，才能维持其医疗保障。



示例情境（续）

美洲印第安人／阿拉斯加原住民



示例：Elena 是联邦认可部落的注册成员，并在部落卫生诊所接受护理。她向州政府表明自己是部落成员。此项豁免永不失效，亦无需续期。即使 Elena 并非正式的部落注册成员，如果她是阿拉斯加原住民公司股东，或通过印第安卫生服务局或城市印第安诊所接受护理，亦适用此豁免规定。

正在接受药物或酒精使用障碍治疗



示例：Marcus 于 2026 年 3 月完成了鸦片类药物使用障碍的门诊治疗。当他在 2027 年办理续期时，州政府已存档其治疗记录，因此他无需提供任何额外信息。当他在 2028 年办理续期时，他将符合物质使用障碍豁免条件，直至持续康复满 5 年为止。他可能需要提供来自医疗服务提供者的证明。

照顾残障人士



示例：Robert 照顾他患有严重残障的成年儿子，两人共同生活。由于他们有亲属关系且同住一个家庭，Robert 无需记录具体的照护时长。他只需向州政府说明其照顾情况，无需提供证明材料。他的邻居 Ana 也在照顾一位有残障朋友，但两人没有亲属关系，且居住在不同的住所。Ana 将需要证明她在 2028 年提供了至少 80 小时的照顾，才能符合豁免条件。如果未达到 80 小时，她可将实际提供的照顾时长，与其他工作、就学、从事志愿服务或就业活动的时数合并计算，以符合每月 80 小时的要求。

患有严重健康状况



示例：Meg 患有 1 型糖尿病，并因此出现并发症，并因此出现并发症，导致她难以工作、从事志愿服务或就学。她定期就诊以调整药物剂量。州政府可从她的医疗记录了解到这一情况。她无需告知我们或提供证明。