

생식 건강(Reproductive Health, RH) 서비스 이용 재정 지원 등록 양식

본 양식은 다른 언어, 큰 활자, 점자 또는 귀하가 선호하는 형식의 문서로도 제공됩니다.
rh.program@dhsosha.state.or.us 또는 971-673-0355 번으로 RH 프로그램에 문의하십시오. 모든 중계 전화도 받고 있습니다. 711 번으로 전화하십시오. 또한 무료 통역 서비스도 요청하실 수 있습니다.

=당국에서 귀하의 서비스를 지불할 수 있는지 확인하려면 본 양식을 작성해 주십시오.

- 당국은 차별하지 않습니다. 시민권, 이민 신분, 합법적 서류 상태 또는 성 정체성에 상관없이 서비스를 받으실 수 있습니다.
- 귀하의 정보는 가능한 한 비밀이 보장되며 출입국 관리 업무에 사용되지 않습니다.

본 정보는 귀하의 서비스 지불 방법을 결정하는 것에만 사용됩니다. 본 양식을 작성하면서 문의 사항이 있는 경우 진료소 직원에게 도움을 청하십시오.

1	법적 성(姓):	법적 이름:	중간 이름:
2	생년월일:	출생 시 성별: <input type="checkbox"/> 여 <input type="checkbox"/> 남	선택 사항: 귀하의 성 정체성은 무엇입니까?
3	시와 우편번호를 기재하십시오:		

4	<p>임신을 할 가능성이 있거나 또는 임신을 시킬 가능성이 있습니까? 아니요라고 답한 경우, 작성을 멈추고 클리닉 직원에게 얘기하십시오</p> <p><input type="checkbox"/> 예, 또는 그런 것 같습니다</p> <p><input type="checkbox"/> 예, 하지만 피임 중입니다</p> <p><input type="checkbox"/> 아니요, 폐경기입니다</p> <p><input type="checkbox"/> 아니요, 수술을 받았습니다(예: 피임 수술, 정관 수술)</p> <p><input type="checkbox"/> 아니요, 기타</p>	<p>아니요라고 답한 경우, 작성을 멈추고 클리닉 직원에게 얘기하십시오</p>
---	--	---

생식 건강(Reproductive Health, RH) 서비스 이용 재정 지원 등록 양식

귀하의 이민 신분에 상관없이 여전히 무료로 생식 건강 서비스를 받으실 수 있습니다. 본 질문들은 귀하의 서비스에 대한 비용을 지불하는 데만 사용되며 출입국 관리 업무에는 사용되지 않습니다.

5	<p>본 질문과 관련하여 도움이 필요하시면 시민권 및 출입국 관리 차트를 참조하십시오.</p> <p>귀하의 체류 신분:</p> <p><input type="checkbox"/> 미국 시민권 또는 미국 국적</p> <p><input type="checkbox"/> 합법적인 이민 신분 (예: 난민, 망명자, 19 세 미만의 합법적 영주권자(그린 카드), 19 세 이상 및 5 년 이상 된 합법적 영주권자(그린 카드))</p> <p><input type="checkbox"/> 그 외 이민 신분 (7 번 질문으로 넘어가십시오) (예: DACA, 불법 체류, 19 세 이상 및 5 년 미만의 합법적 영주권자(그린 카드))</p>
6	<p>위에서 미국 시민권/미국 국적 또는 합법적 이민 신분에 표시한 경우: 사회보장번호를 적어주십시오.</p> <p><input type="checkbox"/> 본인의 사회보장번호: _____</p> <p><input type="checkbox"/> 사회보장번호를 모르거나 사회보장번호가 없습니다.</p> <p>오리건 주 우편 주소를 적어주십시오.</p> <p><input type="checkbox"/> 본인의 오리건 주 우편 주소: _____</p> <p><input type="checkbox"/> 오리건 주에 거주하지 않습니다.</p>
7	<p>개인 의료 보험이 있으십니까(직장이나 학교, 또는 부모님이나 배우자 제공)?</p> <p><input type="checkbox"/> 예</p> <p><input type="checkbox"/> 아니요 (9 번 질문으로 넘어가십시오)</p>

생식 건강(Reproductive Health, RH) 서비스 이용 재정 지원 등록 양식

8	<p>당국에서 귀하의 민간 의료 보험사에 청구를 하게 되면, 귀하의 보험 회사는 해당 진료에 대한 세부사항을 귀하의 보험료를 지불하는 사람에게 보낼 것입니다.</p> <p>귀하의 보험사에 청구해도 괜찮습니까?</p> <p><input type="checkbox"/> 예, 보험사에 청구해도 괜찮습니다.</p> <p><input type="checkbox"/> 아니요, 제 보험료를 지불하는 사람이 제 진료에 대해 알게 되는 것이 걱정됩니다.</p>
---	--

9	<p>본인 소득이 있으십니까?</p> <p><input type="checkbox"/> 예</p> <p><input type="checkbox"/> 아니요 (11 번 질문으로 넘어가십시오)</p>
---	--

10	<p>본인 소득이 있는 경우, 다음에 대해 예상되는 이번 달 소득을 기재해 주십시오.</p> <p>월급에서 세금이나 다른 사항이 공제되기 전의 금액 _____</p> <p style="text-align: center;">및</p> <p>팁이나 실업수당 같은 기타 소득원(양육비, 재향 군인 급여, 또는 생활보조금(Supplemental Security Income, SSI)은 포함하지 마십시오) _____</p> <p style="text-align: right;">총액 _____</p>
----	--

11	<p>세금 보고를 하십니까?</p> <p><input type="checkbox"/> 예. 몇 명을 가구 구성원을 포함하여 세금을 보고합니까? _____ (최소 1 명 이상)</p> <p><input type="checkbox"/> 아니요, 다른 사람의 세금 보고에 가구 구성원으로 포함되어 있습니다. 그 사람의 세금 보고에 몇 명이 가구 구성원으로 포함되어 있습니까? _____ (최소 2 명 이상)</p> <p><input type="checkbox"/> 아니요, 누구의 세금 보고에도 본인이 포함되어 있지 않습니다.</p>
----	---

12	<p>미국 시민인 경우, 오늘 투표 등록을 하시겠습니까?</p> <p><input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 해당 사항 없음</p>
----	--

생식 건강(Reproductive Health, RH) 서비스 이용 재정 지원 등록 양식

사회보장번호(SSN)의 사용

연방법(아래 인용)은 의료 보험을 신청하는 미국 시민권/미국 국적 또는 합법적 이민 신분을 소지한 자에게 SSN 이 있는 경우 SSN 을 명시하도록 규정하고 있습니다. RH 서비스 이용 재정 지원 가입서에 SSN 을 기재하시면, 복지부(Department of Human Services, DHS) 또는 오리건 보건 당국(Oregon Health Authority, OHA)에 다음 목적을 위한 사용을 승인한다는 의미입니다.

- 귀하의 혜택 수혜 자격 여부를 결정하는 데 도움이 됩니다. 당국은 귀하의 SSN 을 사용하여 가입 양식에 기재하신 소득과 자산이 정확한지 확인하며, 해당 정보를 다른 주 및 연방 기록과 대조하게 됩니다.
- 서비스 품질 심사를 통한 프로그램 개선에 도움이 됩니다.
- 귀하가 적절한 의료 혜택을 받도록 합니다.

연방법 – 42 USC 1320b-7(a), 42 CFR 435.910, 42CFR 435.920.

- 본인은 OHA 의 개인정보 보호 관행 통지 사본을 받을 권리가 있음을 이해합니다.
- RH 서비스 이용 재정 지원(RH Access Fund)을 통해 보장되지 않는 서비스를 받을 경우, 본인이 비용을 직접 지불해야 할 수 있음을 이해합니다.
- 본인이 미국 시민권/미국 국적 또는 합법적 이민 신분을 보유하고 있는 경우, 본인은 OHA 의 공공 보건국에 정보를 제공하여 본인의 시민권 또는 이민 신분을 증명해야 합니다. 이는 본인의 서비스에 대한 지불 방법을 결정할 수 있도록 하기 위해서입니다. 본인은 이를 이해하고 이에 동의합니다.

본인이 제공한 정보는 본인이 알고 있는 한 사실이며 정확합니다. 본인은 위증죄로 처벌될 수 있다는 전제 하에 이를 선언합니다.

의뢰인 서명: _____ 오늘 날짜 (MM/DD/YY): _____

생식 건강(Reproductive Health, RH) 서비스 이용 재정 지원 등록 양식

FOR CLINIC STAFF: Requirements Tracking		
Agency #:	Clinic #:	Date:
*Staff name:		*Client's RHAF #:
*Offered OHA Notice of Privacy Practices.		<input type="checkbox"/> Yes
*Explained services covered by the RH Access Fund. Also discussed payment options for services not covered by the RH Access Fund.		<input type="checkbox"/> Yes
Gave information on where to access primary care services.		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Not needed
Gave health insurance enrollment information.		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Not needed
Provided a voter registration card. Offered assistance completing and submitting the form.		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Not needed

RH 서비스 이용 재정 지원 인구통계학적 질문

아래 질문은 선택 사항입니다. 질문에 대한 답변은 RH 서비스 이용 재정 지원을 받는 자격 여부에 영향을 주지 않습니다. 본 질문들은 모든 사람들이 최고의 관리와 최상의 서비스를 받을 수 있도록 하기 위한 것입니다. 또한 관리상 차이를 해결하기 위해 본 정보를 사용합니다. 이러한 질문에 답하고 싶지 않은 경우, “답변하고 싶지 않음”을 선택하십시오.

본 양식을 작성하면서 문의 사항이 있는 경우 진료소 직원에게 도움을 청하십시오.

1	<p>귀하는 다음 상황에서 저희가 어떤 언어를 사용하기를 원합니까?</p> <p>무료 통역 서비스를 요청하실 수 있습니다.</p> <p>대면, 전화, 또는 화상으로 연락할 때: _____</p> <p>서신을 보낼 때: _____</p> <p><input type="checkbox"/> 답변하고 싶지 않음(영어로 기재될 것입니다) (두 답변이 모두 영어일 경우, 3번 질문으로 넘어가십시오)</p>
2a	<p>저희가 귀하와 의사소통할 때 통역사가 필요하십니까?</p> <p><input type="checkbox"/> 아니요 (3번 질문으로 넘어가십시오) <input type="checkbox"/> 모름</p> <p><input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 응답 거부</p>
2b	<p>통역사가 필요하다면, 어떤 유형의 통역을 선호하십니까?</p> <p><input type="checkbox"/> 구어 통역사 <input type="checkbox"/> 피진 수어(PSE) 통역사</p> <p><input type="checkbox"/> 미국 수화(ASL) 통역사 <input type="checkbox"/> 기타(기입 요망):</p> <p><input type="checkbox"/> 시청각 및 기타 장애인을 위한 청각 장애 통역사</p>
3	<p>귀하는 영어를 얼마나 잘하십니까?</p> <p><input type="checkbox"/> 매우 잘함 <input type="checkbox"/> 전혀 안 함</p> <p><input type="checkbox"/> 잘함 <input type="checkbox"/> 모름/알 수 없음</p> <p><input type="checkbox"/> 잘 못함 <input type="checkbox"/> 응답 거부</p>

RH 서비스 이용 재정 지원 인구통계학적 질문

4	<p>귀하는 자신의 인종, 민족, 소속 부족, 출신국가 또는 혈통을 어떻게 구분하시겠습니까?(예: 부모님의 혈통, 부족원)</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> 응답 거부</p>
---	--

5	<p>귀하의 인종 또는 민족 정체성은 다음 중 무엇입니까? 해당하는 모든 항목에 체크하십시오)</p>		
	<p>히스패닉 또는 라틴계</p> <p><input type="checkbox"/> 중앙 아메리카인</p> <p><input type="checkbox"/> 멕시코인</p> <p><input type="checkbox"/> 남아메리카인</p> <p><input type="checkbox"/> 기타 히스패닉계 또는 라틴계</p> <p>하와이 원주민 또는 태평양 섬 주민</p> <p><input type="checkbox"/> 차모로인</p> <p><input type="checkbox"/> 마셜인</p> <p><input type="checkbox"/> 미크로네시아 지역 커뮤니티</p> <p><input type="checkbox"/> 하와이 원주민</p> <p><input type="checkbox"/> 사모아인</p> <p><input type="checkbox"/> 기타 태평양 섬 주민</p> <p>백인</p> <p><input type="checkbox"/> 동부 유럽인</p> <p><input type="checkbox"/> 슬라브인</p> <p><input type="checkbox"/> 서부 유럽인</p> <p><input type="checkbox"/> 기타 백인</p>	<p>미국 인디언 또는 알래스카 원주민</p> <p><input type="checkbox"/> 아메리칸 인디언</p> <p><input type="checkbox"/> 알래스카 원주민</p> <p><input type="checkbox"/> 캐나다 이누이트족, 메티스 또는 퍼스트 네이션</p> <p><input type="checkbox"/> 토착 멕시코인, 중앙 아메리카인 또는 남아메리카인</p> <p>흑인 또는 아프리카계 미국인</p> <p><input type="checkbox"/> 아프리카계 미국인</p> <p><input type="checkbox"/> 아프리카계 카리브해인</p> <p><input type="checkbox"/> 에티오피아인</p> <p><input type="checkbox"/> 소말리아인</p> <p><input type="checkbox"/> 기타 아프리카인(흑인)</p> <p><input type="checkbox"/> 기타 흑인</p> <p>중동 또는 북아프리카인</p> <p><input type="checkbox"/> 중동인</p> <p><input type="checkbox"/> 북아프리카인</p>	<p>아시아인</p> <p><input type="checkbox"/> 아시아 인디언</p> <p><input type="checkbox"/> 캄보디아인</p> <p><input type="checkbox"/> 중국인</p> <p><input type="checkbox"/> 미얀마 커뮤니티</p> <p><input type="checkbox"/> 필리핀인</p> <p><input type="checkbox"/> 몽족인</p> <p><input type="checkbox"/> 일본인</p> <p><input type="checkbox"/> 한국인</p> <p><input type="checkbox"/> 라오스인</p> <p><input type="checkbox"/> 남아시아인</p> <p><input type="checkbox"/> 베트남인</p> <p><input type="checkbox"/> 기타 아시아인</p> <p>기타 범주</p> <p><input type="checkbox"/> 기타(기입 요망)</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> 모름</p> <p><input type="checkbox"/> 답변하고 싶지 않음</p>

RH 서비스 이용 재정 지원 인구통계학적 질문

6	<p>위에서 두 개 이상의 범주에 체크표시를 한 경우, 기본 인종 또는 민족 정체성으로 생각하시는 게 있습니까?</p> <p><input type="checkbox"/> 예. 위에서 귀하의 주된 인종 또는 민족 정체성에 동그라미를 표시해 주세요.</p> <p><input type="checkbox"/> 아니요. 단 하나의 기본 인종 또는 민족 정체성을 가지고 있지 않다.</p> <p><input type="checkbox"/> 아니요. 저는 혼혈 또는 다인종이라고 생각합니다.</p> <p><input type="checkbox"/> 해당사항 없음. 한 가지 항목만 선택했다.</p> <p><input type="checkbox"/> 모름</p> <p><input type="checkbox"/> 응답 거부</p>
7a	<p>연방 정부에서 인정하는 부족의 일원이십니까?</p> <p><input type="checkbox"/> 아니요</p> <p><input type="checkbox"/> 예, 어떤 부족인지 구체적으로 기술해 주십시오.</p> <p><input type="checkbox"/> 모름</p> <p><input type="checkbox"/> 응답 거부</p>
7b	<p>아메리칸 인디언 또는 알래스카 원주민으로서 인디언 보건 서비스(Indian Health Service), 부족 보건 클리닉(Tribal Health Clinic), 도시 보건 프로그램(Urban Health Program)의 서비스를 받을 자격이 있습니까?</p> <p><input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 모름</p> <p><input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 응답 거부</p>
8	<p>신체적, 정신적 또는 정서적 상태 때문에 아래 행위에 심각한 어려움이 있습니까?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> <p>A) 집중 또는 기억, 의사 결정을 해야 할 때?</p> <p><input type="checkbox"/> 아니요</p> <p><input type="checkbox"/> 예. 몇 살 때 그 문제가 시작되었습니까? _____ 예라고 답변한 경우, 의료 결정을 내리는 데 어려움이 있습니까?</p> <p><input type="checkbox"/> 아니요</p> <p><input type="checkbox"/> 예, 의료 결정을 내리는 데 어려움이 있다면, 의료진에게 문의하십시오.</p> <p><input type="checkbox"/> 모름</p> <p><input type="checkbox"/> 거절/답변하고 싶지 않음</p> <p><input type="checkbox"/> 모름</p> <p><input type="checkbox"/> 거절 또는 답변하고 싶지 않음</p> </div> <div style="width: 48%;"> <p>B) 병원이나 쇼핑을 가는 등 혼자 잡무를 수행하는 데 어려움이 있습니까?</p> <p><input type="checkbox"/> 아니요</p> <p><input type="checkbox"/> 예. 몇 살 때 그 문제가 시작되었습니까? _____</p> <p><input type="checkbox"/> 모름</p> <p><input type="checkbox"/> 거절 또는 답변하고 싶지 않음</p> </div> </div>

RH 서비스 이용 재정 지원 인구통계학적 질문

9	<p>귀하는 청각 장애인이거나 심각한 청각적 어려움이 있습니까?</p> <p><input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 모름</p> <p><input type="checkbox"/> 예. 몇 살 때 그 문제가 시작되었습니까? _____ <input type="checkbox"/> 응답 거부</p>
10	<p>보통(관습적) 언어를 사용하여, 의사소통하는 데 심각한 어려움 (예: 다른 사람이 나를 이해하거나 다른 사람을 이해하는 데)이 있습니까?</p> <p><input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 모름</p> <p><input type="checkbox"/> 예. 몇 살 때 그 문제가 시작되었습니까? _____ <input type="checkbox"/> 응답 거부</p>
11	<p>귀하는 시각 장애인이거나 안경을 착용해도 심각한 시각 장애가 있습니까?</p> <p><input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 모름</p> <p><input type="checkbox"/> 예. 몇 살 때 그 문제가 시작되었습니까? _____ <input type="checkbox"/> 응답 거부</p>
12	<p>귀하는 보행 또는 계단을 올라갈 때 심각한 어려움이 있습니까?</p> <p><input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 모름</p> <p><input type="checkbox"/> 예. 몇 살 때 그 문제가 시작되었습니까? _____ <input type="checkbox"/> 응답 거부</p>
13	<p>귀하는 옷 입을 때 또는 목욕할 때 어려움이 있습니까?</p> <p><input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 모름</p> <p><input type="checkbox"/> 예. 몇 살 때 그 문제가 시작되었습니까? _____ <input type="checkbox"/> 응답 거부</p>
14	<p>귀하 연령대의 대부분이 배울 수 있는 일을 하는 방법을 습득하는 데 심각한 어려움이 있습니까?</p> <p><input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 모름</p> <p><input type="checkbox"/> 예. 몇 살 때 그 문제가 시작되었습니까? _____ <input type="checkbox"/> 응답 거부</p>
15	<p>기분, 강렬한 감정, 행동 통제, 망상 또는 환각 경험과 관련하여 심각한 어려움이 있습니까?</p> <p><input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 모름</p> <p><input type="checkbox"/> 예. 몇 살 때 그 문제가 시작되었습니까? _____ <input type="checkbox"/> 응답 거부</p>