

生殖健康服务补贴登记表

您可以获取本表格的其他语言版本、大字印刷、盲文或您偏好的格式。
 请发送电子邮件到 rh.program@dhsosha.state.or.us 或拨打 971-673-0355 联系生殖健康计划。
 我们会接听所有转接电话，或者您可拨打 711。您也可以申请免费的口语翻译服务。

请填写此表格，以便我们确定能否支付您的服务。

- 我们不会歧视任何人。无论您的公民身份、移民身份、文件状态或性别身份如何，您都可获得服务。
- 我们将尽可能对您的信息保密，且不会将其用于移民执法行动。

此信息仅用于确定我们将如何就您获得的服务作出支付。如果您在填写本表格时有任何问题，请向诊所员工寻求帮助。

1	法定姓氏：	法定名字：	中间名：
2	出生日期：	出生时认定的生理性别： <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 男	可选：您当前的性别认同是？
3	请写明您的城市和邮政编码：		

4	您是否能够怀孕或让别人怀孕？ 如果您的回答是否，请停止填写本表格并告知诊所人员。 <input type="checkbox"/> 是，或者我认为是 <input type="checkbox"/> 是，但我正在采取节育措施 <input type="checkbox"/> 否，我已经过了更年期 <input type="checkbox"/> 否，我做过手术（例如，输精管或输卵管结扎，输精管切除术） <input type="checkbox"/> 否，其他	如果您的回答是否，请 停止填写本表格并告知 诊所人员
---	---	----------------------------------

不论您的身份如何，您仍可以取得免费的生殖健康服务。这些问题只会用于帮助我们为您的服务作出支付，不会用于移民执法。

5	如需有关本问题的帮助，请要求查看公民和移民身份表。 您是否拥有： <input type="checkbox"/> 美国公民或美国国民身份 <input type="checkbox"/> 有效的移民身份 （例如：难民、受庇护者、19岁以下合法永久居民（绿卡）、合法永久居民（绿卡）身份满5年或以上且年满19岁） <input type="checkbox"/> 其他身份 （请转到问题 7） （例如：童年抵美者暂缓遣返 (DACA)、无证件、合法永久居民身份（绿卡）不足5年且年满19岁）
---	---

生殖健康服务补贴登记表

6	<p>如果您在上面勾选了美国公民/国民身份或有效移民身份，请： 写下您的社会安全号码。</p> <p><input type="checkbox"/> 我的社会安全号码是： _____</p> <p><input type="checkbox"/> 我不知道，或者我没有社会安全号码</p> <p>写下您的俄勒冈州邮寄地址。</p> <p><input type="checkbox"/> 我的俄勒冈州街道地址是： _____</p> <p><input type="checkbox"/> 我不住在俄勒冈州</p>
7	<p>您是否有私人健康保险（由您的工作单位或学校，或父母或配偶提供）？</p> <p><input type="checkbox"/> 是</p> <p><input type="checkbox"/> 否 （请转到问题 9）</p>
8	<p>若我们向您的私人健康保险收费，您的保险公司可能会寄发有关您探访为您的保险付费人士的详情。</p> <p>您是否同意我们向您的保险收费？</p> <p><input type="checkbox"/> 可以，同意向我的保险收费</p> <p><input type="checkbox"/> 不可以，我担心为我的保险付费的人士获悉我的探访</p>
9	<p>您是否有个人收入</p> <p><input type="checkbox"/> 是</p> <p><input type="checkbox"/> 否 （请转到问题 11）</p>
10	<p>如您有个人收入，请列出您认为本月从下列来源取得的收入金额：</p> <p style="text-align: center;">扣除税款或其他款项前的工作收入 _____</p> <p style="text-align: center;">及</p> <p style="text-align: center;">其他来源，如小费或失业救济（不包括子女抚养费、退伍军人补助或补充保障收入 (SSI)） _____</p> <p style="text-align: right;">总计 _____</p>
11	<p>您是否报税？</p> <p><input type="checkbox"/> 是。您的报税单上列了几个人？ _____ （必须至少为 1 名）</p> <p><input type="checkbox"/> 否，其他人将我加入了他们的报税单。 他们的报税单上有几个人？ _____ （必须至少为 2 名）</p> <p><input type="checkbox"/> 否，而且没有人将我加入他们的报税单。</p>
12	<p>若您是美国公民，您是否愿意现在就登记投票？</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不适用</p>

生殖健康服务补贴登记表

对您的社会安全号码 (SSN) 的使用

联邦法律（下文引用）规定，申请医疗福利者如果拥有美国公民/国民身份或有效移民身份，则必须说明其 SSN（如果他们有 SSN）。在您的生殖健康服务补贴登记表上写下您的 SSN 时，即表示您允许公众服务部 (DHS) 或俄勒冈州卫生局 (OHA) 将其用于：

- 协助我们确定您是否有资格获得福利。我们将使用您的 SSN 进行核证，确保在本表格中所列的收入和资产是正确的。我们会将该信息与其他州和联邦记录比对。
- 通过进行质量审查帮助我们改进计划。
- 确保您获得适当的医疗福利。

联邦法律—42 USC 1320b-7(a)、42 CFR 435.910、42CFR 435.920。

- 我了解我有权获得 OHA 的隐私惯例通知。
- 我了解，如果我获得生殖健康服务补贴不涵盖的服务，我可能需要支付该服务的费用。
- 如果我拥有美国公民/国民身份或有效移民身份，则我必须向 OHA 的公共卫生部提交信息，以证明我的公民或移民身份。以便他们可决定如何支付我的服务费用。我了解并同意该条款。

据我所知，我提供的信息是正确和完整的。我在作伪证便受处罚的前提下作出声明。

客户签名： _____ 今日日期（月/日/年）： _____

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

生殖健康服务补贴人口统计问题

这些问题都属于选填问题。对这些问题的回答不会影响您的生殖健康服务补贴资格。我们询问这些问题的目的是为了确保所有人都能获得最高品质的照顾和最佳服务。我们亦使用此信息来解决护理方面的差异。如果您不愿意回答这些问题，请勾选“不愿意回答”。

如果您在填写本表格时有任何问题，请向诊所员工寻求帮助。

1	<p>您希望我们以哪种语言： 您可以申请免费的口语翻译服务。</p> <p>与您亲自、通过电话或远程交谈： _____</p> <p>与您书面沟通： _____</p> <p><input type="checkbox"/> 不愿意回答（英语将被列出） （若两个问题的回答均是英语，请转到问题 3）</p>
2a	<p>您是否需要口语翻译人员来帮助我们与您沟通？</p> <p><input type="checkbox"/> 否 （请转到问题 3）</p> <p><input type="checkbox"/> 是</p> <p><input type="checkbox"/> 不知道</p> <p><input type="checkbox"/> 不愿意回答</p>
2b	<p>如您需要口语翻译人员，请说明希望提供哪一类口语翻译人员？</p> <p><input type="checkbox"/> 手语翻译员</p> <p><input type="checkbox"/> 美国手语 (ASL) 译员</p> <p><input type="checkbox"/> 聋盲人和有其他障碍人员的聋人传译员</p> <p><input type="checkbox"/> 接触式手语 (PSE) 译员</p> <p><input type="checkbox"/> 其他（请列明）： _____</p>
3	<p>您说英语的流利程度如何？</p> <p><input type="checkbox"/> 非常好</p> <p><input type="checkbox"/> 好</p> <p><input type="checkbox"/> 不太好</p> <p><input type="checkbox"/> 完全不会</p> <p><input type="checkbox"/> 不了解或未知</p> <p><input type="checkbox"/> 不愿意回答</p>
4	<p>您认为自己属于何种民族或种族、部落从属关系、原籍国或血统？ （例如您父母的血统、部落身份）</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> 不愿意回答</p>

生殖健康服务补贴人口统计问题

	<p>下列哪一项描述了您的种族或民族身份？请勾选所有适用选项。</p>		
5	<p>西班牙裔或拉丁裔</p> <p><input type="checkbox"/> 中美洲人</p> <p><input type="checkbox"/> 墨西哥人</p> <p><input type="checkbox"/> 南美洲人</p> <p><input type="checkbox"/> 其他西班牙裔或拉丁美洲裔</p> <p>夏威夷原住民或太平洋岛民</p> <p><input type="checkbox"/> 查莫洛人（查莫洛）</p> <p><input type="checkbox"/> 马绍尔岛民</p> <p><input type="checkbox"/> 密克罗尼西亚地区社群</p> <p><input type="checkbox"/> 夏威夷土著</p> <p><input type="checkbox"/> 萨摩亚人</p> <p><input type="checkbox"/> 其他太平洋岛民</p> <p>白人</p> <p><input type="checkbox"/> 东欧人</p> <p><input type="checkbox"/> 斯拉夫人</p> <p><input type="checkbox"/> 西欧人</p> <p><input type="checkbox"/> 其他白人</p>	<p>美洲印第安人或阿拉斯加土著</p> <p><input type="checkbox"/> 美洲印第安人</p> <p><input type="checkbox"/> 阿拉斯加土著</p> <p><input type="checkbox"/> 加拿大因纽特人、梅蒂人或印第安原住民</p> <p><input type="checkbox"/> 本土墨西哥人、中美洲人或南美洲人</p> <p>黑人或非裔美国人</p> <p><input type="checkbox"/> 非裔美国人</p> <p><input type="checkbox"/> 加勒比黑人</p> <p><input type="checkbox"/> 埃塞俄比亚人</p> <p><input type="checkbox"/> 索马里人</p> <p><input type="checkbox"/> 其他非洲人（黑种人）</p> <p><input type="checkbox"/> 其他黑种人</p> <p>中东人或北非人</p> <p><input type="checkbox"/> 中东人</p> <p><input type="checkbox"/> 北非人</p>	<p>亚洲人</p> <p><input type="checkbox"/> 亚裔印度人</p> <p><input type="checkbox"/> 柬埔寨人</p> <p><input type="checkbox"/> 华裔</p> <p><input type="checkbox"/> 缅甸社群</p> <p><input type="checkbox"/> 菲律宾裔</p> <p><input type="checkbox"/> 苗族裔</p> <p><input type="checkbox"/> 日本裔</p> <p><input type="checkbox"/> 韩裔</p> <p><input type="checkbox"/> 老挝人</p> <p><input type="checkbox"/> 南亚人</p> <p><input type="checkbox"/> 越南裔</p> <p><input type="checkbox"/> 其他亚裔</p> <p>其他类别</p> <p><input type="checkbox"/> 其他：请列明： _____</p> <p><input type="checkbox"/> 不知道</p> <p><input type="checkbox"/> 不愿意回答</p>
6	<p>如果您勾选多个上文所列类别，是否有一个您认为是您的主要民族或种族身份的类别？</p> <p><input type="checkbox"/> 是。请在上面圈选出您的主要民族或种族身份。</p> <p><input type="checkbox"/> 否，我有一个以上的主要民族或种族身份。</p> <p><input type="checkbox"/> 否。我确定我的身份为混血儿或多种族。</p> <p><input type="checkbox"/> 不适用。我仅勾选一个上面的类别。</p> <p><input type="checkbox"/> 不知道</p> <p><input type="checkbox"/> 不愿意回答</p>		
7a	<p>您是否是联邦认可部落的成员？</p> <p><input type="checkbox"/> 否</p> <p><input type="checkbox"/> 是，请说明部落：_____</p> <p><input type="checkbox"/> 不知道</p> <p><input type="checkbox"/> 不愿意回答</p>		
7b	<p>作为美洲印第安人或阿拉斯加土著，您是否有资格取得印第安卫生部 (Indian Health Services)、部落健康诊所 (Tribal Health Clinics) 或都市健康计划 (Urban Health Program) 提供的服务？</p> <p><input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不知道</p> <p><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 不愿意回答</p>		

生殖健康服务补贴人口统计问题

8	<p>您是否因身体机能、精神状况或情绪状态而存在严重困难，难以：</p> <p>A) 集中精神、记忆或作出决定？</p> <p><input type="checkbox"/> 否</p> <p><input type="checkbox"/> 是。您是在多大年龄发生这种状况的？ _____</p> <p>如果是，您是否很难作出医疗决定？</p> <p><input type="checkbox"/> 否</p> <p><input type="checkbox"/> 是的，如果您很难作出医疗决定，请告知您的健康护理提供者。</p> <p><input type="checkbox"/> 不知道</p> <p><input type="checkbox"/> 拒绝回答 / 不愿回答</p> <p><input type="checkbox"/> 不知道</p> <p><input type="checkbox"/> 拒绝回答或不愿回答</p>	<p>B) 独自外出办事（例如去诊所就诊或外出购物）？</p> <p><input type="checkbox"/> 否</p> <p><input type="checkbox"/> 是。您是在多大年龄发生这种状况的？ _____</p> <p><input type="checkbox"/> 不知道</p> <p><input type="checkbox"/> 拒绝回答或不愿回答</p>
9	<p>您是否耳聋或是有严重的听力障碍？</p> <p><input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不知道</p> <p><input type="checkbox"/> 是。您是在多大年龄发生这种状况的？ _____ <input type="checkbox"/> 不愿意回答</p>	
10	<p>在使用您的常用（惯用）语言时，您是否有严重的交流障碍（例如理解他人或被他人理解）？</p> <p><input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不知道</p> <p><input type="checkbox"/> 是。您是在多大年龄发生这种状况的？ _____ <input type="checkbox"/> 不愿意回答</p>	
11	<p>您是否失明或是有严重的视力障碍，即使佩戴眼镜亦是如此？</p> <p><input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不知道</p> <p><input type="checkbox"/> 是。您是在多大年龄发生这种状况的？ _____ <input type="checkbox"/> 不愿意回答</p>	
12	<p>您走路或爬楼梯是否感觉非常困难？</p> <p><input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不知道</p> <p><input type="checkbox"/> 是。您是在多大年龄发生这种状况的？ _____ <input type="checkbox"/> 不愿意回答</p>	
13	<p>您穿衣或沐浴是否有困难？</p> <p><input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不知道</p> <p><input type="checkbox"/> 是。您是在多大年龄发生这种状况的？ _____ <input type="checkbox"/> 不愿意回答</p>	
14	<p>在学习多数同龄人能学习做的事情时，您是否有严重困难？</p> <p><input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不知道</p> <p><input type="checkbox"/> 是。您是在多大年龄发生这种状况的？ _____ <input type="checkbox"/> 不愿意回答</p>	
15	<p>您是否有下列严重困难：情绪、强烈情感、行为控制或有错觉或幻觉？</p> <p><input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不知道</p> <p><input type="checkbox"/> 是。您是在多大年龄发生这种状况的？ _____ <input type="checkbox"/> 不愿意回答</p>	