

Đơn Đăng Ký vào Chương Trình Quỹ Trợ Cấp Sức khỏe Sinh Sản (Reproductive Health Access Fund - RH)

Quý vị có thể yêu cầu đơn này bằng những ngôn ngữ khác, bản in chữ khổ lớn, chữ nổi hoặc một định dạng quý vị muốn. Liên lạc với Chương trình RH qua địa chỉ email rh.program@dhsosha.state.or.us hoặc gọi đến số 971-673-0355. Chúng tôi chấp nhận tất cả các cuộc gọi chuyển tiếp hoặc quý vị có thể bấm số 711. Quý vị cũng có thể yêu cầu dịch vụ thông dịch miễn phí.

Vui lòng điền đơn này để xem chúng tôi có thể trả tiền cho các dịch vụ của quý vị không.

- Chúng tôi không phân biệt đối xử. Quý vị có thể nhận các dịch vụ này bất kể tình trạng quốc tịch, di trú, tình trạng hồ sơ, hoặc nhận dạng giới tính.
- Thông tin của quý vị tuyệt đối được giữ bí mật và KHÔNG được sử dụng cho mục đích thực thi luật di trú.

Thông tin này chỉ được sử dụng để giúp chúng tôi xác định cách thanh toán chi phí dịch vụ cho quý vị. Nếu quý vị có thắc mắc khi điền đơn này, hãy nhờ nhân viên phòng khám giúp đỡ.

1	(Các) Họ chính thức:	Tên chính thức:	Tên lót viết tắt:
2	Ngày sinh:	Giới tính lúc sinh ra đời: <input type="checkbox"/> Nữ <input type="checkbox"/> Nam	Không bắt buộc: Nhận dạng giới tính của quý vị là gì?
3	Vui lòng ghi tên thành phố và mã bưu chính của quý vị:		

Quý vị có khả năng mang thai **HOẶC** làm người khác mang thai không? **Nếu quý vị trả lời không, vui lòng dừng lại và nói chuyện với nhân viên phòng khám.**

4

Có, hoặc tôi nghĩ là có

Có, nhưng tôi đang sử dụng biện pháp ngừa thai

Không, tôi đã trải qua thời kỳ mãn kinh

Không, tôi đã được phẫu thuật (ví dụ: buộc ống, thắt ống dẫn tinh)

Không, câu trả lời khác

Nếu quý vị trả lời không, vui lòng dừng lại và nói chuyện với nhân viên phòng khám

Quý vị vẫn có thể được nhận các dịch vụ sức khỏe sinh sản miễn phí cho dù quý vị đang ở tình trạng nào. Những câu hỏi này chỉ giúp chúng tôi thanh toán tiền dịch vụ cho quý vị và sẽ không được sử dụng để thực thi luật di trú.

5

Nếu quý vị cần được giúp trả lời câu hỏi này, vui lòng xem **Bảng Tình Trạng Nhập Cư và Công Dân**. Quý vị có:

Quốc tịch Hoa Kỳ hoặc công dân Hoa Kỳ

Tình trạng di trú hợp lệ
(ví dụ: Người tị nạn, Người tị nạn chính trị, Thường trú nhân Hợp pháp (thẻ xanh) dưới 19 tuổi, Thường trú nhân Hợp pháp (thẻ xanh) từ 5 năm trở lên và 19 tuổi trở lên)

Tình trạng khác **(SANG CÂU HỎI SỐ 7)**
(ví dụ: DACA, không có giấy tờ, Thường trú nhân Hợp pháp (thẻ xanh) dưới 5 năm và 19 tuổi trở lên)

**Đơn Đăng Ký vào Chương Trình Quỹ Trợ Cấp Sức khỏe Sinh Sản
(Reproductive Health Access Fund - RH)**

6	<p>Nếu quý vị đã đánh dấu "Quốc tịch/Công dân Hoa Kỳ" hoặc "Tình trạng di trú hợp lệ" ở trên, vui lòng:</p> <p>Ghi số An sinh Xã hội (SSN) của quý vị.</p> <p><input type="checkbox"/> Số An sinh Xã hội của tôi là: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Tôi không biết hoặc tôi không có số An sinh Xã hội</p> <p>Ghi địa chỉ gửi thư ở Oregon của quý vị:</p> <p><input type="checkbox"/> Địa chỉ gửi thư ở Oregon của tôi là: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Tôi không sống ở Oregon</p>
7	<p>Quý vị có bảo hiểm y tế tư nhân (thông qua sở làm hoặc trường học, hoặc từ cha mẹ hay vợ/chồng) không?</p> <p><input type="checkbox"/> Có</p> <p><input type="checkbox"/> Không (SANG CÂU HỎI SỐ 9)</p>
8	<p>Nếu chúng tôi gửi hóa đơn cho công ty bảo hiểm y tế tư nhân của quý vị, công ty bảo hiểm của quý vị có thể gửi thông tin chi tiết về buổi khám sức khỏe của quý vị đến người trả tiền bảo hiểm.</p> <p>Quý vị có đồng ý cho chúng tôi gửi hóa đơn cho công ty bảo hiểm của quý vị không?</p> <p><input type="checkbox"/> Có, quý cơ quan có thể gửi hóa đơn cho công ty bảo hiểm của tôi</p> <p><input type="checkbox"/> Không, tôi lo lắng người trả tiền bảo hiểm cho tôi sẽ biết việc thăm khám sức khỏe này</p>
9	<p>Quý vị có thu nhập riêng không?</p> <p><input type="checkbox"/> Có</p> <p><input type="checkbox"/> Không (SANG CÂU HỎI SỐ 11)</p>
10	<p>Nếu quý vị có thu nhập riêng, vui lòng liệt kê số tiền mà quý vị nghĩ quý vị sẽ nhận được trong tháng này từ:</p> <p>Việc làm trước khi khấu trừ thuế hoặc các khoản tiền khác _____</p> <p>VÀ</p> <p>Các nguồn thu nhập khác như tiền tip hay trợ cấp thất nghiệp (không bao gồm tiền hỗ trợ nuôi con, tiền cựu quân nhân, hoặc tiền Trợ cấp An sinh Xã hội Bổ sung (SSI)) _____</p> <p>Tổng cộng _____</p>
11	<p>Quý vị có khai thuế không?</p> <p><input type="checkbox"/> Có. Quý vị kê khai bao nhiêu người trên tờ khai thuế của mình? _____ (phải ít nhất 1 người)</p>

**Đơn Đăng Ký vào Chương Trình Quỹ Trợ Cấp Sức khỏe Sinh Sản
(Reproductive Health Access Fund - RH)**

- Không, một người khác kê khai tôi trên tờ khai thuế của họ. Người này kê khai bao nhiêu người trên tờ khai thuế của họ? _____ (phải ít nhất 2 người)
- Không, và không ai kê khai tôi trên tờ khai thuế của họ cả.

12 Nếu quý vị là công dân Hoa Kỳ, quý vị có muốn đăng ký **bỏ phiếu bầu cử hôm nay không?**

- Có Không Không áp dụng

Sử dụng Số An sinh Xã hội (SSN) của quý vị

Luật liên bang (trích dẫn dưới đây) quy định rằng tất cả những người nộp đơn xin trợ cấp y tế mà có quốc tịch Hoa Kỳ, là công dân Hoa Kỳ hoặc có tình trạng di trú hợp lệ đều phải cung cấp số SSN của họ, nếu có. Khi quý vị ghi số SSN của mình trên Đơn Đăng Ký với Quỹ Trợ Cấp Sức Khỏe Sinh Sản (RH Access Fund), điều này có nghĩa là quý vị cho phép Bộ Xã Hội (Department of Human Services, hoặc DHS) hoặc Cơ quan Quản Lý Y tế Oregon (Oregon Health Authority, hoặc OHA) sử dụng số SSN của quý vị để:

- Giúp chúng tôi xác định liệu quý vị có đủ điều kiện nhận trợ cấp hay không. Chúng tôi sẽ dùng số SSN của quý vị để xác minh các khoản thu nhập và tài sản mà quý vị khai trên mẫu này là chính xác. Chúng tôi sẽ đối chiếu thông tin đó với các hồ sơ tiểu bang và liên bang khác.
- Giúp chúng tôi cải thiện chương trình qua quy trình kiểm tra chất lượng.
- Đảm bảo quý vị đang nhận đúng loại trợ cấp y tế.

Luật liên bang - 42 USC 1320b-7(a), 42 CFR 435.910, 42CFR 435.920.

- Tôi hiểu rằng tôi có quyền có một bản sao của Thông báo về Nguyên Tắc Bảo Mật của OHA.
- Tôi hiểu rằng nếu tôi nhận dịch vụ mà Quỹ Trợ Cấp Sức Khỏe Sinh Sản (RH Access Fund) không chi trả, tôi có thể sẽ phải tự trả tiền cho dịch vụ đó.
- Nếu tôi có Quốc tịch/Công dân Hoa Kỳ hoặc có Tình trạng di trú hợp lệ, tôi phải cung cấp thông tin cho Phòng Y Tế Công Cộng (Public Health Division) của OHA để chứng minh tư cách công dân hoặc tình trạng di trú của tôi. Mục đích của yêu cầu này là để giúp Sở Y tế xác định cách thanh toán cho các dịch vụ của tôi. Tôi hiểu và đồng ý với điều này.

Tất cả những điều tôi khai trên đây đều chính xác và đầy đủ theo sự hiểu biết tốt nhất của tôi. Tôi xác nhận như vậy và chịu phạt nếu khai gian dối.

Chữ ký người nộp đơn: _____

Ngày
(tháng/ngày/năm): _____

Clinic Label

**Đơn Đăng Ký vào Chương Trình Quỹ Trợ Cấp Sức khỏe Sinh Sản
(Reproductive Health Access Fund - RH)**

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

Bản Câu hỏi Nhân khẩu học của Quý Trợ cấp Sức khỏe Sinh sản

Những câu hỏi này không bắt buộc. Những câu trả lời trong bản câu hỏi này sẽ không ảnh hưởng đến khả năng hội đủ điều kiện để hưởng Trợ cấp sức khỏe sinh sản của quý vị. Chúng tôi hỏi những câu hỏi này để đảm bảo tất cả các thành viên sẽ có được sự chăm sóc chất lượng cao nhất và dịch vụ tốt nhất. Chúng tôi cũng sử dụng thông tin này để giải quyết những khác biệt trong chăm sóc. Nếu quý vị không muốn trả lời những câu hỏi này, vui lòng đánh dấu chọn "Không muốn trả lời."

Nếu quý vị có thắc mắc khi điền đơn này, hãy nhờ nhân viên phòng khám giúp đỡ.

1	<p>Quý vị muốn chúng tôi dùng ngôn ngữ nào để: Quý vị có thể yêu cầu dịch vụ thông dịch viên miễn phí.</p> <p>Giao tiếp với quý vị trực tiếp, qua điện thoại hoặc trên mạng: _____</p> <p>Viết thư cho quý vị: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Không muốn trả lời (sẽ liệt kê tiếng Anh) (nếu hai câu trả lời đều là tiếng Anh, vui lòng sang câu hỏi số 3)</p>
2a	<p>Quý vị có cần một thông dịch viên để giúp chúng tôi giao tiếp với quý vị không?</p> <p><input type="checkbox"/> Không (sang câu hỏi số 3)</p> <p><input type="checkbox"/> Có</p> <p><input type="checkbox"/> Không biết</p> <p><input type="checkbox"/> Không muốn trả lời</p>
2b	<p>Nếu quý vị cần hoặc muốn có thông dịch viên, quý vị muốn có thông dịch viên nào?</p> <p><input type="checkbox"/> Thông dịch viên ngôn ngữ nói</p> <p><input type="checkbox"/> Thông dịch viên Ngôn ngữ ký hiệu Hoa Kỳ (ASL)</p> <p><input type="checkbox"/> Thông dịch viên cho người khiếm thính-khiếm thị và có khó khăn khác</p> <p><input type="checkbox"/> Thông dịch viên ngôn ngữ ký hiệu tương tác (contact sign language - PSE)</p> <p><input type="checkbox"/> Khác (vui lòng liệt kê):</p>
3	<p>Khả năng nói tiếng Anh của quý vị như thế nào ?</p> <p><input type="checkbox"/> Rất tốt</p> <p><input type="checkbox"/> Tốt</p> <p><input type="checkbox"/> Không giỏi</p> <p><input type="checkbox"/> Hoàn toàn không</p> <p><input type="checkbox"/> Không biết/Không được biết</p> <p><input type="checkbox"/> Không muốn trả lời</p>
4	<p>Quý vị xác định chủng tộc, sắc tộc, nguồn gốc bộ lạc, nguồn gốc quốc gia, hoặc tổ tiên của mình như thế nào. (ví dụ: tổ tiên của cha mẹ quý vị, thành viên bộ lạc)</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Không muốn trả lời</p>

Bản Câu hỏi Nhân khẩu học của Quỹ Trợ cấp Sức khỏe Sinh sản

5	<p>Câu trả lời nào sau đây mô tả dân tộc hoặc chủng tộc của quý vị? Chọn TẤT CẢ những câu trả lời đúng.</p> <p>Người Gốc Tây Ban Nha hoặc Mỹ La-tinh</p> <p><input type="checkbox"/> Người Trung Mỹ</p> <p><input type="checkbox"/> Người Mê-hi-cô</p> <p><input type="checkbox"/> Người Nam Mỹ</p> <p><input type="checkbox"/> Người Gốc Tây Ban Nha hoặc La-tinh khác</p> <p>Người Bản Địa Hawaii hoặc Người Thuộc Đảo Quốc Thái Bình Dương</p> <p><input type="checkbox"/> Người Chamoru (Chamorro)</p> <p><input type="checkbox"/> Người Marshall</p> <p><input type="checkbox"/> Người thuộc các cộng đồng vùng Micronesia</p> <p><input type="checkbox"/> Người Bản Địa Hawaii</p> <p><input type="checkbox"/> Người Samoa</p> <p><input type="checkbox"/> Người thuộc Đảo Quốc Thái Bình Dương khác</p> <p>Người Da Trắng</p> <p><input type="checkbox"/> Người Đông Âu</p> <p><input type="checkbox"/> Người Slav</p> <p><input type="checkbox"/> Người Tây Âu</p> <p><input type="checkbox"/> Chủng tộc Da trắng khác</p>	<p>Người Mỹ Bản Địa hoặc Thổ Dân Alaska</p> <p><input type="checkbox"/> Người Mỹ Bản Địa</p> <p><input type="checkbox"/> Thổ dân Alaska</p> <p><input type="checkbox"/> Người Inuit ở Canada, Người Metis, hoặc Người Bộ Tộc Đầu Tiên</p> <p><input type="checkbox"/> Người Mê-hi-cô Bản Địa, Người Trung Mỹ, hoặc Người Nam Mỹ</p> <p>Người Da Đen hoặc Người Mỹ Gốc Phi</p> <p><input type="checkbox"/> Người Mỹ Gốc Phi</p> <p><input type="checkbox"/> Người Caribe Gốc Phi</p> <p><input type="checkbox"/> Người Ethiopia</p> <p><input type="checkbox"/> Người Somali</p> <p><input type="checkbox"/> Người Châu Phi khác (Da đen)</p> <p><input type="checkbox"/> Người Da Đen khác</p> <p>Người Trung Đông hoặc Bắc Phi</p> <p><input type="checkbox"/> Người Trung Đông</p> <p><input type="checkbox"/> Người Bắc Phi</p>	<p>Người Châu Á</p> <p><input type="checkbox"/> Người Á-Ấn</p> <p><input type="checkbox"/> Người Campuchia</p> <p><input type="checkbox"/> Người Trung Quốc</p> <p><input type="checkbox"/> Người thuộc các Cộng đồng Myanmar</p> <p><input type="checkbox"/> Người Phi-Luật-Tân</p> <p><input type="checkbox"/> Người H'mông</p> <p><input type="checkbox"/> Người Nhật</p> <p><input type="checkbox"/> Người Hàn Quốc</p> <p><input type="checkbox"/> Người Lào</p> <p><input type="checkbox"/> Nam Á</p> <p><input type="checkbox"/> Người Việt Nam</p> <p><input type="checkbox"/> Người Châu Á khác</p> <p>Các chủng tộc khác</p> <p><input type="checkbox"/> Khác, vui lòng liệt kê: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Không biết</p> <p><input type="checkbox"/> Không muốn trả lời</p>
6	<p>Nếu quý vị đã đánh dấu nhiều hơn một chủng tộc trong danh sách ở trên, có nhóm người nào mà quý vị xác định là dân tộc hay chủng tộc chính của mình hay không?</p> <p><input type="checkbox"/> Có. Vui lòng khoanh tròn chủng tộc hoặc dân tộc chính của quý vị ở trên.</p> <p><input type="checkbox"/> Không. Tôi không có chỉ một chủng tộc hoặc dân tộc chính.</p> <p><input type="checkbox"/> Không. Tôi xác định mình là người hai chủng tộc hoặc đa chủng tộc.</p> <p><input type="checkbox"/> Không áp dụng. Tôi chỉ đánh dấu một câu trả lời ở trên.</p> <p><input type="checkbox"/> Không biết</p> <p><input type="checkbox"/> Không muốn trả lời</p>		
7a	<p>Quý vị có phải là thành viên của một bộ lạc được liên bang công nhận không?</p> <p><input type="checkbox"/> Không</p> <p><input type="checkbox"/> Có, vui lòng cho biết (các) bộ lạc nào: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Không biết</p> <p><input type="checkbox"/> Không muốn trả lời</p>		

Bản Câu hỏi Nhân khẩu học của Quỹ Trợ cấp Sức khỏe Sinh sản

7b	<p>Quý vị có đủ điều kiện, với tư cách là Người Mỹ bản địa hoặc người Thổ dân Alaska, nhận dịch vụ từ một Trung tâm Dịch vụ Y tế Dành cho Người Mỹ Bản xứ (Indian Health Service), một Phòng khám Sức khỏe của Bộ lạc (Tribal Health Clinic), hoặc một Chương trình Y tế Vùng Đô thị (Urban Health Program) không?</p> <p><input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không biết <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không muốn trả lời</p>		
8	<p>Quý vị có gặp khó khăn nghiêm trọng khi làm những việc sau đây do một căn bệnh về thể chất, tinh thần hoặc cảm xúc không?</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>A) Tập trung, ghi nhớ, hoặc ra quyết định?</p> <p><input type="checkbox"/> Không</p> <p><input type="checkbox"/> Có. Tình trạng này bắt đầu khi quý vị mấy tuổi? _____ Nếu có, quý vị có gặp khó khăn trong việc đưa ra các quyết định về chăm sóc sức khỏe không?</p> <p><input type="checkbox"/> Không</p> <p><input type="checkbox"/> Nếu quý vị gặp khó khăn trong việc đưa ra các quyết định về chăm sóc sức khỏe, vui lòng trao đổi về điều này với bác sĩ của quý vị.</p> <p><input type="checkbox"/> Không biết</p> <p><input type="checkbox"/> Từ chối/không muốn trả lời</p> <p><input type="checkbox"/> Không biết</p> <p><input type="checkbox"/> Từ chối hoặc không muốn trả lời</p> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>B) Làm những việc vặt một mình như đi khám bác sĩ hay mua sắm?</p> <p><input type="checkbox"/> Không</p> <p><input type="checkbox"/> Có. Tình trạng này bắt đầu khi quý vị mấy tuổi? _____</p> <p><input type="checkbox"/> Không biết</p> <p><input type="checkbox"/> Từ chối hoặc không muốn trả lời</p> </td> </tr> </table>	<p>A) Tập trung, ghi nhớ, hoặc ra quyết định?</p> <p><input type="checkbox"/> Không</p> <p><input type="checkbox"/> Có. Tình trạng này bắt đầu khi quý vị mấy tuổi? _____ Nếu có, quý vị có gặp khó khăn trong việc đưa ra các quyết định về chăm sóc sức khỏe không?</p> <p><input type="checkbox"/> Không</p> <p><input type="checkbox"/> Nếu quý vị gặp khó khăn trong việc đưa ra các quyết định về chăm sóc sức khỏe, vui lòng trao đổi về điều này với bác sĩ của quý vị.</p> <p><input type="checkbox"/> Không biết</p> <p><input type="checkbox"/> Từ chối/không muốn trả lời</p> <p><input type="checkbox"/> Không biết</p> <p><input type="checkbox"/> Từ chối hoặc không muốn trả lời</p>	<p>B) Làm những việc vặt một mình như đi khám bác sĩ hay mua sắm?</p> <p><input type="checkbox"/> Không</p> <p><input type="checkbox"/> Có. Tình trạng này bắt đầu khi quý vị mấy tuổi? _____</p> <p><input type="checkbox"/> Không biết</p> <p><input type="checkbox"/> Từ chối hoặc không muốn trả lời</p>
<p>A) Tập trung, ghi nhớ, hoặc ra quyết định?</p> <p><input type="checkbox"/> Không</p> <p><input type="checkbox"/> Có. Tình trạng này bắt đầu khi quý vị mấy tuổi? _____ Nếu có, quý vị có gặp khó khăn trong việc đưa ra các quyết định về chăm sóc sức khỏe không?</p> <p><input type="checkbox"/> Không</p> <p><input type="checkbox"/> Nếu quý vị gặp khó khăn trong việc đưa ra các quyết định về chăm sóc sức khỏe, vui lòng trao đổi về điều này với bác sĩ của quý vị.</p> <p><input type="checkbox"/> Không biết</p> <p><input type="checkbox"/> Từ chối/không muốn trả lời</p> <p><input type="checkbox"/> Không biết</p> <p><input type="checkbox"/> Từ chối hoặc không muốn trả lời</p>	<p>B) Làm những việc vặt một mình như đi khám bác sĩ hay mua sắm?</p> <p><input type="checkbox"/> Không</p> <p><input type="checkbox"/> Có. Tình trạng này bắt đầu khi quý vị mấy tuổi? _____</p> <p><input type="checkbox"/> Không biết</p> <p><input type="checkbox"/> Từ chối hoặc không muốn trả lời</p>		
9	<p>Quý vị có bị điếc hay khiếm thính nghiêm trọng không?</p> <p><input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không biết <input type="checkbox"/> Có. Tình trạng này bắt đầu khi quý vị mấy tuổi? _____ <input type="checkbox"/> Không muốn trả lời</p>		
10	<p>Khi quý vị sử dụng ngôn ngữ thông dụng (thông thường) của mình, quý vị có gặp khó khăn nghiêm trọng trong giao tiếp không, (ví dụ: hiểu hoặc được người khác hiểu)?</p> <p><input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không biết <input type="checkbox"/> Có. Tình trạng này bắt đầu khi quý vị mấy tuổi? _____ <input type="checkbox"/> Không muốn trả lời</p>		
11	<p>Quý vị có bị khiếm thị hay suy giảm thị lực nghiêm trọng ngay cả khi đeo kính không?</p> <p><input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không biết <input type="checkbox"/> Có. Tình trạng này bắt đầu khi quý vị mấy tuổi? _____ <input type="checkbox"/> Không muốn trả lời</p>		
12	<p>Quý vị có gặp nhiều khó khăn nghiêm trọng trong việc đi bộ hoặc lên xuống cầu thang không?</p> <p><input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không biết <input type="checkbox"/> Có. Tình trạng này bắt đầu khi quý vị mấy tuổi? _____ <input type="checkbox"/> Không muốn trả lời</p>		
13	<p>Quý vị có gặp khó khăn khi thay quần áo hoặc tắm rửa không?</p> <p><input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không biết <input type="checkbox"/> Có. Tình trạng này bắt đầu khi quý vị mấy tuổi? _____ <input type="checkbox"/> Không muốn trả lời</p>		

Bản Câu hỏi Nhân khẩu học của Quỹ Trợ cấp Sức khỏe Sinh sản

14	<p>Quý vị có gặp khó khăn nghiêm trọng khi học cách làm những việc mà hầu hết mọi người ở độ tuổi quý vị có thể học được không?</p> <p><input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không biết</p> <p><input type="checkbox"/> Có. Tình trạng này bắt đầu khi quý vị mấy tuổi? _____ <input type="checkbox"/> Không muốn trả lời</p>
15	<p>Quý vị có gặp khó khăn nghiêm trọng với những trường hợp sau đây không: tâm trạng, cảm xúc mạnh mẽ, kiểm soát hành vi, trải qua ảo tưởng hoặc ảo giác?</p> <p><input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không biết</p> <p><input type="checkbox"/> Có. Tình trạng này bắt đầu khi quý vị mấy tuổi? _____ <input type="checkbox"/> Không muốn trả lời</p>