Вы можете получить этот документ на другом языке, набранный крупным шрифтом,
шрифтом Брайля или в предпочитаемом Вами формате. Обратитесь в программу
RH по эл. почте rh.program@dhsoha.state.or.us или по тел. 971-673-0355. Мы отвечаем на любые звонки по линии трансляционной связи, или вы можете набрать номер 711.
Вы можете также сделать запрос на бесплатные услуги устного перевода.

Пожалуйста, заполните бланк этого документа для того, чтобы узнать, можем ли мы оплатить стоимость Ваших услуг.

* Мы не проявляем дискриминации. Вы можете получить услуги вне зависимости от Вашего гражданства, иммиграционного статуса, наличия документов или гендерной идентичности.
* Ваша информация хранится с максимальным соблюдением требования конфиденциальности, насколько это возможно, и НЕ используется с целью иммиграционного контроля.

Эта информация используется исключительно для того, чтобы решить, каким образом будет оплачена стоимость полученных Вами услуг. Если при заполнении этого бланка документа у Вас возникнут вопросы, пожалуйста, обратитесь за помощью к сотрудникам клиники.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | Фамилия (фамилии) согласно документам:      | Имя согласно документам:      | Инициал отчества или второго имени:      |
| 2 | Дата рождения:      | Пол, установленный при рождении:[ ]  Женский [ ]  Мужской | Вопрос, не требующий обязательного ответа: Укажите свою гендерную идентичность.      |
| 3 | Пожалуйста, укажите свой город и почтовый индекс: |       |

|  |  |
| --- | --- |
| 4 | Способны ли Вы забеременеть **ИЛИ** может ли кто-либо забеременеть от Вас? **Если Вы ответили «нет», пожалуйста, не заполняйте анкету далее и поговорите с персоналом клиники.**  |
| [ ]  Да или я полагаю, что это так[ ]  Да, но я использую противозачаточные средства |
| [ ]  Нет, у меня была менопауза [ ]  Нет, мне сделали операцию (например, перевязали  маточные трубы, провели вазэктомию) [ ]  Нет, другое | Если Вы ответили «нет», пожалуйста, не заполняйте анкету далее и поговорите с персоналом клиники. |

|  |
| --- |
| **Вы по-прежнему можете получать бесплатные услуги в области репродуктивного здоровья независимо от Вашего статуса. Цель этих вопросов заключается исключительно в том, чтобы определить способ оплаты Ваших услуг, а ответы не будут использоваться для целей иммиграционного контроля.**  |
| 5 | Если Вам требуется помощь при ответе на этот вопрос, пожалуйста, обратитесь к таблице «Гражданский и иммиграционный статус». Имеете ли Вы:[ ]  Гражданство США или статус подданного США[ ]  Правомочный иммиграционный статус  (например, беженец, лицо, получившее убежище, законный постоянный житель США (наличие грин-карты) в возрасте до 19 лет, статус законного постоянного жителя США (наличие грин-карты) менее 5 лет и возраст 19 лет или старше) (ПЕРЕЙДИТЕ К ВОПРОСУ 7)[ ]  Другой статус  (например, участник инициативы DACA, отсутствие документов, статус законного постоянного жителя США (наличие грин-карты) менее 5 лет и возраст 19 лет или старше) |
| 6 |

|  |
| --- |
| Если Вы отметили **Гражданство США/статус подданного США или Правомочный иммиграционный статус** выше, пожалуйста:Запишите свой номер в системе социального обеспечения. |
| [ ]  Мой номер в системе соц. обеспечения: |       |
| [ ]  Я не знаю этого номера или у меня его нет |  |
| Запишите свой почтовый адрес в штате Орегон: |  |
| [ ]  Мой почтовый адрес в штате Орегон (номер дома, улица): |       |
| [ ]  Я не проживаю в штате Орегон |  |

 |

|  |  |
| --- | --- |
| 7 | Имеете ли Вы частное медицинское страхование (через работодателя или учебное заведение, родителей или супруга(-и))?[ ]  Да (ПЕРЕЙДИТЕ К ВОПРОСУ 9)[ ]  Нет |
| 8 | Если мы выставим счет Вашей компании частного медицинского страхования, Ваша страховая компания может отправить подробную информацию о Вашем приёме лицу, которое оплачивает стоимость Вашего страхования. |
| Согласны ли Вы с тем, что счет будет выставлен Вашей страховой компании?[ ]  Да, Вы можете выставить счет моей страховой компании[ ]  Нет, меня беспокоит, что лицо, оплачивающее стоимость моего страхования, узнает о моем приёме |

|  |  |
| --- | --- |
| 9 | Имеете ли Вы свой собственный доход?[ ]  Да (ПЕРЕЙДИТЕ К ВОПРОСУ 11)[ ]  Нет |
| 10 | Если Вы имеете свой собственный доход, укажите, какую сумму, по Вашему мнению, Вы получите в этом месяце от: |
| Работы **до уплаты налогов и вычета других денежных средств** |       |  |
| **А ТАКЖЕ** |  |
| Других источников, например, чаевые или пособия по безработице **(*не* включайте сюда алименты на содержание ребенка, выплаты демобилизованным военнослужащим или дополнительный доход по программе социального обеспечения (SSI))** |       |  |
| ***Итого*** |  |  |
|  |  |
| 11 | Подаете ли Вы декларации об уплате налогов?  |
| [ ]  Да. Сколько человек Вы указываете в налоговой декларации?  |       | (должно быть не менее 1 человека) |
| [ ]  Нет, мое имя указано в налоговой декларации другого лица. Сколько человек это лицо указывает в своей налоговой декларации?  |       | (должно быть не менее 2 человек) |
| [ ]  Нет, и мое имя не указано в какой-либо налоговой декларации. |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 12 | Если Вы являетесь гражданином США, желаете ли Вы сегодня подать заявление на регистрацию для участия в голосовании на выборах?[ ]  Да [ ]  Нет [ ]  Не применимо |
| **Использование Вашего номера в системе социального обеспечения (SSN)**Федеральные законы (процитированные ниже) гласят о том, что любое лицо, имеющее статус гражданина/подданного США или правомочный иммиграционный статус, и подающее заявление на получение медицинских льгот, должно указать свой номер SSN, при его наличии. Когда Вы указываете свой номер SSN на бланке регистрации для участия в фонде доступа к услугам репродуктивного здоровья, это означает, что Вы даете разрешение Департаменту социального обеспечения (DHS) или Управлению здравоохранения штата Орегон (OHA) использовать его с целью:* помочь нам определить Ваше право на предоставление Вам льгот. Мы будем использовать Ваш номер SSN с тем, чтобы проверить правильность указанной Вами в этом документе информации о доходах и активах. Мы сверим эти данные с документацией других органов штата и федерального правительства.
* помочь нам совершенствовать программы путем проведения проверок качества их работы;
* убедиться в том, что Вы получаете соответствующие медицинские пособия.

Федеральные законы – 42 USC 1320b-7(a), 42 CFR 435.910, 42CFR 435.920. |

|  |
| --- |
| * Я понимаю, что я имею право получить копию Уведомления о соблюдении конфиденциальности, подготовленную управлением OHA.
* Я понимаю, что в случае, если мне будут предоставлены услуги, не оплачиваемые из средств фонда доступа к услугам репродуктивного здоровья, мне, возможно, придётся оплатить их самостоятельно.
* Если я имею статус гражданина/подданного США или правомочный иммиграционный статус, я должен (должна) предоставить информацию в Отдел общественного здравоохранения при управлении OHA с целью подтверждения моего гражданства или иммиграционного статуса. Это делается для того, чтобы представители отдела могли установить способ оплаты предоставляемого мне обслуживания. Я понимаю это положение и соглашаюсь с ним.

Предоставленная мной информация является достоверной и полной, насколько мне известно. Я заявляю об этом под страхом наказания за лжесвидетельство. |
| **Подпись клиента:** |       | **Сегодняшнее число** (ММ/ДД/ГГ): |       |
|  |  |  |

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

**Ответы на эти вопросы предоставляются по выбору.** Ответы на эти вопросы не влияют на Ваше право на участие в фонде доступа к услугам репродуктивного здоровья. Мы задаем эти вопросы с целью обеспечить обслуживание самого высокого качества и наилучший сервис каждому участнику. Мы также используем эту информацию для устранения различий в обслуживании. Если Вы не желаете отвечать на эти вопросы, пожалуйста, выберите ответ «Предпочитаю не отвечать».

Если при заполнении этого бланка документа у Вас возникнут вопросы, пожалуйста, обратитесь за помощью к сотрудникам клиники.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | На каком языке Вы предпочитаете:Вы можете сделать запрос на предоставление Вам бесплатных услуг устного переводчика.

|  |  |
| --- | --- |
| **Общаться с нами** лично, по телефону или дистанционно: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Получать** от нас письма: |  |

[ ]  Предпочитаю не отвечать (*будет указан английский язык*)(*если ответом на оба вопроса является «английский», перейдите к вопросу 3*) |
| 2a | Желаете или нуждаетесь ли Вы в услугах устного переводчика для того, чтобы мы могли общаться с Вами?  |
| [ ]  Нет (*перейдите к вопросу 3*)[ ]  Да[ ]  Не знаю[ ]  Предпочитаю не отвечать |
| 2b | Если Вы желаете или нуждаетесь в услугах устного переводчика, укажите, какого рода услуги перевода Вы предпочитаете? [ ]  Услуги устного переводчика[ ]  Услуги переводчика на американский язык жестов (ASL)[ ]  Услуги переводчика для слепоглухонемых и глухонемых, имеющих дополнительные ограничения[ ]  Услуги переводчика на язык контактных жестов (PSE)[ ]  Другое (пожалуйста, укажите):       |
| 3 | Насколько хорошо вы говорите по-английски?  |
| [ ]  Очень хорошо[ ]  Хорошо[ ]  Не очень хорошо | [ ]  Не говорю[ ]  Не знаю или неизвестно[ ]  Предпочитаю не отвечать |
| 4 | Как Вы определяете свое расовое или этническое происхождение, племенную принадлежность, страну происхождения или родословную? (например, происхождение ваших родителей, принадлежность к племени)

|  |
| --- |
|       |

[ ]  Предпочитаю не отвечать |

|  |  |
| --- | --- |
| 5 | Что из нижеперечисленного описывает Ваше **расовое или этническое происхождение**? Отметьте **ВСЕ**, что применимо. |
| **Испаноговорящий или латиноамериканец**[ ]  Выходец из стран Центральной Америки [ ]  Мексиканец[ ]  Выходец из стран Южной Америки[ ]  Испаноговорящий или латиноамериканец **Коренной житель Гавайских островов или Коренной житель островов Тихого Океана**[ ]  Чаморро (коренной житель острова Чаморро)[ ]  Выходец из Республики Маршалловы Острова[ ]  Сообщества Микронезийского региона[ ]  Коренной житель Гавайских островов[ ]  Коренной житель островов Самоа[ ]  Прочий житель островов Тихого океана**Европеец**[ ]  Выходец из стран Восточной Европы [ ]  Славянин [ ]  Выходец из стран Западной Европы[ ]  Другой представитель европеоидной расы | **Американский индеец или Коренной житель Аляски**[ ]  Американский индеец[ ]  Коренной житель Аляски[ ]  Канадский инуит, метис, или представитель коренного населения[ ]  Выходец из Мексики, стран Центральной Америки, или стран Южной Америки**Чернокожий или афроамериканец**[ ]  Афроамериканец[ ]  Африканец карибского происхождения[ ]  Эфиоп[ ]  Сомалиец[ ]  Африканец другого происхождения (чернокожий)[ ]  Чернокожий другого происхождения**Выходец из стран Ближнего Востока или Северной Африки**[ ]  Выходец из стран Ближнего Востока[ ]  Выходец из стран Северной Африки | **Азиат**[ ]  Азиатский индус[ ]  Камбоджиец[ ]  Китаец [ ]  Представитель сообществ Мьянмы[ ]  Филиппинец[ ]  Хмонг[ ]  Японец[ ]  Кореец[ ]  Лаосец[ ]  Выходец из стран Юго-Восточной Азии[ ]  Вьетнамец[ ]  Выходец из других стран Азии**Прочие категории**[ ]  Другое, пожалуйста, укажите:

|  |
| --- |
|       |

[ ]  Не знаю[ ]  Предпочитаю не отвечать |

|  |  |
| --- | --- |
| 6 | Если Вы отметили **несколько** категорий выше, считаете ли Вы какую-либо одну из них в качестве основной расовой или этнической принадлежности?  |
| [ ]  Да. Пожалуйста, обведите кружком свою основную расовую или этническую принадлежность.[ ]  Нет. Я не отношу себя к одной основной расовой или этнической принадлежности.[ ]  Нет. Я считаю себя лицом, имеющим два или несколько происхождений. | [ ]  Не применимо. Я отметил(-а) только одну категорию выше.[ ]  Не знаю[ ]  Предпочитаю не отвечать |
| 7a | Являетесь ли Вы членом племени, признанного на федеральном уровне? |
| [ ]  Нет [ ]  Да. Пожалуйста, уточните, какого племени (племен):      | [ ]  Не знаю[ ]  Предпочитаю не отвечать |
| 7b | Имеете ли Вы право, будучи американским индейцем или коренным жителем Аляски, получать услуги медицинской службы для индейцев, племенных медицинских клиник или городских программ здравоохранения? |
| [ ]  Нет[ ]  Да | [ ]  Не знаю[ ]  Предпочитаю не отвечать |

|  |  |
| --- | --- |
| 8 | В результате Вашего физического, психического или эмоционального состояния испытываете ли Вы серьезные трудности при: |
| **A)** Концентрации внимания, запоминании или принятии решений?[ ]  Нет

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Да. В каком возрасте начало развиваться это нарушение? |       |

Если да, имеете ли Вы трудности при принятии решений медицинского характера?[ ]  Нет[ ]  Да. Если Вы испытываете трудности при принятии решений медицинского характера, пожалуйста, поговорите со своим поставщиком медицинских услуг.[ ]  Не знаю[ ]  Отказываюсь/не желаю отвечать[ ]  Не знаю[ ]  Отказываюсь или не желаю отвечать | **B)** Совершении поездок по делам самостоятельно, например, на приём к врачу или в магазин за покупками? [ ]  Нет

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Да. В каком возрасте начало развиваться это нарушение? |       |

[ ]  Не знаю[ ]  Отказываюсь или не желаю отвечать |

|  |  |
| --- | --- |
| 9 | Являетесь ли Вы глухим (глухой) или имеете ли Вы серьезные проблемы со слухом? |
| [ ]  Нет

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Да. В каком возрасте начало развиваться это нарушение? |       |

 | [ ]  Не знаю[ ]  Предпочитаю не отвечать |
| 10 | При использовании своего обычного (родного) языка, испытываете ли Вы серьезные трудности в общении (например, в понимании окружающих или выражении своих мыслей таким образом, чтобы окружающие понимали Вас)? |
| [ ]  Нет

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Да. В каком возрасте начало развиваться это нарушение? |       |

 | [ ]  Не знаю[ ]  Предпочитаю не отвечать |
| 11 | Являетесь ли Вы слепым (слепой) или имеете ли Вы серьезные проблемы со зрением, даже при использовании очков? |
| [ ]  Нет

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Да. В каком возрасте начало развиваться это нарушение? |       |

 | [ ]  Не знаю[ ]  Предпочитаю не отвечать |
| 12 | Испытываете ли Вы серьёзные трудности при ходьбе или подъеме по лестнице?  |
| [ ]  Нет

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Да. В каком возрасте начало развиваться это нарушение? |       |

 | [ ]  Не знаю[ ]  Предпочитаю не отвечать |
| 13 | Сталкиваетесь ли Вы с трудностями при одевании или купании? |
| [ ]  Нет

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Да. В каком возрасте начало развиваться это нарушение? |       |

 | [ ]  Не знаю[ ]  Предпочитаю не отвечать |
| 14 | Испытываете ли Вы серьезные трудности в обучении выполнению действий, которые способно выполнять большинство лиц Вашего возраста? |
| [ ]  Нет

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Да. В каком возрасте начало развиваться это нарушение? |       |

 | [ ]  Не знаю[ ]  Предпочитаю не отвечать |
| 15 | Испытываете ли Вы серьезные трудности с перечисленными ниже состояниями: настроением, сильными чувствами, контролем над своим поведением, бредом или галлюцинациями? |
| [ ]  Нет

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Да. В каком возрасте начало развиваться это нарушение? |       |

 | [ ]  Не знаю[ ]  Предпочитаю не отвечать |