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

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

* 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:  여  남 | | | 선택 사항: 귀하의 성 정체성은 무엇입니까? | |
| 3 | 시와 우편번호를 기재하십시오: | |  | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 4 | 임신을 할 가능성이 있거나 **또는** 임신을 시킬 가능성이 있습니까? **아니요라고 답한 경우, 작성을 멈추고 클리닉 직원에게 얘기하십시오** | |
| 예, 또는 그런 것 같습니다  예, 하지만 피임 중입니다 | |
| 아니요, 폐경기입니다  아니요, 수술을 받았습니다(예: 피임 수술, 정관 수술)  아니요, 기타 | 아니요라고 답한 경우, 작성을 멈추고 클리닉 직원에게 얘기하십시오 |

|  |  |
| --- | --- |
| **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 | 본 질문과 관련하여 도움이 필요하시면 시민권 및 출입국 관리 차트를 참조하십시오.  귀하의 체류 신분:  미국 시민권 또는 미국 국적  합법적인 이민 신분  (예: 난민, 망명자, 19세 미만의 합법적 영주권자(그린 카드), 19세 이상 및 5년 이상 된 합법적 영주권자(그린 카드))  그 외 이민 신분  (7번 질문으로 넘어가십시오)  (예: DACA, 불법 체류, 19세 이상 및 5년 미만의 합법적 영주권자(그린 카드) |
| 6 | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | 위에서 **미국 시민권/미국 국적 또는 합법적 이민 신분**에 표시한 경우:  사회보장번호를 적어주십시오. | | | | | | 본인의 사회보장번호: |  | | | | | 사회보장번호를 모르거나 사회보장번호가 없습니다. | | | |  | | 오리건 주 우편 주소를 적어주십시오. | | |  | | | 본인의 오리건 주 우편 주소: | |  | | | | 오리건 주에 거주하지 않습니다. | | |  | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 7 | 개인 의료 보험이 있으십니까(직장이나 학교, 또는 부모님이나 배우자 제공)?  예  아니요  (9번 질문으로 넘어가십시오) |

|  |  |
| --- | --- |
| 8 | 당국에서 귀하의 민간 의료 보험사에 청구를 하게 되면, 귀하의 보험 회사는 해당 진료에 대한 세부사항을 귀하의 보험료를 지불하는 사람에게 보낼 것입니다. |
| 귀하의 보험사에 청구해도 괜찮습니까?  예, 보험사에 청구해도 괜찮습니다.  아니요, 제 보험료를 지불하는 사람이 제 진료에 대해 알게 되는 것이 걱정됩니다. |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 9 | 본인 소득이 있으십니까?  예  아니요  (11번 질문으로 넘어가십시오) | | | | | |
| 10 | 본인 소득이 있는 경우, 다음에 대해 예상되는 이번 달 소득을 기재해 주십시오. | | | | | |
| 월급에서 **세금이나 다른 사항이 공제되기 전의 금액** |  | | |  | |
| **및** |  | | | | |
| 팁이나 실업수당 같은 기타 소득원(**양육비, 재향 군인 급여, 또는 생활보조금(Supplemental Security Income, SSI)은 포함하지 마십시오)** |  | | |  | |
| 총액 |  | | |  | |
|  |  | | | | | |
| 11 | 세금 보고를 하십니까? | | | | | |
| 예. 몇 명을 가구 구성원을 포함하여 세금을 보고합니까? | |  | | | (최소 1명 이상) |
| 아니요, 다른 사람의 세금 보고에 가구 구성원으로 포함되어 있습니다. 그 사람의 세금 보고에 몇 명이 가구 구성원으로 포함되어 있습니까? | |  | | | (최소 2명 이상) |
| 아니요, 누구의 세금 보고에도 본인이 포함되어 있지 않습니다. | | |  |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| 12 | 미국 시민인 경우, 오늘 투표 등록을 하시겠습니까?  예  아니요  해당 사항 없음 |
| **사회보장번호(SSN)의 사용**  연방법(아래 인용)은 의료 보험을 신청하는 미국 시민권/미국 국적 또는 합법적 이민 신분을 소지한 자에게 SSN이 있는 경우 SSN을 명시하도록 규정하고 있습니다. RH 서비스 이용 재정 지원 가입서에 SSN을 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 SSN을 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 OHA의 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 OHA의 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): |  |
|  |  |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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 |

**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 | 귀하는 다음 상황에서 저희가 어떤 언어를 사용하기를 원합니까?  무료 통역 서비스를 요청하실 수 있습니다.   |  |  | | --- | --- | | **대면, 전화, 또는 화상으로 연락할 때**: |  |  |  |  | | --- | --- | | **서신**을 보낼 때: |  |   답변하고 싶지 않음(영어로 기재될 것입니다)  (두 답변이 모두 영어일 경우, *3*번 질문으로 넘어가십시오) | |
| 2a | 저희가 귀하와 의사소통할 때 통역사가 필요하십니까? | |
| 아니요  (*3*번 질문으로 넘어가십시오)  예 | 모름  응답 거부 |
| 2b | 통역사가 필요하다면, 어떤 유형의 통역을 선호하십니까? | |
| 구어 통역사  미국 수화(ASL) 통역사  시청각 및 기타 장애인을 위한 청각 장애 통역사 | 피진 수어(PSE) 통역사  기타(기입 요망): |
| 3 | 귀하는 영어를 얼마나 잘하십니까? | |
| 매우 잘함  잘함  잘 못함 | 전혀 안 함  모름/알 수 없음  응답 거부 |
| 4 | 귀하는 자신의 인종, 민족, 소속 부족, 출신국가 또는 혈통을 어떻게 구분하시겠습니까? (예: 부모님의 혈통, 부족원)   |  | | --- | |  |   응답 거부 | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 5 | 귀하의 **인종 또는 민족 정체성**은 다음 중 무엇입니까? 해당하는 **모든** 항목에 체크하십시오) | | |
| **히스패닉 또는 라틴계**  중앙 아메리카인  멕시코인  남아메리카인  기타 히스패닉계 또는 라틴계  **하와이 원주민 또는 태평양 섬 주민**  차모로인  마셜인  미크로네시아 지역 커뮤니티  하와이 원주민  사모아인  기타 태평양 섬 주민  **백인**  동부 유럽인  슬라브인  서부 유럽인  기타 백인 | **미국 인디언 또는 알래스카 원주민**  아메리칸 인디언  알래스카 원주민  캐나다 이뉴잇족, 메티스 또는 퍼스트 네이션  토착 멕시코인, 중앙 아메리카인 또는 남아메리카인  **흑인 또는 아프리카계 미국인**  아프리카계 미국인  아프리카계 카리브해인  에티오파아인  소말리아인  기타 아프리카인(흑인)  기타 흑인  **중동 또는 북아프리카인**  중동인  북아프리카인 | **아시아인**  아시아 인디언  캄보디아인  중국인  미얀마 커뮤니티  필리핀인  몽족인  일본인  한국인  라오스인  남아시아인  베트남인  기타 아시아인  **기타 범주**  기타(기입 요망)   |  | | --- | |  |   모름  답변하고 싶지 않음 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 6 | 위에서 **두 개 이상의** 범주에 체크표시를 한 경우, 기본 인종 또는 민족 정체성으로 생각하시는 게 있습니까? | | |
| 예. 위에서 귀하의 주된 인종 또는 민족 정체성에 동그라미를 표시해 주세요.  아니요. 단 하나의 기본 인종 또는 민족 정체성을 가지고 있지 않다.  아니요. 저는 혼혈 또는 다인종이라고 생각합니다. | | 해당사항 없음. 한 가지 항목만 선택했다.  모름  응답 거부 |
| 7a | 연방 정부에서 인정하는 부족의 일원이십니까? | | |
| 아니요  예, 어떤 부족인지 구체적으로 기술해 주십시오. | | 모름  응답 거부 |
| 7b | 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? | | |
| 아니요  예 | 모름  응답 거부 | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 8 | 신체적, 정신적 또는 정서적 상태 때문에 아래 행위에 심각한 어려움이 있습니까? | | |
| **A)** 집중 또는 기억, 의사 결정을 해야 할 때?  아니요   |  |  | | --- | --- | | 예. 몇 살 때 그 문제가 시작되었습니까? |  |   예라고 답변한 경우, 의료 결정을 내리는 데 어려움이 있습니까?  아니요  예, 의료 결정을 내리는 데 어려움이 있다면, 의료진에게 문의하십시오.  모름  거절/답변하고 싶지 않음  모름  거절 또는 답변하고 싶지 않음 | | **B)** 병원이나 쇼핑을 가는 등 혼자 잡무를 수행하는 데 어려움이 있습니까?  아니요   |  |  | | --- | --- | | 예. 몇 살 때 그 문제가 시작되었습니까? |  |   모름  거절 또는 답변하고 싶지 않음 |
| 9 | 귀하는 청각 장애인이거나 심각한 청각적 어려움이 있습니까? | | |
| 아니요   |  |  | | --- | --- | | 예. 몇 살 때 그 문제가 시작되었습니까? |  | | 모름  응답 거부 | |
| 10 | 보통(관습적) 언어를 사용하여, 의사소통하는 데 심각한 어려움  (예: 다른 사람이 나를 이해하거나 다른 사람을 이해하는 데)이 있습니까? | | |
| 아니요   |  |  | | --- | --- | | 예. 몇 살 때 그 문제가 시작되었습니까? |  | | 모름  응답 거부 | |
| 11 | 귀하는 시각 장애인이거나 안경을 착용해도 심각한 시각 장애가 있습니까? | | |
| 아니요   |  |  | | --- | --- | | 예. 몇 살 때 그 문제가 시작되었습니까? |  | | 모름  응답 거부 | |
| 12 | 귀하는 보행 또는 계단을 올라갈 때 심각한 어려움이 있습니까? | | |
| 아니요   |  |  | | --- | --- | | 예. 몇 살 때 그 문제가 시작되었습니까? |  | | 모름  응답 거부 | |
| 13 | 귀하는 옷 입을 때 또는 목욕할 때 어려움이 있습니까? | | |
| 아니요   |  |  | | --- | --- | | 예. 몇 살 때 그 문제가 시작되었습니까? |  | | 모름  응답 거부 | |
| 14 | 귀하 연령대의 대부분이 배울 수 있는 일을 하는 방법을 습득하는 데 심각한 어려움이 있습니까? | | |
| 아니요   |  |  | | --- | --- | | 예. 몇 살 때 그 문제가 시작되었습니까? |  | | 모름  응답 거부 | |
| 15 | 기분, 강렬한 감정, 행동 통제, 망상 또는 환각 경험과 관련하여 심각한 어려움이 있습니까? | | |
| 아니요   |  |  | | --- | --- | | 예. 몇 살 때 그 문제가 시작되었습니까? |  | | 모름  응답 거부 | |