Puede recibir este formulario en otros idiomas, en letra grande, en braille o en el formato que usted prefiera. Comuníquese con el Programa de RH a rh.program@dhsoha.state.or.us o al 971-673-0355. Aceptamos llamadas de retransmisión o puede llamar al 711. También puede solicitar servicios gratuitos de interpretación.

Llene este formulario para determinar si podemos pagar sus servicios.

* No discriminamos. Usted puede recibir servicios sin importar su ciudadanía, estatus migratorio o de documentación, o su identidad de género.
* Su información se mantiene lo más privada posible y NO se usa para la aplicación de las leyes de inmigración.

Esta información se usa únicamente para decidir cómo pagaremos sus servicios. Si tiene cualquier pregunta al completar este formulario, pida ayuda al personal de la clínica.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | Apellido(s) legal(es):      | Primer nombre legal:      | Inicial del 2.º nombre:      |
| 2 | Fecha de nacimiento:      | Sexo asignado al nacer:[ ]  Femenino [ ]  Masculino | Opcional: ¿Cuál es su identidad de género?      |
| 3 | Escriba su Ciudad y Código postal: |       |

|  |  |
| --- | --- |
| 4 | ¿Puede embarazarse **O** embarazar a otra persona? **Si contestó no, por favor deténgase y hable con el personal de la clínica.**  |
| [ ]  Sí, o creo que sí[ ]  Sí, pero estoy usando anticonceptivos |
| [ ]  No, ya pasé por la menopausia [ ]  No, he tenido una cirugía (por ejemplo, ligadura de trompas, vasectomía) [ ]  No, otra razón | Si contestó no, por favor, deténgase y hable con el personal de la clínica. |

|  |
| --- |
| **De todos modos, puede recibir servicios gratuitos de salud reproductiva sin importar su estatus. Estas preguntas son únicamente para ayudarnos a pagar por sus servicios y no se utilizarán para la aplicación de las leyes de inmigración.**  |
| 5 | Si necesita ayuda con esta pregunta, solicite ver La Tabla de Ciudadanía e Inmigración. Tiene usted:[ ]  Ciudadanía de EE. UU. o nacionalidad de EE. UU.[ ]  Estatus migratorio elegible  (los ejemplos incluyen: refugiado, asilado, residente permanente legal [“*green card*”] menor de 19 años de edad, residente permanente legal [“*green card*”] durante 5 años o más **y** de 19 años de edad o más)(PASE A LA PREGUNTA 7)[ ]  Otro estatus  (los ejemplos incluyen: DACA, indocumentade, residente permanente legal [“*green card”*] durante menos de 5 años **y** de 19 años o más) |
| 6 |

|  |
| --- |
| Si marcó **Ciudadanía de EE. UU./nacionalidad de EE. UU. o Estatus migratorio elegible** arriba, entonces:Escriba su Número de Seguro Social. |
| [ ]  Mi Número de Seguro Social es: |       |
| [ ]  No lo conozco o no tengo uno |  |
| Escriba su dirección postal en Oregon: |  |
| [ ]  Mi dirección de correo postal de Oregon es: |       |
| [ ]  No vivo en Oregon |  |

 |

|  |  |
| --- | --- |
| 7 | ¿Tiene seguro de salud privado (de su trabajo o escuela, o de una pareja o cónyuge)? |
| [ ]  Sí | [ ]  No (PASE A LA PREGUNTA 9) |
| 8 | Si le enviamos una factura a su seguro privado de salud, su compañía de seguros podría enviar detalles sobre su consulta a la persona que paga el seguro. |
| ¿Podemos enviarle una factura a su seguro?[ ]  Sí, pueden enviarle una factura a mi seguro[ ]  No, me preocupa que la persona que paga mi seguro se entere de mi consulta |

|  |  |
| --- | --- |
| 9 | ¿Tiene ingreso propio? |
| [ ]  Sí | [ ]  No (PASE A LA PREGUNTA 11) |
| 10 | Si tiene ingreso propio, mencione cuánto cree que recibirá este mes de: |
| trabajos **antes de los impuestos o de que se deduzca otro dinero** |       |  |
| **Y** |  |
| otras fuentes, como propinas o desempleo **(no incluya ingresos relacionados con la manutención infantil, pagos a veteranos de guerra o de Seguridad de Ingreso Suplementario [SSI, por sus siglas en inglés]).**  |       |  |
| ***Total*** |  |  |
|  |  |  |
| 11 | ¿Declara impuestos?  |
| [ ]  Sí. ¿A cuántas personas incluye en sus impuestos?  |       | (debe ser al menos 1) |
| [ ]  No, alguien más me incluye en sus impuestos. ¿A cuántas personas incluye dicha persona en sus impuestos?  |       | (deben ser al menos 2) |
| [ ]  No y nadie me incluye en sus impuestos. |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 12 | Si es ciudadano/a de EE. UU., ¿desea registrarse hoy para votar?[ ]  Sí [ ]  No [ ]  No corresponde |

|  |
| --- |
| **Uso de su número de Seguro Social (SSN)**Las leyes federales (citadas a continuación) estipulan que cualquier persona con Ciudadanía de EE. UU./nacionalidad de EE. UU. o con estatus de inmigración elegible que solicite beneficios médicos debe proporcionar su Número de Seguro Social (SSN), si lo tiene. Al incluir su SSN en el formulario de Inscripción al Fondo de Acceso a la Salud Reproductiva, usted concede su permiso para que el Departamento de Servicios Humanos (DHS, por sus siglas en inglés) o la Autoridad de Salud de Oregon (OHA, por sus siglas en inglés) lo utilice para los siguientes propósitos:* Ayudarnos a decidir si usted reúne los requisitos para obtener beneficios. Usaremos su SSN para asegurarnos de que los ingresos y bienes que usted indicó en el formulario de inscripción sean los correctos. Cotejaremos dicha información con otros registros estatales y federales.
* Ayúdenos a mejorar los programas mediante evaluaciones de la calidad.
* Asegúrese de que reciba los beneficios médicos adecuados.

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

|  |
| --- |
| * Entiendo que tengo el derecho a una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de la OHA.
* Entiendo que si recibo servicios que no estén cubiertos por el Fondo de Acceso a la Salud Reproductiva, es posible que tenga que pagarlos.
* Si tengo Ciudadanía de EE. UU./nacionalidad de EE. UU. o estatus de inmigración elegible, debo darle información a la División de Salud Pública de la OHA para comprobar mi ciudadanía o estatus de inmigración. Esto se debe hacer así para que puedan decidir cómo pagar mis servicios. Entiendo y acepto esto.

La información que proporcioné es correcta y completa, a mi mejor saber y entender. Declaro esto bajo pena de perjurio. |
| **Firma del cliente:** |       | **Fecha de hoy** (MM/DD/AA): |       |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **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 |

**Las siguientes preguntas son opcionales.** Las respuestas a estas preguntas no afectan su elegibilidad al Fondo de Acceso a la Salud Reproductiva Hacemos estas preguntas para garantizar que todas las personas reciban atención de la más alta calidad y el mejor servicio. También usamos esta información para abordar las diferencias en la atención. Si no desea responder a estas preguntas, marque la casilla "No deseo responder".

Si tiene cualquier pregunta al completar este formulario, pida ayuda al personal de la clínica.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | En qué idioma desea que:Puede solicitar servicios gratuitos de interpretación.

|  |  |
| --- | --- |
| **Nos comuniquemos con** usted en persona, por teléfono o de forma virtual: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Le escribamos**: |  |

[ ]  No deseo responder (*se elegirá el idioma inglés*)(*Si ambas respuestas son "inglés", pase a la pregunta 3*) |
| 2a | ¿Necesita o desea un intérprete para que podamos comunicarnos con usted?  |
| [ ]  No (*pase a la pregunta 3*)[ ]  Sí[ ]  No sé[ ]  No deseo responder |
| 2b | Si desea o necesita un intérprete, ¿qué tipo de intérprete prefiere? [ ]  Intérprete de lenguaje hablado[ ]  Intérprete de lengua de señas estadounidense (ASL, por sus siglas en inglés)[ ]  Intérprete de sordos para sordociegos y otras barreras adicionales[ ]  Intérprete de lengua de señas pidgin de contacto (PSE)[ ]  Otro (indique):       |
| 3 | ¿Qué tan bien habla inglés?  |
| [ ]  Muy bien[ ]  Bien[ ]  No bien[ ]  Nada[ ]  No lo sé o no se sabe[ ]  No deseo responder |
| 4 | ¿Cómo identifica usted su raza o grupo étnico, relación tribal, país de origen o ascendencia? (por ejemplo, ancestros de sus padres, afiliación tribal)

|  |
| --- |
|       |

[ ]  No deseo responder |
| 5 | ¿Cuál de las siguientes opciones describe su **identidad racial o étnica**? Marque **TODAS** las opciones que correspondan. |
| **Hispano o latino**[ ]  Centroamericano [ ]  Mexicano[ ]  Sudamericano[ ]  Hispano o latino de otro origen **Indígena de Hawái o de las Islas del Pacífico**[ ]  Chamoru (Chamorro)[ ]  Marshalés[ ]  Comunidades de la región de Micronesia[ ]  Indígena de Hawái[ ]  Samoano[ ]  Otras Islas del Pacífico**Blanco(a)**[ ]  De Europa del Este [ ]  Eslavo [ ]  De Europa Occidental[ ]  Otro grupo étnico blanco | **Indígena americano o indígena de Alaska**[ ]  Indígena estadounidense[ ]  Indígena de Alaska[ ]  Inuit canadiense, métis o indígena canadiense (Naciones Originarias)[ ]  Indígena mexicano, centroamericano o sudamericano**Negro(a) o afroestadounidense**[ ]  Afroestadounidense[ ]  Afrocaribeño[ ]  Etíope[ ]  Somalí[ ]  Otro grupo étnico africano (negro)[ ]  Otro grupo étnico negro**Del Medio Oriente o África del Norte**[ ]  De Oriente Medio[ ]  De África del Norte | **Asiático**[ ]  Indio [ ]  Camboyano[ ]  Chino [ ]  Comunidades de Myanmar[ ]  Filipino[ ]  Hmong[ ]  Japonés[ ]  Coreano[ ]  Laosiano[ ]  Del sur de Asia[ ]  Vietnamita[ ]  Asiático de otra procedencia**Otras categorías**[ ]  Otra, indique:

|  |
| --- |
|       |

[ ]  No sé[ ]  No deseo responder |
| 6 | Si marcó **más de una** de las categorías anteriores, ¿hay una que usted crea que sea su principal identidad racial o étnica?  |
| [ ]  Sí. Encierre en un círculo su identidad racial o étnica principal.[ ]  No. Tengo más de una identidad racial o étnica principal.[ ]  No. Me identifico como birracial o multirracial. | [ ]  N/A. Solamente marqué una de las categorías anteriores.[ ]  No sé[ ]  No deseo responder |
| 7a | ¿Es miembro de una tribu reconocida por el gobierno federal? |
| [ ]  No [ ]  Sí. Especifique qué tribu o tribus:      | [ ]  No sé[ ]  No deseo responder |
| 7b | ¿Es usted elegible, como indígena estadounidense o de Alaska, para recibir servicios del Servicio de Salud Indígena, de una Clínica de Salud Tribal o de un Programa de Salud Urbana? |
| [ ]  No[ ]  Sí | [ ]  No sé[ ]  No deseo responder |

|  |  |
| --- | --- |
| 8 | Debido a una condición física, mental o emocional, indique si tiene dificultad seria para: |
| **A)** ¿Concentrarse, recordar o tomar decisiones?[ ]  No

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Sí. ¿A qué edad inició esta condición? |       |

De ser así, ¿tiene usted dificultades para tomar decisiones médicas?[ ]  No[ ]  Sí, si tiene dificultades para tomar decisiones médicas, por favor, hable con su proveedor de servicios de salud.[ ]  No sé[ ]  Me niego a contestar/No deseo contestar[ ]  No sé[ ]  Me niego a contestar o no deseo contestar | **B)** ¿Hacer los mandados solo/a, por ejemplo, ir a ver al médico o hacer las compras? [ ]  No

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Sí. ¿A qué edad inició esta condición? |       |

[ ]  No sé[ ]  Me niego a contestar o no deseo contestar |
| 9 | ¿Es usted sordo/a o tiene dificultad seria para oír? |
| [ ]  No

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Sí. ¿A qué edad inició esta condición? |       |

 | [ ]  No sé[ ]  No deseo responder |
| 10 | Cuando usa su idioma usual (normal), ¿tiene dificultad seria para comunicarse (por ejemplo, para entender o que otros lo/a entiendan)? |
| [ ]  No

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Sí. ¿A qué edad inició esta condición? |       |

 | [ ]  No sé[ ]  No deseo responder |
| 11 | ¿Es usted ciego/a o tiene dificultad seria para ver, aunque lleve puestos lentes? |
| [ ]  No

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Sí. ¿A qué edad inició esta condición? |       |

 | [ ]  No sé[ ]  No deseo responder |
| 12 | ¿Tiene dificultad seria para caminar o subir escaleras?  |
| [ ]  No

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Sí. ¿A qué edad inició esta condición? |       |

 | [ ]  No sé[ ]  No deseo responder |
| 13 | ¿Tiene dificultad para vestirse o bañarse? |
| [ ]  No

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Sí. ¿A qué edad inició esta condición? |       |

 | [ ]  No sé[ ]  No deseo responder |
| 14 | ¿Tiene dificultad seria para aprender a hacer cosas que la mayoría de las personas de su edad pueden aprender? |
| [ ]  No

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Sí. ¿A qué edad inició esta condición? |       |

 | [ ]  No sé[ ]  No deseo responder |
| 15 | ¿Tiene serias dificultades con lo siguiente: su estado de ánimo, la intensidad de sus emociones o para controlar su comportamiento, o tiene delirios o alucinaciones? |
| [ ]  No

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Sí. ¿A qué edad inició esta condición? |       |

 | [ ]  No sé[ ]  No deseo responder |