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@dhsoha.state.or.us](mailto:rh.program@dhsoha.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:  Nữ  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: | | | |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| 4 | 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.** |
| 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  Nếu quý vị trả lời không, vui lòng dừng lại và nói chuyện với nhân viên phòng khám  Không, tôi đã được phẫu thuật (ví dụ: buộc ống, thắt ống dẫn tinh)  Không, câu trả lời khác |

|  |  |
| --- | --- |
| **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)  (SANG CÂU HỎI SỐ 7)  Tình trạng khác  (ví dụ: DACA, không có giấy tờ, Thường trú nhân Hợp pháp (thẻ xanh) dưới 5 năm và 19 tuổi trở lên) |
| 6 | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | Nếu quý vị đã đánh dấu **"Quốc tịch/Công dân Hoa Kỳ" hoặc "Tình trạng di trú hợp lệ"** ở trên, vui lòng:  Ghi số An sinh Xã hội (SSN) của quý vị. | | | | | | Số An sinh Xã hội của tôi là: |  | | | | | Tôi không biết hoặc tôi không có số An sinh Xã hội | | | |  | | Ghi địa chỉ gửi thư ở Oregon của quý vị: | | |  | | | Địa chỉ gửi thư ở Oregon của tôi là: | |  | | | | Tôi không sống ở Oregon | | |  | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 7 | Quý vị có bảo hiểm y tế tư nhân (thông qua sở làm hoặc trường học, hoặc từ cha mẹ hay vợ/chồng) không?  Có  (SANG CÂU HỎI SỐ 9)  Không |
| 8 | 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. |
| Quý vị có đồng ý cho chúng tôi gửi hóa đơn cho công ty bảo hiểm của quý vị không?  Có, quý cơ quan có thể gửi hóa đơn cho công ty bảo hiểm của tôi  Không, tôi lo lắng người trả tiền bảo hiểm cho tôi sẽ biết việc thăm khám sức khỏe này |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 9 | Quý vị có thu nhập riêng không?  Có  (SANG CÂU HỎI SỐ 11)  Không | | | |
| 10 | 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: | | | |
| Việc làm **trước khi khấu trừ thuế hoặc các khoản tiền khác** |  | |  |
| **VÀ** |  | | |
| Các nguồn thu nhập khác như tiền típ 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))** |  | |  |
| ***Tổng cộng*** |  | |  |
| 11 | Quý vị có khai thuế không? | | | |
| Có. Quý vị kê khai bao nhiêu người trên tờ khai thuế của mình? |  | | (phải ít nhất 1 người) |
| 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): |  |
|  |  |  | |

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

**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 | Quý vị muốn chúng tôi dùng ngôn ngữ nào để:  Quý vị có thể yêu cầu dịch vụ thông dịch viên miễn phí.   |  |  | | --- | --- | | **Giao tiếp với** quý vị trực tiếp, qua điện thoại hoặc trên mạng: |  |  |  |  | | --- | --- | | **Viết thư** cho quý vị: |  |   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*) | | | | |
| 2a | Quý vị có cần một thông dịch viên để giúp chúng tôi giao tiếp với quý vị không? | | | | |
| Không  *(sang câu hỏi số 3)*  Có  Không biết  Không muốn trả lời | | | | |
| 2b | Nếu quý vị cần hoặc muốn có thông dịch viên, quý vị muốn có thông dịch viên nào?  Thông dịch viên ngôn ngữ nói  Thông dịch viên Ngôn ngữ ký hiệu Hoa Kỳ (ASL)  Thông dịch viêncho người khiếm thính-khiếm thị và có khó khăn khác  Thông dịch viên ngôn ngữ ký hiệu tương tác (contact sign language - PSE)  Khác (vui lòng liệt kê): | | | | |
| 3 | Khả năng nói tiếng Anh của quý vị như thế nào ? | | | | |
| Rất tốt  Tốt  Không giỏi  Hoàn toàn không  Không biết/Không được biết  Không muốn trả lời | | | | |
| 4 | 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)   |  | | --- | |  |   Không muốn trả lời | | | | |
| 5 | Câu trả lời nào sau đây mô tả **dân tộc hoặc chủng tộc của quý vị?** Chọn **TẤT CẢ** những câu trả lời đúng. | | | | |
| **Người Gốc Tây Ban Nha hoặc Mỹ La-tinh**  Người Trung Mỹ  Người Mê-hi-cô  Người Nam Mỹ  Người Gốc Tây Ban Nha hoặc La-tinh khác  **Người Bản Địa Hawaii hoặc Người Thuộc Đảo Quốc Thái Bình Dương**  Người Chamoru (Chamorro)  Người Marshall  Người thuộc các cộng đồng vùng Micronesia  Người Bản Địa Hawaii  Người Samoa  Người thuộc Đảo Quốc Thái Bình Dương khác  **Người Da Trắng**  Người Đông Âu  Người Slav  Người Tây Âu  Chủng tộc Da trắng khác | | **Người Mỹ Bản Địa hoặc  Thổ Dân Alaska**  Người Mỹ Bản Địa  Thổ dân Alaska  Người Inuit ở Canada, Người Metis, hoặc Người Bộ Tộc Đầu Tiên  Người Mê-hi-cô Bản Địa, Người Trung Mỹ, hoặc Người Nam Mỹ  **Người Da Đen hoặc Người Mỹ Gốc Phi**  Người Mỹ Gốc Phi  Người Caribe Gốc Phi  Người Ethiopia  Người Somali  Người Châu Phi khác (Da đen)  Người Da Đen khác  **Người Trung Đông hoặc  Bắc Phi**  Người Trung Đông  Người Bắc Phi | | **Người Châu Á**  Người Á-Ấn  Người Campuchia  Người Trung Quốc  Người thuộc các Cộng đồng Myanmar  Người Phi-Luật-Tân  Người H’mông  Người Nhật  Người Hàn Quốc  Người Lào  Nam Á  Người Việt Nam  Người Châu Á khác  **Các chủng tộc khác**  Khác, vui lòng liệt kê:   |  | | --- | |  |   Không biết  Không muốn trả lời |
| 6 | 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? | | | | |
| Có. Vui lòng khoanh tròn chủng tộc hoặc dân tộc chính của quý vị ở trên.  Không. Tôi không có chỉ một chủng tộc hoặc dân tộc chính.  Không. Tôi xác định mình là người hai chủng tộc hoặc đa chủng tộc. | | | Không áp dụng. Tôi chỉ đánh dấu một câu trả lời ở trên.  Không biết  Không muốn trả lời | |
| 7a | Quý vị có phải là thành viên của một bộ lạc được liên bang công nhận không? | | | | |
| Không  Có, vui lòng cho biết (các) bộ lạc nào: | | | Không biết  Kheng muốn trả lời | |
| 7b | 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? | | | | |
| Không  Có | Không biết  Không muốn trả lời | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 8 | 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? | | |
| **A)** Tập trung, ghi nhớ, hoặc ra quyết định?  Không   |  |  | | --- | --- | | 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?  Không  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.  Không biết  Từ chối/không muốn trả lời  Không biết  Từ chối hoặc không muốn trả lời | | **B)** Làm những việc vặt một mình như đi khám bác sĩ hay mua sắm?  Không   |  |  | | --- | --- | | Có. Tình trạng này bắt đầu khi quý vị mấy tuổi? |  |   Không biết  Từ chối hoặc không muốn trả lời |
| 9 | Quý vị có bị điếc hay khiếm thính nghiêm trọng không? | | |
| Không   |  |  | | --- | --- | | Có. Tình trạng này bắt đầu khi quý vị mấy tuổi? |  | | Không biết  Không muốn trả lời | |
| 10 | 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)? | | |
| Không   |  |  | | --- | --- | | Có. Tình trạng này bắt đầu khi quý vị mấy tuổi? |  | | Không biết  Không muốn trả lời | |
| 11 | Quý vị có bị khiếm thị hay suy giảm thị lực nghiêm trọng ngay cả khi đeo kính không? | | |
| Không   |  |  | | --- | --- | | Có. Tình trạng này bắt đầu khi quý vị mấy tuổi? |  | | Không biết  Không muốn trả lời | |
| 12 | Quý vị có gặp nhiều khó khăn nghiêm trọng trong việc đi bộ hoặc lên xuống cầu thang không? | | |
| Không   |  |  | | --- | --- | | Có. Tình trạng này bắt đầu khi quý vị mấy tuổi? |  | | Không biết  Không muốn trả lời | |
| 13 | Quý vị có gặp khó khăn khi thay quần áo hoặc tắm rửa không? | | |
| Không   |  |  | | --- | --- | | Có. Tình trạng này bắt đầu khi quý vị mấy tuổi? |  | | Không biết  Không muốn trả lời | |
| 14 | 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? | | |
| Không   |  |  | | --- | --- | | Có. Tình trạng này bắt đầu khi quý vị mấy tuổi? |  | | Không biết  Không muốn trả lời | |
| 15 | 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? | | |
| Không   |  |  | | --- | --- | | Có. Tình trạng này bắt đầu khi quý vị mấy tuổi? |  | | Không biết  Không muốn trả lời | |