



Fomu ya Usajili wa ScreenWise

Jaza maswali yote

Wasilisha kwa screenwise.info@odhsoha.oregon.gov

Yanapaswa kutumwa kwa ScreenWise ndani ya siku 5 baada ya uandikishaji

Jina la shirika la uandikishaji: _____

Jina la tovuti ya uandikishaji: _____

Aina ya uandikishaji: Ana kwa ana (saini inahitajika)

Kwa mbali (andika 'mbali' kwenye mstari wa sahihi)

Nambari ya rekodi ya matibabu: _____ Tarehe ya uandikishaji: _____

Jina kamili la mgonjwa: _____

Tarehe ya kuzaliwa: _____ Utambulisho wa kijinsia: _____

(kama vile kike, kiume, au asiye wa mojawapo ya jinsia mbili)

Hana makazi kabisa au ana makazi yasiyo ya kutegemeka? (Ikiwa ndivyo, chagua kisanduku na uandike msimbo wa posta na kaunti hapa chini pekee)

Anwani ya makazi: _____ Nambari ya nyumba: _____

Jiji: _____ Jimbo: _____ Msimbo wa Eneo: _____

Simu: _____ Kaunti: _____

Je, una bima ya afya au Medicaid?:

Ndiyo

Ndiyo, lakini haitoshi kukidhi mahitaji yangu

Hapana

Je, mapato yako ya kila mwezi ya kaya ni kiasi gani?

\$ _____ kila mwezi

(Hii ndiyo jumla ya mapato kabla ya kodi kwa wanakaya wote)

Ni watu wangapi wanaoishi kaika kaya yako?

_____ Watu

(Ikjumuisha wewe mwenyewe)

Ridhaa ya mgonjwa

Mpango wa Oregon ScreenWise (ScreenWise), mpango wa Mamlaka ya Afya ya Oregon (Oregon Health Authority), unalenga kupunguza saratani ya matiti na mlango wa kizazi, kwa kukuza kinga na ugunduzi wa mapema.

ScreenWise inaweza kulipia:

- Uchunguzi na utambuzi wa saratani ya matiti au mlango wa kizazi
- Huduma na usaidizi wa mgonjwa

ScreenWise haitalipia matibabu ya saratani ya matiti au mlango wa kizazi. Ikiwa matibabu inahitajika, wagonjwa wanaweza kuomba Mpango ya Matibabu ya Saratani ya Matiti na Mlango wa kizazi ya Medicaid (Breast and Cervical Cancer Treatment Program - BCCTP).

Kwa kusaini fomu hii, ninaelewa kwamba:

- Usajili wangu unaweza kuanza hadi miezi mitatu kabla ya tarehe iliyosainiwa hapa chini, ili kuiruhusu ScreenWise kulipia madai yanayostahiki wakati huo.
- Nitaendelea kusajiliwa katika ScreenWise kwa mwaka mmoja nikiwa bado nastahiki na sitaomba kuondolewa katika mpango huu.
- Mtoa huduma wangu atatathmini ustahiki wangu wa kuendelea katika mpango kila mwaka.
- ScreenWise, watoa huduma zangu za matibabu, kliniki na/au hospitali wanaweza kushiriki taarifa
- pamoja na kila mmoja kuhusu huduma yangu ya afya na huduma yoyote ya matibabu inayohusiana ninayopokea kupitia ScreenWise; na wanaweza kupanga huduma yangu na ushiriki wangu katika uchunguzi na/au huduma zinazofaa za uchunguzi, zinazohusiana na saratani ya matiti na mlango wa kizazi.
- Taarifa zangu hazitashirikiwa na mtu yeyote nje ya Mamlaka ya Afya ya Oregon (Oregon Health Authority), watoa huduma na wafadhili wake waliosaini mkataba; na ripoti yoyote iliyochapishwa haitatumia jina langu.
- Ninaweza kupokea mawasiliano ya maandishi, simu au kielektroniki yanayohusiana na
- Huduma za ScreenWise.
- Mtoa huduma wangu lazima aniambie kwa maandishi kuhusu huduma zozote ambazo hazijafunikwa na ScreenWise.

Kwa kusaini fomu hii, ninathibitisha kuwa:

Ninakidhi mahitaji yote yafuatayo ya kustahiki kwa mpango huu:

- Ninaishi au ninakusudia kuendelea kuishi Oregon
- Kipato cha familia yangu kipo katika au chini ya 250% ya Kiwango cha Umaskini cha Shirikisho
- Sina bima, au bima yangu haikidhi mahitaji yangu kikamilifu

Saini ya mgonjwa: _____ Tarehe: _____

Jina la mgonjwa (kwa herufi kubwa): _____

Unaweza kupata hati hii katika lugha zingine, katika chapa kubwa, breli au au umbizo unalopendelea bila malipo. Wasiliana na Mpango wa ScreenWise kupitia screenwise.info@odhsoha.oregon.gov au 503-580-0652 (sauti/maandishi). Tunapokea simu zote za watu wenye matatizo ya kusikia.

Patient service eligibility

Age 18-39 and need breast or cervical cancer diagnostic services. Yes

Age 40 or older and need breast or cervical cancer screening or diagnostic services. Yes

Breast cancer assessment *selections do not affect eligibility*

High Risk for Breast Cancer? Yes No Unknown

Breast cancer services

Clinical Breast Exam (Current Enrollment Period): Normal

CBE date (MM/DD/YYYY): _____ Abnormal/suspicious for cancer

Not performed

Current Mammogram ordered?

Yes (screening or diagnostic)

Sent directly for additional diagnostics
(e.g. ultrasound, biopsy, etc.)

No breast services performed

Cervical cancer assessment *selections do not affect eligibility*

Last Pap (prior to current enrollment)? Yes, date (if known): _____

No

Unknown

High Risk for Cervical Cancer? Yes No Unknown

Cervical cancer screening services

Current Cervical Services ordered Routine Pap

Surveillance after recent abnormal Pap

No pap, other diagnostic ordered

Colposcopy

Other cervical diagnostics

No cervical services performed

HPV ordered? Yes No



Asili, Kabila, Lugha na Ulemavu REALD

Maswali yafuatayo ni ya hiari, na majibu yako yanawekwa siri. Tungependa utuambie asili yako, kabila, lugha na viwango vyako vya uwezo ili tuweze kubaini na kushughulikia tofauti za kiafya na kihuduma. Ikiwa hutaki kujibu maswali haya, tafadhali weka alama, “Sitaki kujibu.” Ikiwa una maswali yoyote unapojaza fomu hii, tafadhali waulize wafanyakazi wa kliniki upate usaidizi.

Asili na Kabila

- Unatambua je asili, kabila, uhusiano wa kikabila, nchi ya asili, au ukoo wako? (kwa mfano, ukoo wa wazazi wako, uanachama wa kabila)

Sitaki kujibu

- Ni kauli gani kati ya zifuatazo inaelezea utambulisho wako wa asili au kabila? Tafadhali chagua ZOTE zinazostahili.

Mhispania na Mlatino

Mwamerika ya Kati
 Mmeksiko
 Mwamerika Kusini
 Mhispania au Mlatino
 Mwengine

Mhawii Asili au Mtu wa Asili ya Kisiwa cha Pasifiki

Mchamoru (Mchamoro)
 Mmashali
 Jumuiya za Enelo la
 Mikronesia
 Mhawii Asili
 Msamoa
 Mwengine wa Asili ya
 Visiwa vya Pasifiki

Mzungu

Mwaulaya Mashariki
 Mslavi
 Mwaulaya Magharibi
 Mzungu Mwengine

Mhindi Mmarekani au Mzawa wa Alaska

Mhindi Mmarekani
 Mzawa wa Alaska
 Myuniti wa Kanada, Mmeti
 au Mwanamataifa ya
 Kwanza
 Mmeksiko Asili,
 Mwamerika ya Kati, au
 Mwamerika Kusini

Mtu Mweusi au Mmarekani wa Asili ya Afrika

Mmarekani wa Asili ya
 Afrika
 Mwethiopia Mwafrika wa
 Karibea
 Msomali
 Mwafrika Mwengine
 (Mweusi)
 Mtu Mweusi Mwengine

Mtu wa Asili ya Mashariki ya Kati/Mwafrika Kaskazini

Mmashariki ya Kati
 Mwafrika wa Kaskazini

Mwasia

Mhindi wa Asia
 Mkambodia
 Mchina
 Jumuiya za Myanmar
 Mfilipino
 Mhimong
 Mjapani
 Mkorea
 Mlao
 Mwasia Kusini
 Mvietnamu
 Mwasia mwengine

Makundi mengine

Mwengine, tafadhali
 orodhesha:

Sijui
 Sitaki kujibu

- | | |
|---|---|
| 3. Ikiwa ulichagua zaidi ya aina moja hapa juu, je ipo aina moja unayoichukulia kuwa utambulisho wako msingi wa asili au kabila lako? | Ndiyo. Chora mviringo hapa juu kwenye utambulisho wako msingi wa asili au kabila.
Sina utambulisho mmoja tu msingi wa asili au kikabila.
Hapana. Ninajitambulisha kuwa wa asili mbili au wa asili mbalimbali.
Haitumiki. Nimechagua aina kimoja tu hapo juu.
Sijui
Sitaki kujibu |
|---|---|

Lugha (Wakalimani wanapatikana bila malipo)

4a. Unatumia lugha gani nyumbani?

Ruka hadi swali la 7 ikiwa HUKUCHAGUA lugha nyingine isipokuwa Kiingereza au lugha ya ishara

4b. Unataka tuwasiliane nawe ana kwa ana, kwa simu, au mtandaoni kwa lugha gani?

4c. Ungependa tukuandikie ujumbe kwa lugha gani?

- | | |
|---|---|
| 5a. Je, unahitaji au unatakam kalimani ili tuwasiliane nawe? | Ndiyo
Hapana
Sijui
Sitaki kujibu |
| 5b. Ikiwa unahitaji au unataka mkalimani, unapendelea mkalimani wa aina gani? | Mkalimani wa lugha ya usemi
Mkalimani wa Lugha ya Ishara ya Marekani (American Sign Language - ASL).
Mkalimani Kiziwi kwa Vipofu Viziwi na matatizo ya ziada
Mkalimani wa lugha ya ishara ya mawasiliano (PSE).
Nyengine (tafadhali taja) _____ |

Ruka kwenye swali la 7 ikiwa hutumii lugha nyingine isipokuwa Kiingereza au lugha ya ishara

- | | |
|---|--|
| 6. Je, unazungumza Kiingereza kwa ufasaha kiasi gani? | Vizuri sana
Vizuri
Sio Vizuri
Hata kidogo
Sijui
Sitaki kujibu |
|---|--|

Kiwango cha Ulemavu/Uwezo

Majibu yako yatatusaidia kupata tofauti za kiafya na huduma miongoni mwa watu wenye na matatizo ya utendaji na wasio nao. Majibu yako ni ya siri.

- | | | | | | |
|---|-------|--------|-------|---------------|--|
| 7. Je, wewe ni kiziwi , au una matatizo makubwa ya kusikia? | Ndiyo | Hapana | Sijui | Sitaki kujibu | Ikiwa jibu ni ndiyo , hali hii ilianza ukiwa umri gani? _____ |
| 8. Wewe ni kipofu au una matatizo makubwa ya kuona , hata wakati umevaa miwani? | Ndiyo | Hapana | Sijui | Sitaki kujibu | Ikiwa jibu ni ndiyo , hali hii ilianza ukiwa umri gani? _____ |

Tafadhali sitisha sasa ikiwa wewe/mtu huyo ana umri wa chini ya miaka 5

- | | | | | | |
|--|-------|--------|-------|---------------|---|
| 9. Una ugumu mkubwa wa kutembea au kupanda ngazi? | Ndiyo | Hapana | Sijui | Sitaki kujibu | Ikiwa jibu ni ndiyo , hali hii ilianza ukiwa umri gani? _____ |
| 10. Je, una ugumu mkubwa wa kuzingatia, kukumbuka, kuelewa, au kufanya maamuzi kutokana na hali ya kimwili, kiakili au kihisia? | Ndiyo | Hapana | Sijui | Sitaki kujibu | Ikiwa jibu ni ndiyo , hali hii ilianza ukiwa umri gani? _____ |
| 11. Una ugumu wa kuvaa au kuoga? | Ndiyo | Hapana | Sijui | Sitaki kujibu | Ikiwa jibu ni ndiyo , hali hii ilianza ukiwa umri gani? _____ |
| 12. Una ugumu mkubwa wa kujifunza jinsi ya kufanya mambo ambayo watu wengi wa rika lako wanaweza kujifunza? | Ndiyo | Hapana | Sijui | Sitaki kujibu | Ikiwa jibu ni ndiyo , hali hii ilianza ukiwa umri gani? _____ |
| 13. Ukitumia lugha yako ya kawaida (ya mama), una ugumu mkubwa kuwasiliana , (kwa mfano kuelewa au kueleweka na wengine) | Ndiyo | Hapana | Sijui | Sitaki kujibu | Sijui swali hili linauliza nini
Ikiwa jibu ni ndiyo , hali hii ilianza ukiwa umri gani? _____ |

Tafadhali sitisha sasa ikiwa wewe/mtu huyo ana umri wa chini ya miaka 15

14. Kutokana na sababu ya tatizo la kimwili, kiakili au kihisia, unatatizila kufanya shughuli peke yako kama vile kwenda ofisi ya daktari au madukani? Ndiyo Hapana Sijui Sitaki kujibu
Ikiwa jibu ni ndiyo, hali hii ilianza ukiwa umri gani? _____
15. Una ugumu mkubwa wa yafuatayo: mhemko, hisia nzito, kudhibiti tabia yako, au kuwa na mawazo yasiyo halisi au kuona yasiyokuwemo? Ndiyo Hapana Sijui Sitaki kujibu
Sijui swali hili linauliza nini
Ikiwa jibu ni ndiyo, hali hii ilianza ukiwa umri gani? _____

Unaweza kupata hati hii katika lugha zingine, katika chapa kubwa, breli au au umbizo unalopendelea bila malipo. Wasiliana na Mpango wa ScreenWise kupitia screenwise.info@odhsoha.oregon.gov au 503-580-0652 (sauti/maandishi). Tunapokea simu zote za watu wenye matatizo ya kusikia.