

## 生育健康計劃 註冊申請表

生育健康 (Reproductive Health, RH) 計劃將會給付避孕以及與生育健康有關的醫療服務費用。我們不會歧視任何人。不論您的公民身分、移民身分、移民文件狀態或性別認同為何，您皆可以獲得服務。請填寫本表格以協助我們決定您是否符合這些免費服務的資格。本資訊將盡可能的獲得保密。

如果您在填寫本表格時有任何疑問，請向診所工作職員尋求協助。

1	法定姓氏：	法定名字：	中間名縮寫：
2	俄勒岡州的地址：	城市：	郵遞區號：
3	出生日期：	年齡：	選填：您目前的性別認同是什麼？ 出生時的生理性別： <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 男性

4	如果您已年滿 45 歲以上，您是否已經停經？（在過去 12 個月皆沒有經期） <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不適用
5	您是否曾接受過絕育手術且時間已超過 6 個月？ （這包括女性絕育手術、子宮切除術或輸精管切除術。） <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
<b>如果您在問題 4 或問題 5 回答「是」，請停止填寫表格並向診所工作人員洽詢。</b>	

問題 6 和問題 7 僅是為了協助我們決定該透過什麼方式給付您的服務。不論您這兩題回答什麼答案，您仍可以獲得免費服務。

6	請參閱公民與移民身分表以協助您回答下列問題。 您是否有： <input type="checkbox"/> 美國公民身分或美國國民身分 <input type="checkbox"/> 合格移民身分 <input type="checkbox"/> 其他移民身分
7	如果您有社會安全號碼 (Social Security Number, SSN)，社會安全號碼為必填。 您是否有 SSN？ <input type="checkbox"/> 是。請在此處填寫您的 SSN：_____ <input type="checkbox"/> 是，但我不知道我的 SSN 號碼 <input type="checkbox"/> 否

## 生育健康計劃 註冊申請表

8	您目前是否享有俄勒岡州健康計劃 (Oregon Health Plan, OHP) ? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 是，但是僅限急診或懷孕服務(CAWEM 或 CAWEM Plus) <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不知道
9	您是否享有任何其他健康保險？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
10	如果您有保險，您是否會擔心您的伴侶、配偶或父母發現您今天接受的服務？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 我未享有保險

11	<p>您所得稅申報表上的家庭人口數(請僅填寫下列其中一個欄位)：</p> <p><b>如果您有報稅且申報您自己：</b>          請填寫您在申報所得稅時所申報的總人數。包括您自己、您的配偶、子女以及您所得稅申報表上的任何其他受撫養人。 _____</p> <p style="text-align: center;">或</p> <p><b>如果有人將您申報在其所得稅申報表上：</b>          請填寫該人士列於其所得稅申報表上的總人數。 _____          包括您自己在內。</p> <p style="text-align: center;">或</p> <p><b>如果您沒有報稅且沒有人將您申報在其所得稅申報表上：</b>請填寫 1。 _____</p>
----	--

12	<p>您的<b>稅前</b>收入（請僅包含<b>您的</b>收入）： _____ <span style="float: right;">本月份</span></p> <p>工作收入。請列出您認為您在本月份將會透過工作獲得多少收入（在扣除任何稅款或其他款項之前）。如果您是自僱工作者，請列出您的淨收入。 _____</p> <p style="text-align: center;">以及</p> <p>其他收入。請列出您認為您在本月份將會透過工作以外的來源獲得多少收入。請務必包含失業補助、小費及贍養費。請勿包含子女撫養費、退伍軍人給付或社會安全生活補助金 (Supplemental Security Income, SSI)。 _____</p> <p style="text-align: right;"><b>總額</b> _____</p>
----	---

13	您想在今天註冊投票嗎？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不適用
----	--

## 生育健康計劃 註冊申請表

### 使用您的社會安全號碼 (SSN)

聯邦法律（如下引述）規定所有申請醫療福利的人士皆必須提供其 SSN（如有）。在 RH 計劃註冊申請表填寫您的 SSN 即代表您允許公眾服務部 (Department of Human Services, DHS) 或俄勒岡州衛生監管機關 (Oregon Health Authority, OHA) 將其用於下列用途：

- 協助我們決定您是否符合福利資格。我們將會使用您的 SSN 來確認您在註冊申請表上所填寫的收入和資產是否正確無誤。我們將會使用該資訊來對照其他州政府和聯邦政府記錄。這包括國稅局、稅務部及 Medicaid。另外也包括子女撫養費、社會安全局及失業福利。
- 藉由品質審查協助我們改善計劃。
- 確認您獲得的是正確的醫療福利。

聯邦法律 - 42 USC 1320b-7(a)、42 CFR 435.910、42CFR 435.920。

本人瞭解，本人有權獲得 OHA 的「隱私慣例通知」副本。

本人必須向 OHA 的公共衛生部提供資訊，以證明本人的身分以及公民或移民身分。以便他們才決定該如何支付本人的服務費用。本人瞭解並同意上述事項。

本人瞭解，如果本人接受了不屬於 RH 計劃承保範圍的服務，本人可能必須為這些服務付費。

就本人所知，本人所提供的資訊皆正確無誤且完整無缺。本人在知悉偽證罪的情況下進行此項宣誓。

客戶簽名：

日期：

## 生育健康計劃 人口資訊表

您的答案將可協助我們瞭解服務接受者的多樣性。這些資訊也有助於確保每個人皆能取得適當的照護。我們將會對您的答案保密。如果您有疑問，請向診所工作人員洽詢。

1	<p>您家中是否有任何人使用英文以外的其他語言？</p> <p><input type="checkbox"/> 是</p> <p><input type="checkbox"/> 否（請跳至問題 3）</p>
2	<p>您希望我們使用什麼語言來：</p> <p><b>與您談話：</b> _____ <b>寫信給您：</b> _____</p> <p>（如果留白，將會使用英文）</p>
3	<p>在我們與您溝通時，您需要手語翻譯員嗎？</p> <p><input type="checkbox"/> 是。何種類型（美國手語 (American Sign Language, ASL)、混合手勢英語 (Pidgin Signed English, PSE)、觸覺翻譯等）： _____</p> <p><input type="checkbox"/> 否</p> <p><input type="checkbox"/> 不知道</p> <p><input type="checkbox"/> 拒絕或不願作答</p>
4	<p>在與我們溝通時，您需要口譯員嗎？</p> <p><input type="checkbox"/> 是</p> <p><input type="checkbox"/> 否</p> <p><input type="checkbox"/> 不知道</p> <p><input type="checkbox"/> 拒絕或不願作答</p>
5	<p>您的英文程度如何？</p> <p><input type="checkbox"/> 非常好</p> <p><input type="checkbox"/> 很好</p> <p><input type="checkbox"/> 不好</p> <p><input type="checkbox"/> 完全不會</p> <p><input type="checkbox"/> 不知道或不清楚</p> <p><input type="checkbox"/> 拒絕或不願作答</p>
6	<p>您需要其他格式的書面資料嗎（盲文版、大字版、語音版等）？</p> <p><input type="checkbox"/> 是。何種格式： _____</p> <p><input type="checkbox"/> 否</p> <p><input type="checkbox"/> 不知道或不清楚</p> <p><input type="checkbox"/> 拒絕或不願作答</p>

## 生育健康計劃 人口資訊表

7	<p>您認為自己的種族、族裔、部落、原國籍或祖籍是什麼？</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> 拒絕或不願作答</p>					
8	<p>下列哪一個選項最符合您的種族或族裔身分？請勾選所有適用選項。</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; vertical-align: top; border-right: 1px solid black; padding: 5px;"> <p><b>美國印第安人或阿拉斯加原住民</b></p> <p><input type="checkbox"/> 美國印第安人</p> <p><input type="checkbox"/> 阿拉斯加原住民</p> <p><input type="checkbox"/> 加拿大因紐特人、梅蒂人或第一民族</p> <p><input type="checkbox"/> 墨西哥、中美洲或南美洲原住民</p> <p><b>西班牙語裔／拉丁美洲人</b></p> <p><input type="checkbox"/> 西班牙語裔或拉丁裔墨西哥人</p> <p><input type="checkbox"/> 西班牙語裔或拉丁裔中洲人</p> <p><input type="checkbox"/> 西班牙語裔或拉丁裔南美洲人</p> <p><input type="checkbox"/> 其他西班牙語裔或拉丁裔</p> <p><b>中東人或北非人</b></p> <p><input type="checkbox"/> 中東人</p> <p><input type="checkbox"/> 北非人</p> </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top; border-right: 1px solid black; padding: 5px;"> <p><b>亞洲人</b></p> <p><input type="checkbox"/> 亞洲印度人</p> <p><input type="checkbox"/> 華人</p> <p><input type="checkbox"/> 菲律賓人</p> <p><input type="checkbox"/> 苗族人</p> <p><input type="checkbox"/> 日本人</p> <p><input type="checkbox"/> 韓國人</p> <p><input type="checkbox"/> 寮國人</p> <p><input type="checkbox"/> 南亞人</p> <p><input type="checkbox"/> 越南人</p> <p><input type="checkbox"/> 其他亞洲人</p> <p><b>夏威夷原住民或太平洋島民</b></p> <p><input type="checkbox"/> 夏威夷原住民</p> <p><input type="checkbox"/> 關島人或查摩洛人</p> <p><input type="checkbox"/> 薩摩亞人</p> <p><input type="checkbox"/> 密克羅尼西亞人</p> <p><input type="checkbox"/> 東加人</p> <p><input type="checkbox"/> 其他太平洋島民</p> </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top; padding: 5px;"> <p><b>黑人或非裔美國人</b></p> <p><input type="checkbox"/> 非裔美國人</p> <p><input type="checkbox"/> 非洲人（黑人）</p> <p><input type="checkbox"/> 加勒比人（黑人）</p> <p><input type="checkbox"/> 其他黑人</p> <p><b>白人</b></p> <p><input type="checkbox"/> 東歐人（例如：波斯尼亞人和塞赫哥維納人、塞爾維亞人、烏克蘭人）</p> <p><input type="checkbox"/> 斯拉夫人（例如：阿爾巴尼亞人、亞美尼亞人、拉脫維亞人、羅馬尼亞人）</p> <p><input type="checkbox"/> 西歐人</p> <p><input type="checkbox"/> 其他白人</p> <p><b>其他類別</b></p> <p><input type="checkbox"/> 其他（請明列）： _____</p> <p><input type="checkbox"/> 不清楚</p> <p><input type="checkbox"/> 拒絕或不願作答</p> </td> </tr> </table>			<p><b>美國印第安人或阿拉斯加原住民</b></p> <p><input type="checkbox"/> 美國印第安人</p> <p><input type="checkbox"/> 阿拉斯加原住民</p> <p><input type="checkbox"/> 加拿大因紐特人、梅蒂人或第一民族</p> <p><input type="checkbox"/> 墨西哥、中美洲或南美洲原住民</p> <p><b>西班牙語裔／拉丁美洲人</b></p> <p><input type="checkbox"/> 西班牙語裔或拉丁裔墨西哥人</p> <p><input type="checkbox"/> 西班牙語裔或拉丁裔中洲人</p> <p><input type="checkbox"/> 西班牙語裔或拉丁裔南美洲人</p> <p><input type="checkbox"/> 其他西班牙語裔或拉丁裔</p> <p><b>中東人或北非人</b></p> <p><input type="checkbox"/> 中東人</p> <p><input type="checkbox"/> 北非人</p>	<p><b>亞洲人</b></p> <p><input type="checkbox"/> 亞洲印度人</p> <p><input type="checkbox"/> 華人</p> <p><input type="checkbox"/> 菲律賓人</p> <p><input type="checkbox"/> 苗族人</p> <p><input type="checkbox"/> 日本人</p> <p><input type="checkbox"/> 韓國人</p> <p><input type="checkbox"/> 寮國人</p> <p><input type="checkbox"/> 南亞人</p> <p><input type="checkbox"/> 越南人</p> <p><input type="checkbox"/> 其他亞洲人</p> <p><b>夏威夷原住民或太平洋島民</b></p> <p><input type="checkbox"/> 夏威夷原住民</p> <p><input type="checkbox"/> 關島人或查摩洛人</p> <p><input type="checkbox"/> 薩摩亞人</p> <p><input type="checkbox"/> 密克羅尼西亞人</p> <p><input type="checkbox"/> 東加人</p> <p><input type="checkbox"/> 其他太平洋島民</p>	<p><b>黑人或非裔美國人</b></p> <p><input type="checkbox"/> 非裔美國人</p> <p><input type="checkbox"/> 非洲人（黑人）</p> <p><input type="checkbox"/> 加勒比人（黑人）</p> <p><input type="checkbox"/> 其他黑人</p> <p><b>白人</b></p> <p><input type="checkbox"/> 東歐人（例如：波斯尼亞人和塞赫哥維納人、塞爾維亞人、烏克蘭人）</p> <p><input type="checkbox"/> 斯拉夫人（例如：阿爾巴尼亞人、亞美尼亞人、拉脫維亞人、羅馬尼亞人）</p> <p><input type="checkbox"/> 西歐人</p> <p><input type="checkbox"/> 其他白人</p> <p><b>其他類別</b></p> <p><input type="checkbox"/> 其他（請明列）： _____</p> <p><input type="checkbox"/> 不清楚</p> <p><input type="checkbox"/> 拒絕或不願作答</p>
<p><b>美國印第安人或阿拉斯加原住民</b></p> <p><input type="checkbox"/> 美國印第安人</p> <p><input type="checkbox"/> 阿拉斯加原住民</p> <p><input type="checkbox"/> 加拿大因紐特人、梅蒂人或第一民族</p> <p><input type="checkbox"/> 墨西哥、中美洲或南美洲原住民</p> <p><b>西班牙語裔／拉丁美洲人</b></p> <p><input type="checkbox"/> 西班牙語裔或拉丁裔墨西哥人</p> <p><input type="checkbox"/> 西班牙語裔或拉丁裔中洲人</p> <p><input type="checkbox"/> 西班牙語裔或拉丁裔南美洲人</p> <p><input type="checkbox"/> 其他西班牙語裔或拉丁裔</p> <p><b>中東人或北非人</b></p> <p><input type="checkbox"/> 中東人</p> <p><input type="checkbox"/> 北非人</p>	<p><b>亞洲人</b></p> <p><input type="checkbox"/> 亞洲印度人</p> <p><input type="checkbox"/> 華人</p> <p><input type="checkbox"/> 菲律賓人</p> <p><input type="checkbox"/> 苗族人</p> <p><input type="checkbox"/> 日本人</p> <p><input type="checkbox"/> 韓國人</p> <p><input type="checkbox"/> 寮國人</p> <p><input type="checkbox"/> 南亞人</p> <p><input type="checkbox"/> 越南人</p> <p><input type="checkbox"/> 其他亞洲人</p> <p><b>夏威夷原住民或太平洋島民</b></p> <p><input type="checkbox"/> 夏威夷原住民</p> <p><input type="checkbox"/> 關島人或查摩洛人</p> <p><input type="checkbox"/> 薩摩亞人</p> <p><input type="checkbox"/> 密克羅尼西亞人</p> <p><input type="checkbox"/> 東加人</p> <p><input type="checkbox"/> 其他太平洋島民</p>	<p><b>黑人或非裔美國人</b></p> <p><input type="checkbox"/> 非裔美國人</p> <p><input type="checkbox"/> 非洲人（黑人）</p> <p><input type="checkbox"/> 加勒比人（黑人）</p> <p><input type="checkbox"/> 其他黑人</p> <p><b>白人</b></p> <p><input type="checkbox"/> 東歐人（例如：波斯尼亞人和塞赫哥維納人、塞爾維亞人、烏克蘭人）</p> <p><input type="checkbox"/> 斯拉夫人（例如：阿爾巴尼亞人、亞美尼亞人、拉脫維亞人、羅馬尼亞人）</p> <p><input type="checkbox"/> 西歐人</p> <p><input type="checkbox"/> 其他白人</p> <p><b>其他類別</b></p> <p><input type="checkbox"/> 其他（請明列）： _____</p> <p><input type="checkbox"/> 不清楚</p> <p><input type="checkbox"/> 拒絕或不願作答</p>				
9	<p>如果您在上方勾選超過一個以上的類別，您是否認為其中一個類別是您的主要種族或族裔身分？</p> <p><input type="checkbox"/> 是。請將您認為是您主要種族或族裔身分的選項圈選出來。</p> <p><input type="checkbox"/> 否，我有超過一個以上的主要種族或族裔身分。</p> <p><input type="checkbox"/> 我僅在上方勾選一個類別。</p> <p><input type="checkbox"/> 拒絕或不願作答</p>					

生育健康計劃  
人口資訊表

您的下述答案將可協助我們瞭解殘障人士和能力受限之人士的多元性。

10	您失聰或者您有嚴重聽力障礙嗎？ <input type="checkbox"/> 是。此病症是從幾歲開始發生的？ ____ <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 不知道 <input type="checkbox"/> 拒絕或不願作答
11	您失明或者您即使戴眼鏡仍有嚴重視力障礙嗎？ <input type="checkbox"/> 是。此病症是從幾歲開始發生的？ ____ <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 不知道 <input type="checkbox"/> 拒絕或不願作答
12	您在行走或爬樓梯方面有嚴重障礙嗎？ <input type="checkbox"/> 是。此病症是從幾歲開始發生的？ ____ <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 不知道 <input type="checkbox"/> 拒絕或不願作答
13	您在更衣或沐浴方面有困難嗎？ <input type="checkbox"/> 是。此病症是從幾歲開始發生的？ ____ <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 不知道 <input type="checkbox"/> 拒絕或不願作答
14	是否由於身體、心理或情緒方面的病症而在從事下列活動時有嚴重困難： A) 集中注意力、記憶力或作決定？ <input type="checkbox"/> 是。此病症是從幾歲開始發生的？ ____ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不知道 <input type="checkbox"/> 拒絕或不願作答  B) 獨自處理雜務，例如至醫生診所就診或購物？ <input type="checkbox"/> 是。此病症是從幾歲開始發生的？ ____ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不知道 <input type="checkbox"/> 拒絕或不願作答	<p>如回答「是」，您在作醫療決定方面是否有嚴重困難？</p> <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不知道 <input type="checkbox"/> 拒絕/不願作答 <p>如果您在作醫療決定方面有嚴重困難，請與您的醫療保健服務提供者洽談。</p>
15	身體、心理或情緒方面的病症是否使您的活動能力受到任何限制？ <input type="checkbox"/> 是。此病症是從幾歲開始發生的？ ____ <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 不知道 <input type="checkbox"/> 拒絕或不願作答

**For Clinic Staff Only(以下為診所員工填寫部分)**

Agency #:	Clinic #:	Date:
Staff name:	Client's RH program #:	
Client's income is _____% of the Federal Poverty Level (FPL).		
Offered OHA Notice of Privacy Practices.	<input type="checkbox"/> Yes	
Explained services covered by the RH Program. Also discussed payment options for services not covered by the RH Program.	<input type="checkbox"/> Yes	
Gave information on where to access primary care services.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Not needed	
Gave health insurance enrollment information.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Not needed	

**Only complete if client claimed U.S. citizenship, U.S. national status, or eligible immigration status**

Provided a voter registration card. Offered assistance completing and submitting the form.  Yes  Not needed

**Citizenship or Immigration Status, and Identity Verification**

**If the client claimed another immigration status no documentation is required.**

U.S. citizenship or U.S. national status

Client provided proof of U.S. citizenship or U.S. national status. A photocopy or scan of the original is placed in the client's chart or birth certificate number is entered into the RH Program Eligibility Database.

**OR**

Electronic verification by the state is requested.

**OR**

Client's citizenship is already verified in the RH Program Eligibility Database.

Eligible immigration status

Client provided proof of eligible immigration status. A photocopy or scan of the original will be sent to the state for electronic verification.

**OR**

Electronic verification by the state is requested. The client provided the following information, as applicable and it is entered into the Eligibility Database:

\_\_\_\_\_  
Immigration document type

\_\_\_\_\_  
Alien or USCIS number or I-94 number

\_\_\_\_\_  
Expiration date

\_\_\_\_\_  
Card number or Passport number

Country of issuance or SEVIS ID: \_\_\_\_\_

**OR**

Client's immigration status is already verified in the RH Program Eligibility Database.

Identity

Client provided proof of identity. A photocopy or scan of the original is placed in the client's chart.