

Clinic label

生育健康计划 登记表

生育健康 (RH) 计划将会为与生育健康相关的避孕和医疗服务支付费用。我们不会歧视任何人。无论您的公民身份、移民身份、移民文件状态或性别认同是什么，您都可获得服务。请填写本表格，以帮助确定您是否有资格获得这些免费服务。我们尽可能对该信息保密。

如果您在填写本表格时有任何问题，请向诊所员工寻求帮助。

1	法定姓氏:	法定名字:	中间名:
2	俄勒冈州地址:	城市:	邮编:
3	出生日期:	年龄:	可选: 您当前的性别认同是? 出生时的生理性别: <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 男

4	如果您已年满 45 岁或以上，您是否已经停经？（过去 12 个月内没有经期） <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不适用
5	您是否已绝育超过 6 个月？ （这包括女性绝育、子宫切除或输精管切除术。） <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
如果您对问题 4 或 5 回答“是”， 请停下来，然后与诊所员工交谈。	

问题 6 和 7 仅用于帮助我们确定如何支付您的服务费用。无论您如何回答这两个问题，您仍可获得免费服务。	
6	请查看公民和移民身份表，获取关于这个问题的帮助。 您是否拥有： <input type="checkbox"/> 美国公民或美国国民身份 <input type="checkbox"/> 有效的移民身份 <input type="checkbox"/> 其他移民身份
7	如果有其中一项身份，需要提供社会安全号 (SSN)。 您是否有 SSN? <input type="checkbox"/> 是。请写在这里: _____ <input type="checkbox"/> 是，但我不知道 <input type="checkbox"/> 否

Clinic label

生育健康计划 登记表

8	您目前是否有俄勒冈州健康计划 (OHP)? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 是, 但仅仅适用于急症或怀孕 (CAWEM 或 CAWEM Plus) <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 我不知道
9	您是否享有任何其他健康保险? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
10	如果您有保险, 您是否担心您的伴侣、配偶或父母将会发现您今天获得的服务? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 我没有保险

11	<u>基于税务申报的家庭大小 (仅填写下面其中一个空白处):</u> 如果您报税并自我申报: 写下您在您的税表上申报的总人数。包括您自己、您的配偶、您的子女和您的任何其他可申请减税的被抚养人。 <div style="text-align: right;">_____</div> <p style="text-align: center;">或</p> 如果其他人在其税表上申报您的税项: 写下该人士在其税表上列出的总人数。 计数包括您自己。 <div style="text-align: right;">_____</div> <p style="text-align: center;">或</p> 如果您没有纳税且没有人在其税表上申报您的税项: 请写 1。 <div style="text-align: right;">_____</div>
-----------	---

12	<u>您的税前收入 (仅包括您的收入):</u> 本月 工作收入。请列出您认为您本月将从工作中获得的任何税前或扣税前收入。 如果您是自雇人士, 列出您的净收入。 <div style="text-align: right;">_____</div> <p style="text-align: center;">以及</p> 其他收入。请列出您本月将从工作以外的来源获得的任何资金。确保包括失业金、小费和赡养费。不包括子女抚养费、退伍军人补助或补充保障收入 (SSI)。 <div style="text-align: right;">_____</div> <p style="text-align: right; margin-top: 10px;">总额 _____</p>
-----------	--

13	您目前是否想要登记投票? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不适用
-----------	---

生育健康计划 登记表

您的社会安全号 (SSN) 的使用

联邦法律（下文引用）表明，申请医疗福利的任何人士必须注明其 SSN（如果他们有 SSN）。当您在 RH 计划登记表上写下您的 SSN 时，这意味着您许可民政局（DHS）或俄勒冈州卫生局（OHA）将其用于：

- 协助我们确定您是否有资格获得福利。我们将使用您的 SSN 进行核证，确保在本表格中所列的收入和资产是正确的。我们会将该信息与其他州和联邦记录比对。这包括国内税务局、税务局和 Medicaid。也包括子女抚养费、社会保障和失业福利。
- 通过进行质量审查帮助我们改进计划。
- 确保您获得适当的医疗福利。

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

我了解我有权获得 OHA 的隐私惯例通知的副本。

我必须向 OHA 的公共卫生科提供信息，以证明我的身份和公民身份或移民身份。以便他们可决定如何支付我的服务费用。我了解并同意这个条款。

我了解，如果我获得 RH 计划不涵盖的服务，我可能需要支付该服务的费用。

据我所知，我提供的信息是正确和完整的。我在了解提供伪证会受处罚的前提下作出声明。

客户签名：

日期：



生育健康计划 人口统计表

您的回答将帮助我们了解获得服务的人士的多样性。还将帮助我们确保每个人获得良好的护理。我们将为您的回答保密。如果您有问题，请咨询诊所员工。

1	<p>您家中是否有人说英语以外的语言？</p> <p><input type="checkbox"/> 是</p> <p><input type="checkbox"/> 否（跳至问题 3）</p>
2	<p>您希望我们以哪种语言：</p> <p>与您口头沟通： _____ 与您书面沟通： _____</p> <p>（如果留空，则默认为英语）</p>
3	<p>您是否需要手语译者来帮助我们与您沟通？</p> <p><input type="checkbox"/> 是的。哪种类型（美国手语（ASL）、皮钦手势英语（PSE）、触觉解释等）：</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> 否</p> <p><input type="checkbox"/> 不知道</p> <p><input type="checkbox"/> 拒绝回答或不愿回答</p>
4	<p>您是否需要口译者来帮助我们与您沟通？</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"/> 拒绝回答或不愿回答</p>
5	<p>您说英语的流利程度？</p> <p><input type="checkbox"/> 非常好</p> <p><input type="checkbox"/> 好</p> <p><input type="checkbox"/> 不太好</p> <p><input type="checkbox"/> 完全不会</p> <p><input type="checkbox"/> 不了解或未知</p> <p><input type="checkbox"/> 拒绝回答或不愿回答</p>
6	<p>您是否需要其他格式（盲文、大字印刷、录音等）的书面材料？</p> <p><input type="checkbox"/> 是的。哪种格式： _____</p> <p><input type="checkbox"/> 否</p> <p><input type="checkbox"/> 不了解或未知</p> <p><input type="checkbox"/> 拒绝回答或不愿回答</p>

生育健康计划 人口统计表

7	<p>您认为自己属于何种民族或种族、部落从属关系、原国籍或血统？</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> 拒绝回答或不愿回答</p>			
8	<p>下列哪一项描述了您的民族或种族身份？ 勾选所有适用选项。</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; vertical-align: top; border-right: 1px solid black; padding-right: 5px;"> <p>美洲印第安人或阿拉斯加土著</p> <p><input type="checkbox"/> 美洲印第安人</p> <p><input type="checkbox"/> 阿拉斯加土著</p> <p><input type="checkbox"/> 加拿大因纽特人、梅蒂人或印第安原住民</p> <p><input type="checkbox"/> 本土墨西哥人、中美或南美洲人</p> <p>西班牙裔或拉丁裔美洲人</p> <p><input type="checkbox"/> 西班牙裔或拉丁裔墨西哥人</p> <p><input type="checkbox"/> 西班牙裔或拉丁裔中美洲人</p> <p><input type="checkbox"/> 西班牙裔或拉丁裔南美洲人</p> <p><input type="checkbox"/> 其他西班牙裔或拉丁裔</p> <p>中东人或北非人</p> <p><input type="checkbox"/> 中东人</p> <p><input type="checkbox"/> 北非人</p> </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top; border-right: 1px solid black; padding-right: 5px;"> <p>亚洲人</p> <p><input type="checkbox"/> 亚裔印度人</p> <p><input type="checkbox"/> 中国人</p> <p><input type="checkbox"/> 菲律宾裔美国人</p> <p><input type="checkbox"/> 苗族人</p> <p><input type="checkbox"/> 日本人</p> <p><input type="checkbox"/> 朝鲜族</p> <p><input type="checkbox"/> 老挝人</p> <p><input type="checkbox"/> 南亚人</p> <p><input type="checkbox"/> 越南语</p> <p><input type="checkbox"/> 其他亚裔</p> <p>夏威夷土著或太平洋岛民</p> <p><input type="checkbox"/> 夏威夷土著</p> <p><input type="checkbox"/> 关岛人或查莫罗人</p> <p><input type="checkbox"/> 萨摩亚人</p> <p><input type="checkbox"/> 密克罗尼西亚人</p> <p><input type="checkbox"/> 汤加人</p> <p><input type="checkbox"/> 其他太平洋岛民</p> </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top; padding-left: 5px;"> <p>黑种人或非裔美国人</p> <p><input type="checkbox"/> 非裔美国人</p> <p><input type="checkbox"/> 非洲人（黑种人）</p> <p><input type="checkbox"/> 加勒比人（黑人）</p> <p><input type="checkbox"/> 其他黑种人</p> <p>白人</p> <p><input type="checkbox"/> 东欧人（例如：波斯尼亚人和黑塞哥维那人、塞尔维亚人、乌克兰人）</p> <p><input type="checkbox"/> 斯拉夫人（例如：阿尔巴尼亚人、亚美尼亚人、拉脱维亚人、罗马尼亚人）</p> <p><input type="checkbox"/> 西欧人</p> <p><input type="checkbox"/> 其他白人</p> <p>其他类别</p> <p><input type="checkbox"/> 其他，请列明： _____</p> <p><input type="checkbox"/> 未知</p> <p><input type="checkbox"/> 拒绝回答或不愿回答</p> </td> </tr> </table>	<p>美洲印第安人或阿拉斯加土著</p> <p><input type="checkbox"/> 美洲印第安人</p> <p><input type="checkbox"/> 阿拉斯加土著</p> <p><input type="checkbox"/> 加拿大因纽特人、梅蒂人或印第安原住民</p> <p><input type="checkbox"/> 本土墨西哥人、中美或南美洲人</p> <p>西班牙裔或拉丁裔美洲人</p> <p><input type="checkbox"/> 西班牙裔或拉丁裔墨西哥人</p> <p><input type="checkbox"/> 西班牙裔或拉丁裔中美洲人</p> <p><input type="checkbox"/> 西班牙裔或拉丁裔南美洲人</p> <p><input type="checkbox"/> 其他西班牙裔或拉丁裔</p> <p>中东人或北非人</p> <p><input type="checkbox"/> 中东人</p> <p><input type="checkbox"/> 北非人</p>	<p>亚洲人</p> <p><input type="checkbox"/> 亚裔印度人</p> <p><input type="checkbox"/> 中国人</p> <p><input type="checkbox"/> 菲律宾裔美国人</p> <p><input type="checkbox"/> 苗族人</p> <p><input type="checkbox"/> 日本人</p> <p><input type="checkbox"/> 朝鲜族</p> <p><input type="checkbox"/> 老挝人</p> <p><input type="checkbox"/> 南亚人</p> <p><input type="checkbox"/> 越南语</p> <p><input type="checkbox"/> 其他亚裔</p> <p>夏威夷土著或太平洋岛民</p> <p><input type="checkbox"/> 夏威夷土著</p> <p><input type="checkbox"/> 关岛人或查莫罗人</p> <p><input type="checkbox"/> 萨摩亚人</p> <p><input type="checkbox"/> 密克罗尼西亚人</p> <p><input type="checkbox"/> 汤加人</p> <p><input type="checkbox"/> 其他太平洋岛民</p>	<p>黑种人或非裔美国人</p> <p><input type="checkbox"/> 非裔美国人</p> <p><input type="checkbox"/> 非洲人（黑种人）</p> <p><input type="checkbox"/> 加勒比人（黑人）</p> <p><input type="checkbox"/> 其他黑种人</p> <p>白人</p> <p><input type="checkbox"/> 东欧人（例如：波斯尼亚人和黑塞哥维那人、塞尔维亚人、乌克兰人）</p> <p><input type="checkbox"/> 斯拉夫人（例如：阿尔巴尼亚人、亚美尼亚人、拉脱维亚人、罗马尼亚人）</p> <p><input type="checkbox"/> 西欧人</p> <p><input type="checkbox"/> 其他白人</p> <p>其他类别</p> <p><input type="checkbox"/> 其他，请列明： _____</p> <p><input type="checkbox"/> 未知</p> <p><input type="checkbox"/> 拒绝回答或不愿回答</p>
<p>美洲印第安人或阿拉斯加土著</p> <p><input type="checkbox"/> 美洲印第安人</p> <p><input type="checkbox"/> 阿拉斯加土著</p> <p><input type="checkbox"/> 加拿大因纽特人、梅蒂人或印第安原住民</p> <p><input type="checkbox"/> 本土墨西哥人、中美或南美洲人</p> <p>西班牙裔或拉丁裔美洲人</p> <p><input type="checkbox"/> 西班牙裔或拉丁裔墨西哥人</p> <p><input type="checkbox"/> 西班牙裔或拉丁裔中美洲人</p> <p><input type="checkbox"/> 西班牙裔或拉丁裔南美洲人</p> <p><input type="checkbox"/> 其他西班牙裔或拉丁裔</p> <p>中东人或北非人</p> <p><input type="checkbox"/> 中东人</p> <p><input type="checkbox"/> 北非人</p>	<p>亚洲人</p> <p><input type="checkbox"/> 亚裔印度人</p> <p><input type="checkbox"/> 中国人</p> <p><input type="checkbox"/> 菲律宾裔美国人</p> <p><input type="checkbox"/> 苗族人</p> <p><input type="checkbox"/> 日本人</p> <p><input type="checkbox"/> 朝鲜族</p> <p><input type="checkbox"/> 老挝人</p> <p><input type="checkbox"/> 南亚人</p> <p><input type="checkbox"/> 越南语</p> <p><input type="checkbox"/> 其他亚裔</p> <p>夏威夷土著或太平洋岛民</p> <p><input type="checkbox"/> 夏威夷土著</p> <p><input type="checkbox"/> 关岛人或查莫罗人</p> <p><input type="checkbox"/> 萨摩亚人</p> <p><input type="checkbox"/> 密克罗尼西亚人</p> <p><input type="checkbox"/> 汤加人</p> <p><input type="checkbox"/> 其他太平洋岛民</p>	<p>黑种人或非裔美国人</p> <p><input type="checkbox"/> 非裔美国人</p> <p><input type="checkbox"/> 非洲人（黑种人）</p> <p><input type="checkbox"/> 加勒比人（黑人）</p> <p><input type="checkbox"/> 其他黑种人</p> <p>白人</p> <p><input type="checkbox"/> 东欧人（例如：波斯尼亚人和黑塞哥维那人、塞尔维亚人、乌克兰人）</p> <p><input type="checkbox"/> 斯拉夫人（例如：阿尔巴尼亚人、亚美尼亚人、拉脱维亚人、罗马尼亚人）</p> <p><input type="checkbox"/> 西欧人</p> <p><input type="checkbox"/> 其他白人</p> <p>其他类别</p> <p><input type="checkbox"/> 其他，请列明： _____</p> <p><input type="checkbox"/> 未知</p> <p><input type="checkbox"/> 拒绝回答或不愿回答</p>		
9	<p>如果您勾选多个上文所列类别，是否有一个您认为是您的主要民族或种族身份的类别？</p> <p><input type="checkbox"/> 是的。请圈出您认为是您的主要民族或种族身份的一个类别。</p> <p><input type="checkbox"/> 否，我有一个以上的主要民族或种族身份。</p> <p><input type="checkbox"/> 我仅勾选一个上面的类别。</p> <p><input type="checkbox"/> 拒绝回答或不愿回答</p>			

Clinic label

生育健康计划 人口统计表

您提供的下列回答将帮助我们了解残疾人士和能力受限人士的多元性。	
10	<p>您是否耳聋或是有严重的听力障碍？</p> <p><input type="checkbox"/> 是的。是在什么年龄阶段患上这种病况的？ _____ <input type="checkbox"/> 不知道</p> <p><input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 拒绝回答或不愿回答</p>
11	<p>您是否失明或是有严重的视力障碍，即使佩戴眼镜亦是如此？</p> <p><input type="checkbox"/> 是的。是在什么年龄阶段患上这种病况的？ _____ <input type="checkbox"/> 不知道</p> <p><input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 拒绝回答或不愿回答</p>
12	<p>您走路或爬楼梯是否感觉非常困难？</p> <p><input type="checkbox"/> 是的。是在什么年龄阶段患上这种病况的？ _____ <input type="checkbox"/> 不知道</p> <p><input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 拒绝回答或不愿回答</p>
13	<p>您穿衣或沐浴是否有困难？</p> <p><input type="checkbox"/> 是的。是在什么年龄阶段患上这种病况的？ _____ <input type="checkbox"/> 不知道</p> <p><input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 拒绝回答或不愿回答</p>
14	<p>您是否因身体机能、精神状况或情绪状态而有严重困难，难以：</p> <p>A) 集中精神、记忆或作出决定？</p> <p><input type="checkbox"/> 是的。是在什么年龄阶段患上这种病况？ _____ <input type="checkbox"/> 不知道</p> <p><input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 拒绝回答或不愿回答</p> <p>B) 独自外出办事（例如去诊所就诊或外出购物）？</p> <p><input type="checkbox"/> 是的。是在什么年龄阶段患上这种病况的？ _____</p> <p><input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不知道</p> <p><input type="checkbox"/> 拒绝回答或不愿回答</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin-top: 10px; width: fit-content;"> <p>如果是，您是否很难作出医疗决定？</p> <p><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p> <p><input type="checkbox"/> 不知道</p> <p><input type="checkbox"/> 拒绝回答 / 不愿回答</p> <p>如果您很难作出医疗决定， 请与您的健康护理提供者交谈。</p> </div>
15	<p>身体、精神或情绪状况是否以任何方式限制您的活动？</p> <p><input type="checkbox"/> 是的。是在什么年龄阶段患上这种病况的？ _____ <input type="checkbox"/> 不知道</p> <p><input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 拒绝回答或不愿回答</p>

For Clinic Staff Only (以下为诊所员工填写部分)

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.