

Программа репродуктивного здоровья Бланк регистрации

Программа репродуктивного здоровья (RH) оплачивает расходы на приобретение противозачаточных средств и получение медицинских услуг, связанных с репродуктивным здоровьем. **Мы не проявляем дискриминации. Вы можете воспользоваться услугами вне зависимости от вашего гражданства, иммиграционного статуса, наличия документов или гендерной идентичности.** Пожалуйста, заполните этот бланк, чтобы помочь нам определить, имеете ли вы право на получение этих бесплатных услуг. Эти данные хранятся в максимально возможной конфиденциальности.

Если при заполнении этого бланка у вас возникнут вопросы, пожалуйста, обратитесь за помощью к сотрудникам клиники.

1	Фамилия (фамилии) согласно документам:	Имя согласно документам:	Инициал отчества или второго имени:
2	Адрес в штате Орегон:	Город:	Почтовый индекс:
3	Дата рождения:	Возраст:	Вопрос, не требующий обязательного ответа: Укажите вашу гендерную идентичность на настоящий момент. Пол, установленный при рождении: <input type="checkbox"/> Женский <input type="checkbox"/> Мужской

4	Если вы находитесь в возрасте 45 лет или старше, перенесли ли вы климакс? <i>(Отсутствие менструации в течение последних 12 месяцев)</i> <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Не применимо
5	Были ли вы стерилизованы на протяжении более шести месяцев? <i>(Сюда относится женская стерилизация, гистерэктомия или вазэктомия.)</i> <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Если вы ответили «да» на вопрос 4 или 5, пожалуйста, не продолжайте заполнять бланк и поговорите с сотрудником клиники.	

Вопросы 6 и 7 задаются исключительно с целью установить способ оплаты предоставляемых вам услуг. **Независимо от того, как вы ответите на эти два вопроса, вы все равно можете получить бесплатное обслуживание.**

6	Пожалуйста, обратитесь к таблице «Гражданский и иммиграционный статус» за помощью в ответе на этот вопрос. Имеете ли вы: <input type="checkbox"/> гражданство США или статус поданного США; <input type="checkbox"/> правомочный иммиграционный статус; <input type="checkbox"/> другой иммиграционный статус;
7	номер в системе социального страхования (SSN) обязателен, при его наличии. Имеете ли вы номер в системе социального страхования (SSN)? <input type="checkbox"/> Да. Пожалуйста, укажите его здесь: _____ <input type="checkbox"/> Да, но он мне неизвестен <input type="checkbox"/> Нет

Программа репродуктивного здоровья Бланк регистрации

8	Пользуетесь ли вы в настоящее время планом льготного медицинского страхования штата Орегон (ОНР)? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Да, но только для экстренных случаев или на время беременности (CAWEM или CAWEM Plus) <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Я не знаю
9	Пользуетесь ли вы какой-либо другой медицинской страховкой? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
10	Если вы пользуетесь планом страхования, имеются ли у вас опасения, что ваш партнер, супруг (супруга) или родитель узнают о получении вами сегодня услуг? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> У меня нет страховки

11	<p><u>Количественный состав семьи на основании налоговой декларации (заполните только один из пунктов ниже):</u></p> <p>Если вы заполняете налоговую декларацию и указываете себя: Запишите общее количество людей, которых вы указываете в вашей налоговой декларации. В общее число включите себя, вашего супруга (супругу), ваших детей и любых других налоговых иждивенцев. _____</p> <p style="text-align: center;">ИЛИ</p> <p>Если кто-либо другой указывает вас в своей налоговой декларации: Запишите общее количество людей, которое это лицо указывает в своей налоговой декларации. В общее количество включите себя самого. _____</p> <p style="text-align: center;">ИЛИ</p> <p>Если вы не заполняете налоговую декларацию, и никто не указывает вас в своей налоговой декларации: Напишите 1. _____</p>
----	--

12	<p><u>Ваш доход ДО вычета налога (указывайте только ваш доход):</u> _____ <u>В этом месяце</u> <i>Доход от работ по найму.</i> Пожалуйста, укажите сумму денежных средств, которую, как вы ожидаете, вы заработаете в этом месяце до того, как будут произведены какие-либо налоговые вычеты. Если вы являетесь частным предпринимателем, укажите ваш ЧИСТЫЙ доход.</p> <p style="text-align: center;">И</p> <p><i>Другой доход.</i> Пожалуйста, перечислите любые другие денежные средства, которые, как вы ожидаете, получите от других источников, кроме работы, в этом месяце. Обязательно укажите пособие по безработице, чаевые и алименты. Не включайте сюда алименты на ребенка, выплаты демобилизованным военнослужащим или дополнительный доход по программе социального обеспечения (SSI). _____</p> <p style="text-align: right;">Итого _____</p>
----	---

13	Желаете ли вы зарегистрироваться сегодня в качестве избирателя? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Не применимо
----	---

Программа репродуктивного здоровья Бланк регистрации

Использование вашего номера в системе социального обеспечения (SSN)

Федеральные законы (процитированные ниже) гласят о том, что любое лицо, подающее заявление на получение медицинских пособий, должно указать свой номер SSN, при его наличии. Когда вы указываете ваш номер SSN в бланке регистрации программы RH, это означает, что вы даете разрешению Департаменту социального обеспечения (DHS) или Управлению здравоохранения штата Орегон (ОНА) использовать его с целью:

- помочь нам определить вашу правомочность для получения пособий. Мы будем использовать ваш номер SSN с тем, чтобы проверить правильность указанной вами в этом бланке информации о доходах и активах. Мы сверим эти данные с записями других органов штата и федерального правительства. К ним относятся Налоговое управление США, Департамент государственных сборов и программа Medicaid. К ним также относится программа по взысканию алиментов на ребенка, администрация социального обеспечения и программа выплаты пособий по безработице;
- помочь нам совершенствовать программы путем проведения проверок качества их работы;
- убедиться в том, что вы получаете соответствующие медицинские пособия.

Федеральные законы – 42 USC 1320b-7(a), 42 CFR 435.910, 42CFR 435.920.

Я понимаю, что за мной закреплено право получить копию Уведомления о соблюдении конфиденциальности, подготовленную управлением ОНА.

Я должен (должна) предоставить информацию в Отдел общественного здравоохранения при управлении ОНА с целью подтверждения моей личности и моего статуса гражданина или иммиграционного статуса. Это делается для того, чтобы представители отдела могли установить способ оплаты предоставляемого мне обслуживания. Я понимаю это положение и соглашаюсь с ним.

Я понимаю, что в случае, если мне будут предоставлены услуги, не оплачиваемые программой RH, мне, возможно, потребуется оплатить их самостоятельно.

Предоставленная мной информация является достоверной и полной, насколько мне известно. Я заявляю об этом под страхом наказания за лжесвидетельство.

Подпись клиента:

Дата:

Программа репродуктивного здоровья Бланк сбора демографических данных

Ваши ответы помогут нам понять многообразие лиц, пользующихся нашими услугами. Кроме того, они помогают нам убедиться в том, что каждый участник получает должное обслуживание. Мы храним ваши ответы в конфиденциальности. Обратитесь к сотрудникам клиники, если у вас возникли вопросы.

1	<p>Говорит ли кто-либо из членов вашей семьи на языке, отличном от английского?</p> <p><input type="checkbox"/> Да</p> <p><input type="checkbox"/> Нет (<i>перейдите к вопросу 3</i>)</p>
2	<p>На каком языке вы предпочли бы наше:</p> <p>устное общение с вами: _____ письменное общение с вами: _____</p> <p><i>(Если не будет указан ответ, будет выбран английский язык)</i></p>
3	<p>Нуждаетесь ли вы в услугах сурдопереводчика для того, чтобы мы могли общаться с вами?</p> <p><input type="checkbox"/> Да. Укажите вид (американский язык жестов (ASL), гибридный язык жестов пиджин (PSE), тактильный перевод, и т.д.): _____</p> <p><input type="checkbox"/> Нет</p> <p><input type="checkbox"/> Неизвестно</p> <p><input type="checkbox"/> Отказываюсь или не желаю отвечать</p>
4	<p>Нуждаетесь ли вы в услугах переводчика для того, чтобы мы могли общаться с вами?</p> <p><input type="checkbox"/> Да</p> <p><input type="checkbox"/> Нет</p> <p><input type="checkbox"/> Неизвестно</p> <p><input type="checkbox"/> Отказываюсь или не желаю отвечать</p>
5	<p>Насколько хорошо вы говорите по-английски?</p> <p><input type="checkbox"/> Очень хорошо</p> <p><input type="checkbox"/> Хорошо</p> <p><input type="checkbox"/> Не очень хорошо</p> <p><input type="checkbox"/> Совсем не говорю</p> <p><input type="checkbox"/> Не знаю или неизвестно</p> <p><input type="checkbox"/> Отказываюсь или не желаю отвечать</p>
6	<p>Нуждаетесь ли вы в письменных материалах в альтернативном формате (<i>набранными шрифтом Брайля, крупным шрифтом, в виде аудио записей, и т.д.</i>)?</p> <p><input type="checkbox"/> Да. Укажите формат: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Нет</p> <p><input type="checkbox"/> Не знаю или неизвестно</p> <p><input type="checkbox"/> Отказываюсь или не желаю отвечать</p>

Программа репродуктивного здоровья Бланк сбора демографических данных

7	<p>Как вы идентифицируете свое расовое или этническое происхождение, племенную принадлежность, страну происхождения или родословную?</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> Отказываюсь или не желаю отвечать</p>			
8	<p>Что из нижеперечисленного описывает ваше расовое или этническое происхождение? Отметьте ВСЕ, что применимо.</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; vertical-align: top; padding-right: 10px;"> <p>Американский индеец или коренной житель Аляски</p> <p><input type="checkbox"/> Американский индеец</p> <p><input type="checkbox"/> Коренной житель Аляски</p> <p><input type="checkbox"/> Канадский инуит, метис или представитель «Первой нации»</p> <p><input type="checkbox"/> Выходец из Мексики, Центральной Америки или Южной Америки</p> <p>Испаноговорящий или латиноамериканец</p> <p><input type="checkbox"/> Испаноговорящий или латиноамериканец мексиканского происхождения</p> <p><input type="checkbox"/> Испаноговорящий или латиноамериканец-выходец из стран Центральной Америки</p> <p><input type="checkbox"/> Испаноговорящий или латиноамериканец-выходец из стран Южной Америки</p> <p><input type="checkbox"/> Испаноговорящий или латиноамериканец другого происхождения</p> <p>Выходец из стран Ближнего Востока или Северной Африки</p> <p><input type="checkbox"/> Выходец из стран Ближнего Востока</p> <p><input type="checkbox"/> Выходец из стран Северной Африки</p> </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top; padding-right: 10px;"> <p>Азиат</p> <p><input type="checkbox"/> Азиатский индус</p> <p><input type="checkbox"/> Китаец</p> <p><input type="checkbox"/> Филиппинец</p> <p><input type="checkbox"/> Хмонг</p> <p><input type="checkbox"/> Японец</p> <p><input type="checkbox"/> Кореец</p> <p><input type="checkbox"/> Лаосец</p> <p><input type="checkbox"/> Выходец из стран Юго-Восточной Азии</p> <p><input type="checkbox"/> Вьетнамский</p> <p><input type="checkbox"/> Выходец из других стран Азии</p> <p>Коренной житель Гавайских островов или житель Тихоокеанских островов</p> <p><input type="checkbox"/> Коренной житель Гавайских островов</p> <p><input type="checkbox"/> Житель острова Гуам или представитель народа чаморро</p> <p><input type="checkbox"/> Коренной житель островов Самоа</p> <p><input type="checkbox"/> Коренной житель Микронезии*</p> <p><input type="checkbox"/> Тонганец</p> <p><input type="checkbox"/> Прочий житель островов Тихого океана</p> </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <p>Чернокожий или афроамериканец</p> <p><input type="checkbox"/> Афроамериканец</p> <p><input type="checkbox"/> Африканец (чернокожий)</p> <p><input type="checkbox"/> Коренной житель стран Карибского бассейна (чернокожий)</p> <p><input type="checkbox"/> Чернокожий другого происхождения</p> <p>Европеец</p> <p><input type="checkbox"/> Восточный европеец (например: <i>Босния и Герцеговина, Сербия, Украина</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Славянин (например: <i>Албания, Армения, Латвия, Румыния</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Выходец из стран Западной Европы</p> <p><input type="checkbox"/> Представитель другой европеоидной расы</p> <p>Прочие категории</p> <p><input type="checkbox"/> Другое, пожалуйста, укажите:</p> <hr style="width: 100%;"/> <p><input type="checkbox"/> Не известно</p> <p><input type="checkbox"/> Отказываюсь или не желаю отвечать</p> </td> </tr> </table>	<p>Американский индеец или коренной житель Аляски</p> <p><input type="checkbox"/> Американский индеец</p> <p><input type="checkbox"/> Коренной житель Аляски</p> <p><input type="checkbox"/> Канадский инуит, метис или представитель «Первой нации»</p> <p><input type="checkbox"/> Выходец из Мексики, Центральной Америки или Южной Америки</p> <p>Испаноговорящий или латиноамериканец</p> <p><input type="checkbox"/> Испаноговорящий или латиноамериканец мексиканского происхождения</p> <p><input type="checkbox"/> Испаноговорящий или латиноамериканец-выходец из стран Центральной Америки</p> <p><input type="checkbox"/> Испаноговорящий или латиноамериканец-выходец из стран Южной Америки</p> <p><input type="checkbox"/> Испаноговорящий или латиноамериканец другого происхождения</p> <p>Выходец из стран Ближнего Востока или Северной Африки</p> <p><input type="checkbox"/> Выходец из стран Ближнего Востока</p> <p><input type="checkbox"/> Выходец из стран Северной Африки</p>	<p>Азиат</p> <p><input type="checkbox"/> Азиатский индус</p> <p><input type="checkbox"/> Китаец</p> <p><input type="checkbox"/> Филиппинец</p> <p><input type="checkbox"/> Хмонг</p> <p><input type="checkbox"/> Японец</p> <p><input type="checkbox"/> Кореец</p> <p><input type="checkbox"/> Лаосец</p> <p><input type="checkbox"/> Выходец из стран Юго-Восточной Азии</p> <p><input type="checkbox"/> Вьетнамский</p> <p><input type="checkbox"/> Выходец из других стран Азии</p> <p>Коренной житель Гавайских островов или житель Тихоокеанских островов</p> <p><input type="checkbox"/> Коренной житель Гавайских островов</p> <p><input type="checkbox"/> Житель острова Гуам или представитель народа чаморро</p> <p><input type="checkbox"/> Коренной житель островов Самоа</p> <p><input type="checkbox"/> Коренной житель Микронезии*</p> <p><input type="checkbox"/> Тонганец</p> <p><input type="checkbox"/> Прочий житель островов Тихого океана</p>	<p>Чернокожий или афроамериканец</p> <p><input type="checkbox"/> Афроамериканец</p> <p><input type="checkbox"/> Африканец (чернокожий)</p> <p><input type="checkbox"/> Коренной житель стран Карибского бассейна (чернокожий)</p> <p><input type="checkbox"/> Чернокожий другого происхождения</p> <p>Европеец</p> <p><input type="checkbox"/> Восточный европеец (например: <i>Босния и Герцеговина, Сербия, Украина</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Славянин (например: <i>Албания, Армения, Латвия, Румыния</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Выходец из стран Западной Европы</p> <p><input type="checkbox"/> Представитель другой европеоидной расы</p> <p>Прочие категории</p> <p><input type="checkbox"/> Другое, пожалуйста, укажите:</p> <hr style="width: 100%;"/> <p><input type="checkbox"/> Не известно</p> <p><input type="checkbox"/> Отказываюсь или не желаю отвечать</p>
<p>Американский индеец или коренной житель Аляски</p> <p><input type="checkbox"/> Американский индеец</p> <p><input type="checkbox"/> Коренной житель Аляски</p> <p><input type="checkbox"/> Канадский инуит, метис или представитель «Первой нации»</p> <p><input type="checkbox"/> Выходец из Мексики, Центральной Америки или Южной Америки</p> <p>Испаноговорящий или латиноамериканец</p> <p><input type="checkbox"/> Испаноговорящий или латиноамериканец мексиканского происхождения</p> <p><input type="checkbox"/> Испаноговорящий или латиноамериканец-выходец из стран Центральной Америки</p> <p><input type="checkbox"/> Испаноговорящий или латиноамериканец-выходец из стран Южной Америки</p> <p><input type="checkbox"/> Испаноговорящий или латиноамериканец другого происхождения</p> <p>Выходец из стран Ближнего Востока или Северной Африки</p> <p><input type="checkbox"/> Выходец из стран Ближнего Востока</p> <p><input type="checkbox"/> Выходец из стран Северной Африки</p>	<p>Азиат</p> <p><input type="checkbox"/> Азиатский индус</p> <p><input type="checkbox"/> Китаец</p> <p><input type="checkbox"/> Филиппинец</p> <p><input type="checkbox"/> Хмонг</p> <p><input type="checkbox"/> Японец</p> <p><input type="checkbox"/> Кореец</p> <p><input type="checkbox"/> Лаосец</p> <p><input type="checkbox"/> Выходец из стран Юго-Восточной Азии</p> <p><input type="checkbox"/> Вьетнамский</p> <p><input type="checkbox"/> Выходец из других стран Азии</p> <p>Коренной житель Гавайских островов или житель Тихоокеанских островов</p> <p><input type="checkbox"/> Коренной житель Гавайских островов</p> <p><input type="checkbox"/> Житель острова Гуам или представитель народа чаморро</p> <p><input type="checkbox"/> Коренной житель островов Самоа</p> <p><input type="checkbox"/> Коренной житель Микронезии*</p> <p><input type="checkbox"/> Тонганец</p> <p><input type="checkbox"/> Прочий житель островов Тихого океана</p>	<p>Чернокожий или афроамериканец</p> <p><input type="checkbox"/> Афроамериканец</p> <p><input type="checkbox"/> Африканец (чернокожий)</p> <p><input type="checkbox"/> Коренной житель стран Карибского бассейна (чернокожий)</p> <p><input type="checkbox"/> Чернокожий другого происхождения</p> <p>Европеец</p> <p><input type="checkbox"/> Восточный европеец (например: <i>Босния и Герцеговина, Сербия, Украина</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Славянин (например: <i>Албания, Армения, Латвия, Румыния</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Выходец из стран Западной Европы</p> <p><input type="checkbox"/> Представитель другой европеоидной расы</p> <p>Прочие категории</p> <p><input type="checkbox"/> Другое, пожалуйста, укажите:</p> <hr style="width: 100%;"/> <p><input type="checkbox"/> Не известно</p> <p><input type="checkbox"/> Отказываюсь или не желаю отвечать</p>		
9	<p>Если вы отметили несколько категорий выше, считаете ли вы какую-либо ОДНУ из них в качестве основной расовой или этнической принадлежности?</p> <p><input type="checkbox"/> Да. Пожалуйста, ОБВЕДИТЕ ОДНУ категорию, которую вы считаете в качестве основной расовой или этнической принадлежности.</p> <p><input type="checkbox"/> Нет. Я причисляю себя к нескольким основным расовым или этническим принадлежностям.</p> <p><input type="checkbox"/> Я отметил (отметила) только категорию выше.</p> <p><input type="checkbox"/> Отказываюсь или не желаю отвечать</p>			

Программа репродуктивного здоровья Бланк сбора демографических данных

Ваши ответы на вопросы ниже помогут нам понять разнообразие лиц с ограниченными возможностями здоровья и ограничениями.

10	<p>Являетесь ли вы глухим (глухой) или имеются ли у вас серьезные проблемы со слухом?</p> <p><input type="checkbox"/> Да. В каком возрасте началось развиваться это нарушение _____</p> <p><input type="checkbox"/> Нет</p>	<p><input type="checkbox"/> Неизвестно</p> <p><input type="checkbox"/> Отказываюсь или не желаю отвечать</p>
11	<p>Являетесь ли вы слепым (слепой) или имеются ли у вас серьезные проблемы со зрением, даже при использовании очков?</p> <p><input type="checkbox"/> Да. В каком возрасте началось развиваться это нарушение _____</p> <p><input type="checkbox"/> Нет</p>	<p><input type="checkbox"/> Неизвестно</p> <p><input type="checkbox"/> Отказываюсь или не желаю отвечать</p>
12	<p>Сталкиваетесь ли вы с заметными трудностями при ходьбе или подъеме по лестнице?</p> <p><input type="checkbox"/> Да. В каком возрасте началось развиваться это нарушение _____</p> <p><input type="checkbox"/> Нет</p>	<p><input type="checkbox"/> Неизвестно</p> <p><input type="checkbox"/> Отказываюсь или не желаю отвечать</p>
13	<p>Испытываете ли вы трудности при одевании или купании?</p> <p><input type="checkbox"/> Да. В каком возрасте началось развиваться это нарушение _____</p> <p><input type="checkbox"/> Нет</p>	<p><input type="checkbox"/> Неизвестно</p> <p><input type="checkbox"/> Отказываюсь или не желаю отвечать</p>
14	<p>В результате вашего физического, психического или эмоционального состояния испытываете ли вы серьезные трудности при:</p> <p>А) Концентрации внимания, запоминании или принятии решений?</p> <p><input type="checkbox"/> Да. В каком возрасте началось развиваться это нарушение _____</p> <p><input type="checkbox"/> Нет</p> <p><input type="checkbox"/> Неизвестно</p> <p><input type="checkbox"/> Отказываюсь или не желаю отвечать</p> <p>В) Поездках по делам самостоятельно, например, на приём к врачу или в магазин за покупками?</p> <p><input type="checkbox"/> Да. В каком возрасте началось развиваться это нарушение _____</p> <p><input type="checkbox"/> Нет</p> <p><input type="checkbox"/> Неизвестно</p> <p><input type="checkbox"/> Отказываюсь или не желаю отвечать</p>	<p>Если да, имеются ли у вас серьезные трудности при принятии решений медицинского характера?</p> <p><input type="checkbox"/> Да</p> <p><input type="checkbox"/> Нет</p> <p><input type="checkbox"/> Неизвестно</p> <p><input type="checkbox"/> Отказываюсь/не желаю отвечать</p> <p>Если у вас имеются серьезные трудности при принятии решений медицинского характера, пожалуйста, поговорите с вашим поставщиком медицинских услуг.</p>
15	<p>Ограничивает ли каким-либо образом вашу деятельность физическое или психическое заболевание либо эмоциональное расстройство?</p> <p><input type="checkbox"/> Да. В каком возрасте началось развиваться это нарушение _____</p> <p><input type="checkbox"/> Нет</p>	<p><input type="checkbox"/> Неизвестно</p> <p><input type="checkbox"/> Отказываюсь или не желаю отвечать</p>

For Clinic Staff Only (Только для сотрудников клиники)

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.		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Not needed
Citizenship or Immigration Status, and Identity Verification <i>If the client claimed another immigration status no documentation is required.</i>		
<u>U.S. citizenship or U.S. national status</u>		
<input type="checkbox"/> 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		
<input type="checkbox"/> Electronic verification by the state is requested.		
OR		
<input type="checkbox"/> Client's citizenship is already verified in the RH Program Eligibility Database.		
 <u>Eligible immigration status</u>		
<input type="checkbox"/> Client provided proof of eligible immigration status. A photocopy or scan of the original will be sent to the state for electronic verification.		
OR		
<input type="checkbox"/> 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		
<input type="checkbox"/> Client's immigration status is already verified in the RH Program Eligibility Database.		
 <u>Identity</u>		
<input type="checkbox"/> Client provided proof of identity. A photocopy or scan of the original is placed in the client's chart.		