



INLAND EMPIRE HEALTH PLAN 計劃參加者諮詢委員會

DualChoice

IEHP DUALCHOICE 會員申請書

感謝您有興趣加入 IEHP DualChoice (HMO D-SNP) 的計劃參加者諮詢委員會 (Enrollee Advisory Committee, EAC)。如果您有任何疑問，請與 IEHP DualChoice 會員服務部聯絡，電話 1-877-273-4347 (TTY 使用者 1-800-718-4347)。

請以正楷填寫或打字方式填寫資訊。如有需要請自行使用額外紙張填寫。

詳細聯絡資料

姓名：

偏好使用的名字：

IEHP DualChoice 會員卡號碼：

出生日期：

地址：

電子郵件：

電話號碼：

您成為 IEHP DualChoice 會員的時間是否少於 12 個月？

是

否

我不知道

請簡短告訴我們您希望加入計劃參加者諮詢委員會 (EAC) 的原因：

您是否正在接受居家支援服務 (In-Home Supportive Services, IHSS)？

是

否

我不知道

您是未成年人或受撫養成人的父母、監護人或照顧者嗎？

是

否

我不知道

您目前是否參與社區型成人服務 (Community-Based Adult Services, CBAS)？

是

否

我不知道

您認為自己是殘疾人士嗎？ 是 否

如為「是」，請說明您的殘疾狀況 (在下方說明)：

您是否患有慢性病症？ 是 否

如回答「是」，請 (在下方) 列出您的病症：

人口普查資料:I.E. 的民眾

哪一個族群最符合您的種族? (可標記一個或多個族群)

美國印第安人或阿拉斯加原住民	亞裔	黑人或非裔美國人	
夏威夷原住民或其他太平洋島民	白人	其他種族	拒答

您是什麼背景? (請勾選一項)

西語裔或拉丁裔	非西語裔或拉丁裔	拒答
其他, 請指明:		

語言

您主要的語言是什麼?

您的英語口語能力如何? (請勾選一項)

非常好	良好	不好
完全不行	拒答	手邊沒資料

您是否需要口譯員? (請勾選一項)

是	否	不知道
拒答	手邊沒資料	

您習慣用哪一種語言處理您的醫療保健需求? (請勾選一項)

阿拉伯語	亞美尼亞語	柬埔寨語	中文	英語	法語
希伯來語	苗語	伊洛卡諾語	義大利語	日語	韓語
寮語	波蘭語	葡萄牙語	俄羅斯語	薩摩亞語	
美國手語 (American Sign Language, ASL)		西班牙語	塔加洛語	泰語	土耳其語
越南語	不知道	手邊沒資料	拒答		

其他, 請指明:

語言 (續)

您最適合收到用哪一種語言寫成的書面醫療指示或醫療保健指示? (請勾選一項)

阿拉伯語	亞美尼亞語	柬埔寨語	中文	英語	法語
希伯來語	苗語	伊洛卡諾語	義大利語	日語	韓語
寮語	波蘭語	葡萄牙語	俄羅斯語	薩摩亞語	西班牙語
塔加洛語	泰語	土耳其語	越南語	不知道	
手邊沒資料	拒答				

其他, 請指明:

如果您選擇的不是英語、西班牙語、中文或越南語, 請您瞭解您可於每週 7 天 (包括假日在內) 上午 8 時至晚上 8 時致電 1-877-273-4347 聯絡會員服務部, 由口譯員即時為您口譯書面資料的內容。

針對英語、西班牙語、中文或越南語讀者: 您是否需要替代格式的書面資料? (請勾選一項)。

盲人點字 (限英語和西班牙語版)	大字體	電子
語音 CD	文字轉美國手語 (American Sign Language, ASL)	

性取向或性別認同

出生時的性別

女性	男性	不知道
選擇不說	X / 其他性別	手邊沒詳細資料

性別認同

女性	男性
男性變性人 / 女變男 (female-to-male, FTM)	
女性變性人 / 男變女 (male-to-female, MTF)	
非二元性別, 既非完全是男性亦非完全是女性	

新增性別族群或其他, 請指明:

選擇不說	手邊沒詳細資料
------	---------

性取向或性別認同 (續)

您使用的人稱代名詞是什麼？

他 / 他的

她 / 她的

他們 / 他們的

其他，請具體說明：

選擇不說

手邊沒詳細資料

性取向

女同性戀或男同性戀或同性戀

異性戀

雙性戀

泛性戀

X / 其他性別

上述以外，請指明：

選擇不說

手邊沒詳細資料

您以前是否曾加入過計劃參加者諮詢委員會 (EAC) 類型的團體？

您成為 Medi-Cal DualChoice 會員已有多久時間？

您是否能與 IEHP DualChoice 密切合作，對於政策和計劃表達您的意見？

您是否覺得參加計劃參加者諮詢委員會 (EAC) 開會有任何阻礙？(您的答案將不會影響您的資格。)

您可以加入一年還是兩年任期？

一週當中哪幾天 / 什麼時間您無法為計劃參加者諮詢委員會 (EAC) 提供服務？

IEHP DualChoice (HMO D-SNP) 是一項簽有 Medicare 合約的 HMO 計劃。
參保 IEHP DualChoice (HMO D-SNP) 需視合約續約情況而定。

