



INLAND EMPIRE HEALTH PLAN

Ủy Ban Tư Vấn Người Ghi Danh

DualChoice ĐĂNG KÝ TRỞ THÀNH HỘI VIÊN CỦA IEHP DUALCHOICE

Cảm ơn quý vị đã quan tâm đến vị trí trong Ủy Ban Tư Vấn Người Ghi Danh (Enrollee Advisory Committee, EAC) của IEHP DualChoice (HMO D-SNP). Vui lòng gọi cho chúng tôi qua Ban Dịch Vụ Hội Viên IEHP DualChoice theo số 1-877-273-4347 (TTY 1-800-718-4347) nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào.

Vui lòng VIẾT hoặc ĐÁNH MÁY. Hãy sử dụng thêm giấy nếu cần.

THÔNG TIN LIÊN HỆ CHI TIẾT

Tên:

Tên Ưa Dùng:

Mã số Hội Viên IEHP DualChoice:

Ngày Sinh:

Địa Chỉ:

Email:

Số Điện Thoại:

Quý vị có phải là hội viên của IEHP DualChoice dưới 12 tháng không?

Đúng

Không

Tôi không biết

Hãy cho chúng tôi biết ngắn gọn lý do quý vị muốn trở thành hội viên của ủy ban EAC:

Quý vị có đang nhận Dịch Vụ Hỗ Trợ Tại Nhà (In-Home Supportive Services, IHSS) không?

Có

Không

Tôi không biết

Quý vị có phải là phụ huynh, người giám hộ hoặc người chăm sóc của trẻ vị thành niên hoặc người lớn phụ thuộc không?

Đúng

Không

Tôi không biết

Quý vị có đang tham gia Dịch Vụ dành cho Người Lớn tại Cộng Đồng (Community-Based Adult Services, CBAS) không?

Có

Không

Tôi không biết

Quý vị có xem mình là người khuyết tật không? Có Không

Nếu "Có", vui lòng mô tả tình trạng khuyết tật của quý vị (bên dưới):

Quý vị có (các) bệnh mãn tính không? Có Không

Nếu "Có", vui lòng liệt kê (các) bệnh trạng của quý vị (bên dưới):

KHẢO SÁT DÂN SỐ: NGƯỜI TRONG I.E.

Nhóm nào mô tả chính xác nhất chủng tộc của quý vị? (Có thể đánh dấu một hoặc nhiều nhóm)

Người Mỹ Da Đỏ hoặc Thổ Dân Alaska

Người
Châu Á

Người Da Đen hoặc người
Mỹ gốc Châu Phi

Thổ Dân Hawaii hoặc Người Dân Đảo
Thái Bình Dương Khác

Người
Da Trắng

Chủng tộc khác

Từ chối
trả lời

Quý vị xuất thân từ đâu? (Vui lòng chọn một mục)

Người Tây Ban Nha hoặc
La tinh

Không phải người Tây Ban
Nha hoặc La tinh

Từ chối trả lời

Khác, vui lòng nêu rõ:

NGÔN NGỮ

Ngôn ngữ chính của quý vị là gì?

Quý vị có trình độ Tiếng Anh như thế nào? (Vui lòng chọn một mục)

Rất Tốt

Tốt

Không Tốt

Hoàn toàn không biết
nói tiếng Anh

Từ chối trả lời

Không có thông tin

Quý vị có muốn có thông dịch viên không? (Vui lòng chọn một mục)

Có

Không

Không biết

Từ chối trả lời

Không có thông tin

**Quý vị muốn dùng ngôn ngữ nào cho nhu cầu chăm sóc sức khỏe của mình?
(Vui lòng chọn một mục)**

Tiếng Ả
Rập

Tiếng
Armenia

Tiếng
Campuchia

Tiếng
Trung

Tiếng Anh

Tiếng
Pháp

Tiếng Do
Thái

Tiếng
Hmong

Tiếng
Ilocano

Tiếng Ý

Tiếng Nhật

Tiếng Hàn

Tiếng
Lào

Tiếng
Ba Lan

Tiếng Bồ
Đào Nha

Tiếng
Nga

Tiếng
Samoa

Ngôn Ngữ Ký Hiệu Mỹ
(American Sign Language, ASL)

Tiếng Tây
Ban Nha

Tiếng
Tagalog

Tiếng Thái

Tiếng Thổ
Nhĩ Kỳ

Tiếng Việt

Không biết

Không có
thông tin

Từ chối
trả lời

Khác, vui lòng nêu rõ:

NGÔN NGỮ (tiếp)

**Hướng dẫn y tế hoặc chăm sóc sức khỏe bằng ngôn ngữ nào thì phù hợp nhất với quý vị?
(Vui lòng chọn một mục)**

Tiếng Ả Rập	Tiếng Armenia	Tiếng Campuchia	Tiếng Trung	Tiếng Anh	Tiếng Pháp
Tiếng Do Thái	Tiếng Hmong	Tiếng Ilocano	Tiếng Ý	Tiếng Nhật	Tiếng Hàn
Tiếng Lào	Tiếng Ba Lan	Tiếng Bò Đào Nha	Tiếng Nga	Tiếng Samoa	Tiếng Tây Ban Nha
Tiếng Tagalog	Tiếng Thái	Tiếng Thổ Nhĩ Kỳ	Tiếng Việt	Không biết	
Không có thông tin	Từ chối trả lời				

Khác, vui lòng nêu rõ:

Nếu quý vị không chọn tiếng Anh, tiếng Tây Ban Nha, tiếng Trung hoặc tiếng Việt, xin lưu ý rằng quý vị có thể gọi tới Ban Dịch Vụ Hội Viên theo số 1-877-273-4347, 8 giờ sáng - 8 giờ tối, 7 ngày một tuần, kể cả các ngày lễ, để nhận bản dịch trực tiếp tài liệu bằng văn bản từ thông dịch viên.

Dành cho người đọc nói tiếng Anh, tiếng Tây Ban Nha, tiếng Trung và tiếng Việt: Quý vị có cần tài liệu bằng văn bản ở định dạng thay thế không? (Vui lòng chọn một mục).

Chữ nổi Braille (chỉ có bằng tiếng Anh và tiếng Tây Ban Nha)	Chữ In Khổ Lớn	Dạng điện tử
Dạng âm thanh trên CD	Chuyển Văn Bản Thành Ngôn Ngữ Ký Hiệu Mỹ (ASL)	

THIÊN HƯỚNG TÍNH DỤC VÀ BẢN DẠNG GIỚI

Giới Tính Được Xác Định Khi Sinh

Nữ	Nam	Không rõ
Không muốn nói	X/giới tính khác	Không có thông tin chi tiết

Bản Dạng Giới

Nữ	Nam
Người chuyển giới nam/chuyển giới nữ thành nam (female-to-male, FTM)	
Người chuyển giới nữ/chuyển giới nam thành nữ (male-to-female, MTF)	
Phi nhị giới, không là nam hay nữ	
Nhóm giới tính đã thêm hoặc nhóm khác, vui lòng nêu rõ:	
Không muốn nói	Không có thông tin chi tiết

THIÊN HƯỚNG TÍNH DỤC VÀ BẢN DẠNG GIỚI (tiếp)

Quý vị dùng danh xưng nào?

Anh ấy/Ông ấy/Của anh ấy/
Của ông ấy

Cô ấy/Bà ấy/Của cô ấy/
Của bà ấy

Họ/Của họ

Khác, vui lòng nêu rõ:

Không muốn nói

Không có thông tin chi tiết

Thiên Hướng Tính Dục

Đồng tính nữ, đồng tính
nam hoặc đồng tính luyến ái

Giới tính thẳng hay dị tính

Song tính

Toàn tính luyến ái

X/giới tính khác

Khác, vui lòng nêu rõ:

Không muốn nói

Không có thông tin chi tiết

Quý vị đã từng tham gia loại tổ chức EAC nào chưa?

Quý vị đã là hội viên IEHP DualChoice được bao lâu rồi?

Quý vị có thể hợp tác sâu sát với IEHP DualChoice để đưa ra ý tưởng về các chính sách và chương trình không?

Quý vị có nhận thấy bất kỳ rào cản nào khi tham gia các cuộc họp về EAC không? (Câu trả lời của quý vị sẽ không ảnh hưởng đến khả năng đủ điều kiện của quý vị.)

Quý vị có thể cộng tác trong thời gian 1 hay 2 năm không?

Những ngày/thời gian nào trong tuần quý vị không thể tham gia EAC?

IEHP DualChoice (HMO D-SNP) là một chương trình HMO có hợp đồng với Medicare.
Việc ghi danh tham gia IEHP DualChoice (HMO D-SNP) phụ thuộc vào việc gia hạn hợp đồng.

