

這些問題為選填且您的答案將會獲得保密。我們希望您能夠告訴我們您的種族、族裔、語言和殘障等背景，以便我們可以發現並因應您在健康和服務方面的不同需求。

1. 您需要其他格式的書面資料嗎 (盲文版、大字版、錄音版等) ?

- 是 否 不知道 不願作答

如回答「是」，是什麼格式? _____

種族與族裔

2. 您認為自己的種族、族裔、部落、原國籍或祖籍是什麼?

3. 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。

美國印第安人及阿拉斯加原住民

- 美國印第安人
 阿拉斯加原住民
 加拿大因紐特人、梅蒂人或第一民族
 墨西哥、中美洲或南美洲原住民

亞洲人

- 亞洲印度人
 華人
 菲律賓人
 苗族人
 日本人
 韓國人
 寮國人
 南亞人
 越南文
 其他地區的亞洲人

黑人或非裔美國人

- 非裔美國人
 非洲人 (黑人)
 加勒比人 (黑人)
 其他地區的黑人

西班牙語裔和拉丁裔

- 中美洲人
 墨西哥人
 南美洲人
 其他西班牙語裔或拉丁裔

中東人 / 北非人

- 中東人
 北非人

白人

- 東歐人
 斯拉夫人
 西歐人
 其他地區的白人

夏威夷原住民和太平洋島民

- 查莫洛人
 關島人
 密克羅尼西亞人 / 馬紹爾群島人 / 帛琉人
 夏威夷原住民
 薩摩亞人
 東加人
 其他太平洋島民

其他類別

- 其他 (請明列)

不知道

不願作答

4. 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?

- 是。請在上方圈選您的主要種族或族裔身分。 不適用。我僅在上方勾選一個類別。
 否，我有多個主要種族或族裔身分。 不知道
 否，我是雙種族或多種族混血兒。 不願作答

(由 DHS/OHA 工作人員填寫) (To be filled in by DHS/OHA staff)

您可獲得本文件的其他語言版本、大字版、盲文版或您所偏好的格式。我們會接聽所有傳譯電話或者您可撥打 711。Contact: _____

Program: _____

Phone: _____

Email: _____

語言

5. 您希望我們使用什麼語言來：

與您交談 _____

寫信給您 _____

如果該人士未滿 5 歲，請跳到問題 8

6. 您的英文程度如何？

非常流利

很好

不流利

完全不會

不知道

不願作答

7a. 在我們與您溝通時，您是否需要口譯員？

是 不知道

否 不願作答

7b. 如回答「是」，您需要何種類型的口譯員
(請選取所有適用選項)：

口譯員 (請明列)： _____

美國手語

針對失聰又失明以及失聰伴隨其他障礙之人士提供的失聰手語翻譯員

接觸式手語 (Contact Sign Language, PSE)

其他 (請明列)： _____

您的答案將可協助我們發現有身體機能障礙之人士和沒有身體機能障礙之人士在健康和服務方面的差異之處。您的回答將會獲得保密。

8. 您失聰 或者您有 嚴重聽力障礙嗎？

是 不知道

否 不願作答

如回答「是」，此情況是從幾歲開始的？ _____

9. 您失明或者您即使戴眼鏡仍有嚴重視力障礙嗎？

是 不知道

否 不願作答

如回答「是」，此情況是從幾歲開始的？ _____

10. 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？

是 不知道

否 不願作答

11a. 您現在幾歲？ _____

11b. 請輸入今天日期： _____

如果該人士未滿 5 歲，請作答到此為止

12. 您在行走或爬樓梯方面有嚴重困難嗎？

是 不知道

否 不願作答

如回答「是」，此情況是從幾歲開始的？ _____

13. 您在更衣或沐浴方面是否有困難？

是 不知道

否 不願作答

如回答「是」，此情況是從幾歲開始的？ _____

14. 您由於身體、心理或情緒方面的病症而在從事下列活動時有嚴重困難嗎：

a. 集中注意力、記憶力或作決定？

是 不知道

否 不願作答

如回答「是」，此情況是從幾歲開始的？ _____

如果您 / 該人士未滿 15 歲，請作答到此為止

b. 獨自處理雜務，例如至醫生診所就診或購物？

是 不知道

否 不願作答

如回答「是」，此情況是從幾歲開始的？ _____