

下列问题属可选，且您的所有回答将被保密。我们希望了解您的种族、民族、语言及残疾等基本情况，以便我们能够确定我们所提供的医疗保健服务存在哪些偏差并加以弥补。

1. 您是否需要其他格式 (盲文、大字印刷、录音等) 的书面材料?

是 否 不知道 不想回答

如果是，需要哪种格式? _____

民族及种族

2. 您如何确定自身的种族、民族、部落归属关系、原籍国或血统?

3. 下列哪一项描述了您的民族或种族身份? 请勾选 **所有**适用项:

美洲印第安人及阿拉斯加原住民

- 美洲印第安人
- 阿拉斯加原住民
- 加拿大因纽特人、梅蒂人或印第安原住民
- 本土墨西哥人、中美洲人或南美洲人

亚洲人

- 亚裔印度人
- 华裔
- 菲律宾裔
- 苗族人
- 日本裔
- 韩国裔
- 老挝人
- 南亚人
- 越南裔
- 其他亚裔

黑人及非裔美国人

- 非裔美国人
- 非洲人 (黑人)
- 加勒比人 (黑人)
- 其他黑种人

西班牙裔及拉丁美洲裔

- 中美洲人
- 墨西哥人
- 南美洲人
- 其他西班牙裔或拉丁美洲裔

中东人 / 北非人

- 中东人
- 北非人

白人

- 东欧人
- 斯拉夫人
- 西欧人
- 其他白人

夏威夷原住民及太平洋岛民

- 查莫洛人
- 关岛人
- 密克罗尼西亚人 / 马绍尔人 / 帕劳人
- 夏威夷土著
- 萨摩亚人
- 汤加人
- 其他太平洋岛民

其他类别

其他 (请列明)

不知道

不想回答

4. 如果您勾选**多个**上文所列的类别，是否有**一个**您认为是您的**主要的**民族或种族身份的类别?

- 是。请在上面圈选出您的主要民族或种族身份。
- 否。我有多个主要民族或种族身份。
- 否。我确定我的身份为混血儿或多种族。
- 不适用。我仅勾选一个上面的类别。
- 不知道
- 不想回答

(待 DHS/OHA 工作人员填写) (To be filled in by DHS/OHA staff)

您可以获取本文件的其他语言版本、大字印刷、盲文或您所喜欢格式的文本。我们会接听所有转接电话，或者您可拨打 711。Contact: _____

Program: _____

Phone: _____

Email: _____

语言

5. 您希望我们以哪种语言:

与您交谈 _____

给您写信 _____

如果该人未满 5 岁, 请跳转至问题 8。

6. 您说英语的流利程度如何?

- 非常好
- 好
- 不太好
- 完全不会
- 不知道
- 不想回答

7a. 您是否需要口语翻译人员来帮助我们与您沟通?

- 是 不知道
- 否 不想回答

7b. 如果是, 那么您需要哪种类型的口语翻译人员
(请选择所有适用项):

- 口语翻译人员 (请列出): _____
- 美国手语
- 聋盲人和有其他障碍的聋人的聋人传译员
- 接触手势语 (PSE)
- 其他 (请列明): _____

您的回答将帮助我们发现有功能障碍的人士和无功能障碍的人士在健康和服务上的差异。您的所有回答将被保密。

8. 您是否耳聋或有严重的听力障碍?

- 是 不知道
- 否 不想回答

如果是, 您是在多大年龄时出现这种状况的? _____

9. 您是否失明或有严重的视力障碍 (即使戴眼镜也看不清)?

- 是 不知道
- 否 不想回答

如果是, 您是在多大年龄时出现这种状况的? _____

10. 身体机能、精神状态或情绪状况是否以任何方式限制您的活动?

- 是 不知道
- 否 不想回答

11a. 您现在的年龄是? _____

11b. 请写下今天的日期: _____

如果您 / 相关人士未满 5 岁, 请在此停止回答

12. 您在走路或爬楼梯时是否有遇到严重的困难?

- 是 不知道
- 否 不想回答

如果是, 您是在多大年龄时出现这种状况的? _____

13. 您穿衣或洗澡是否有困难?

- 是 不知道
- 否 不想回答

如果是, 您是在多大年龄时出现这种状况的? _____

14. 您是否因身体机能、精神状态或情绪状态而存在严重困难, 以至于难以:

a. 集中注意力、记住事情或作出决定?

- 是 不知道
- 否 不想回答

如果是, 您是在多大年龄时出现这种状况的? _____

b. 独自外出办事 (例如看医生或购物)?

如果您 / 相关人士未满 15 岁, 请在此停止回答

- 是 不知道
- 否 不想回答

如果是, 您是在多大年龄时出现这种状况的? _____