

ໂຄງການ Every Woman Counts – ຄໍາຮ້ອງລົງທະບຽນຮັບຜົນປະໂຫຍດ

ຂໍຂອບໃຈທີ່ທ່ານສົນໃຈໃນການບໍລິການຂອງພະແນກເບິ່ງແຍງສຸຂະພາບບຸກຄົນ (Department of Health Care Services (DHCS) ຂອງ California, ໂຄງການ Every Woman Counts (EWC). EWC ໃຫ້ບໍລິການກວດ ແລະ ບົ່ງມະຕິມະເຮັງເຕີມ ແລະ ມະເຮັງປາກມົດລູກຟຣີໃຫ້ແກ່ບຸກຄົນທີ່ອາໄສໃນລັດ California. ຖ້າທ່ານ ຕ້ອງການການປິ່ນປົວ, ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການເບິ່ງແຍງຫຼັກຂອງ EWC (PCP ຂອງ EWC) ຍັງສາມາດຊ່ວຍທ່ານ ລົງທະບຽນໃນໂຄງການປິ່ນປົວມະເຮັງເຕີມ ແລະ ມະເຮັງປາກມົດລູກຂອງ DHCS.

ເພື່ອຕັດສິນສິດຂອງທ່ານໃນການຮັບການບໍລິການທີ່ຄຸ້ມຄອງໂດຍໂຄງການ EWC, ທຸກພາກສ່ວນຂອງຄໍາຮ້ອງ ສະບັບນີ້ແມ່ນຕ້ອງປະກອບໃຫ້ສໍາເລັດ. ຜູ້ສະໝັກຕ້ອງລົງທະບຽນໃນໂຄງການ EWC ກ່ອນໂຄງການຈະສາມາດ ຈ່າຍຄ່າບໍລິການທີ່ໂຄງການຄຸ້ມຄອງໃຫ້ໄດ້. ຖ້າພົບວ່າຜູ້ສະໝັກມີສິດສໍາລັບໂຄງການ EWC, ການລົງທະບຽນຈະ ມີອາຍຸຫຼັງປີ ແຕ່ມີລົງລາຍເຊັນ ແລະ ລົງວັນທີໃສ່ຄໍາຮ້ອງສະບັບນີ້. ຫຼັງຈາກຫຼັງປີ, ຖ້າຜູ້ສະໝັກຕ້ອງການສືບຕໍ່ ຮັບການບໍລິການກວດ ແລະ ບົ່ງມະຕິມະເຮັງເຕີມ ແລະ ມະເຮັງປາກມົດລູກຟຣີຈາກ EWC, ເຂົາເຈົ້າຕ້ອງ ລົງທະບຽນຄືນໃໝ່ກັບ PCP ຂອງ EWC.

PCP ຂອງ EWC, ພະນັກງານຄລິນິກ PCP ຫຼື ບຸກຄົນທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດໃຫ້ດໍາເນີນການໃນນາມຂອງທ່ານ ສາມາດຊ່ວຍທ່ານປະກອບຄໍາຮ້ອງສະບັບນີ້ໃຫ້ສໍາເລັດ.

- ໜ້າ 1, 2 ແລະ 3 ແມ່ນໃຫ້ທ່ານ (ຜູ້ສະໝັກ EWC) ອ່ານ ແລະ ເກັບໄວ້.
- ໜ້າ 4, 5 ແລະ 6 ແມ່ນຕ້ອງເຮັດໃຫ້ສໍາເລັດເພື່ອຕັດສິນວ່າທ່ານມີສິດ ຫຼື ບໍ່.
- ໜ້າ 7, 8, 9 ແລະ 10 ແມ່ນຄໍາແນະນໍາໃນແບບຟອມເພື່ອໃຫ້ທ່ານໃຊ້ໃນການປະກອບໜ້າ 4, 5 ແລະ 6.
- ໜ້າ 11-14 ແມ່ນປະກອບສໍາເລັດແລ້ວ ແລະ ເກັບຮັກສາໂດຍ PCP ຂອງ EWC ສໍາລັບການນໍາໃຊ້ພາຍໃນ.

ຄໍາຖະແຫຼງວ່າດ້ວຍຄວາມເປັນສ່ວນຕົວ

ຄໍາຮ້ອງສະບັບນີ້ຈະຊ່ວຍໃນການຕັດສິດການມີສິດຂອງທ່ານໃນການຮັບການບໍລິການທີ່ຄຸ້ມຄອງໂດຍໂຄງການ EWC. ມັນຂຶ້ນຢູ່ກັບທ່ານວ່າຈະປະກອບຄໍາຮ້ອງສະບັບນີ້ໃຫ້ສໍາເລັດ ຫຼື ບໍ່. ຖ້າປະກອບຄໍາຮ້ອງບໍ່ສໍາເລັດ, ໂຄງການ EWC ບໍ່ສາມາດຕັດສິນວ່າ ທ່ານມີຄຸນສົມບັດຮັບການບໍລິການ ຫຼື ບໍ່ ແລະ ໂຄງການອາດຈະຕິດຕໍ່ຫາທ່ານ. ທ່ານມີສິດທີ່ຈະເຂົ້າຖົງບັນທຶກຂອງທ່ານ. ບັນທຶກທາງການແພດຂອງທ່ານສາມາດປະກອບມີຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວ. ສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ ແລະ/ຫຼື ເພື່ອກວດສອບບັນທຶກຂອງທ່ານ, ກະລຸນາຕິດຕໍ່ຫາໂຄງການ EWC ທີ່:

Department of Health Care Services
Benefits Division/Every Woman Counts Program
Attention: Division Chief
P.O. Box 997417, MS 4601
Sacramento, CA 95899-7417
(916) 449-5300

ພາກ 30461.6(f) ແລະ (j) ຂອງກົດໝາຍວ່າດ້ວຍລາຍຮັບ ແລະ ການເກັບອາກອນ ແລະ ພາກ 104150(b), 104162 ແລະ 131085 ຂອງກົດໝາຍວ່າດ້ວຍສຸຂະພາບ ແລະ ຄວາມປອດໄພ ອະນຸຍາດໃຫ້ໂຄງການ EWC ເກັບຮັກສາຂໍ້ມູນທີ່ໄດ້ມາຈາກຄໍາຮ້ອງສະບັບນີ້. ພວກເຮົາຕ້ອງມອບຄໍາຖະແຫຼງວ່າດ້ວຍຄວາມເປັນສ່ວນຕົວນີ້ ທີ່ຢູ່ພາຍໃຕ້ພາກ 1798.17 ຂອງກົດໝາຍແພ່ງໃຫ້ແກ່ທ່ານ.

ໂຄງການ Every Woman Counts – ຄຳຮ້ອງລົງທະບຽນຮັບຜົນປະໂຫຍດ

ການກວດສອບລະດັບທຳອິດ ແລະ ສິດໃນການພິຈາລະນາຢ່າງເປັນທາງການສຳລັບໂຄງການ Every Woman Counts

ໂຄງການ EWC ຈະແຈ້ງທ່ານ ຖ້າທ່ານມີ ຫຼື ບໍ່ມີສິດເຂົ້າຮ່ວມໃນໂຄງການ. ຖ້າທ່ານບໍ່ເຫັນດີກັບຄຳຕັດສິນຕໍ່ການມີສິດ, ທ່ານມີສິດຂໍໃຫ້ມີການກວດສອບລະດັບທຳອິດ ແລະ/ຫຼື ການພິຈາລະນາຢ່າງເປັນທາງການ. ນອກຈາກນັ້ນ, ທ່ານມີສິດຕໍ່ການກວດສອບລະດັບທຳອິດ ແລະ/ຫຼື ການພິຈາລະນາຢ່າງເປັນທາງການ ຖ້າທ່ານບໍ່ເຫັນດີກັບການບໍລິການທີ່ຄຸ້ມຄອງໂດຍໂຄງການ EWC ທີ່ທ່ານກຳລັງໄດ້ຮັບ.

ທ່ານບໍ່ສາມາດໂຕ້ແຍ້ງຕໍ່ເງື່ອນໄຂໃນການມີສິດຂອງໂຄງການ EWC ທີ່ໃຊ້ໃນການຕັດສິນສິດຂອງທ່ານ. ຕົວຢ່າງ: ຖ້າທ່ານຄິດວ່າ ຄຳຕັດສິນບໍ່ກົງກັບເງື່ອນໄຂການມີສິດຂອງໂຄງການ EWC, ທ່ານສາມາດຂໍໃຫ້ມີການກວດສອບລະດັບທຳອິດ ແລະ/ຫຼື ການພິຈາລະນາຢ່າງເປັນທາງການໄດ້. ແຕ່ຖ້າທ່ານບໍ່ເຫັນດີກັບເງື່ອນໄຂການມີສິດຂອງໂຄງການ EWC, ທ່ານບໍ່ສາມາດຂໍໃຫ້ມີການກວດສອບລະດັບທຳອິດ ແລະ/ຫຼື ການພິຈາລະນາຢ່າງເປັນທາງການ ເພື່ອທີ່ຈະປ່ຽນເງື່ອນໄຂການມີສິດຂອງໂຄງການ EWC. ເງື່ອນໄຂການມີສິດຂອງ EWC ແມ່ນມີຢູ່ໃຫ້ເບິ່ງທາງອອນລາຍ.

ຖ້າທ່ານຕ້ອງການໃຊ້ສິດຂອງທ່ານເພື່ອຂໍໃຫ້ມີການກວດສອບລະດັບທຳອິດ ແລະ/ຫຼື ການພິຈາລະນາຢ່າງເປັນທາງການ, ກະລຸນາສົ່ງຄຳຮ້ອງຂໍຢ່າງເປັນລາຍລັກອັກສອນທີ່ມີສິ່ງຕໍ່ໄປນີ້:

- ຊື່, ທີ່ຢູ່ ແລະ ໝາຍເລກໂທລະສັບຂອງທ່ານ.
- ເຫດຜົນທີ່ທ່ານຮ້ອງຂໍໃຫ້ມີການກວດສອບລະດັບທຳອິດ ແລະ/ຫຼື ການພິຈາລະນາຢ່າງເປັນທາງການ.
- ເຫດຜົນທີ່ເຮັດໃຫ້ທ່ານຄິດວ່າ ຄຳຕັດສິນບໍ່ຖືກຕ້ອງ.
- ພາສາທີ່ທ່ານຕ້ອງການໃຊ້ ຖ້າທ່ານມີບັນຫາໃນການເຂົ້າໃຈພາສາອັງກິດ.
- ຊື່, ທີ່ຢູ່ ແລະ ໝາຍເລກໂທລະສັບຂອງຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດຈາກທ່ານ ຖ້າທ່ານເລືອກທີ່ໃຊ້ຜູ້ຕາງໜ້າ.

ການກວດສອບລະດັບທຳອິດ: ຕ້ອງມີການສົ່ງຄຳຮ້ອງຂໍທີ່ເປັນລາຍລັກອັກສອນສຳລັບການກວດສອບລະດັບທຳອິດໃຫ້ໂຄງການ EWC ພາຍໃນ 20 ມື້ ນັບແຕ່ມີອອກຄຳຕັດສິນທີ່ທ່ານບໍ່ເຫັນດີນຳ. ກະລຸນາເກັບສຳເນົາຄຳຮ້ອງຂໍທີ່ເປັນລາຍລັກອັກສອນຂອງທ່ານໄວ້ເພື່ອເປັນບັນທຶກ. ໂຄງການ EWC ຈະຕອບກັບພາຍໃນ 30 ມື້ ນັບແຕ່ມີໄດ້ຮັບຄຳຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານ.

<p><u>ສົ່ງຄຳຮ້ອງຂໍການກວດສອບລະດັບທຳອິດຂອງທ່ານທາງໄປສະນີ</u> Department of Health Care Services Benefits Division/Every Woman Counts Program Attention: Division Chief P.O. Box 997417, MS 4601 Sacramento, CA 95899-7417</p>	ຫຼື	<p><u>ສົ່ງຄຳຮ້ອງຂໍການກວດສອບລະດັບທຳອິດຂອງທ່ານຜ່ານທາງອີເມວໄປທີ່:</u> CancerDetection@dhcs.ca.gov</p>
---	-----	--

ໂຄງການ EWC ອາດຈະຕິດຕໍ່ຫາທ່ານສຳລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ. ການຕິດຕໍ່ນີ້ອາດຈະຜ່ານທາງໂທລະສັບ, ການຂຽນໜັງສື ແລະ/ຫຼື ທາງອີເລັກໂທຣນິກ. ນອກຈາກນັ້ນ, ອາດຈະມີການຕິດຕໍ່ຫາ PCP ຂອງ EWC ເພື່ອຂໍຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ.

ການພິຈາລະນາຢ່າງເປັນທາງການ: ຕ້ອງມີການສົ່ງຄຳຮ້ອງຂໍທີ່ເປັນລາຍລັກອັກສອນສຳລັບການພິຈາລະນາຢ່າງເປັນທາງການໃຫ້ພະແນກບໍລິການສັງຄົມ (Department of Social Services) ພາຍໃນ 90 ມື້ ນັບແຕ່ມີອອກຄຳຕັດສິນທີ່ທ່ານບໍ່ເຫັນດີນູ້. ຖ້າທ່ານມີເຫດຜົນທີ່ດີວ່າ ເປັນຫຍັງທ່ານບໍ່ສາມາດຍື່ນຂໍການພິຈາລະນາຢ່າງເປັນທາງການພາຍໃນ 90 ມື້, ທ່ານຍັງສາມາດຂໍໃຫ້ມີການກຳນົດເວລາໃນການພິຈາລະນາຢ່າງເປັນທາງການໄດ້. ກະລຸນາເກັບສຳນືກຄຳຮ້ອງຂໍທີ່ເປັນລາຍລັກອັກສອນຂອງທ່ານໄວ້ເພື່ອເປັນບັນທຶກ.

ສຳຄຳຮ້ອງຂໍການພິຈາລະນາຢ່າງເປັນທາງການຂອງທ່ານທາງໄປສະນີ
California Department of Social Services
State Hearings Division
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-442
Sacramento, California 94244-24

ແຈ້ງການວ່າດ້ວຍການບໍ່ເລືອກປະຕິບັດ

DHCS ປະຕິບັດກົດໝາຍວ່າດ້ວຍສິດທິພົນລະເຮືອນຂອງລັດຖະບານກາງ ແລະ ຂອງລັດ. DHCS ບໍ່ເລືອກປະຕິບັດຢ່າງຜິດກົດໝາຍໂດຍອີງຕາມເພດ, ເຊື້ອຊາດ, ສີຜິວ, ສາສະໜາ, ບັນພະບູລຸດ, ຊາດກຳເນີດ, ຊົນເຜົ່າ, ອາຍຸ, ຄວາມພິການທາງຈິດ, ຄວາມພິການທາງກາຍ, ສະພາບທາງການແພດ, ຂໍ້ມູນທາງກຳມະພັນ, ສະຖານະການແຕ່ງງານ, ເພດ, ເອກະລັກທາງເພດ ຫຼື ຄວາມມັກທາງເພດ. DHCS ບໍ່ຈຳແນກບຸກຄົນຢ່າງຜິດກົດໝາຍ ຫຼື ປະຕິບັດກັບເຂົາເຈົ້າຢ່າງແຕກຕ່າງເນື່ອງຈາກເພດ, ເຊື້ອຊາດ, ສີຜິວ, ສາສະໜາ, ບັນພະບູລຸດ, ຊາດກຳເນີດ, ຊົນເຜົ່າ, ອາຍຸ, ຄວາມພິການທາງຈິດ, ຄວາມພິການທາງກາຍ, ສະພາບທາງການແພດ, ຂໍ້ມູນທາງກຳມະພັນ, ສະຖານະການແຕ່ງງານ, ເພດ, ເອກະລັກທາງເພດ ຫຼື ຄວາມມັກທາງເພດ.

ເພື່ອທີ່ຈະໃຫ້ມີການສື່ສານຢ່າງມີປະສິດທິພາບ, DHCS

- ຈະໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການທີ່ເໝາະສົມໃຫ້ແກ່ບຸກຄົນທີ່ມີເງື່ອນໄຂຄວາມພິການ, ເຊິ່ງສິ່ງດັ່ງກ່າວນີ້ປະກອບມີ:
 - ນາຍແປພາສາທີ່ມີຄຸນຄ່າ
 - ເອກະສານທີ່ຂຽນດ້ວຍຕົວອັກສອນ braille, ຕົວອັກສອນຂະໜາດໃຫຍ່, ສຽງ ແລະ ທີ່ມີຮູບແບບອື່ນໆໂທຣນິກ.
 - ການສື່ສານທີ່ເຂົາເຈົ້າໄດ້ໂດຍຄົນທີ່ມີຄວາມບົກຜ່ອງດ້ານການເວົ້າ, ການໄດ້ຍິນ ຫຼື ການແນມຸດເຫັນ.
- ໃຫ້ບໍລິການດ້ານພາສາທີ່ບໍ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃຫ້ແກ່ຜູ້ທີ່ບໍ່ໃຊ້ພາສາອັງກິດເປັນພາສາຫຼັກ:
 - ລາຍແປພາສາທີ່ມີຄຸນສົມບັດ
 - ຂໍ້ມູນທີ່ເປັນລາຍລັກອັກສອນທີ່ເປັນພາສາອື່ນ

ຖ້າທ່ານຕ້ອງການການບໍລິການທີ່ກ່າວມາຂ້າງເທິງ, ກະລຸນາຕິດຕໍ່ຫ້ອງການສິດທິພົນລະເຮືອນ (DHCS Office of Civil Rights) ທີ່ (916)440-7370, #711 (California State Relay) ຫຼື ອີເມວ CivilRights@dhcs.ca.gov.

ບອກພວກເຮົາກ່ຽວກັບທ່ານ

1 ຊື່ _____ 2 ຕົວອັກສອນຫຍໍ້ຊື່ກາງ _____ 3 ນາມສະກຸນ _____
 4 ວັນເດືອນປີເກີດ (ດດ/ວວ/ປປປປ) _____
 5 ທ່ານມີເພດຫຍັງ? ຍິງ ຊາຍ
 (ໝາຍໜຶ່ງ) ບຸກຄົນຂ້າມເພດ (ຊາຍເປັນຍິງ) ບຸກຄົນຂ້າມເພດ (ຍິງເປັນຊາຍ)
 6 ນາມສະກຸນໃນເວລາເກີດຂອງແມ່ຂອງທ່ານ (ຊື່ກ່ອນແຕ່ງງານ) _____
 7 ທີ່ຢູ່ _____
 8 ມືອງ _____ 9 ລັດ _____ 10 ລະຫັດ Zip _____
 11 ໝາຍເລກໂທລະສັບ [ເລກ (ລະຫັດເຂດ)] _____
 12 ທີ່ຢູ່ອີເມວ _____
 13 ເລກປະກັນສັງຄົມ (ໃຫ້ລະບຸ ຖ້າທ່ານມີ) _____

ບອກພວກເຮົາກ່ຽວກັບຄອບຄົວ/ຄົວເຮືອນຂອງທ່ານ ແລະ ລາຍໄດ້ທັງໝົດ. ຂໍ້ມູນຕໍ່ໄປນີ້ຊ່ວຍໃຫ້ພວກເຮົາຕັດສິນສິດຂອງທ່ານໃນການເຂົ້າຮ່ວມໂຄງການ EWC.

ພວກເຮົາຕ້ອງການຮູ້ວ່າ ທຸກຄົນໃນຄອບຄົວ/ຄົວເຮືອນຂອງທ່ານໄດ້ຮັບເງິນເທົ່າໃດກ່ອນຈ່າຍອາກອນ. ຖ້າທ່ານມອບອາກອນ, ນີ້ຈະແມ່ນ “ລາຍໄດ້ທັງໝົດ” ຂອງທ່ານ (ກ່ອນຈ່າຍອາກອນ ແລະ ການຫັກຄ່າໃຊ້ຈ່າຍອື່ນໆ).

14 ຈຳນວນຄົນທັງໝົດທີ່ອາໄສໃນຄອບຄົວ/ຄົວເຮືອນຂອງທ່ານມີຈັກຄົນ? _____
 15 ລາຍໄດ້ທັງໝົດຂອງຄອບຄົວ/ຄົວເຮືອນຂອງທ່ານແມ່ນເທົ່າໃດ? \$ _____

ບັດນີ້ໃຫ້ບອກພວກເຮົາກ່ຽວກັບປະກັນສຸຂະພາບຂອງທ່ານ

16 ຂ້ອຍບໍ່ມີປະກັນສຸຂະພາບ. 17 ຂ້ອຍມີປະກັນສຸຂະພາບ ຫຼື ກົມມະທັນເບິ່ງແຍງສຸຂະພາບ ແຕ່ບໍ່ສາມາດແບ່ງຈ່າຍ, ຫັກຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ ຫຼື ຮ່ວມຈ່າຍໄດ້.

ການບໍລິການ EWC ທີ່ທ່ານຕ້ອງການແມ່ນຫຍັງ? (ໝາຍທຸກຂໍ້ທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ)

18 ທ່ານອາຍຸ 21 ປີຂຶ້ນໄປ ແລະ ຕ້ອງການກວດມະເຮັງປາກມົດລູກບໍ່?
 19 ທ່ານອາຍຸ 40 ປີຂຶ້ນໄປ ແລະ ຕ້ອງການກວດມະເຮັງເຕົ້ານົມບໍ່?
 20 ທ່ານມີອາການໃນເຕົ້ານົມຂອງທ່ານ ແລະ ຕ້ອງການກວດເພີ່ມເຕີມບໍ່?
 ກະລຸນາໝາຍໃສ່ອາການໃນເຕົ້ານົມຂອງທ່ານຢູ່ລຸ່ມນີ້:
 21 ເຕົ້ານົມຂອງທ່ານມີການປ່ຽນແປງຮູບຊົງ ຫຼື ຄວາມຮຸ້ນຮືກ, ເຊັ່ນ: ການປ່ຽນສີ, ຂະໜາດ ຫຼື ຮູບຊົງ 24 ມີກ້ອນ ຫຼື ຈຸດແຂງໃນເຕົ້ານົມຂອງທ່ານ
 22 ເນື້ອເຍື່ອເຕົ້ານົມຂອງທ່ານບວມ ຫຼື ແຂງຂຶ້ນ 25 ຫົວນົມປົ່ນ
 23 ມີນ້ຳອອກຈາກຫົວນົມຂອງທ່ານ 26 ເຈັບເຕົ້ານົມ ຫຼື ຫົວນົມ
 27 ອື່ນໆ: _____

ບອກພວກເຮົາກ່ຽວກັບການສູບຢາຂອງທ່ານ

- 28 ໃນປັດຈຸບັນທ່ານສູບຢາບໍ່?? ບໍ່ແມ່ນ ແມ່ນ
- 29 ໃນປັດຈຸບັນທ່ານສູບຢາຊະນິດອື່ນບໍ່? ບໍ່ແມ່ນ ແມ່ນ ກະລຸນາອະທິບາຍ: _____

ບອກພວກເຮົາກ່ຽວກັບເຊືອຊາດຂອງທ່ານ (ສາມາດເລືອກຕອບໄດ້ ແລະ ຈະເປັນຄວາມລັບ): ກະລຸນາເລືອກ ທຸກຂໍ້ທີ່ກ່ຽວກັບທ່ານ. ຂໍ້ມູນຕໍ່ໄປນີ້ຈະບໍ່ຖືກນຳໃຊ້ໃນການຕັດສິນການມີສິດເຂົ້າຮ່ວມໂຄງການ EWC ຂອງທ່ານ.

- 30 ເຊືອຊາດສະເປນ ຫຼື ລາຕິນ
- 31 ອາເມຣິກາ ອິນເດຍ ຫຼື ອາລາສກາເຟີນເມືອງ
- 32 ເອເຊຍ (ໃຫ້ລະບຸຢູ່ລຸ່ມນີ້)
 - 33 ອິນເດຍຈາກເອເຊຍ
 - 34 ກຳປູເຈຍ
 - 35 ຈີນ
 - 36 ຟິລິບິນ
 - 37 ມັງ
 - 38 ອີ່ປຸ່ນ
 - 39 ເກົາຫຼີ
 - 40 ລາວ
 - 41 ຫວຽດນາມ
 - 42 ເຊືອຊາດອື່ນໆຈາກອາເຊຍ: _____
- 43 ຄົນຜິວດຳ ຫຼື ອາຟຣິກາອາເມຣິກາ
- 44 ຄົນໜູ່ເກາະປາຊີຟິກ (ໃຫ້ລະບຸຢູ່ລຸ່ມນີ້)
 - 45 ກວມ
 - 46 ຮາວາຍ
 - 47 ຊາມວາ
 - 48 ເຊືອຊາດອື່ນໆຈາກໜູ່ເກາະປາຊີຟິກ _____
- 49 ຄົນຜິວຂາວ
- 50 ອື່ນໆ: _____
- 51 ເລືອກທີ່ຈະບໍ່ຕອບ

ກະລຸນາບອກພວກເຮົາກ່ຽວກັບເອກະລັກທາງເພດ ແລະ ຄວາມມັກທາງເພດຂອງທ່ານ (ສາມາດເລືອກຕອບໄດ້ ແລະ ຈະເປັນຄວາມລັບ). ຂໍ້ມູນຕໍ່ໄປນີ້ຈະບໍ່ຖືກນຳໃຊ້ໃນການຕັດສິນການມີສິດເຂົ້າຮ່ວມໂຄງການ EWC ຂອງທ່ານ.

- ທ່ານແມ່ນເພດຫຍັງ? (ໝາຍໃສ່ຫ້ອງທີ່ອະທິບາຍເຖິງເອກະລັກທາງເພດໃນປັດຈຸບັນຂອງທ່ານໄດ້ດີທີ່ສຸດ).
- 52 ຍິງ 53 ຊາຍ
 - 54 ບຸກຄົນຂ້າມເພດ (ຊາຍເປັນຍິງ) 55 ບຸກຄົນຂ້າມເພດ (ຍິງເປັນຊາຍ)
 - 56 ບໍ່ມີເພດ (ບໍ່ແມ່ນທັງຍິງ ແລະ ຊາຍ)
 - 57 ເອກະລັກທາງເພດອື່ນໆ _____

ໃບຢັ້ງຢືນການເກີດເດີມຂອງທ່ານລະບຸວ່າທ່ານແມ່ນເພດຫຍັງ? 58 ຍິງ 59 ຊາຍ

- ທ່ານຄິດວ່າທ່ານແມ່ນເພດຫຍັງ?
- 60 ເພດທີ່ມັກເພດກົງກັນຂ້າມ 61 ຍິງມັກຍິງ ຫຼື ຊາຍມັກຊາຍ 62 ມັກທັງສອງເພດ
 - 63 ບໍ່ແນ່ນອນວ່າເພດຫຍັງ 64 ຄວາມມັກທາງເພດອື່ນໆ 65 ບໍ່ຮູ້ເພດ
- _____

ໂຄງການ Every Woman Counts – ຄຳຮ້ອງລົງທະບຽນຮັບຜົນປະໂຫຍດ

ຄຳຖະແຫຼງ (ກະລຸນາອ່ານແຕ່ລະລາຍການຢ່າງລະອຽດ ແລະ ຂຽນຕົວອັກສອນຫຍໍ້ຂອງຊື່ໃສ່)

- 66 ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ ໃນການເຊັນ ແລະ ລົງວັນທີໃສ່ຄຳຮ້ອງສະບັບນີ້, ບໍ່ວ່າຈະດ້ວຍຕົວເອງ, ດ້ວຍອາຈາ ຫຼື ຜ່ານທາງອີເລັກໂທຣນິກ, ແມ່ນຖືວ່າ ຂ້າພະເຈົ້າກຳລັງສະໝັກເຂົ້າຮ່ວມໂຄງການ EWC (ໂຄງການທີ່ໄດ້ຮັບທຶນຈາກລັດຖະບານ).
- 67 ຂ້າພະເຈົ້າຍິນຍອມຮັບການບໍລິການກວດ ແລະ ບົ່ງມະຕິມະເຮັງເຕົ້ານົມ ແລະ/ຫຼື ບາກມົດລູກທີ່ບໍ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຈາກໂຄງການ EWC.
- 68 ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ ຂໍ້ຕົກລົງສະບັບນີ້ມີອາຍຸໜຶ່ງປີ ນັບແຕ່ມື້ທີ່ຂ້າພະເຈົ້າລົງລາຍເຊັນໃສ່ຄຳຮ້ອງສະບັບນີ້. ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງປະກອບຄຳຮ້ອງໃໝ່ໃນແຕ່ລະປີ ເພື່ອທີ່ຈະລົງທະບຽນເຂົ້າຮ່ວມໂຄງການ EWC.
- 69 ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ ຂ້າພະເຈົ້າສາມາດຍຸດເຂົ້າຮ່ວມໃນໂຄງການ EWC ໄດ້ທຸກເວລາ.
- 70 ຂ້າພະເຈົ້າຈະແຈ້ງ PCP ຂອງ EWC ໃຫ້ຮູ້ທັນທີ ຖ້າຂໍ້ມູນປະກັນສຸຂະພາບ ແລະ/ຫຼື ການຄຸ້ມຄອງທາງການແພດອື່ນໆຂອງຂ້າພະເຈົ້າມີການປ່ຽນແປງ.
- 71 ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຮັບ ແລະ ໄດ້ອ່ານແຈ້ງການວ່າດ້ວຍການປະຕິບັດຕໍ່ຄວາມເປັນສ່ວນຕົວຂອງ DHCS ແລ້ວ (ແບບຟອມແຍກຕ່າງຫາກ).
- 72 ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຮັບເອກະສານກ່ຽວກັບການກວດສອບລະດັບທຳອິດ ແລະ ສິດໃນການພິຈາລະນາຢ່າງເປັນທາງການ ແລະ ແຈ້ງການວ່າດ້ວຍການບໍ່ເລືອກປະຕິບັດແລ້ວ (ຢູ່ໃນໜ້າ 1, 2 ແລະ 3 ຂອງຄຳຮ້ອງສະບັບນີ້).
- 73 ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບວິທີຮັບປະກັນສຸຂະພາບທີ່ຟຣີ ຫຼື ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຕ່ຳ (ແບບຟອມແຍກ).
- 74 ຂ້າພະເຈົ້າຂໍຖະແຫຼງພາຍໃຕ້ບົດລົງໂທດເນື່ອງຈາກການໃຫ້ຂໍ້ມູນບໍ່ຖືກຕ້ອງພາຍໃຕ້ກົດໝາຍຂອງລັດ California ວ່າຂໍ້ມູນທີ່ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ລະບຸໃນຄຳຮ້ອງສະບັບນີ້ແມ່ນຄວາມຈິງ ແລະ ຖືກຕ້ອງຕາມການຮັບຮູ້ຂອງຂ້າພະເຈົ້າ. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ ການໃຫ້ຂໍ້ມູນທີ່ບໍ່ຖືກຕ້ອງໃນຄຳຮ້ອງສະບັບນີ້ສາມາດກະທົບຕໍ່ການມີສິດຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ໃນການຮັບການບໍລິການບ້ອງການມະເຮັງຜ່ານໂຄງການ EWC.

75 ລາຍເຊັນຂອງທ່ານ _____ ວັນທີ _____

ລາຍເຊັນຜູ້ສະໝັກໄດ້ຮັບອະນຸຍາດຜ່ານການຍິນຍອມດ້ວຍອາຈາບໍ່? ບໍ່ແມ່ນ ແມ່ນ

76 ກໍລະນີແມ່ນບຸກຄົນທີ່ດຳເນີນການໃນນາມຂອງທ່ານ, ໃຫ້ລະບຸຊື່ (ຕົວອັກສອນໃຫຍ່), ສາຍພົວພັນກັບທ່ານ ແລະ ວັນທີຂອງມື້ນີ້.

ຊື່ _____ ສາຍພົວພັນ _____ ວັນທີ _____

77 ກໍລະນີແມ່ນບຸກຄົນທີ່ດຳເນີນການໃນນາມຂອງທ່ານແມ່ນພະນັກງານຂອງ PCP ຫຼື ຄລິນິກ PCP, ໃຫ້ລະບຸຊື່ (ຕົວອັກສອນໃຫຍ່), ຕຳແໜ່ງ/ໜ້າວຽກ ແລະ ວັນທີ.

ຊື່ _____ ສາຍພົວພັນ _____ ວັນທີ _____

78 ລາຍເຊັນຂອງ ທ່ານ _____ ສາຍພົວພັນ _____ ວັນທີ _____

ໂຄງການ Every Woman Counts – ຄຳຮ້ອງລົງທະບຽນຮັບຜົນປະໂຫຍດ

ແບບຟອມແນະນຳລະອຽດສຳລັບການປະກອບຄຳຮ້ອງຂໍເຂົ້າຮ່ວມໂຄງການ EWC

(ໜ້າ 7 ຫາ 10)

ບອກພວກເຮົາກ່ຽວກັບທ່ານ

1. ຂຽນຊື່ຂອງທ່ານ.
2. ຂຽນຕົວອັກສອນທຳອິດຂອງຊື່ກາງຂອງທ່ານ.
3. ຂຽນນາມສະກຸນຂອງທ່ານ.
4. ຂຽນວັນເດືອນປີເກີດຂອງທ່ານ. ໃຊ້ 2 ຕົວເລກສຳລັບເດືອນ, 2 ຕົວເລກສຳລັບວັນທີ ແລະ 4 ຕົວເລກສຳລັບປີ. ຕົວຢ່າງ: 1 ມັງກອນ 2001 ຈະເປັນ 01/01/2001.
5. ຖ້າເພດຕາມສະລີລະຂອງທ່ານແມ່ນແມ່ຍິງ: ໃຫ້ໝາຍ ແມ່ຍິງ ຫຼື ຖ້າແມ່ນຊາຍ, ໃຫ້ໝາຍ ຊາຍ. ຖ້າທ່ານແມ່ນຊາຍຂ້າມເພດເປັນຍິງ, ໃຫ້ໝາຍບຸກຄົນຂ້າມເພດ (ຊາຍເປັນຍິງ). ຖ້າທ່ານແມ່ນຍິງຂ້າມເພດເປັນຊາຍ, ໃຫ້ໝາຍບຸກຄົນຂ້າມເພດ (ຍິງເປັນຊາຍ).
6. ລະບຸຊື່ກ່ອນແຕ່ງງານຂອງແມ່ຂອງທ່ານ. ນີ້ແມ່ນນາມສະກຸນເດີມຂອງເພິ່ນໃນຕອນທີ່ເພິ່ນເກີດ.
7. ຂຽນເລກຖະໜົນ ແລະ ຊື່ບ່ອນທີ່ທ່ານອາໄສຢູ່. ຕົວຢ່າງ: 123 Main Street.
8. ຂຽນຊື່ເມືອງທີ່ທ່ານໄສຢູ່.
9. ຂຽນຊື່ລັດທີ່ທ່ານອາໄສຢູ່.
10. ຂຽນລະຫັດ zip ຂອງບ່ອນທີ່ທ່ານອາໄສຢູ່.
11. ຂຽນໝາຍເລກໂທລະສັບຂອງທ່ານ. ເລີ່ມຕົ້ນດ້ວຍລະຫັດເຂດສາມຕົວເລກ, ຕາມດ້ວຍໝາຍເລກໂທລະສັບ 8 ຕົວເລກ.
12. ຂຽນທີ່ຢູ່ອີເມວຂອງທ່ານ.
13. ຂຽນເລກປະກັນສັງຄົມ (SSN) ຂອງທ່ານ ຖ້າທ່ານມີ. SSN ຂອງທ່ານຈະບໍ່ກຳນົດການມີສິດຂອງທ່ານ.

ບອກພວກເຮົາກ່ຽວກັບຄອບຄົວ/ຄົວເຮືອນຂອງທ່ານ ແລະ ລາຍໄດ້ທັງໝົດ

14. ຂຽນຈຳນວນຄົນທັງໝົດທີ່ອາໄສໃນຄອບຄົວ/ຄົວເຮືອນຂອງທ່ານ. ຄອບຄົວ/ຄົວເຮືອນແມ່ນກຸ່ມທີ່ມີສອງຄົນຂຶ້ນໄປ ທີ່ມີສາຍພົວພັນທາງການກຳເນີດ, ການແຕ່ງງານ ຫຼື ການອຸປະຖຳລ້ຽງດູ ແລະ ຜູ້ທີ່ອາໄສຢູ່ຮ່ວມກັນ. EWC ໃຊ້ຄຳແນະນຳກ່ຽວກັບຄວາມທຸກຍາກຂອງລັດຖະບານກາງ, ໜ່ວຍງານສາທາລະນະສຸກ ແລະ ການບໍລິການມະນຸດ ສະຫະລັດ (U.S. Health and Human Services, HHS) ສຳລັບການມີສິດທາງດ້ານລາຍຮັບເພື່ອຄິດໄລ່ລະດັບຄວາມທຸກຍາກຂອງທ່ານ. ຜູ້ເຂົ້າຮ່ວມໂຄງການ EWC ທຸກຄົນຕ້ອງມີລາຍຮັບຄອບຄົວ ຫຼື ຄົວເຮືອນທີ່ 200 ເປີເຊັນ ຫຼື ຕ່ຳກວ່ານັ້ນຕາມຄຳແນະນຳກ່ຽວກັບຄວາມທຸກຍາກຂອງລັດຖະບານກາງຂອງ HHS.
15. ຂຽນຈຳນວນເງິນທັງໝົດທີ່ຄອບຄົວ ຫຼື ຄົວເຮືອນຂອງທ່ານໄດ້ຮັບ (ກ່ອນຫັກອາກອນ ແລະ ການຫັກຄ່າອື່ນໆ). ຄອບຄົວ ຫຼື ຄົວເຮືອນຂອງທ່ານແມ່ນປະກອບມີຈຳນວນຄົນທີ່ທ່ານໄດ້ລະບຸຢູ່ແຖວ 14 ທີ່ດຳລົງຊີວິດໂດຍອາໄສເງິນຈຳນວນທັງໝົດນີ້.

ບັດນີ້ໃຫ້ບອກພວກເຮົາກ່ຽວກັບປະກັນສຸຂະພາບຂອງທ່ານ

16. ໝາຍໃສ່ຫ້ອງນີ້ຖ້າທ່ານບໍ່ມີປະກັນສຸຂະພາບ.
17. ໝາຍໃສ່ຫ້ອງນີ້ຖ້າທ່ານມີປະກັນສຸຂະພາບ ຫຼື ກົມມະທັນເບິ່ງແຍງສຸຂະພາບ ແຕ່ບໍ່ສາມາດແບ່ງຈ່າຍໄດ້, ເງິນບ້ວງສ່ວນທຳອິດ ແລະ/ຫຼື ຈ່າຍຮ່ວມ.

ໂຄງການ Every Woman Counts – ຄຳຮ້ອງລົງທະບຽນຮັບຜົນປະໂຫຍດ

ການບໍລິການ EWC ທີ່ທ່ານຕ້ອງການແມ່ນຫຍັງ (ໃຫ້ໝາຍທຸກຂໍ້ທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ)

- 18. ໝາຍໃສ່ຫ້ອງນີ້ຖ້າທ່ານມີອາຍຸ 21 ປີຂຶ້ນໄປ ແລະ ຕ້ອງການກວດມະເຮັງປາກມົດລູກ.
- 19. ໝາຍໃສ່ຫ້ອງນີ້ຖ້າທ່ານມີອາຍຸ 40 ປີຂຶ້ນໄປ ແລະ ຕ້ອງການກວດມະເຮັງເຕົ້ານົມ.
- 20. ໝາຍໃສ່ຫ້ອງນີ້ຖ້າທ່ານມີອາການຢູ່ເຕົ້ານົມຂອງທ່ານ ແລະ ຕ້ອງການຮັບການບໍລິການກວດມະເຮັງເຕົ້ານົມ.
- 21. ໝາຍໃສ່ຫ້ອງນີ້ຖ້າຂະໜາດເຕົ້ານົມ, ສີ ຫຼື ຮູບຮ່າງຂອງເຕົ້ານົມຂອງທ່ານມີການປ່ຽນແປງ.
- 22. ໝາຍໃສ່ຫ້ອງນີ້ຖ້າເນື້ອເຍື່ອເຕົ້ານົມຂອງທ່ານບວມ ຫຼື ແຂງຂຶ້ນ.
- 23. ໝາຍໃສ່ຫ້ອງນີ້ຖ້ານ້ຳໄຫຼອອກຈາກຫົວນົມຂອງທ່ານ.
- 24. ໝາຍໃສ່ຫ້ອງນີ້ຖ້າມີກ້ອນ ຫຼື ຈຸກແຂງຢູ່ເຕົ້ານົມຂອງທ່ານທີ່ສາມາດຮູ້ສຶກເຖິງໄດ້.
- 25. ໝາຍໃສ່ຫ້ອງນີ້ຖ້າທ່ານມີຫົວນົມປິ່ນ
- 26. ໝາຍໃສ່ຫ້ອງນີ້ຖ້າທ່ານມີອາການເຈັບເຕົ້ານົມ ຫຼື ຫົວນົມ
- 27. ໝາຍໃສ່ຫ້ອງນີ້ຖ້າເຕົ້ານົມຂອງທ່ານມີອາການອື່ນໆ. ຂຽນອາການຕ່າງໆຂອງທ່ານ.

ບອກພວກເຮົາກ່ຽວກັບການສູບຢາຂອງທ່ານ

- 28. ຖ້າໃນບັດຈຸບັນທ່ານບໍ່ໄດ້ສູບຢາ, ໃຫ້ໝາຍໃສ່ຫ້ອງ ບໍ່ແມ່ນ. ຖ້າທ່ານສູບຢາ, ໃຫ້ໝາຍໃສ່ຫ້ອງ ແມ່ນ.
- 29. ຖ້າທ່ານບໍ່ໄດ້ໃຊ້ຜະລິດຕະພັນຢາສູບຊະນິດອື່ນໆ, ໃຫ້ໝາຍໃສ່ຫ້ອງ ບໍ່ແມ່ນ. ຖ້າທ່ານສູບຢາຊະນິດອື່ນ, ໃຫ້ໝາຍໃສ່ຫ້ອງ ແມ່ນ ແລ້ວຂຽນຊື່ຜະລິດຕະພັນຢາສູບທີ່ທ່ານສູບ.

ບອກພວກເຮົາກ່ຽວກັບເຊື້ອຊາດຂອງທ່ານ

- 30. ໝາຍໃສ່ຫ້ອງນີ້ ຖ້າທ່ານມີເຊື້ອຊາດສະເປນ ຫຼື ລາຕິນ ຫຼື ມີເຊື້ອສາຍຊອດ.
- 31. ໝາຍໃສ່ຫ້ອງນີ້ ຖ້າທ່ານມີເຊື້ອຊາດອາເມຣິກາອິນເດຍ ຫຼື ອາລາສກາພິ້ນເມືອງ ຫຼື ມີເຊື້ອສາຍຊອດ.
- 32. ໝາຍໃສ່ຫ້ອງນີ້ ຖ້າທ່ານມີເຊື້ອຊາດເອເຊຍ ຫຼື ມີເຊື້ອສາຍຊອດ.
- 33. ໝາຍໃສ່ຫ້ອງນີ້ ຖ້າທ່ານມີເຊື້ອຊາດອິນເດຍຈາກເອເຊຍ ຫຼື ມີເຊື້ອສາຍຊອດ.
- 34. ໝາຍໃສ່ຫ້ອງນີ້ ຖ້າທ່ານມີເຊື້ອຊາດກຳປູເຈຍ ຫຼື ມີເຊື້ອສາຍຊອດ.
- 35. ໝາຍໃສ່ຫ້ອງນີ້ ຖ້າທ່ານມີເຊື້ອຊາດຈີນ ຫຼື ມີເຊື້ອສາຍຊອດ.
- 36. ໝາຍໃສ່ຫ້ອງນີ້ ຖ້າທ່ານມີເຊື້ອຊາດຟິລິບິນ ຫຼື ມີເຊື້ອສາຍຊອດ.
- 37. ໝາຍໃສ່ຫ້ອງນີ້ ຖ້າທ່ານມີເຊື້ອຊາດມັງ ຫຼື ມີເຊື້ອສາຍຊອດ.
- 38. ໝາຍໃສ່ຫ້ອງນີ້ ຖ້າທ່ານມີເຊື້ອຊາດຍີ່ປຸ່ນ ຫຼື ມີເຊື້ອສາຍຊອດ.
- 39. ໝາຍໃສ່ຫ້ອງນີ້ ຖ້າທ່ານມີເຊື້ອຊາດເກົາຫຼີ ຫຼື ມີເຊື້ອສາຍຊອດ.
- 40. ໝາຍໃສ່ຫ້ອງນີ້ ຖ້າທ່ານມີເຊື້ອຊາດລາວ ຫຼື ມີເຊື້ອສາຍຊອດ.
- 41. ໝາຍໃສ່ຫ້ອງນີ້ ຖ້າທ່ານມີເຊື້ອຊາດຫວຽດນາມ ຫຼື ມີເຊື້ອສາຍຊອດ.
- 42. ໝາຍໃສ່ຫ້ອງນີ້ ຖ້າທ່ານມີເຊື້ອຊາດອື່ນຈາກເອເຊຍ ຫຼື ມີເຊື້ອສາຍຊອດ. ຂຽນເຊື້ອຊາດຂອງທ່ານ.
- 43. ໝາຍໃສ່ຫ້ອງນີ້ ຖ້າທ່ານມີເຊື້ອຊາດຄົນຜິວດຳ ຫຼື ອາຟຣິກາອາເມຣິກາ ຫຼື ມີເຊື້ອສາຍຊອດ.
- 44. ໃຫ້ໝາຍໃສ່ຫ້ອງນີ້ ຖ້າທ່ານມີເຊື້ອຊາດຄົນໜຸ່ງເກາະປາຊີຟິກ ຫຼື ມີເຊື້ອສາຍຊອດ ແລະ ກະລຸນາລະບຸ.
- 45. ໝາຍໃສ່ຫ້ອງນີ້ ຖ້າທ່ານມີເຊື້ອຊາດກວມ ຫຼື ມີເຊື້ອສາຍຊອດ.
- 46. ໝາຍໃສ່ຫ້ອງນີ້ ຖ້າທ່ານມີເຊື້ອຊາດຮາວາຍ ຫຼື ມີເຊື້ອສາຍຊອດ.
- 47. ໝາຍໃສ່ຫ້ອງນີ້ ຖ້າທ່ານມີເຊື້ອຊາດຊາມວາ ຫຼື ມີເຊື້ອສາຍຊອດ.
- 48. ໃຫ້ໝາຍໃສ່ຫ້ອງນີ້ ຖ້າທ່ານມີເຊື້ອຊາດຄົນໜຸ່ງເກາະປາຊີຟິກ ຫຼື ມີເຊື້ອສາຍຊອດ ແລະ ກະລຸນາລະບຸໃຕ້ອື່ນໆ.
- 49. ໝາຍໃສ່ຫ້ອງນີ້ ຖ້າທ່ານມີເຊື້ອຊາດຄົນຜິວຂາວ ຫຼື ມີເຊື້ອສາຍຊອດ.
- 50. ໝາຍໃສ່ຫ້ອງນີ້ ຖ້າທ່ານມີເຊື້ອຊາດ ຫຼື ມີເຊື້ອສາຍຊອດທີ່ບໍ່ໄດ້ລະບຸໃນນີ້. ຂຽນເຊື້ອຊາດຂອງທ່ານ.

ໂຄງການ Every Woman Counts – ຄຳຮ້ອງລົງທະບຽນຮັບຜົນປະໂຫຍດ

51. ໝາຍໃສ່ຫ້ອງນີ້ ຖ້າທ່ານບໍ່ຕ້ອງການລະບຸເຊື້ອຊາດຂອງທ່ານ.

ກະດູນາບອກເລືອກເຮົາກ່ຽວກັບເອກະລັກທາງເພດ ແລະ ຄວາມມັກທາງເພດຂອງທ່ານ (ສາມາດເລືອກຕອບໄດ້ ແລະ ຈະເປັນຄວາມລັບ)

- 52. ໝາຍໃສ່ຫ້ອງນີ້ ຖ້າທ່ານແມ່ນເພດຍິງ.
- 53. ໝາຍໃສ່ຫ້ອງນີ້ ຖ້າທ່ານແມ່ນເພດຊາຍ.
- 54. ໝາຍໃສ່ຫ້ອງນີ້ ຖ້າທ່ານແມ່ນເພດຍິງ ແຕ່ຖືກລະບຸວ່າແມ່ນເພດຊາຍໃນເວລາເກີດ.
- 55. ໝາຍໃສ່ຫ້ອງນີ້ ຖ້າທ່ານແມ່ນເພດຊາຍ ແຕ່ຖືກລະບຸວ່າແມ່ນເພດຍິງໃນເວລາເກີດ.
- 56. ໝາຍໃສ່ຫ້ອງນີ້ ຖ້າທ່ານບໍ່ມີເພດ (ບໍ່ແມ່ນທັງຍິງ ແລະ ຊາຍ).
- 57. ໝາຍໃສ່ຫ້ອງນີ້ ຖ້າມີຄວາມກ່ຽວຂ້ອງ ແລະ ໃຫ້ລະບຸເອກະລັກທາງເພດອື່ນໆ.
- 58. ໝາຍໃສ່ຫ້ອງນີ້ ຖ້າທ່ານແມ່ນເພດຍິງໃນຕອນກຳເນີດ.
- 59. ໝາຍໃສ່ຫ້ອງນີ້ ຖ້າທ່ານແມ່ນເພດຊາຍໃນຕອນກຳເນີດ.
- 60. ໝາຍໃສ່ຫ້ອງນີ້ ຖ້າຄວາມມັກທາງເພດຂອງທ່ານແມ່ນມັກເພດກົງກັນຂ້າມ (ມີຄວາມມັກທາງເພດກັບຄົນທີ່ມີເພດກົງກັນຂ້າມ).
- 61. ໝາຍໃສ່ຫ້ອງນີ້ ຖ້າຄວາມມັກທາງເພດຂອງທ່ານແມ່ນເລສບຽນ ຫຼື ເກ (ມີຄວາມມັກທາງເພດກັບຄົນທີ່ມີເພດດຽວກັນກັບທ່ານ).
- 62. ໝາຍໃສ່ຫ້ອງນີ້ ຖ້າຄວາມມັກທາງເພດຂອງທ່ານແມ່ນມັກທັງສອງເພດ (ມີຄວາມມັກທາງເພດກັບຄົນທີ່ແມ່ນເພດຊາຍ ແລະ ເພດຍິງ).
- 63. ໝາຍໃສ່ຫ້ອງນີ້ ຖ້າຄວາມມັກທາງເພດຂອງທ່ານແມ່ນຍັງບໍ່ແນ່ນອນ (ບໍ່ສະເພາະເຈາະຈົງສະເພາະການມັກເພດກົງກັນຂ້າມ).
- 64. ໝາຍໃສ່ຫ້ອງນີ້ ຖ້າມີຄວາມກ່ຽວຂ້ອງ ແລະ ໃຫ້ລະບຸຄວາມມັກທາງເພດອື່ນໆ.
- 65. ໝາຍໃສ່ຫ້ອງນີ້ ຖ້າທ່ານບໍ່ຮູ້ຄວາມມັກທາງເພດຂອງທ່ານ.

ຄຳຖະແຫຼງ, ຄຳຮ້ອງທີ່ປະກອບສຳເລັດ ແລະ ການຍືນຍອມຂອງຄົນເຈັບ: ຕົວອັກສອນຫຍໍ້ ແລະ ລາຍເຊັນ

- 66. ອ່ານປະໂຫຍກ ແລ້ວຂຽນຕົວອັກສອນຫຍໍ້ຂອງທ່ານໃສ່ແຖວ. ທ່ານບົ່ງບອກເຖິງຄວາມເຂົ້າໃຈຂອງທ່ານວ່າ ທ່ານກຳລັງສະໝັກຂໍສິດໃນໂຄງການ ເພື່ອຂໍເຂົ້າຮ່ວມໃນໂຄງການ EWC.
- 67. ອ່ານປະໂຫຍກ ແລ້ວຂຽນຕົວອັກສອນຫຍໍ້ຂອງທ່ານໃສ່ແຖວ. ທ່ານບົ່ງບອກວ່າ ທ່ານຍືນຍອມຮັບການບໍລິການກວດ ແລະ ບົ່ງມະຕິດມະເຮັງເຕີນິມ ແລະ ມະເຮັງປາກມົດລູກຂອງໂຄງການ EWC ທີ່ບໍ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ.
- 68. ອ່ານປະໂຫຍກ ແລ້ວຂຽນຕົວອັກສອນຫຍໍ້ຂອງທ່ານໃສ່ແຖວ. ທ່ານບົ່ງບອກວ່າ ທ່ານເຂົ້າໃຈວ່າ ຂໍ້ຕົກລົງສະບັບນີ້ແມ່ນເພື່ອເຂົ້າຮ່ວມໃນໂຄງການ EWC ທີ່ມີອາຍຸເໜືອປີນັບແຕ່ມີທ່ານເຊັນ ແລະ ລົງວັນທີໃສ່ຄຳຮ້ອງສະບັບນີ້. ທ່ານຕ້ອງປະກອບຄຳຮ້ອງສະບັບໃໝ່ໃນແຕ່ລະປີຫຼັງຈາກໄລຍະ 12 ເດືອນ.
- 69. ອ່ານປະໂຫຍກ ແລ້ວຂຽນຕົວອັກສອນຫຍໍ້ຂອງທ່ານໃສ່ແຖວ. ໃນການລະບຸຕົວອັກສອນຫຍໍ້, ທ່ານເຂົ້າໃຈວ່າ ຜູ້ສະໝັກສາມາດຢຸດເຂົ້າຮ່ວມໃນໂຄງການ EWC ໄດ້ທຸກເວລາ.
- 70. ອ່ານປະໂຫຍກ ແລ້ວຂຽນຕົວອັກສອນຫຍໍ້ຂອງທ່ານໃສ່ແຖວ. ທ່ານບົ່ງບອກວ່າ ທ່ານຈະແຈ້ງໃຫ້ PCP ຂອງ EWC ຮູ້ທັນທີ ຖ້າມີການປ່ຽນແປງໃດໆຕໍ່ປະກັນສຸຂະພາບ ຫຼື ການຄຸ້ມຄອງທາງການແພດອື່ນໆຂອງທ່ານ.
- 71. ອ່ານປະໂຫຍກ ແລ້ວຂຽນຕົວອັກສອນຫຍໍ້ຂອງທ່ານໃສ່ແຖວ. ທ່ານບົ່ງບອກວ່າ ທ່ານໄດ້ຮັບແຈ້ງການວ່າ ດ້ວຍການປະຕິບັດຕໍ່ຄວາມເປັນສ່ວນຕົວຂອງ DHCS ແລ້ວ (NPP ແມ່ນແບບຟອມແຍກຕ່າງຫາກ).

ໂຄງການ Every Woman Counts – ຄຳຮ້ອງລົງທະບຽນຮັບຜົນປະໂຫຍດ

- 72. ອ່ານປະໂຫຍກ ແລ້ວຂຽນຕົວອັກສອນຫຍໍ້ຂອງທ່ານໃສ່ແຖວ ທ່ານບົ່ງບອກວ່າ ເຂົາເຈົ້າໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບການກວດສອບລະດັບທຳອິດ ແລະ ສິດໃນການພິຈາລະນາຢ່າງເປັນທາງການ ແລະ ແຈ້ງການວ່າດ້ວຍການບໍ່ເລືອກປະຕິບັດ (ລະບຸຢູ່ໜ້າ 1, 2 ແລະ 3 ຂອງຄຳຮ້ອງສະບັບນີ້).
- 73. ອ່ານປະໂຫຍກ ແລ້ວຂຽນຕົວອັກສອນຫຍໍ້ຂອງທ່ານໃສ່ແຖວ. ທ່ານບົ່ງບອກວ່າ PCP ຂອງ EWC ຂອງທ່ານໄດ້ແຈ້ງທ່ານກ່ຽວກັບວິທີຮັບປະກັນສຸຂະພາບຟຣີ ຫຼື ທີ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຕ່ຳ.
- 74. ອ່ານປະໂຫຍກ 66 ຮອດ 74 ແລ້ວຂຽນຕົວອັກສອນຫຍໍ້ຂອງທ່ານໃສ່ແຕ່ລະແຖວ. ທ່ານຖະແຫຼງວ່າ ຂໍ້ມູນທີ່ໄດ້ສະໜອງໃຫ້ໃນຄຳຮ້ອງສະບັບນີ້ແມ່ນຂໍ້ມູນແທ້ຈິງ ແລະ ຖືກຕ້ອງຕາມທີ່ທ່ານຮັບຮູ້. ທ່ານຍັງເຂົ້າໃຈວ່າ ການໃຫ້ຂໍ້ມູນທີ່ບໍ່ຖືກຕ້ອງໃນຄຳຮ້ອງສະບັບນີ້ ສາມາດມີຜົນກະທົບຕໍ່ການມີສິດຂອງທ່ານໃນການຮັບການບໍລິການກວດ ແລະ ບົ່ງມະຕິມະເຮັງເຕົ້ານົມ ແລະ ມະເຮັງປາກມົດລູກຜ່ານໂຄງການ EWC.
- 75. ລົງ (ລາຍເຊັນ ແລະ ວັນທີ) ຊື່ຂອງທ່ານ ແລະ ວັນທີຂອງມື້ນີ້. ຖ້າຜູ້ສະໝັກໃຫ້ການຍິນຍອມຜ່ານວາຈາ, PPC ແລະ/ຫຼື ພະນັກງານຄລິນິກຈຳເປັນຕ້ອງຂຽນຊື່ຂອງຜູ້ສະໝັກ (ຕົວອັກສອນໃຫຍ່) ແລະ ໝາຍ ບໍ່ແມ່ນ ຫຼື ແມ່ນ.
- 76. ຂຽນ (ຕົວອັກສອນໃຫຍ່) ຊື່, ວັນທີ ແລະ ສາຍພົວພັນຂອງບຸກຄົນທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດໃຫ້ດຳເນີນການໃນນາມຂອງທ່ານ ແລະ ທີ່ກຳລັງຊ່ວຍທ່ານໃນການປະກອບຄຳຮ້ອງສະບັບນີ້.
- 77. ຂຽນ (ຕົວອັກສອນໃຫຍ່) ຊື່ຂອງ PCP ຫຼື ພະນັກງານຄລິນິກຂອງ PPC (ລວມທັງຕຳແໜ່ງ/ໜ້າວຽກ) ແລະ ວັນທີ ແລະ ສາຍພົວພັນຂອງບຸກຄົນທີ່ດຳເນີນການໃນນາມຂອງທ່ານ ແລະ ທີ່ກຳລັງຊ່ວຍທ່ານໃນການປະກອບຄຳຮ້ອງສະບັບນີ້.
- 78. ລົງ (ລາຍເຊັນ) ຂອງບຸກຄົນຈາກແຖວ 77 ຫຼື 78 ແລ້ວຂຽນວັນທີຂອງມື້ນີ້. ສຳລັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການເບິ່ງແຍງຫຼັກ (Primary Care Provider, PCP) ຂອງ EWC

ໂຄງການ Every Woman Counts – ຄຳຮ້ອງລົງທະບຽນຮັບຜົນປະໂຫຍດ

ສຳລັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການເບື້ອງແຍງຫຼັກ (Primary Care Provider, PCP) ຂອງ EWC
ສຳລັບການນຳໃຊ້ພາຍໃນເທົ່ານັ້ນ (ໜ້າ 11 ຫາ 14)

ຖ້າມີການຮັບເອົາການຍິນຍອມດ້ວຍວາຈາ, ໃຫ້ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ແຕ່ລະຫອ້ງຂອງຄຳຮ້ອງນີ້ໃນນາມຂອງຜູ້ສະໝັກ ໂດຍອີງຕາມຄຳຕອບທີ່ເປັນວາຈາຂອງຜູ້ສະໝັກ. ຂໍໃຫ້ບຸກຄົນ/ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດຮັບຮູ້ການຍິນຍອມ ຂອງເຂົາເຈົ້າຜ່ານທາງວາຈາ.

- 1. ຊື່ຜູ້ສະໝັກ EWC (ຕົວອັກສອນໃຫຍ່) _____
- 2. ເລກບັນທຶກທາງການແພດ _____
- 3. ID ຜູ້ຮັບບໍລິການ _____

ເງື່ອນໄຂການມີສິດ

ທີ່ຢູ່

- 4. ອາໄສໃນລັດ California

ລາຍໄດ້ຂອງຄົວເຮືອນ

- 5. ລາຍຮັບຄອບຄົວ/ຄົວເຮືອນແມ່ນຢູ່ທີ່ ຫຼື ຕໍ່າກວ່າ 200 ເປີເຊັນຂອງອັດຕາທີ່ຢູ່ໃນຄຳແນະນຳກ່ຽວກັບ ຄວາມທຸກຍາກຂອງລັດຖະບານກາງຂອງ HHS.

ປະກັນສຸຂະພາບ

- 6. ບໍ່ມີປະກັນໄພ 7. ບໍ່ສາມາດແບ່ງຈ່າຍ, ຫັກຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ ແລະ/ຫຼື ຈ່າຍຮ່ວມໄດ້.

ການບໍລິການຂອງໂຄງການ EWC

- 8. ຕ້ອງການການບໍລິການບົ່ງມະຕິມະເຮັງເດົ້ານົມສຳລັບຜູ້ສະໝັກ EWC ທີ່ມີອາການ ທີ່ຢູ່ໃນທຸກເກນອາຍຸ.
- 9. ຕ້ອງການການບໍລິການກວດມະເຮັງເດົ້ານົມ ແລະ/ຫຼື ມະເຮັງປາກມົດລູກຕາມເກນອາຍຸທີ່ແນະນຳໃຫ້ ຮັບການບໍລິການ

ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ເອົາຂໍ້ມູນຕໍ່ໄປນີ້ໃຫ້ແກ່ຜູ້ສະໝັກໂຄງການ EWC ແລ້ວ:

- 10. ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ເອົາແຈ້ງການວ່າດ້ວຍການປະຕິບັດຕໍ່ຄວາມເປັນສ່ວນຕົວຂອງ DHCS ໃຫ້ແກ່ຜູ້ສະໝັກ EWC ແລ້ວ
- 11. ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ເອົາເອກະສານການກວດສອບລະດັບທຳອິດ ແລະ ການພິຈາລະນາຢ່າງເປັນທາງການ ຂອງ DHCS ແລະ ແຈ້ງການວ່າດ້ວຍການບໍ່ເລືອກປະຕິບັດໃຫ້ແກ່ຜູ້ສະໝັກ EWC ແລ້ວ
- 12. ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ເອົາຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບວິທີຮັບປະກັນສຸຂະພາບຟຣີ ແລະ ທີ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຕໍ່າໃຫ້ແກ່ຜູ້ສະໝັກ EWC ແລ້ວ.

ການກຳນົດການມີສິດ:

- 13. ຂ້າພະເຈົ້າກຳນົດວ່າ ຜູ້ສະໝັກ EWC ມີທຸກເງື່ອນໄຂໃນການມີສິດເຂົ້າຮ່ວມໂຄງການ EWC.
- 14. ຂ້າພະເຈົ້າກຳນົດວ່າ ຜູ້ສະໝັກ EWC ບໍ່ມີເງື່ອນໄຂໃນການມີສິດເຂົ້າຮ່ວມໂຄງການ EWC.

ການສູບຢາ (ຖ້າມີສິດເຂົ້າຮ່ວມ EWC)

- 15. PCP ໄດ້ປະເມີນການສູບຢາ ແລະ ສະຖານະຂອງຜູ້ສະໝັກວ່າ:
 - ຂ້າພະເຈົ້າກຳນົດວ່າ ຜູ້ສະໝັກສູບຢາ ແລະ ໄດ້ແນະນຳເຂົ້າເຈົ້າໃຫ້ໄປຫາພາກສ່ວນຊ່ວຍຢຸດການສູບຢາທີ່ເໝາະສົມແລ້ວ. ຂ້າພະເຈົ້າຮັບປະກັນວ່າ ໄດ້ມີການໝາຍໃສ່ຫ້ອງ ແມ່ນ ແລ້ວ.
 - ຂ້າພະເຈົ້າກຳນົດວ່າ ຜູ້ສະໝັກບໍ່ໄດ້ສູບຢາ ແລະ ຖ້າມີການໝາຍໃສ່ຫ້ອງ ບໍ່ແມ່ນ ທີ່ກ່ຽວຂ້ອງແລ້ວ.
 - ກໍລະນີຜູ້ສະໝັກສູບຢາ, ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ກຳນົດຊະນິດຢາສູບທີ່ຜູ້ກ່ຽວສູບ. ຂ້າພະເຈົ້າຮັບປະກັນວ່າ ໄດ້ມີການຈົດບັນທຶກຊະນິດຢາສູບແລ້ວ.
- 16. ໄດ້ມີການພິມ ຫຼື ມີການເຊັນ ແລະ ລົງວັນທີໃສ່ແຖວ 76, 77 ແລະ 78 ແລ້ວ. (ໜ້າ 6 ແລະ 12)
 - ຂຽນຊື່ຜູ້ສະໝັກ ແລະ ວັນທີໃສ່ແຖວລົງລາຍເຊັນ 75 (ໜ້າ 6) ແລ້ວ
 - ກຳນົດວ່າ ມີການອະນຸຍາດໃຫ້ລົງລາຍເຊັນຂອງຜູ້ສະໝັກຜ່ານການຍືນຍອມແບບວາຈາບໍ່ ແລະ ໃຫ້ໝາຍໃສ່ຫ້ອງ ແມ່ນ ຫຼື ບໍ່ແມ່ນ ທີ່ຢູ່ໃນແຖວ 75 (ໜ້າ 6).
 - ຖ້າມີຄວາມກ່ຽວຂ້ອງ ແລະ ທ່ານແມ່ນພະນັກງານຂອງຄລີນິກ PCP, ລະບຸຊື່ຂອງທ່ານເຊິ່ງຂຽນດ້ວຍຕົວອັກສອນໃຫຍ່, ຕຳແໜ່ງ/ໜ້າວຽກ ແລະ ວັນທີໃສ່ແຖວ 76 ແລະ 17 (ໜ້າ 6 ແລະ 12)
 - ຖ້າທ່ານແມ່ນ PCP, ໃຫ້ລົງ (ຕົວອັກສອນໃຫຍ່ ແລະ ເຊັນ) ຊື່ຂອງທ່ານ ແລະ ວັນທີໃສ່ແຖວ 78 ແລະ ແຖວ 19 (ໜ້າ 6 ແລະ 12).
- 17. ຖ້າມີຄວາມກ່ຽວຂ້ອງ, (ຕົວອັກສອນໃຫຍ່) ຊື່ພະນັກງານຄລີນິກຂອງ PCP (ລວມທັງຕຳແໜ່ງ/ໜ້າວຽກ) ໃສ່ແຖວ 76 ແລະ ແຖວ 17.

ຊື່ _____ ຕຳແໜ່ງ/ໜ້າວຽກ _____ ວັນທີ _____

- 18. ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຮັບຊື່ທີ່ຂຽນດ້ວຍຕົວອັກສອນໃຫຍ່, ລາຍເຊັນ, ຕຳແໜ່ງ (ຖ້າກ່ຽວຂ້ອງ) ທີ່ເໝາະສົມ ແລະ ວັນທີສຳລັບຜູ້ສະໝັກ EWC ລາຍນີ້ ເພື່ອເລີ່ມກຳນົດການມີສິດໃນໂຄງການ ແລະ ການຍືນຍອມເພື່ອຮັບການບໍລິການທາງຄລີນິກຂອງ EWC. ສິ່ງດັ່ງກ່າວແມ່ນມີລາຍເຊັນ ແລະ ວັນທີທີ່ລະບຸຢູ່ແຖວ 76, 77 ແລະ 78 (ໜ້າ 6).
- 19. PCP ຂອງ EWC ເຊັນ ແລະ ລົງວັນທີໃສ່ແບບຟອມ DHCS 8699 ນີ້ເພື່ອຍືນຍອມການມີສິດ (ໜ້າ 12 ຈາກທັງໝົດ 14 ໜ້າ).

ລາຍເຊັນຂອງ PCP/ພະນັກງານ _____ ວັນທີ _____

- 20. ເກັບ ແລະ ຮັກສາສຳເນົາຄຳຮ້ອງໃນແຜ່ນການແພດຂອງຜູ້ສະໝັກ/ຜູ້ເຂົ້າຮ່ວມໂຄງການ EWC.

ໂຄງການ Every Woman Counts – ຄຳຮ້ອງລົງທະບຽນຮັບຜົນປະໂຫຍດ

ຂໍ້ມູນຜູ້ສະໝັກໂຄງການ EWC

1. ໝາຍໃສ່ຫ້ອງນີ້ ຖ້າທ່ານໄດ້ຂຽນຊື່ (ຊື່, ຕົວອັກສອນຫຍໍ້ຊື່ກາງ, ນາມສະກຸນ) ຂອງຜູ້ສະໝັກ EWC ແລ້ວ.
2. ໝາຍໃສ່ຫ້ອງນີ້ ຖ້າທ່ານໄດ້ຂຽນເລກບັນທຶກທາງການແພດຂອງຜູ້ສະໝັກ EWC ແລ້ວ.
3. ໝາຍໃສ່ຫ້ອງນີ້ ຖ້າທ່ານໄດ້ຂຽນ ID ຜູ້ຮັບບໍລິການທີ່ໄດ້ມອບໝາຍໃຫ້ຜູ້ສະໝັກ EWC ແລ້ວ.
4. ໝາຍໃສ່ຫ້ອງນີ້ ຖ້າຜູ້ສະໝັກ EWC ອາໄສຢູ່ໃນລັດ California.
5. ໝາຍໃສ່ຫ້ອງນີ້ ຖ້າລາຍໄດ້ຂອງຄອບຄົວ/ຄົວເຮືອນຂອງຜູ້ສະໝັກ EWC ຢູ່ທີ່ ຫຼື ຕໍ່າກວ່າ 200 ເປີເຊັນຂອງອັດຕາທີ່ຢູ່ໃນຄຳແນະນຳກ່ຽວກັບຄວາມທຸກຍາກຂອງລັດຖະບານກາງ. ສິ່ງດັ່ງກ່າວນີ້ແມ່ນອີງໃສ່ຈຳນວນຄົນໃນຄອບຄົວ/ຄົວເຮືອນ. ການບໍລິການສຸຂະພາບ ແລະ ມະນຸດໃນບັດຈຸບັນ ແລະ ຄຳແນະນຳກ່ຽວກັບຄວາມທຸກຍາກຂອງລັດຖະບານກາງແມ່ນມີຢູ່ໃນເວັບໄຊຂອງ EWC: <https://dhcs.ca.gov/EWC>
6. ໝາຍໃສ່ຫ້ອງນີ້ ຖ້າຜູ້ສະໝັກບໍ່ມີປະກັນໄພ (ບໍ່ມີປະກັນສຸຂະພາບ).
7. ໝາຍໃສ່ຫ້ອງນີ້ ຖ້າຜູ້ສະໝັກ EWC ບໍ່ມີປະກັນໄພ, ມີປະກັນສຸຂະພາບ ຫຼື ມີກົມມະທັນເບິ່ງແຍງສຸຂະພາບ ແຕ່ບໍ່ສາມາດແບ່ງຈ່າຍໄດ້, ເງິນບ້ວງສ່ວນທຳອິດ ແລະ/ຫຼື ຈ່າຍຮ່ວມ.
8. ໝາຍໃສ່ຫ້ອງນີ້ ຖ້າຜູ້ສະໝັກ EWC ມີອາການມະເຮັງເຕົານົມ ແລະ ຕ້ອງການການບໍລິການບັງມະຕິ.
9. ໃຫ້ໝາຍໃສ່ຫ້ອງນີ້ EWC ມີອາຍຸ 21 ປີຂຶ້ນໄປ ແລະ ຕ້ອງການການບໍລິການກວດ ແລະ ບັງມະຕິມະເຮັງປາກມົດລູກ. ຫຼື ຜູ້ສະໝັກ EWC ມີອາຍຸ 40 ປີຂຶ້ນໄປ ແລະ ຕ້ອງການການບໍລິການກວດ ແລະ ບັງມະຕິມະເຮັງເຕົານົມ.
10. ໝາຍໃສ່ຫ້ອງນີ້ ຖ້າທ່ານໄດ້ເອົາແຈ້ງການວ່າດ້ວຍການປະຕິບັດຕໍ່ຄວາມເປັນສ່ວນຕົວຂອງ DHCS ໃຫ້ຜູ້ສະໝັກແລ້ວ.
11. ໝາຍໃສ່ຫ້ອງນີ້ ຖ້າທ່ານໄດ້ເອົາຄຳຖະແຫຼງຕໍ່ແຈ້ງການວ່າດ້ວຍການປະຕິບັດຕໍ່ຄວາມເປັນສ່ວນຕົວ, ເອກະສານກວດສອບລະດັບທຳອິດ ແລະ ສິດໃນການພິຈາລະນາຢ່າງເປັນທາງການ ແລະ ແຈ້ງການວ່າດ້ວຍການບໍ່ເລືອກປະຕິບັດ ໃຫ້ຜູ້ສະໝັກ EWC ແລ້ວ.
12. ໝາຍໃສ່ຫ້ອງນີ້ ຖ້າທ່ານໄດ້ເອົາຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບວິທີຮັບປະກັນໄພເບິ່ງແຍງສຸຂະພາບທີ່ຟຣີ ແລະ ລາຄາຖືກ ໃຫ້ແກ່ຜູ້ສະໝັກ EWC ແລ້ວ.
13. ໝາຍໃສ່ຫ້ອງນີ້ ຖ້າຜູ້ສະໝັກ EWC ມີເງື່ອນໄຂທັງໝົດໃນການມີສິດໃນໂຄງການ EWC.
14. ໝາຍໃສ່ຫ້ອງນີ້ ຖ້າຜູ້ສະໝັກ EWC ບໍ່ມີເງື່ອນໄຂທັງໝົດໃນການມີສິດໃນໂຄງການ EWC.
 - a. ແນະນຳຜູ້ສະໝັກ EWC ຖ້າເຂົາເຈົ້າບໍ່ມີສິດຮັບການບໍລິການທີ່ຄຸ້ມຄອງໂດຍໂຄງການ EWC ແລະ ແນະນຳວ່າເຂົາເຈົ້າສາມາດອຸທອນຄຳຕັດສິນໄດ້.
15. ໝາຍໃສ່ຫ້ອງນີ້ ຖ້າຜູ້ສະໝັກມີສິດສຳລັບໂຄງການ EWC, ໝາຍໃສ່ຫ້ອງນີ້ ຖ້າ PCP ໄດ້ປຶກສາກ່ຽວກັບການສູບຢາກັບຜູ້ສະໝັກແລ້ວ.
16. ໝາຍໃສ່ຫ້ອງນີ້ ຖ້າທ່ານໄດ້ລົງຊື່ຂອງທ່ານ ແລະ ລົງວັນທີຂອງມື້ນີ້ແລ້ວ. ພິມຊື່ຕັ້ງມາຂອງທ່ານໃສ່ແຖວຕໍ່ໄປ.
17. ໝາຍໃສ່ຫ້ອງນີ້ ຖ້າທ່ານໄດ້ຮັບເອົາລາຍເຊັນ, ຂໍ້ມູນ ແລະ ການຍິນຍອມຈາກຜູ້ຮັບບໍລິການທີ່ເໝາະສົມ EWC ມີສິດໃນການລົງທະບຽນເຂົ້າຮ່ວມໃນໂຄງການ EWC ແລະ ໄດ້ຮັບການບໍລິການທີ່ໂຄງການຄຸ້ມຄອງແລ້ວ.
18. ໝາຍໃສ່ຫ້ອງນີ້ເພື່ອບົ່ງບອກວ່າ ທ່ານໄດ້ຮັບເອົາລາຍເຊັນ, ວັນທີ, ຕຳແໜ່ງ (ຖ້າກ່ຽວຂ້ອງ) ແລະ ການຍິນຍອມຈາກຜູ້ສະໝັກ EWC ແລ້ວ. ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ສະໝັກ EWC ແລະ ວັນທີຕ້ອງມີການສະໜອງ ແລະ ບັນທຶກດ້ວຍຕົວເອງຜ່ານທາງວາຈາ ຫຼື ອີເລັກໂທຣນິກໂດຍຜູ້ສະໝັກ ຫຼື EWC ຕາມທີ່ໄດ້ລະບຸໃນແຖວ 76 ແລະ 77 (ໜ້າ 6).

ໂຄງການ Every Woman Counts – ຄຳຮ້ອງລົງທະບຽນຮັບຜົນປະໂຫຍດ

19. ໝາຍໃສ່ຫ້ອງນີ້ ຖ້າທ່ານໄດ້ເອົາລາຍເຊັນຂອງ PCP/ພະນັກງານ ແລະ ວັນທີໃສ່ (ໜ້າ 12 ຈາກທັງໝົດ 14 ໜ້າ) ແລ້ວ.
20. ໝາຍໃສ່ຫ້ອງນີ້ ຖ້າທ່ານໄດ້ເກັບມ້ຽນ ແລະ ຮັກສາສຳເນົາຄຳຮ້ອງສະບັບນີ້ໄວ້ໃນແຜ່ນການແພດຜູ້ສະໝັກ EWC ແລ້ວ.