

Cuestionario de Idioma/Etnicidad

El Ventura County Health Care Plan (VCHCP) es obligado por el Código de Salud y Seguridad de California de estudiar nuestra población inscrita para identificar las necesidades lingüísticas. En un esfuerzo para ofrecerle el servicio excepcional que usted ha llegado a esperar del VCHCP, le agradeceríamos su asistencia en dejarnos saber la preferencia de idioma de usted y de sus dependientes.

Por favor tome un momento para completar y devolver este cuestionario. Si es necesario, use una forma adicional para dependientes adicionales.

Nombre del suscriptor: _____		# de identificación del VCHCP: _____	
1. ¿En qué idioma prefieres hablar? (Por favor elija sólo una.)			
<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> Tagalo	<input type="checkbox"/> Coreano
		<input type="checkbox"/> Otro: _____	
2. Por favor especifique su etnicidad (opcional)			
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Hispano	<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Asiático
		<input type="checkbox"/> Otro: _____	
Nombre de usuario: _____			
Relación con el suscriptor: _____		(i.e. Cónyuge, dependiente)	
1. ¿En qué idioma prefieres hablar? (Por favor elija sólo una.)			
<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> Tagalo	<input type="checkbox"/> Coreano
		<input type="checkbox"/> Otro: _____	
2. Por favor especifique su etnicidad (opcional)			
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Hispano	<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Asiático
		<input type="checkbox"/> Otro: _____	
Nombre de usuario: _____			
Relación con el suscriptor: _____		(i.e. Cónyuge, dependiente)	
1. ¿En qué idioma prefieres hablar? (Por favor elija sólo una.)			
<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> Tagalo	<input type="checkbox"/> Coreano
		<input type="checkbox"/> Otro: _____	
2. Por favor especifique su etnicidad (opcional)			
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Hispano	<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Asiático
		<input type="checkbox"/> Otro: _____	
Nombre de usuario: _____			
Relación con el suscriptor: _____		(i.e. Cónyuge, dependiente)	
1. ¿En qué idioma prefieres hablar? (Por favor elija sólo una.)			
<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> Tagalo	<input type="checkbox"/> Coreano
		<input type="checkbox"/> Otro: _____	
2. Por favor especifique su etnicidad (opcional)			
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Hispano	<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Asiático
		<input type="checkbox"/> Otro: _____	

Recuerde, llame al VCHCP al (805) 981-5050 o (800) 600-8247 para asistencia en comunicarse en otro idioma. TDD/TTY para las personas con deficiencia auditiva al (800) 735-2929 para comunicarse en Inglés o al (800) 855-3000 para comunicarse en Español.

Por favor envíe el formulario completo a Servicios para Miembros de VCHCP por correo, fax o por correo electrónico: VCHCP.Memberservices@ventura.org