



VENTURA COUNTY  
HEALTH CARE PLAN

**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.

**Nombre de miembro(s):** \_\_\_\_\_

**Relación al afiliado:** \_\_\_\_\_

**Número de Identificación del miembro de VCHCP:** \_\_\_\_\_

**1. ¿Qué idioma prefiere hablar? (Por favor, elija sólo uno.)**

- Árabe       Armenio       Cantonés       Inglés       Farsi       Hmong
- Khmer       Coreano       Mandarín       Ruso       Lengua de señas
- Español       Tagalo       Vietnamita       Otro: \_\_\_\_\_

**2. Por favor, especifique su origen étnico (Opcional)**

- Blanco / Caucásico
- Hispano / Latino
- Negro / Afroamericano
- Asiático / Islas del Pacífico
- Nativo Americano / Indio Americano
- Otro: \_\_\_\_\_
- Prefiero no especificar

**Por favor llame a Servicios para Miembros, o envíe este formulario por fax o correo a:**

**Ventura County Health Care Plan  
2220 E. Gonzales Road, Suite 210-B  
Oxnard, CA 93036  
Teléfono: (805) 981-5050 o (800) 600-8247  
Fax: (805) 981-5051**

Si usted o su representante prefiere comunicarse en otro idioma que no sea el Inglés, llame al (805) 981-5050 o (800) 600-8247; (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) para contactarse con uno de nuestros representantes de Atención al Afiliado.