



Cuestionario de Idioma y Raza/Etnicidad

El Ventura County Health Care Plan (VCHCP) es obligado por el Department of Managed Health Care 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 y raza/etnicidad (opcional) de usted y de sus dependientes. Si es necesario, use una forma adicional para dependientes adicionales.

Nombre del suscriptor: _____		# de identificación del VCHCP: _____	
1. Preferencia de lenguaje hablado : <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Tagalo <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Otro: _____			
Preferencia de lenguaje escrito : <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Tagalo <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Otro: _____			
2. Por favor especifique su etnicidad (opcional) <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Declinar			
3. Por favor especifique su raza (opcional) – Elija uno o más.			
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Indígena Americano/Nativo de Alaska
<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o otro Isleño del Pacífico	<input type="checkbox"/> Declinar	<input type="checkbox"/> Otro: _____	

Nombre de usuario: _____		Relación con el suscriptor: _____ (i.e. Cónyuge, dependiente)	
1. Preferencia de lenguaje hablado : <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Tagalo <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Otro: _____			
Preferencia de lenguaje escrito : <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Tagalo <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Otro: _____			
2. Por favor especifique su etnicidad (opcional) <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Declinar			
3. Por favor especifique su raza (opcional) – Elija uno o más.			
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Indígena Americano/Nativo de Alaska
<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o otro Isleño del Pacífico	<input type="checkbox"/> Declinar	<input type="checkbox"/> Otro: _____	

Nombre de usuario: _____		Relación con el suscriptor: _____ (i.e. Cónyuge, dependiente)	
1. Preferencia de lenguaje hablado : <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Tagalo <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Otro: _____			
Preferencia de lenguaje escrito : <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Tagalo <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Otro: _____			
2. Por favor especifique su etnicidad (opcional) <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Declinar			
3. Por favor especifique su raza (opcional) – Elija uno o más.			
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Indígena Americano/Nativo de Alaska
<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o otro Isleño del Pacífico	<input type="checkbox"/> Declinar	<input type="checkbox"/> Otro: _____	

Nombre de usuario: _____		Relación con el suscriptor: _____ (i.e. Cónyuge, dependiente)	
1. Preferencia de lenguaje hablado : <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Tagalo <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Otro: _____			
Preferencia de lenguaje escrito : <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Tagalo <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Otro: _____			
2. Por favor especifique su etnicidad (opcional) <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Declinar			
3. Por favor especifique su raza (opcional) – Elija uno o más.			
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Indígena Americano/Nativo de Alaska
<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o otro Isleño del Pacífico	<input type="checkbox"/> Declinar	<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