

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.

Si es necesario, use una forma adicional para dependientes adicionales.

Nombre del suscriptor: _____					# de identificación del VCHCP: _____				
1. Preferencia de lenguaje <u>hablado</u>: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Tagalo ☐ Coreano ☐ Otro: _____									
Preferencia de lenguaje <u>escrito</u>: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Tagalo ☐ Coreano ☐ Otro: _____									
2. Por favor especifique su etnicidad (opcional)									
☐ Blanco ☐ Hispano ☐ Negro ☐ Asiático ☐ Otro: _____									

Nombre de usuario: _____									
Relación con el suscriptor: _____ (i.e. Cónyuge, dependiente)									
1. Preferencia de lenguaje <u>hablado</u>: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Tagalo ☐ Coreano ☐ Otro: _____									
Preferencia de lenguaje <u>escrito</u>: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Tagalo ☐ Coreano ☐ Otro: _____									
2. Por favor especifique su etnicidad (opcional)									
☐ Blanco ☐ Hispano ☐ Negro ☐ Asiático ☐ Otro: _____									

Nombre de usuario: _____									
Relación con el suscriptor: _____ (i.e. Cónyuge, dependiente)									
1. Preferencia de lenguaje <u>hablado</u>: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Tagalo ☐ Coreano ☐ Otro: _____									
Preferencia de lenguaje <u>escrito</u>: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Tagalo ☐ Coreano ☐ Otro: _____									
2. Por favor especifique su etnicidad (opcional)									
☐ Blanco ☐ Hispano ☐ Negro ☐ Asiático ☐ Otro: _____									

Nombre de usuario: _____									
Relación con el suscriptor: _____ (i.e. Cónyuge, dependiente)									
1. Preferencia de lenguaje <u>hablado</u>: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Tagalo ☐ Coreano ☐ Otro: _____									
Preferencia de lenguaje <u>escrito</u>: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Tagalo ☐ Coreano ☐ Otro: _____									
2. Por favor especifique su etnicidad (opcional)									
☐ Blanco ☐ Hispano ☐ Negro ☐ Asiático ☐ 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