

생식계 건강 프로그램 가입 양식

생식계 건강(RH) 프로그램에서는 생식계 건강과 관련된 피임 및 의료 서비스 비용을 부담합니다. 저희는 비차별 기관입니다. 따라서 국적, 이민자 신분, 입국 기록, 성 정체성 등에 관계 없이 서비스를 받을 수 있습니다. 이 양식을 작성하여 주시면 귀하에게 무료 서비스를 받을 자격이 있는지 결정하는데 도움이 됩니다. 이 정보는 최대한 비밀이 보장됩니다.

양식을 작성할 때 질문이 있다면 임상 담당자에게 도움을 요청해 주십시오.

1	성:	이름:	중간 이름:
2	오리건주 주소:	시:	우편번호:
3	생년월일:	나이:	선택 항목: 귀하가 생각하는 현재 귀하의 성별은 무엇입니까? <input type="checkbox"/> 여성 <input type="checkbox"/> 남성

4	45 세 이상일 경우, 폐경기가 지났습니까? (지난 12 개월 동안 무월경 상태) <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 해당 사항 없음
5	6 개월 이상 불임 시술을 받은 적이 있었습니까? (여기에는 여성 불임 시술, 자궁 절제술 또는 정관 절제 수술이 포함됩니다.) <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
질문 4 또는 5에 대해 예로 답변한 경우, 답변을 중단하고 임상 담당자와 상담해 주십시오.	

질문 6 과 7 은 귀하의 서비스 비용 지불 방법을 결정하는 데에만 사용됩니다. 다음 두 가지 질문에 대한 답변 내용에 관계 없이 무료 서비스를 받을 수 있습니다.

6	질문과 관련된 도움말은 국적 및 이민자 신분 차트를 참조해 주십시오. 귀하는 다음을 소지하고 계십니까? <input type="checkbox"/> 미국 시민권 또는 시민 자격 <input type="checkbox"/> 합법적인 이민자 신분 <input type="checkbox"/> 기타 이민자 신분
7	소지하고 있다면 사회보장번호(SSN)가 있어야 합니다. 귀하는 SSN 이 있습니까? <input type="checkbox"/> 예. 여기에 번호를 기입: _____ <input type="checkbox"/> 있지만 번호를 모름 <input type="checkbox"/> 아니요

생식계 건강 프로그램 가입 양식

8	귀하는 현재 오리건 건강 보험(OHP)에 가입되어 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 가입되어 있지만 응급처치 또는 임신에 관해서만 해당(CAWEM 또는 CAWEM Plus) <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 모름
9	귀하는 다른 건강보험에 가입되어 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
10	보험이 있다면, 오늘 귀하가 이용한 서비스에 대해 동거인, 배우자 또는 부모가 알게 될까봐 걱정이 되십니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 가입된 보험이 없음

11	<p><u>세금 신고를 기준으로 한 가족 인원(아래에서 한 곳만 작성해 주십시오):</u></p> <p>직접 세금 신고를 하는 경우: 세금 신고서에 포함된 전체 인원수를 적어 주십시오. 본인, 배우자, 자녀, 기타 피부양자를 포함시켜 주십시오.</p> <p style="text-align: center;">또는</p> <p>다른 사람의 세금 보고서에 귀하가 포함된 경우: 신고자가 세금 신고서에 열거한 전체 인원수를 기입해 주십시오. 본인을 포함시켜 주십시오.</p> <p style="text-align: center;">또는</p> <p>세금 신고를 하지 않으며 다른 사람의 세금 신고서에도 본인이 포함되지 않은 경우: 1 을 기입해 주십시오.</p>	_____ _____ _____
----	---	---------------------------------

12	<p><u>세전 소득(본인의 소득만 포함):</u> <u>이번 달</u></p> <p>근로 소득. 이번 달에 제세금 또는 기타 공제 금액을 공제하기 전 근로 소득 금액을 기재해 주십시오. 자영업일 경우, 순소득을 기입해 주십시오.</p> <p style="text-align: center;">및</p> <p>기타 소득. 이번 달에 근로 소득 이외의 소득으로 판단되는 금액을 기재해 주십시오. 실업수당, 봉사료 및 이혼 수당을 포함시키도록 하십시오. 자녀 양육비, 재향군인 보조금 또는 생활 보조금(SSI)은 포함시키지 않도록 하십시오.</p> <p style="text-align: right;">총</p>	_____ _____ _____
----	--	---------------------------------

13	오늘 유권자 등록을 하시겠습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 해당 사항 없음
----	--



생식계 건강 프로그램
가입 양식

사회보장번호(SSN)의 사용

연방법(아래에 인용)에 따라 의료 혜택을 신청하는 개인은 SSN 이 있을 경우 SSN 을 반드시 제공해야 합니다. RH 프로그램 가입 양식에 본인의 SSN 을 기입함으로써 귀하는 사회 복지부(DHS) 또는 오리건 건강국(OHA)이 다음의 목적으로 이 번호를 사용하는 것을 허락하게 됩니다.

- 혜택에 대한 신청자의 자격 결정. 귀하의 SSN 을 사용하여 가입 양식에 기입한 귀하의 소득 및 재산이 올바른지 확인할 것입니다. 이 정보는 다른 주 및 연방 기록과 대조됩니다. 여기에는 국세청(IRS) 세무국(Department of Revenue) 및 Medicaid 가 포함됩니다. 또한 자녀 양육비, 사회보장 수당, 실업 수당 등도 포함됩니다.
- 서비스 품질 평가를 통해 프로그램을 개선하는데 동참해 주십시오.
- 적합한 의료 혜택을 받을 수 있도록 협조해 주십시오.

연방법 - 42 USC 1320b-7(a), 42 CFR 435.910, 42CFR 435.920.

본인은 OHA 의 개인정보 보호정책 고지의 사본을 받을 권리가 있음을 이해합니다.

본인은 OHA 의 공중보건국에게 본인의 신원 및 국적 또는 이민자 신분을 증명할 정보를 제공해야 합니다. 이것은 공중보건국이 본인의 서비스 비용 지급 방법을 결정하기 위한 것입니다. 본인은 이러한 사항을 이해하며 이에 동의합니다.

본인은 RH 프로그램이 보장하지 않는 서비스를 이용할 경우, 본인이 그 비용을 부담해야 할 수 있음을 이해합니다.

위의 정보는 본인이 알고 있는 한 사실이며 정확합니다. 본인은 위증 시 처벌되는 조건 하에 이러한 내용을 선언합니다.

의뢰인 서명:

날짜:

생식계 건강 프로그램 인구통계 양식

귀하의 답변은 서비스 이용자의 인구통계학적 다양성을 이해하는데 도움이 될 것입니다. 또한 모두가 적합한 서비스를 받도록 하는데 도움이 될 것입니다. 귀하의 답변은 비밀이 보장됩니다. 궁금하신 사항은 임상 담당자에게 문의해 주십시오.

1	<p>가족 중에서 영어가 아닌 다른 언어를 사용하는 사람이 있습니까?</p> <p><input type="checkbox"/> 예</p> <p><input type="checkbox"/> 아니요 (질문 3으로 건너뛰기)</p>
2	<p>귀하는 다음 상황에서 저희가 어떤 언어를 사용하기를 원합니까?</p> <p>대화할 때: _____ 서신을 보낼 때: _____</p> <p>(공백으로 둘 경우, 영어로 기재됩니다)</p>
3	<p>저희가 귀하와 의사소통할 때 수화 통역사가 필요하십니까?</p> <p><input type="checkbox"/> 예. 종류(미국 수화(ASL), 피진 수화(PSE), 촉각 통역 등): _____</p> <p><input type="checkbox"/> 아니요</p> <p><input type="checkbox"/> 모름</p> <p><input type="checkbox"/> 거절 또는 답변하고 싶지 않음</p>
4	<p>저희가 귀하와 의사소통할 때 통역사가 필요하십니까?</p> <p><input type="checkbox"/> 예</p> <p><input type="checkbox"/> 아니요</p> <p><input type="checkbox"/> 모름</p> <p><input type="checkbox"/> 거절 또는 답변하고 싶지 않음</p>
5	<p>귀하는 영어를 얼마나 잘하십니까?</p> <p><input type="checkbox"/> 매우 잘함</p> <p><input type="checkbox"/> 잘함</p> <p><input type="checkbox"/> 잘 못함</p> <p><input type="checkbox"/> 전혀 못함</p> <p><input type="checkbox"/> 모름/알 수 없음</p> <p><input type="checkbox"/> 거절 또는 답변하고 싶지 않음</p>
6	<p>대안적 형식의 서면 자료(점자, 큰 글씨 인쇄, 음성 녹음 등)를 원하십니까?</p> <p><input type="checkbox"/> 예. 형식: _____</p> <p><input type="checkbox"/> 아니요</p> <p><input type="checkbox"/> 모름/알 수 없음</p> <p><input type="checkbox"/> 거절 또는 답변하고 싶지 않음</p>

생식계 건강 프로그램
인구통계 양식

7	<p>귀하의 인종, 민족, 소속 부족, 출신국가 또는 조상은 어떻다고 생각하십니까?</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> 거절 또는 답변하고 싶지 않음</p>					
8	<p>귀하의 인종 또는 민족 정체성은 다음 중 무엇입니까? 해당 항목은 모두 선택하십시오.</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="vertical-align: top; width: 33%;"> <p>미국 인디언 또는 알래스카 원주민</p> <p><input type="checkbox"/> 미국 인디언</p> <p><input type="checkbox"/> 알래스카 원주민</p> <p><input type="checkbox"/> 캐나다 이뉴잇, 메티스 또는 퍼스트 네이션</p> <p><input type="checkbox"/> 토착 멕시코인, 중앙 아메리칸 또는 남 아메리칸</p> <p>히스패닉 또는 라틴계/a</p> <p><input type="checkbox"/> 히스패닉 또는 라틴계 멕시코인</p> <p><input type="checkbox"/> 히스패닉 또는 라틴계 중앙 아메리칸</p> <p><input type="checkbox"/> 히스패닉 또는 라틴계 남 아메리칸</p> <p><input type="checkbox"/> 기타 히스패닉 또는 라틴계</p> <p>중동 또는 북아프리카 사람</p> <p><input type="checkbox"/> 중동인</p> <p><input type="checkbox"/> 북 아프리카인</p> </td> <td style="vertical-align: top; width: 33%;"> <p>아시아인</p> <p><input type="checkbox"/> 아시아 인디언</p> <p><input type="checkbox"/> 중국인</p> <p><input type="checkbox"/> 필리핀인/a</p> <p><input type="checkbox"/> 몽족인</p> <p><input type="checkbox"/> 일본인</p> <p><input type="checkbox"/> 한국인</p> <p><input type="checkbox"/> 라오스인</p> <p><input type="checkbox"/> 남아시아인</p> <p><input type="checkbox"/> 베트남인</p> <p><input type="checkbox"/> 기타 아시아인</p> <p>하와이 원주민 또는 태평양 군도인</p> <p><input type="checkbox"/> 하와이 원주민</p> <p><input type="checkbox"/> 괌 또는 차모르 사람</p> <p><input type="checkbox"/> 사모아 사람</p> <p><input type="checkbox"/> 미크로네시아 사람</p> <p><input type="checkbox"/> 통가 사람</p> <p><input type="checkbox"/> 기타 태평양 섬 사람</p> </td> <td style="vertical-align: top; width: 33%;"> <p>흑인 또는 아프리카계 미국인</p> <p><input type="checkbox"/> 아프리카계 미국인</p> <p><input type="checkbox"/> 아프리카인(흑인)</p> <p><input type="checkbox"/> 카리브인(흑인)</p> <p><input type="checkbox"/> 기타 흑인</p> <p>백인</p> <p><input type="checkbox"/> 동부 유럽인(예: 보스니아, 헤르체고비나, 세르비아, 우크라이나)</p> <p><input type="checkbox"/> 슬라브족(예: 알바니아, 아르메니아, 라트비아, 루마니아)</p> <p><input type="checkbox"/> 서부 유럽인</p> <p><input type="checkbox"/> 기타 백인</p> <p>기타 범주</p> <p><input type="checkbox"/> 기타(기입 요망):</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> 모름</p> <p><input type="checkbox"/> 거절 또는 답변하고 싶지 않음</p> </td> </tr> </table>			<p>미국 인디언 또는 알래스카 원주민</p> <p><input type="checkbox"/> 미국 인디언</p> <p><input type="checkbox"/> 알래스카 원주민</p> <p><input type="checkbox"/> 캐나다 이뉴잇, 메티스 또는 퍼스트 네이션</p> <p><input type="checkbox"/> 토착 멕시코인, 중앙 아메리칸 또는 남 아메리칸</p> <p>히스패닉 또는 라틴계/a</p> <p><input type="checkbox"/> 히스패닉 또는 라틴계 멕시코인</p> <p><input type="checkbox"/> 히스패닉 또는 라틴계 중앙 아메리칸</p> <p><input type="checkbox"/> 히스패닉 또는 라틴계 남 아메리칸</p> <p><input type="checkbox"/> 기타 히스패닉 또는 라틴계</p> <p>중동 또는 북아프리카 사람</p> <p><input type="checkbox"/> 중동인</p> <p><input type="checkbox"/> 북 아프리카인</p>	<p>아시아인</p> <p><input type="checkbox"/> 아시아 인디언</p> <p><input type="checkbox"/> 중국인</p> <p><input type="checkbox"/> 필리핀인/a</p> <p><input type="checkbox"/> 몽족인</p> <p><input type="checkbox"/> 일본인</p> <p><input type="checkbox"/> 한국인</p> <p><input type="checkbox"/> 라오스인</p> <p><input type="checkbox"/> 남아시아인</p> <p><input type="checkbox"/> 베트남인</p> <p><input type="checkbox"/> 기타 아시아인</p> <p>하와이 원주민 또는 태평양 군도인</p> <p><input type="checkbox"/> 하와이 원주민</p> <p><input type="checkbox"/> 괌 또는 차모르 사람</p> <p><input type="checkbox"/> 사모아 사람</p> <p><input type="checkbox"/> 미크로네시아 사람</p> <p><input type="checkbox"/> 통가 사람</p> <p><input type="checkbox"/> 기타 태평양 섬 사람</p>	<p>흑인 또는 아프리카계 미국인</p> <p><input type="checkbox"/> 아프리카계 미국인</p> <p><input type="checkbox"/> 아프리카인(흑인)</p> <p><input type="checkbox"/> 카리브인(흑인)</p> <p><input type="checkbox"/> 기타 흑인</p> <p>백인</p> <p><input type="checkbox"/> 동부 유럽인(예: 보스니아, 헤르체고비나, 세르비아, 우크라이나)</p> <p><input type="checkbox"/> 슬라브족(예: 알바니아, 아르메니아, 라트비아, 루마니아)</p> <p><input type="checkbox"/> 서부 유럽인</p> <p><input type="checkbox"/> 기타 백인</p> <p>기타 범주</p> <p><input type="checkbox"/> 기타(기입 요망):</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> 모름</p> <p><input type="checkbox"/> 거절 또는 답변하고 싶지 않음</p>
<p>미국 인디언 또는 알래스카 원주민</p> <p><input type="checkbox"/> 미국 인디언</p> <p><input type="checkbox"/> 알래스카 원주민</p> <p><input type="checkbox"/> 캐나다 이뉴잇, 메티스 또는 퍼스트 네이션</p> <p><input type="checkbox"/> 토착 멕시코인, 중앙 아메리칸 또는 남 아메리칸</p> <p>히스패닉 또는 라틴계/a</p> <p><input type="checkbox"/> 히스패닉 또는 라틴계 멕시코인</p> <p><input type="checkbox"/> 히스패닉 또는 라틴계 중앙 아메리칸</p> <p><input type="checkbox"/> 히스패닉 또는 라틴계 남 아메리칸</p> <p><input type="checkbox"/> 기타 히스패닉 또는 라틴계</p> <p>중동 또는 북아프리카 사람</p> <p><input type="checkbox"/> 중동인</p> <p><input type="checkbox"/> 북 아프리카인</p>	<p>아시아인</p> <p><input type="checkbox"/> 아시아 인디언</p> <p><input type="checkbox"/> 중국인</p> <p><input type="checkbox"/> 필리핀인/a</p> <p><input type="checkbox"/> 몽족인</p> <p><input type="checkbox"/> 일본인</p> <p><input type="checkbox"/> 한국인</p> <p><input type="checkbox"/> 라오스인</p> <p><input type="checkbox"/> 남아시아인</p> <p><input type="checkbox"/> 베트남인</p> <p><input type="checkbox"/> 기타 아시아인</p> <p>하와이 원주민 또는 태평양 군도인</p> <p><input type="checkbox"/> 하와이 원주민</p> <p><input type="checkbox"/> 괌 또는 차모르 사람</p> <p><input type="checkbox"/> 사모아 사람</p> <p><input type="checkbox"/> 미크로네시아 사람</p> <p><input type="checkbox"/> 통가 사람</p> <p><input type="checkbox"/> 기타 태평양 섬 사람</p>	<p>흑인 또는 아프리카계 미국인</p> <p><input type="checkbox"/> 아프리카계 미국인</p> <p><input type="checkbox"/> 아프리카인(흑인)</p> <p><input type="checkbox"/> 카리브인(흑인)</p> <p><input type="checkbox"/> 기타 흑인</p> <p>백인</p> <p><input type="checkbox"/> 동부 유럽인(예: 보스니아, 헤르체고비나, 세르비아, 우크라이나)</p> <p><input type="checkbox"/> 슬라브족(예: 알바니아, 아르메니아, 라트비아, 루마니아)</p> <p><input type="checkbox"/> 서부 유럽인</p> <p><input type="checkbox"/> 기타 백인</p> <p>기타 범주</p> <p><input type="checkbox"/> 기타(기입 요망):</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> 모름</p> <p><input type="checkbox"/> 거절 또는 답변하고 싶지 않음</p>				
9	<p>하나 이상의 범주를 선택한 경우, 기본 인종 또는 민족 정체성으로 생각하는 것이 있습니까?</p> <p><input type="checkbox"/> 예. 귀하의 기본 인종 또는 민족 정체성이라고 생각하시는 것 하나에 동그라미를 해주십시오.</p> <p><input type="checkbox"/> 아니요. 두 가지 이상의 인종 또는 민족 정체성을 가지고 있습니다.</p> <p><input type="checkbox"/> 위에서 하나의 범주만 선택했습니다.</p> <p><input type="checkbox"/> 거절 또는 답변하고 싶지 않음</p>					

Clinic label

생식계 건강 프로그램 인구통계 양식

<p>다음에 대한 답변은 장애나 제한 사항이 있는 다양한 인종에 대해 이해하는데 도움이 될 것입니다.</p>	
10	<p>귀하는 농아이거나 심각한 청각 장애를 갖고 계십니까?</p> <p><input type="checkbox"/> 예. 몇 살 때 그러한 증상이 시작되었습니까? ____ <input type="checkbox"/> 모름</p> <p><input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 거절 또는 답변하고 싶지 않음</p>
11	<p>귀하는 맹인이거나 안경을 착용해도 심각한 시각 장애가 있습니까?</p> <p><input type="checkbox"/> 예. 몇 살 때 그러한 증상이 시작되었습니까? ____ <input type="checkbox"/> 모름</p> <p><input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 거절 또는 답변하고 싶지 않음</p>
12	<p>귀하는 보행 또는 계단을 올라갈 때 심각한 어려움이 있습니까?</p> <p><input type="checkbox"/> 예. 몇 살 때 그러한 증상이 시작되었습니까? ____ <input type="checkbox"/> 모름</p> <p><input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 거절 또는 답변하고 싶지 않음</p>
13	<p>귀하는 옷 입을 때 또는 목욕할 때 어려움이 있습니까?</p> <p><input type="checkbox"/> 예. 몇 살 때 그러한 증상이 시작되었습니까? ____ <input type="checkbox"/> 모름</p> <p><input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 거절 또는 답변하고 싶지 않음</p>
14	<p>신체적, 정신적 또는 정서적 상태 때문에 아래에 행위에 심각한 어려움이 있습니까?</p> <p>A) 집중 또는 기억, 의사 결정을 해야 하는 경우입니까?</p> <p><input type="checkbox"/> 예. 몇 살 때 그러한 증상이 시작되었습니까? ____</p> <p><input type="checkbox"/> 아니요</p> <p><input type="checkbox"/> 모름</p> <p><input type="checkbox"/> 거절 또는 답변하고 싶지 않음</p> <p>B) 병원이나 쇼핑을 가는 등 혼자 심부름을 수행함</p> <p><input type="checkbox"/> 예. 몇 살 때 그러한 증상이 시작되었습니까? ____</p> <p><input type="checkbox"/> 아니요</p> <p><input type="checkbox"/> 모름</p> <p><input type="checkbox"/> 거절 또는 답변하고 싶지 않음</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>그러한 경우, 의학적 의사결정을 내리는데 심각한 어려움이 있습니까?</p> <p><input type="checkbox"/> 예</p> <p><input type="checkbox"/> 아니요</p> <p><input type="checkbox"/> 모름</p> <p><input type="checkbox"/> 거절/답변하고 싶지 않음</p> <p>의학적 의사결정을 내리는데 심각한 어려움이 있을 경우, 의료 서비스 제공자와 상담해 주십시오.</p> </div>
15	<p>신체적, 정신적 또는 정서적 문제가 어떤 식으로든 귀하의 활동을 제한합니까?</p> <p><input type="checkbox"/> 예. 몇 살 때 그러한 증상이 시작되었습니까? ____ <input type="checkbox"/> 모름</p> <p><input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 거절 또는 답변하고 싶지 않음</p>

For Clinic Staff Only

Agency #:	Clinic #:	Date:						
Staff name:		Client's RH program #:						
Client's income is _____ % of the Federal Poverty Level (FPL).								
Offered OHA Notice of Privacy Practices.		<input type="checkbox"/> Yes						
Explained services covered by the RH Program. Also discussed payment options for services not covered by the RH Program.		<input type="checkbox"/> Yes						
Gave information on where to access primary care services.		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Not needed						
Gave health insurance enrollment information.		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Not needed						
Only complete if client claimed U.S. citizenship, U.S. national status, or eligible immigration status								
Provided a voter registration card. Offered assistance completing and submitting the form.		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Not needed						
Citizenship or Immigration Status, and Identity Verification <i>If the client claimed another immigration status no documentation is required.</i>								
<u>U.S. citizenship or U.S. national status</u>								
<input type="checkbox"/> Client provided proof of U.S. citizenship or U.S. national status. A photocopy or scan of the original is placed in the client's chart or birth certificate number is entered into the RH Program Eligibility Database. OR <input type="checkbox"/> Electronic verification by the state is requested. OR <input type="checkbox"/> Client's citizenship is already verified in the RH Program Eligibility Database.								
<u>Eligible immigration status</u>								
<input type="checkbox"/> Client provided proof of eligible immigration status. A photocopy or scan of the original will be sent to the state for electronic verification. OR <input type="checkbox"/> Electronic verification by the state is requested. The client provided the following information, as applicable and it is entered into the Eligibility Database: <table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td style="width:40%; border-bottom: 1px solid black;">Immigration document type</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Alien or USCIS number or I-94 number</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Expiration date</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Card number or Passport number</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Country of issuance or SEVIS ID: _____</td> </tr> </table> OR <input type="checkbox"/> Client's immigration status is already verified in the RH Program Eligibility Database.			Immigration document type	Alien or USCIS number or I-94 number	Expiration date	Card number or Passport number	Country of issuance or SEVIS ID: _____	
Immigration document type	Alien or USCIS number or I-94 number							
Expiration date	Card number or Passport number							
Country of issuance or SEVIS ID: _____								
<u>Identity</u>								
<input type="checkbox"/> Client provided proof of identity. A photocopy or scan of the original is placed in the client's chart.								