

Cigna Healthcare Language Assistance Survey.

At Cigna Healthcare, we want to provide you with the highest quality of service. We also want to make sure that you understand and can get all your covered benefits and services. That's why we're asking you to tell us your preferred language(s) and your race/ethnicity. This survey is voluntary and the information you share with us is confidential.

Important information about free language assistance for members who live in California and members who live outside of California and who are covered under a policy issued in California.

If you prefer to speak or read a language other than English, you can request free language assistance services.

You can:

- Get an interpreter in any language when you call Cigna Healthcare or when you visit a doctor, dentist, hospital or other health care provider for services.
- Get a written translation in Spanish or Traditional Chinese of vital documents that impact your coverage.
- Get help with free language assistance starting January 1, 2009 by simply calling the toll-free number listed on your ID card when you receive it or your customer service phone number.

What You Need To Do To Complete The Survey:

Please fill in the information requested on the next few pages. Be sure to:

1. Check the boxes next to the language(s) you prefer to speak and read.
2. Check the boxes next to race and ethnicity or write the information in under "other." If you do not wish to provide the information, check "I do not want to say."
3. Complete the form for you and each person who is covered by your benefit plan.
4. Mail back this survey to:
CALAP-CHC
Cigna Healthcare
PO Box 182223
Chattanooga, TN 37422

Thank you for providing this information so we can serve you better.

Survey

Please fill out this form for you (the person who signed up for the Cigna Healthcare benefit plan) and each dependent (those in your family who also are covered by your health benefits).

INFORMATION ABOUT YOU

Your Name:

Date of Birth:

Member ID# (if known)

Address:

Phone Number:

Preferred Spoken Language

English Spanish Cantonese Mandarin Vietnamese Korean Other (please list):

I do not want to say

Preferred Written Language

English Spanish Traditional Chinese Vietnamese Korean Other (please list):

I do not want to say

Primary Race and/or Ethnic Background

American Indian or Alaskan Native Asian: Asian Indian Thai Chinese Laotian Vietnamese Cambodian Hmong Filipino Japanese Korean	Black or African American: African American African Hispanic or Latino/a: Central American Cuban Mexican Puerto Rican Mexican American Indian South American	Native Hawaiian or Other Pacific Islander: Native Hawaiian Samoan Guamanian White/Caucasian: Arab European Middle East & North African Other Do not want to say
--	---	---

Other Race and/or Background (Complete only if your mother and father were two different races or ethnic backgrounds)

American Indian or Alaskan Native Asian: Asian Indian Thai Chinese Laotian Vietnamese Cambodian Hmong Filipino Japanese Korean	Black or African American: African American African Hispanic or Latino/a: Central American Cuban Mexican Puerto Rican Mexican American Indian South American	Native Hawaiian or Other Pacific Islander: Native Hawaiian Samoan Guamanian White/Caucasian: Arab European Middle East & North African Other Do not want to say
--	---	---

INFORMATION ABOUT OTHERS IN YOUR FAMILY COVERED BY YOUR Cigna Healthcare HEALTH BENEFITS

If more than three people are covered, make copies of this page and fill one out for each additional person.

Dependent #1 – Your Name:

Date of Birth:

Member ID# (if known)

Address (if different from yours):

Phone Number

(if different from yours):

Preferred Spoken Language: English Spanish Cantonese Mandarin Vietnamese Korean

Other (please list): I do not want to say

Preferred Written Language: English Spanish Traditional Chinese Vietnamese Korean

Other (please list): I do not want to say

Primary Race and/or Ethnic Background

American Indian or Alaskan Native Asian: Asian Indian Thai Chinese Laotian Vietnamese Cambodian Hmong Filipino Japanese Korean	Black or African American: African American African Hispanic or Latino/a: Central American Cuban Mexican Puerto Rican Mexican American Indian South American	Native Hawaiian or Other Pacific Islander: Native Hawaiian Samoan Guamanian White/Caucasian: Arab European Middle East & North African Other Do not want to say
---	---	--

Other Race and/or Background (Complete only if your mother and father were two different races or ethnic backgrounds)

American Indian or Alaskan Native Asian: Asian Indian Thai Chinese Laotian Vietnamese Cambodian Hmong Filipino Japanese Korean	Black or African American: African American African Hispanic or Latino/a: Central American Cuban Mexican Puerto Rican Mexican American Indian South American	Native Hawaiian or Other Pacific Islander: Native Hawaiian Samoan Guamanian White/Caucasian: Arab European Middle East & North African Other Do not want to say
---	---	--

If more than three people are covered, make copies of this page and fill one out for each additional person.

Dependent #2 – Your Name:

Date of Birth:

Member ID# (if known)

Address (if different from yours):

Phone Number

(if different from yours):

Preferred Spoken Language: English Spanish Cantonese Mandarin Vietnamese Korean

Other (please list): I do not want to say

Preferred Written Language: English Spanish Traditional Chinese Vietnamese Korean

Other (please list): I do not want to say

Primary Race and/or Ethnic Background

American Indian or Alaskan Native Asian: Asian Indian Thai Chinese Laotian Vietnamese Cambodian Hmong Filipino Japanese Korean	Black or African American: African American African Hispanic or Latino/a: Central American Cuban Mexican Puerto Rican Mexican American Indian South American	Native Hawaiian or Other Pacific Islander: Native Hawaiian Samoan Guamanian White/Caucasian: Arab European Middle East & North African Other Do not want to say
---	---	--

Other Race and/or Background (Complete only if your mother and father were two different races or ethnic backgrounds)

American Indian or Alaskan Native Asian: Asian Indian Thai Chinese Laotian Vietnamese Cambodian Hmong Filipino Japanese Korean	Black or African American: African American African Hispanic or Latino/a: Central American Cuban Mexican Puerto Rican Mexican American Indian South American	Native Hawaiian or Other Pacific Islander: Native Hawaiian Samoan Guamanian White/Caucasian: Arab European Middle East & North African Other Do not want to say
---	---	--

If more than three people are covered, make copies of this page and fill one out for each additional person.

Dependent #3 – Your Name:

Date of Birth:

Member ID# (if known)

Address (if different from yours):

Phone Number

(if different from yours):

Preferred Spoken Language: English Spanish Cantonese Mandarin Vietnamese Korean

Other (please list): I do not want to say

Preferred Written Language: English Spanish Traditional Chinese Vietnamese Korean

Other (please list): I do not want to say

Primary Race and/or Ethnic Background

American Indian or Alaskan Native Asian: Asian Indian Thai Chinese Laotian Vietnamese Cambodian Hmong Filipino Japanese Korean	Black or African American: African American African Hispanic or Latino/a: Central American Cuban Mexican Puerto Rican Mexican American Indian South American	Native Hawaiian or Other Pacific Islander: Native Hawaiian Samoan Guamanian White/Caucasian: Arab European Middle East & North African Other Do not want to say
---	---	--

Other Race and/or Background (Complete only if your mother and father were two different races or ethnic backgrounds)

American Indian or Alaskan Native Asian: Asian Indian Thai Chinese Laotian Vietnamese Cambodian Hmong Filipino Japanese Korean	Black or African American: African American African Hispanic or Latino/a: Central American Cuban Mexican Puerto Rican Mexican American Indian South American	Native Hawaiian or Other Pacific Islander: Native Hawaiian Samoan Guamanian White/Caucasian: Arab European Middle East & North African Other Do not want to say
---	---	--

Encuesta sobre asistencia lingüística de Cigna Healthcare

En Cigna Healthcare, queremos brindarle el servicio de la más alta calidad. También queremos asegurarnos de que comprenda y pueda acceder a todos los beneficios y servicios cubiertos. Es por eso que le pedimos que nos indique sus idiomas preferidos y su raza o etnia. Esta encuesta es voluntaria y la información que comparta con nosotros es confidencial.

Información importante sobre asistencia lingüística gratuita para miembros que vivan en California y miembros que vivan fuera de California y que estén cubiertos por una póliza emitida en California.

Si prefiere hablar o leer en un idioma distinto al inglés, puede solicitar servicios gratuitos de asistencia lingüística.

Puede hacer lo siguiente:

- Obtener un intérprete en cualquier idioma cuando llame a Cigna Healthcare o cuando visite a un médico, dentista, hospital u otro proveedor de cuidado de la salud para recibir servicios.
- Acceder a una traducción escrita en español o chino tradicional de documentos vitales que afecten a su cobertura.
- Obtener ayuda con la asistencia lingüística gratuita a partir del 1.º de enero de 2009 simplemente llamando al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación cuando la reciba o a su número de teléfono de Servicio al Cliente.

Lo que debe hacer para completar la encuesta:

Complete la información solicitada en las páginas siguientes. Haga lo siguiente:

1. Marque las casillas junto a los idiomas que prefiere hablar y leer.
2. Marque las casillas junto a raza y etnia, o escriba la información en "otro". Si no desea brindar la información, marque "No quiero decirlo".
3. Complete el formulario por usted y cada persona cubierta por su plan de beneficios.
4. Envíe esta encuesta por correo a:
CALAP-CHC
Cigna Healthcare
PO Box 182223
Chattanooga, TN 37422

Gracias por brindar esta información para que podamos brindarle un mejor servicio.

Encuesta

Complete este formulario por usted (la persona que se registró en el plan de beneficios de Cigna Healthcare) y cada dependiente (aquellos en su familia que también están cubiertos por sus beneficios de salud).

INFORMACIÓN ACERCA DE USTED

Su nombre:

Fecha de nacimiento:

N.º de ID de miembro (si se conoce)

Dirección:

Número de teléfono:

Idioma hablado preferido

Inglés español cantonés mandarín vietnamita coreano Otros (indique):

No quiero decirlo

Idioma escrito preferido

Inglés español chino tradicional vietnamita coreano Otros (indique):

No quiero decirlo

Raza principal y/u origen étnico

Indio americano o nativo de Alaska Asiático: Indio asiático tailandés chino laosiano vietnamita camboyano hmong filipino Japonés coreano	Negro o afroamericano: Afroamericano africano Hispano o latino/a: centroamericano cubano mexicano puertorriqueño indio americano mexicano sudamericano	Nativo Hawaiano u otra isla del Pacífico: Nativo hawaiano samoano Guameño Blanco o caucásico: Árabe europeo Medio Oriente y Norte de África Otro No quiero decirlo
---	---	--

Otra raza y/u origen étnico (complete solo si su madre y su padre eran de dos razas o orígenes étnicos diferentes).

Indio americano o nativo de Alaska Asiático: Indio asiático tailandés chino laosiano vietnamita camboyano hmong filipino Japonés coreano	Negro o afroamericano: Afroamericano africano Hispano o latino/a: centroamericano cubano mexicano puertorriqueño indio americano mexicano sudamericano	Nativo Hawaiano u otra isla del Pacífico: Nativo hawaiano samoano Guameño Blanco o caucásico: Árabe europeo Medio Oriente y Norte de África Otro No quiero decirlo
---	---	--

INFORMACIÓN SOBRE OTROS MIEMBROS DE SU FAMILIA CUBIERTOS POR SUS BENEFICIOS DE SALUD DE Cigna Healthcare

Si más de tres personas tiene cobertura, haga copias de esta página y complete una por cada persona adicional.

Dependiente n.º I: Su nombre:

Fecha de nacimiento:

N.º de ID de miembro (si se conoce)

Dirección (si es diferente a la suya):

Número de teléfono:

(si es diferente al suyo):

Idioma hablado preferido: Inglés español cantonés mandarín vietnamita coreano

Otros (indique): No quiero decirlo

Idioma escrito preferido: Inglés español chino tradicional vietnamita coreano

Otros (indique): No quiero decirlo

Raza principal y/u origen étnico

Indio americano o nativo de Alaska Asiático: Indio asiático tailandés chino laosiano vietnamita camboyano hmong filipino Japonés coreano	Negro o afroamericano: Afroamericano africano Hispano o latino/a: centroamericano cubano mexicano puertorriqueño indio americano mexicano sudamericano	Nativo Hawaiano u otra isla del Pacífico: Nativo hawaiano samoano Guameño Blanco o caucásico: Árabe europeo Medio Oriente y Norte de África Otro No quiero decirlo
---	---	---

Otra raza y/u origen étnico (complete solo si su madre y su padre eran de dos razas o orígenes étnicos diferentes).

Indio americano o nativo de Alaska Asiático: Indio asiático tailandés chino laosiano vietnamita camboyano hmong filipino Japonés coreano	Negro o afroamericano: Afroamericano africano Hispano o latino/a: centroamericano cubano mexicano puertorriqueño indio americano mexicano sudamericano	Nativo Hawaiano u otra isla del Pacífico: Nativo hawaiano samoano Guameño Blanco o caucásico: Árabe europeo Medio Oriente y Norte de África Otro No quiero decirlo
---	---	---

Si más de tres personas tiene cobertura, haga copias de esta página y complete una por cada persona adicional.

Dependiente n.º 2: Su nombre: Fecha de nacimiento:

N.º de ID de miembro (si se conoce)

Dirección (si es diferente a la suya): Número de teléfono:

(si es diferente al suyo):

Idioma hablado preferido: Inglés español cantonés mandarín vietnamita coreano

Otros (indique): No quiero decirlo

Idioma escrito preferido: Inglés español chino tradicional vietnamita coreano

Otros (indique): No quiero decirlo

Raza principal y/u origen étnico

Indio americano o nativo de Alaska Asiático: Indio asiático tailandés chino laosiano vietnamita camboyano hmong filipino Japonés coreano	Negro o afroamericano: Afroamericano africano Hispano o latino/a: centroamericano cubano mexicano puertorriqueño indio americano mexicano sudamericano	Nativo Hawaiano u otra isla del Pacífico: Nativo hawaiano samoano Guameño Blanco o caucásico: Árabe europeo Medio Oriente y Norte de África Otro No quiero decirlo
---	---	---

Otra raza y/u origen étnico (complete solo si su madre y su padre eran de dos razas o orígenes étnicos diferentes).

Indio americano o nativo de Alaska Asiático: Indio asiático tailandés chino laosiano vietnamita camboyano hmong filipino Japonés coreano	Negro o afroamericano: Afroamericano africano Hispano o latino/a: centroamericano cubano mexicano puertorriqueño indio americano mexicano sudamericano	Nativo Hawaiano u otra isla del Pacífico: Nativo hawaiano samoano Guameño Blanco o caucásico: Árabe europeo Medio Oriente y Norte de África Otro No quiero decirlo
--	--	--

Si más de tres personas tiene cobertura, haga copias de esta página y complete una por cada persona adicional.

Dependiente n.º 3: Su nombre:

Fecha de nacimiento:

N.º de ID de miembro (si se conoce)

Número de teléfono:

Dirección (si es diferente a la suya):

(si es diferente al suyo):

Idioma hablado preferido:

Inglés

español

cantonés

mandarín

vietnamita

coreano

Otros (indique):

No quiero decirlo

Idioma escrito preferido:

Inglés

español

chino tradicional

vietnamita

coreano

Otros (indique):

No quiero decirlo

Raza principal y/u origen étnico

Indio americano o nativo de Alaska Asiático: Indio asiático tailandés chino laosiano vietnamita camboyano hmong filipino Japonés coreano	Negro o afroamericano: Afroamericano africano Hispano o latino/a: centroamericano cubano mexicano puertorriqueño indio americano mexicano sudamericano	Nativo Hawaiano u otra isla del Pacífico: Nativo hawaiano samoano Guameño Blanco o caucásico: Árabe europeo Medio Oriente y Norte de África Otro No quiero decirlo
--	--	--

Otra raza y/u origen étnico (complete solo si su madre y su padre eran de dos razas o orígenes étnicos diferentes).

Indio americano o nativo de Alaska Asiático: Indio asiático tailandés chino laosiano vietnamita camboyano hmong filipino Japonés coreano	Negro o afroamericano: Afroamericano africano Hispano o latino/a: centroamericano cubano mexicano puertorriqueño indio americano mexicano sudamericano	Nativo Hawaiano u otra isla del Pacífico: Nativo hawaiano samoano Guameño Blanco o caucásico: Árabe europeo Medio Oriente y Norte de África Otro No quiero decirlo
--	--	--



Cigna Healthcare

語言協助調查表

在 Cigna Healthcare，我們希望能為您提供最高品質的服務。我們也希望確保您能瞭解並取得您所有的承保福利與服務。正因如此，我們請您告訴我們您慣用的語言和您的種族／族裔。本調查表是自願參加，您提供給我們的資訊都會以保密方式處理。

有關居住在加州境內的會員和居住在加州以外地方，但受保於加州境內核發之保單的會員可取得之免費語言協助的重要資訊。

如果您在說話或閱讀時慣用的語言並非英文，您可要求取得免費的語言協助服務。

您可以：

- 在致電 Cigna Healthcare 或去找醫師、牙醫、醫院看病或向其他 健康照護專業人員尋求服務時，申請說任何語言的口譯員。
- 對於會影響您承保的重要文件，您可以取得文件的西班牙文或繁體中文書面譯文。
- 自 2009 年 1 月 1 日開始，您可以取得免費語言協助，您只需致電列於會員卡上的免費電話號碼或顧客服務部電話號碼即可。

您在填寫本調查表時需要做些什麼：

請填寫我們在接下來幾頁所要求您填寫的資訊。請您務必要：

1. 在您說話和閱讀時慣用之語言旁的框框裡打勾。
2. 在您種族或族裔旁的框框裡打勾，或在「其他」欄位中填寫資訊。如果您不想提供這類資訊，請勾選「不願作答」。
3. 請為您自己以及您福利計劃所承保的每個人填寫本表。
4. 請將本調查表寄回至：
CALAP - CHC
Cigna Healthcare
PO Box 182223
Cattanooga, TN 37422

感謝您提供這些資訊，讓我們能為您提供更好的服務。



調查表

請為您自己 (簽名投保 Cigna Healthcare 福利計劃的人) 和每位受撫養家屬 (受您的健康福利所承保的家人) 填寫本表。

您本人的資訊

您的姓名：

出生日期：

會員編號 (如已知)

地址：

電話號碼：

慣用口頭語言

英文 西班牙文 粵語 中文 越南話 韓語 其他 (請列出)：

不願作答

慣用書面語言

英文 西班牙文 繁體中文 越南話 韓語 其他 (請列出)：

不願作答

主要種族和 (或) 族裔背景

美國印第安人或阿拉斯加原住民 亞裔： 印度人 泰國人 中國 寮國人 越南 柬埔寨人 苗族人 菲律賓人 日本人 韓國人	黑人或非裔美國人： 非裔美國人 非洲人 西語裔或拉丁裔男性 / 拉丁裔女性： 中美洲 古巴人 墨西哥人 波多黎各人 墨西哥裔美國印第安人 南美洲人	夏威夷原住民或 其他太平洋島民： 夏威夷原住民 薩摩亞人 關島裔 白人 / 高加索人： 阿拉伯人 歐洲人 中東人及北非人 其他 不願作答
--	--	--

其他種族和 (或) 背景 (只有當您的父母親具有不同種族或族裔背景時才需填寫)

美國印第安人或阿拉斯加原住民 亞裔： 印度人 泰國人 中國 寮國人 越南 柬埔寨人 苗族人 菲律賓人 日本人 韓國人	黑人或非裔美國人： 非裔美國人 非洲人 西語裔或拉丁裔男性 / 拉丁裔女性： 中美洲 古巴人 墨西哥人 波多黎各人 墨西哥裔美國印第安人 南美洲人	夏威夷原住民或 其他太平洋島民： 夏威夷原住民 薩摩亞人 關島裔 白人 / 高加索人： 阿拉伯人 歐洲人 中東人及北非人 其他 不願作答
--	--	--

其他受您的 Cigna Healthcare 福利承保的家人相關資訊

如果受承保的人數超過三人，請自行複印本頁並為每一位超出人數的人填寫他們的資料。

受撫養人 #1 - 姓名：

出生日期：

會員編號 (如已知)

地址 (如和您的地址不同)：

電話號碼

(如和您的電話號碼不同)：

慣用口頭語言：英文 西班牙文 粵語 中文 越南話 韓語

其他 (請列出)：

不願作答

慣用書面語言：英文 西班牙文 繁體中文 越南話 韓語

其他 (請列出)：

不願作答

主要種族和(或)族裔背景

美國印第安人或阿拉斯加原住民 亞裔： 印度人 泰國人 中國 寮國人 越南 柬埔寨人 苗族人 菲律賓人 日本人 韓國人	黑人或非裔美國人： 非裔美國人 非洲人 西語裔或拉丁裔男性／拉丁裔女性： 中美洲 古巴人 墨西哥人 波多黎各人 墨西哥裔美國印第安人 南美洲人	夏威夷原住民或 其他太平洋島民： 夏威夷原住民 薩摩亞人 關島裔 白人／高加索人： 阿拉伯人 歐洲人 中東人及北非人 其他 不願作答
---	--	--

其他種族和 (或) 背景 (只有當您的父母親具有不同種族或族裔背景時才需填寫)

美國印第安人或阿拉斯加原住民 亞裔： 印度人 泰國人 中國 寮國人 越南 柬埔寨人 苗族人 菲律賓人 日本人 韓國人	黑人或非裔美國人： 非裔美國人 非洲人 西語裔或拉丁裔男性／拉丁裔女性： 中美洲 古巴人 墨西哥人 波多黎各人 墨西哥裔美國印第安人 南美洲人	夏威夷原住民或 其他太平洋島民： 夏威夷原住民 薩摩亞人 關島裔 白人／高加索人： 阿拉伯人 歐洲人 中東人及北非人 其他 不願作答
---	--	--

如果受承保的人數超過三人，請自行複印本頁並為每一位超出人數的人填寫他們的資料。

受撫養人 #2-姓名：

出生日期：

會員編號 (如已知)

地址 (如和您的地址不同) :

電話號碼

(如和您的電話號碼不同)：

慣用口頭語言: 英文 西班牙文 粵語 中文 越南話 韓語

其他 (請列出): 不願作答

慣用書面語言: 英文 西班牙文 繁體中文 越南話 韓語

其他 (請列出) : 不願作答

主要種族和(或)族裔背景

美國印第安人或阿拉斯加原住民 亞裔： 印度人 泰國人 中國 寮國人 越南 柬埔寨人 苗族人 菲律賓人 日本人 韓國人	黑人或非裔美國人： 非裔美國人 非洲人 西語裔或拉丁裔男性／拉丁裔女性： 中美洲 古巴人 墨西哥人 波多黎各人 墨西哥裔美國印第安人 南美洲人	夏威夷原住民或 其他太平洋島民： 夏威夷原住民 薩摩亞人 關島裔 白人／高加索人： 阿拉伯人 歐洲人 中東人及北非人 其他 不願作答
---	--	--

其他種族和 (或) 背景 (只有當您的父母親具有不同種族或族裔背景時才需填寫)

美國印第安人或阿拉斯加原住民 亞裔： 印度人 泰國人 中國 寮國人 越南 柬埔寨人 苗族人 菲律賓人 日本人 韓國人	黑人或非裔美國人： 非裔美國人 非洲人 西語裔或拉丁裔男性 / 拉丁裔女性： 中美洲 古巴人 墨西哥人 波多黎各人 墨西哥裔美國印第安人 南美洲人	夏威夷原住民或 其他太平洋島民： 夏威夷原住民 薩摩亞人 關島裔 白人 / 高加索人： 阿拉伯人 歐洲人 中東人及北非人 其他 不願作答
--	--	--

如果受承保的人數超過三人，請自行複印本頁並為每一位超出人數的人填寫他們的資料。

受撫養人 #3 – 姓名：

出生日期：

會員編號 (如已知)

地址 (如和您的地址不同)：

電話號碼

(如和您的電話號碼不同)：

慣用口頭語言：英文 西班牙文 粵語 中文 越南話 韓語

其他 (請列出)： 不願作答

慣用書面語言：英文 西班牙文 繁體中文 越南話 韓語

其他 (請列出)： 不願作答

主要種族和 (或) 族裔背景

美國印第安人或阿拉斯加原住民 亞裔： 印度人 泰國人 中國 寮國人 越南 柬埔寨人 苗族人 菲律賓人 日本人 韓國人	黑人或非裔美國人： 非裔美國人 非洲人 西語裔或拉丁裔男性 / 拉丁裔女性： 中美洲 古巴人 墨西哥人 波多黎各人 墨西哥裔美國印第安人 南美洲人	夏威夷原住民或 其他太平洋島民： 夏威夷原住民 薩摩亞人 關島裔 白人 / 高加索人： 阿拉伯人 歐洲人 中東人及北非人 其他 不願作答
--	--	--

其他種族和 (或) 背景 (只有當您的父母親具有不同種族或族裔背景時才需填寫)

美國印第安人或阿拉斯加原住民 亞裔： 印度人 泰國人 中國 寮國人 越南 柬埔寨人 苗族人 菲律賓人 日本人 韓國人	黑人或非裔美國人： 非裔美國人 非洲人 西語裔或拉丁裔男性 / 拉丁裔女性： 中美洲 古巴人 墨西哥人 波多黎各人 墨西哥裔美國印第安人 南美洲人	夏威夷原住民或 其他太平洋島民： 夏威夷原住民 薩摩亞人 關島裔 白人 / 高加索人： 阿拉伯人 歐洲人 中東人及北非人 其他 不願作答
--	--	--

Khảo sát hỗ trợ ngôn ngữ Cigna Healthcare

Tại Cigna Healthcare, chúng tôi muốn cung cấp cho quý vị chất lượng dịch vụ cao nhất. Chúng tôi cũng muốn đảm bảo rằng quý vị hiểu và có thể nhận được tất cả các quyền lợi và dịch vụ mà quý vị được đài thọ. Đó là lý do chúng tôi muốn quý vị cho chúng tôi biết (các) ngôn ngữ ưu tiên và chủng tộc/sắc tộc của quý vị. Cuộc khảo sát này là tự nguyện và thông tin quý vị chia sẻ với chúng tôi sẽ được bảo mật.

Thông tin quan trọng về hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí cho các hội viên sống ở California và các hội viên sống bên ngoài California và những người được đài thọ theo chính sách được ban hành tại California.

Nếu quý vị muốn nói hoặc đọc một ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh, quý vị có thể yêu cầu các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí.

Quý vị có thể:

- Có thông dịch viên cho bất kỳ ngôn ngữ nào khi quý vị gọi cho chúng tôi hoặc khi quý vị thăm khám với bác sĩ, bệnh viện hoặc chuyên gia y tế khác để được cung cấp dịch vụ.
- Nhận bản dịch văn bản bằng tiếng Tây Ban Nha hoặc tiếng Trung Phồn Thể của các tài liệu quan trọng, có ảnh hưởng đến khoản đài thọ của quý vị.
- Nhận hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí kể từ ngày 1 tháng 1, 2009 bằng cách chỉ cần gọi đến số điện thoại miễn phí được ghi trên thẻ ID của quý vị khi quý vị nhận nó hoặc số điện thoại dịch vụ khách hàng của quý vị.

Những điều quý vị cần làm để hoàn thành khảo sát:

Vui lòng điền thông tin được yêu cầu vào các trang tiếp theo. Quý vị hãy nhớ:

1. Đánh dấu vào ô bên cạnh (các) ngôn ngữ mà quý vị muốn nói và đọc.
2. Đánh dấu vào ô bên cạnh chủng tộc và sắc tộc hoặc viết thông tin vào phần "khác." Nếu quý vị không muốn cung cấp thông tin, hãy đánh dấu vào ô "Tôi không muốn nói."
3. Hoàn thành biểu mẫu cho quý vị và từng người được chương trình bảo hiểm của quý vị đài thọ.
4. Gửi lại bản khảo sát này cho:
CALAP-CHC
Cigna Healthcare
PO Box 182223
Chattanooga, TN 37422

Cảm ơn quý vị đã cung cấp các thông tin này để chúng tôi có thể phục vụ quý vị tốt hơn.

Khảo sát

Vui lòng điền vào biểu mẫu này cho quý vị (người đã đăng ký chương trình quyền lợi Cigna Healthcare) và từng người phụ thuộc (những người trong gia đình quý vị cũng được các quyền lợi bảo hiểm sức khỏe của quý vị đài thọ).

THÔNG TIN VỀ QUÝ VỊ

Tên của quý vị:

Ngày sinh:

Số thẻ hội viên (nếu biết)

Địa chỉ:

Số điện thoại:

Ngôn ngữ nói ưu tiên

Tiếng Anh Tiếng Tây Ban Nha Tiếng Quảng Đông Tiếng Quan Thoại Tiếng Việt Tiếng Hàn Khác (vui lòng nêu rõ):

Tôi không muốn nói

Ngôn ngữ viết ưu tiên

Tiếng Anh Tiếng Tây Ban Nha Tiếng Trung Phồn Thể Tiếng Việt Tiếng Hàn Khác (vui lòng nêu rõ):

Tôi không muốn nói

Chủng tộc và/hoặc nguồn gốc dân tộc chính

Người Mỹ bản địa hoặc người Alaska bản địa Người châu Á: Người Ấn Độ châu Á Người Thái Người Trung Quốc Người Lào Người Việt Người Campuchia Người Hmong Người Philipin Người Nhật Bản Người Hàn Quốc	Người Mỹ da đen hoặc người Mỹ gốc Phi: Người Mỹ gốc Phi Người Châu Phi Người nói tiếng Tây Ban Nha hoặc người Mỹ Latin: Người Trung Mỹ Người Cuba Người Mexico Người Puerto Rico Người Mỹ bản địa gốc Mexico Người Nam Mỹ	Người Hawaii bản địa hoặc Người dân đảo Thái Bình Dương khác: Người Hawaii bản địa Người Samoa Người Guam Người da trắng/người gốc Âu: Người Ả Rập Người châu Âu Người Trung Đông & Bắc Phi Khác Không muốn nói
---	--	--

Chủng tộc và/hoặc nguồn gốc khác (Chỉ điền nếu cha và mẹ của quý vị thuộc hai chủng tộc hoặc nguồn gốc dân tộc khác nhau)

Người Mỹ bản địa hoặc người Alaska bản địa Người châu Á: Người Ấn Độ châu Á Người Thái Người Trung Quốc Người Lào Người Việt Người Campuchia Người Hmong Người Philipin Người Nhật Bản Người Hàn Quốc	Người Mỹ da đen hoặc người Mỹ gốc Phi: Người Mỹ gốc Phi Người Châu Phi Người nói tiếng Tây Ban Nha hoặc người Mỹ Latin: Người Trung Mỹ Người Cuba Người Mexico Người Puerto Rico Người Mỹ bản địa gốc Mexico Người Nam Mỹ	Người Hawaii bản địa hoặc Người dân đảo Thái Bình Dương khác: Người Hawaii bản địa Người Samoa Người Guam Người da trắng/người gốc Âu: Người Ả Rập Người châu Âu Người Trung Đông & Bắc Phi Khác Không muốn nói
---	--	--

THÔNG TIN VỀ NHỮNG NGƯỜI KHÁC TRONG GIA ĐÌNH QUÝ VỊ ĐƯỢC CÁC QUYỀN LỢI BẢO HIỂM SỨC KHỎE Cigna Healthcare CỦA QUÝ VỊ ĐÀI THỌ

Nếu có nhiều hơn ba người được đài thọ, hãy sao trang này ra và điền mỗi người tăng thêm vào một bản.

Người phụ thuộc số 1 – Tên của quý vị:

Ngày sinh:

Số thẻ hội viên (nếu biết)

Địa chỉ (nếu khác với quý vị):

Số điện thoại

(nếu khác với số của quý vị):

Ngôn ngữ nói ưu tiên: Tiếng Anh Tiếng Tây Ban Nha Tiếng Quảng Đông Tiếng Quan Thoại Tiếng Việt Tiếng Hàn

Khác (vui lòng nêu rõ): Tôi không muốn nói

Ngôn ngữ viết mong muốn: Tiếng Anh Tiếng Tây Ban Nha Tiếng Trung Phồn Thể Tiếng Việt Tiếng Hàn

Khác (vui lòng nêu rõ): Tôi không muốn nói

Chủng tộc và/hoặc nguồn gốc dân tộc chính

Người Mỹ bản địa hoặc người Alaska bản địa Người châu Á: Người Ấn Độ châu Á Người Thái Người Trung Quốc Người Lào Người Việt Người Campuchia Người Hmong Người Philipin Người Nhật Bản Người Hàn Quốc	Người Mỹ da đen hoặc người Mỹ gốc Phi: Người Mỹ gốc Phi Người Châu Phi Người nói tiếng Tây Ban Nha hoặc người Mỹ Latin: Người Trung Mỹ Người Cuba Người Mexico Người Puerto Rico Người Mỹ bản địa gốc Mexico Người Nam Mỹ	Người Hawaii bản địa hoặc Người dân đảo Thái Bình Dương khác: Người Hawaii bản địa Người Samoa Người Guam Người da trắng/người gốc Âu: Người Ả Rập Người châu Âu Người Trung Đông & Bắc Phi Khác Không muốn nói
--	--	--

Chủng tộc và/hoặc nguồn gốc khác (Chỉ điền nếu cha và mẹ của quý vị thuộc hai chủng tộc hoặc nguồn gốc dân tộc khác nhau)

Người Mỹ bản địa hoặc người Alaska bản địa Người châu Á: Người Ấn Độ châu Á Người Thái Người Trung Quốc Người Lào Người Việt Người Campuchia Người Hmong Người Philipin Người Nhật Bản Người Hàn Quốc	Người Mỹ da đen hoặc người Mỹ gốc Phi: Người Mỹ gốc Phi Người Châu Phi Người nói tiếng Tây Ban Nha hoặc người Mỹ Latin: Người Trung Mỹ Người Cuba Người Mexico Người Puerto Rico Người Mỹ bản địa gốc Mexico Người Nam Mỹ	Người Hawaii bản địa hoặc Người dân đảo Thái Bình Dương khác: Người Hawaii bản địa Người Samoa Người Guam Người da trắng/người gốc Âu: Người Ả Rập Người châu Âu Người Trung Đông & Bắc Phi Khác Không muốn nói
--	--	--

Nếu có nhiều hơn ba người được đài thọ, hãy sao trang này ra và điền mỗi người tăng thêm vào một bản.

Người phụ thuộc số 2 – Tên của quý vị:

Ngày sinh:

Số thẻ hội viên (nếu biết)

Địa chỉ (nếu khác với quý vị):

Số điện thoại

(nếu khác với số của quý vị):

Ngôn ngữ nói ưu tiên: Tiếng Anh Tiếng Tây Ban Nha Tiếng Quảng Đông Tiếng Quan Thoại Tiếng Việt Tiếng Hàn

Khác (vui lòng nêu rõ):

Tôi không muốn nói

Ngôn ngữ viết mong muốn: Tiếng Anh Tiếng Tây Ban Nha Tiếng Trung Phồn Thể Tiếng Việt Tiếng Hàn

Khác (vui lòng nêu rõ):

Tôi không muốn nói

Chủng tộc và/hoặc nguồn gốc dân tộc chính

Người Mỹ bản địa hoặc người Alaska bản địa Người châu Á: Người Ấn Độ châu Á Người Thái Người Trung Quốc Người Lào Người Việt Người Campuchia Người Hmong Người Philipin Người Nhật Bản Người Hàn Quốc	Người Mỹ da đen hoặc người Mỹ gốc Phi: Người Mỹ gốc Phi Người Châu Phi Người nói tiếng Tây Ban Nha hoặc người Mỹ Latin: Người Trung Mỹ Người Cuba Người Mexico Người Puerto Rico Người Mỹ bản địa gốc Mexico Người Nam Mỹ	Người Hawaii bản địa hoặc Người dân đảo Thái Bình Dương khác: Người Hawaii bản địa Người Samoa Người Guam Người da trắng/người gốc Âu: Người Ả Rập Người châu Âu Người Trung Đông & Bắc Phi Khác Không muốn nói
--	--	--

Chủng tộc và/hoặc nguồn gốc khác (Chỉ điền nếu cha và mẹ của quý vị thuộc hai chủng tộc hoặc nguồn gốc dân tộc khác nhau)

Người Mỹ bản địa hoặc người Alaska bản địa Người châu Á: Người Ấn Độ châu Á Người Thái Người Trung Quốc Người Lào Người Việt Người Campuchia Người Hmong Người Philipin Người Nhật Bản Người Hàn Quốc	Người Mỹ da đen hoặc người Mỹ gốc Phi: Người Mỹ gốc Phi Người Châu Phi Người nói tiếng Tây Ban Nha hoặc người Mỹ Latin: Người Trung Mỹ Người Cuba Người Mexico Người Puerto Rico Người Mỹ bản địa gốc Mexico Người Nam Mỹ	Người Hawaii bản địa hoặc Người dân đảo Thái Bình Dương khác: Người Hawaii bản địa Người Samoa Người Guam Người da trắng/người gốc Âu: Người Ả Rập Người châu Âu Người Trung Đông & Bắc Phi Khác Không muốn nói
--	--	--

Nếu có nhiều hơn ba người được đài thọ, hãy sao trang này ra và điền mỗi người tăng thêm vào một bản.

Người phụ thuộc số 3 – Tên của quý vị:

Ngày sinh:

Số thẻ hội viên (nếu biết)

Địa chỉ (nếu khác với quý vị):

Số điện thoại

(nếu khác với số của quý vị):

Ngôn ngữ nói ưu tiên: Tiếng Anh Tiếng Tây Ban Nha Tiếng Quảng Đông Tiếng Quan Thoại Tiếng Việt Tiếng Hàn

Khác (vui lòng nêu rõ): Tôi không muốn nói

Ngôn ngữ viết mong muốn: Tiếng Anh Tiếng Tây Ban Nha Tiếng Trung Phồn Thể Tiếng Việt Tiếng Hàn

Khác (vui lòng nêu rõ): Tôi không muốn nói

Chủng tộc và/hoặc nguồn gốc dân tộc chính

Người Mỹ bản địa hoặc người Alaska bản địa Người châu Á: Người Ấn Độ châu Á Người Thái Người Trung Quốc Người Lào Người Việt Người Campuchia Người Hmong Người Philipin Người Nhật Bản Người Hàn Quốc	Người Mỹ da đen hoặc người Mỹ gốc Phi: Người Mỹ gốc Phi Người Châu Phi Người nói tiếng Tây Ban Nha hoặc người Mỹ Latin: Người Trung Mỹ Người Cuba Người Mexico Người Puerto Rico Người Mỹ bản địa gốc Mexico Người Nam Mỹ	Người Hawaii bản địa hoặc Người dân đảo Thái Bình Dương khác: Người Hawaii bản địa Người Samoa Người Guam Người da trắng/người gốc Âu: Người Ả Rập Người châu Âu Người Trung Đông & Bắc Phi Khác Không muốn nói
--	--	--

Chủng tộc và/hoặc nguồn gốc khác (Chỉ điền nếu cha và mẹ của quý vị thuộc hai chủng tộc hoặc nguồn gốc dân tộc khác nhau)

Người Mỹ bản địa hoặc người Alaska bản địa Người châu Á: Người Ấn Độ châu Á Người Thái Người Trung Quốc Người Lào Người Việt Người Campuchia Người Hmong Người Philipin Người Nhật Bản Người Hàn Quốc	Người Mỹ da đen hoặc người Mỹ gốc Phi: Người Mỹ gốc Phi Người Châu Phi Người nói tiếng Tây Ban Nha hoặc người Mỹ Latin: Người Trung Mỹ Người Cuba Người Mexico Người Puerto Rico Người Mỹ bản địa gốc Mexico Người Nam Mỹ	Người Hawaii bản địa hoặc Người dân đảo Thái Bình Dương khác: Người Hawaii bản địa Người Samoa Người Guam Người da trắng/người gốc Âu: Người Ả Rập Người châu Âu Người Trung Đông & Bắc Phi Khác Không muốn nói
--	--	--



Cigna Healthcare 언어 지원 설문조사

저희Cigna Healthcare는 최상의 서비스를 제공하기 위해 최선을 다하고 있습니다. 또한 귀하에게 보장된 혜택과 서비스에 대해 알려드리고 모든 혜택과 서비스를 받으실 수 있도록 노력하고 있습니다. 보다 나은 서비스를 위해 귀하의 선호 언어(들) 및 인종/민족에 대해 알려주십시오. 본 설문조사는 의무적인 것이 아니며 기입하신 모든 정보는 비밀이 보장됩니다.

캘리포니아 거주 가입자 및 캘리포니아에서 발행된 보험으로 보장되는 캘리포니아 외 지역 거주 가입자를 위한 무료 언어 지원 관련 중요한 정보.

영어 이외의 언어를 선호하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 요청하실 수 있습니다.

귀하는:

- Cigna Healthcare 로 전화하시거나 의사, 치과의사, 병원이나 기타 건강센터에서 진료받으실 경우 모든 언어에 대한 통역 서비스를 받으실 수 있습니다.
- 귀하의 보장에 영향을 주는 중요한 서류의 스페인어 또는 번체 중국어 번역 서비스를 받으실 수 있습니다.
- 회원 카드를 받으신 경우 카드에 적혀있는 무료 전화나 고객 서비스 번호로 연락하시며Cigna Healthcare 혜택 플랜에 가입하실 수 있고 가입 후에 무료 언어 지원 서비스를 받으실 수 있습니다.

설문지 작성을 위해 필요한 사항:

다음 페이지들에서 요청하는 정보를 작성하십시오. 필수 확인 사항:

1. 귀하가 선호하는 언어(들)에 해당되는 박스에 체크하기.
2. 인종 및 민족에 해당되는 박스에 체크하거나 “기타” 란에 필요한 정보 작성하기. 해당 정보 제공을 원하지 않는 경우 “대답하기를 원하지 않음” 에 체크하기.
3. 본인 및 귀하의 보험으로 보장되는 피보험자를 위한 서류 작성을 완료하기.
4. 본 설문조사를 다음 주소로 우편 발송하십시오: CALAP-CHC
Cigna Healthcare
PO Box 182223
Chattanooga, TN 37422

본 설문에 응해주셔서 감사합니다. 더 나은 서비스를 제공하기 위해 더욱 노력하겠습니다.



설문조사

고객님 본인(Cigna Healthcare혜택 플랜 가입자)과 각 피보험자(고객님의 보험으로 보장되는 가족)에 대해 본 설문지에 기입해 주십시오.

귀하에 대한 정보

귀하의 이름:

생년월일:

회원 ID 번호 (알고 있는 경우)

주소:

전화번호:

선호 언어(대화용)

영어 스페인어 광둥어 만다린(중국어) 베트남어 한국어 기타(나열해 주십시오):

대답하기를 원하지 않음

선호 언어(문서용)

영어 스페인어 번체 중국어 베트남어 한국어 기타(나열해 주십시오):

대답하기를 원하지 않음

주요 인종 및/또는 민족적 배경

아메리칸 인디언 또는 알래스카 원주민 아시아인: 아시아계 인디언 태국 중국 라오스인 베트남계 캄보디아인 흐몽족 필리핀인 일본어 한국어	흑인 또는 아프리카인 아메리칸: 아프리카인 아메리칸 아프리카인 히스패닉 또는 라티노: 중미 쿠바 멕시코 푸에르토리코 멕시코인 아메리칸 인디언 남미	하와이 원주민 또는 기타 태평양 섬지역 주민: 하와이 원주민 사모아 괌 백인/코카서스인: 아랍인 유럽인 중동 & 아프리카 북부 기타 대답하기를 원하지 않음
--	--	--

기타 인종 및/또는 배경(부모가 서로 다른 인종 또는 다른 민족적 배경을 가진 경우에만 기입)

아메리칸 인디언 또는 알래스카 원주민 아시아인: 아시아계 인디언 태국 중국 라오스인 베트남계 캄보디아인 흐몽족 필리핀인 일본어 한국어	흑인 또는 아프리카인 아메리칸: 아프리카인 아메리칸 아프리카인 히스패닉 또는 라티노: 중미 쿠바 멕시코 푸에르토리코 멕시코인 아메리칸 인디언 남미	하와이 원주민 또는 기타 태평양 섬지역 주민: 하와이 원주민 사모아 괌 백인/코카서스인: 아랍인 유럽인 중동 & 아프리카 북부 기타 대답하기를 원하지 않음
--	--	--

고객님의Cigna Healthcare 건강 혜택으로 보장받을 수 있는 기타 가족에 관한 정보

3명 이상 보장되는 경우 본 페이지를 복사하여 개인당 한 부씩 작성해 주십시오.

피부양자 #1 - 귀하의 이름:

생년월일:

회원 ID 번호 (알고 있는 경우)

주소(귀하의 것과 다른 경우):

전화번호

(귀하의 것과 다른 경우):

선호 언어(대화용): 영어 스페인어 광둥어 만다린(중국어) 베트남어 한국어

기타(나열해 주십시오): 대답하기를 원하지 않음

선호 언어(문서용): 영어 스페인어 번체 중국어 베트남어 한국어

기타(나열해 주십시오): 대답하기를 원하지 않음

주요 인종 및/또는 민족적 배경

아메리칸 인디언 또는 알래스카 원주민 아시아인: 아시아계 인디언 태국 중국 라오스인 베트남계 캄보디아인 흐몽족 필리핀인 일본어 한국어	흑인 또는 아프리카인 아메리칸: 아프리카인 아메리칸 아프리카인 히스패닉 또는 라티노: 중미 쿠바 멕시코 푸에르토리코 멕시코인 아메리칸 인디언 남미	하와이 원주민 또는 기타 태평양 섬지역 주민: 하와이 원주민 사모아 괌 백인/코카서스인: 아랍인 유럽인 중동 & 아프리카 북부 기타 대답하기를 원하지 않음
---	--	--

기타 인종 및/또는 배경(부모가 서로 다른 인종 또는 다른 민족적 배경을 가진 경우에만 기입)

아메리칸 인디언 또는 알래스카 원주민 아시아인: 아시아계 인디언 태국 중국 라오스인 베트남계 캄보디아인 흐몽족 필리핀인 일본어 한국어	흑인 또는 아프리카인 아메리칸: 아프리카인 아메리칸 아프리카인 히스패닉 또는 라티노: 중미 쿠바 멕시코 푸에르토리코 멕시코인 아메리칸 인디언 남미	하와이 원주민 또는 기타 태평양 섬지역 주민: 하와이 원주민 사모아 괌 백인/코카서스인: 아랍인 유럽인 중동 & 아프리카 북부 기타 대답하기를 원하지 않음
---	--	--

3명 이상 보장되는 경우 본 페이지를 복사하여 개인당 한 부씩 작성해 주십시오.

피부양자 #1 - 귀하의 이름:

생년월일:

회원 ID 번호 (알고 있는 경우)

주소(귀하의 것과 다른 경우):

전화번호

(귀하의 것과 다른 경우):

선호 언어(대화용): 영어 스페인어 광둥어 만다린(중국어) 베트남어 한국어

기타(나열해 주십시오): 대답하기를 원하지 않음

선호 언어(문서용): 영어 스페인어 번체 중국어 베트남어 한국어

기타(나열해 주십시오): 대답하기를 원하지 않음

주요 인종 및/또는 민족적 배경

아메리칸 인디언 또는 알래스카 원주민 아시아인: 아시아계 인디언 태국 중국 라오스인 베트남계 캄보디아인 흐몽족 필리핀인 일본어 한국어	흑인 또는 아프리카인 아메리칸: 아프리카인 아메리칸 아프리카인 히스패닉 또는 라티노: 중미 쿠바 멕시코 푸에르토리코 멕시코인 아메리칸 인디언 남미	하와이 원주민 또는 기타 태평양 섬지역 주민: 하와이 원주민 사모아 괌 백인/코카서스인: 아랍인 유럽인 중동 & 아프리카 북부 기타 대답하기를 원하지 않음
---	--	--

기타 인종 및/또는 배경(부모가 서로 다른 인종 또는 다른 민족적 배경을 가진 경우에만 기입)

아메리칸인디언 또는 알래스카 원주민 아시아인: 아시아계 인디언 태국 중국 라오스인 베트남계 캄보디아인 흐몽족 필리핀인 일본어 한국어	흑인 또는 아프리카인: 아프리카인 아프리카 히스패닉 또는 라티노: 중미 쿠바 멕시코 푸에르토리코 멕시코인 푸에르토리코 멕시코인 푸에르토리코 남미	하와이 원주민 또는 기타 태평양 섬지역 주민: 하와이 원주민 사모아 괌 백인/코카서스인: 아랍인 유럽인 중동 & 아프리카 북부 기타 대답하기를 원하지 않음
---	---	---

3명 이상 보장되는 경우 본 페이지를 복사하여 개인당 한 부씩 작성해 주십시오.

피부양자 #1 - 귀하의 이름:

생년월일:

회원 ID 번호 (알고 있는 경우)

주소(귀하의 것과 다른 경우):

전화번호

(귀하의 것과 다른 경우):

선호 언어(대화용): 영어 스페인어 광둥어 만다린(중국어) 베트남어 한국어

기타(나열해 주십시오): 대답하기를 원하지 않음

선호 언어(문서용): 영어 스페인어 번체 중국어 베트남어 한국어

기타(나열해 주십시오): 대답하기를 원하지 않음

주요 인종 및/또는 민족적 배경

아메리칸인디언 또는 알래스카 원주민 아시아인: 아시아계 인디언 태국 중국 라오스인 베트남계 캄보디아인 흐몽족 필리핀인 일본어 한국어	흑인 또는 아프리카인: 아프리카인 아프리카 히스패닉 또는 라티노: 중미 쿠바 멕시코 푸에르토리코 멕시코인 푸에르토리코 멕시코인 푸에르토리코 남미	하와이 원주민 또는 기타 태평양 섬지역 주민: 하와이 원주민 사모아 괌 백인/코카서스인: 아랍인 유럽인 중동 & 아프리카 북부 기타 대답하기를 원하지 않음
---	---	---

기타 인종 및/또는 배경(부모가 서로 다른 인종 또는 다른 민족적 배경을 가진 경우에만 기입)

아메리칸인디언 또는 알래스카 원주민 아시아인: 아시아계 인디언 태국 중국 라오스인 베트남계 캄보디아인 흐몽족 필리핀인 일본어 한국어	흑인 또는 아프리카인: 아프리카인 아프리카 히스패닉 또는 라티노: 중미 쿠바 멕시코 푸에르토리코 멕시코인 푸에르토리코 멕시코인 푸에르토리코 남미	하와이 원주민 또는 기타 태평양 섬지역 주민: 하와이 원주민 사모아 괌 백인/코카서스인: 아랍인 유럽인 중동 & 아프리카 북부 기타 대답하기를 원하지 않음
---	---	---