

總是活躍健康計劃登記表
Always ActiveSM Registration Form

註冊日期: _____ 表格填寫人姓名: _____ 機構名稱: _____
Date of Enrollment Person Completing Form Agency

[] 是否在耆英中心登記? 中心名稱: _____
Registered at Senior Center? What Center

姓氏: _____ 名字: _____ 中間名: _____
Last Name First Name Middle Name

出生日期: _____ 年齡: _____
Date of Birth Age

住址: _____ 交界街名: _____
Address Cross Street

城市: _____ 州: _____ 郵政編碼: _____ 國家: _____
City State Zip Code Country

住址電話: _____ 手機: _____
Home Phone Cell Phone

電子郵箱: _____
Email

緊急聯繫資料:
Emergency Contact Information

聯繫人: _____ 地址: _____
Name Address

城市: _____ 州: _____ 郵政編碼: _____
City State Zip Code

住址電話: _____ 手機: _____
Home Phone Cell Phone

家庭醫生聯繫資料: _____
Physician's Contact Information

您的性別是？(選擇一個最符合您目前的性別認同的選項)

Best Choice for your sexual orientation or identity

- (1) 女性 Heterosexual
- (2) 男性 Bisexual
- (3) 性別酷兒/非二元性別 Genderqueer/Gender Non-Binary
- (4) 跨性女 Transgender (F)
- (5) 跨性男 Transgendr (M)
- (6) 以上皆不是。請說明 Questioning/Unsure

您出生時的性別為何？(請選擇一項) Sexuality at birth

- (1) 女性 Female
- (2) 男性 Male
- (3) 拒絕回答 Declined to state

您如何描述自己的性傾向或性別認同？(請選擇一項)

How to do describe your sexuality or identity? Make a choice.

- (1) 雙性戀 Transgender
- (2) 男同性戀/女同性戀/同性戀愛 Gay/Lesbian/Same Gender Loving
- (3) 有疑問/不確定 Question/Not sure
- (4) 異性戀 Heterosexual
- (5) 以上皆不是。請說明：Not listed, please specify
- (6) 拒絕回答 Declined to state

族裔：_____ 首選語言：_____

Ethnicity

Preferred Language

英文能力：

English Fluency

- 流利 Fluent
- 有些語言障礙 Limited
- 需要翻譯 Needs Translation
- 不確定 Unknown

特殊需要評估： 低收入(自己上報) 身體虛弱(需要攙扶、拐杖、助行器、經常跌倒)
Special Needs Assessment Low-income (self-reported) Frail(req. assistance, cane, walker, many falls)

健康保險提供機構/保險公司：_____

Health Insurance Agency/Company

金卡號碼：_____

Gold Card #