Department of Health Care Access and Information

联合医疗奖学金计划申请 – 2024

一般信息

你对问题的回答将仅用于评分、报告和分析目的。HCAI 不会与任何第三方共享你的个人回答，且仅会披露在回答这些问题时收集到的汇总人口信息或适用法律（包括《加州公共记录法案》）可能要求的信息。

申请人名字*　　申请人姓氏*

你目前是否已经注册以下教育计划，或被其录取？*

某些计划可能符合生殖健康基金的获得资格。如果你回答“以上都不是”，你可能有资格获得其他资金来源的资助。

毕业后，你是否计划从事生殖健康工作？*

○ 否　　○ 是

如果你的回答为“是”，则生殖健康基金可能会为你提供资助。

你是否愿意继续或开始提供人工流产相关护理？*

○ 否　　○ 是

“人工流产 ”的定义是：任何目的为诱导终止妊娠的医学治疗，但以活产为目的者除外。

“人工流产相关服务”的定义包括由经训练的医疗服务提供者在卫生条件下使用现代技术（如 负压吸宫术）实施的人工流产，或使用高质量药物的有效药物流产方案。

人工流产相关服务还包括与人工流产相关的咨询和 /或心理健康服务、避孕服务、与其他性健康和生殖健康服务的联系，以及与社区的联系（在人工流产后护理中定义）。 请注意，在危机妊娠中心（ Crisis Pregnancy Center）提供服务的申请人将没有资 格获得这些资金。

你目前是否在以下至少一个人口地区工作或愿意承诺服务 12 个月？*

1. HRSA 指定的卫生专业人员短缺地区。
2. 医疗服务不足地区或医疗服务不足人群，由 HRSA 划定。
3. HRSA 指定的孕产妇保健专业人员目标区，或由 March of Dimes. 指定的孕产妇保健服务未覆盖区。
4. 农村地区。
5. 加州确定没有人工流产服务的县。
6. 大部分患者都在 Medi-Cal 计划承保范围内的地区。

○ 否 ○ 是

你是否接受过人工流产培训或获得过人工流产证书？*

○ 否 ○ 是

如果回答为“是”，则在提交申请时，你需要附上教学证书或临床证书或临床能力证明。

以下是否有一种或多种情况适用于你？*

1. 曾经或现在无家可归。
2. 曾经或现在处于寄养系统中。
3. 儿童时期有两年或两年以上的时间符合国家学校午餐计划（减免餐）的条件。
4. 父母或法定监护人未获得学士学位。
5. 曾经或目前有资格获得联邦佩尔助学金（Pell Grants）。
6. 父母或子女曾接受加州妇女、婴儿和儿童特别补充营养计划（WIC）的资助。
7. 居住或成长于以下地区之一：
   a. 农村医疗补助金资格分析（Rural Health Grants Eligibility Analyzer）指定的农村地区。
   b. HRSA 指定的卫生专业人员短缺地区。
8. 是残障人士，即有身体或精神障碍，一项或多项主要生活活动严重受限的人，如经修订的 1990 年《美国残疾人法案》（42 U.S.C. Sec. 12101 et seq.）所述。

○ 否　　○ 是

你是否计划从事提供直接服务的职业？*

○ 否　　○ 是

该教育计划是否设在加州？*

○ 否　　○ 是

你是否愿意承诺在毕业后六个月内在服务不足的地区或符合条件的环境中提供为期 12 个月的服务？*

○ 否　　○ 是

你最近的平均绩点是否在 2.0 或以上？*

○ 否　　○ 是

请注意，由于你在此问题中选择了“是”，因此你需要上传一份签名并填写完整的奖学金计划核实（Scholarship Program Verification，SPV）表，证明你的 GPA 达到或超过 2.0。

你是否曾被寄养或被纳入过儿童福利系统？*

○ 否　　○ 是

你是否有过无家可归的经历？*

○ 否　　○ 是

你是家中的第一代大学生吗？*

○ 否　　○ 是

你以前或现在是否是全州卫生规划与发展办公室（Office of Statewide Health Planning and Development，OSHPD）或 Health Care Access and Information (HCAI) 助学金的
获得者？*

○ 否　　○ 是

如果回答为“是”，你之前的助学金协议编号是多少？

你目前是否在加州实体工作或担任志愿者？*

○ 否　　○ 是

你需要上传一份《利益冲突书》（Conflict of Interest Letter）。

你是否曾为加州实体工作或提供志愿服务？*

○ 否　　○ 是

你需要上传一份《利益冲突书》（Conflict of Interest Letter）。

个人资料信息

请访问你的个人资料页面，对这些信息进行必要的更新。

出生日期*

驾驶执照或身份证号码*

电子邮箱地址*

在原始出生证明上，你的出生性别是什么？*

你认为自己的性取向是……*

你如何描述自己的社会性别？*

你是西班牙语裔、拉美裔或西班牙裔吗？*

- ☐ 否
- ☐ 是：墨西哥人、墨西哥裔美国人或奇卡诺人是：
- ☐ 波多黎各人
- ☐ 是：古巴人
- ☐ 其他西班牙语裔、拉美裔或西班牙裔（请注明）

☐ 拒绝说明

种族*

- ☐ 美洲印第安人、美国原住民或阿拉斯加原住民
- ☐ 亚裔，亚洲印第安人
- ☐ 亚裔，华人
- ☐ 亚裔，柬埔寨人
- ☐ 亚裔，菲律宾人
- ☐ 亚裔，印尼人
- ☐ 亚裔，日本人
- ☐ 亚裔，韩裔
- ☐ 亚裔，老挝人
- ☐ 亚裔，新加坡人
- ☐ 亚裔，泰国人
- ☐ 亚裔，越南人
- ☐ 亚裔，其他亚裔（请注明）
- ☐ 黑人、非洲裔美国人或非裔美国人 中东人
- ☐ 太平洋岛民，瓜曼人
- ☐ 太平洋岛民，夏威夷人
- ☐ 太平洋岛民，萨摩亚籍
- ☐ 太平洋岛民，其他（请注明）
- ☐ 白人/高加索人
- ☐ 其他（请注明）
- ☐ 拒绝说明

联系方式

请提供一个唯一的联系人。该联系人应不与你同住（最好是亲属），如果我们需要联系你，该联系人应知道如何与你取得联系。

联系人名字*

联系人姓氏*

街道地址*

市*

州/省*

邮政编码*

联系电话*

联系电子邮件*

联系人与申请人的关系*

教育信息

请提供你毕业的高中学校名称和地址，如果你在家中接受教育或获得普通教育证书，请提供家庭住址。

高中学校名称*

街道地址*

市*

州/省*

邮政编码*

国家*

基于收入的经济援助是基于学院或大学对经济需求评估的经济援助，通常以填写 FAFSA或其他收入资格文件为依据。常见的例子包括佩尔助学金（Pell Grant）、大学承诺助学金（College Promise Grant）、帕金斯贷款（Perkins Loan）、勤工俭学（Work-Study）、联邦教育机会补助金（FSEOG）或卫生资源与服务管理局（HRSA）的贫困学生奖学金。

你是否收到通知，你将在任何被录取并打算在下一学年入学的学院或大学获得基于需求的经济援助奖？ *

○ 否　　○ 是

你是否曾在就读的任何学院或大学获得过基于收入的经济补助金？ *

○ 否　　○ 是

如果“是”，请选择奖项类型。*

☐ 大学承诺助学金
☐ 佩尔助学金
☐ 帕金斯贷款
☐ 勤工俭学
☐ 联邦教育机会补助金（FSEOG）
☐ HRSA 贫困学生奖学金
☐ 其他

获得的最高学位 *

专业信息

除英语外，你是否能流利/熟练地使用以下任何一种语言为客户提供直接服务？请勾选所有适用的语言：

- ☐ 任何土著和/或部落语言
- ☐ 任何形式的手语交流
- ☐ 阿拉伯语
- ☐ 亚美尼亚语
- ☐ 柬埔寨语
- ☐ 中文
- ☐ 波斯语
- ☐ 印地语
- ☐ 苗语
- ☐ 日语
- ☐ 韩语
- ☐ 老挝语
- ☐ 勉语
- ☐ 旁遮普语
- ☐ 俄语
- ☐ 西班牙语
- ☐ 他加禄语
- ☐ 泰语
- ☐ 乌克兰语
- ☐ 越南语

你目前是否已在加州认证组织、委员会获得认证、许可或进行注册？*

○ 否　　○ 是

如果回答为“是”，请选择所有适用的选项：

- ☐ 行为科学委员会
- ☐ 心理学委员会
- ☐ 加州职业治疗委员会
- ☐ 加州职业治疗委员会
- ☐ 加州教师资格认证委员会
- ☐ 加州医疗委员会 卫
- ☐ 加州药房委员会
- ☐ 生保健服务部
- ☐ 加州牙科委员会
- ☐ 加州骨科医学委员会
- ☐ 加州物理治疗委员会
- ☐ 医师助理委员会 其
- ☐ 语言病理学和听力学及助听器配发人员委员会
- ☐ 他

认证、执照或注册编号*

认证、执照或注册日期*

国家提供者标识符（NPI），如适用：

NPI 是医疗服务提供者的 10 位数字标识符。NPI 由联邦政府颁发给医疗服务提供者。

你是否曾在美国或海外服务不足的地区或服务不足的群体中担任志愿者或工作？*

○ 否　　○ 是

奖学金计划核实

你已注册或已被录取的课程，这些课程将为你提供以下专业之一：*

学校或项目名称 *

学校或课程类型

学校地址

街道地址*

市*　　州*

邮政编码*

你目前是否在校就读或已被录取？*

○ 否　　○ 是

毕业后，你是否计划为 0 至 25 岁的儿童和青少年提供服务？*

○ 否　　○ 是

下载并打印奖学金计划核实 (SPV) 表。该表必须由计划负责人或适当的指定人员填写并签名。填写完成并签名后，请在以下空格中准确输入 SPV 中提供的信息。如果信息与 SPV 不一致，你的申请将被视为不合格。

注意：我们不接受用学校文书代替 SPV。你必须扫描申请表并在本申请表的末尾处上传。

开始日期 *

预计毕业/结业日期 *

平均绩点*

目前注册的学分数 *

学分类型 *

申请的学位/证书*

请使用 HCAI 奖学金就读费用表计算就学费用，并在下方输入总金额。这是一年的就读费用，包括但不限于学杂费、书本费、用品费、临床费用、食宿费（包括校外住宿和日用品）以及受扶养人护理费用。你需要在本申请表的末尾处上传。

就读费用 *

工作经历

请从最近的雇主开始输入与医疗相关的工作经历。

雇主 1 姓名*

职位*

我目前在这里工作*

○ 否 ○ 是

街道地址*

市* 州/省*

邮政编码* 国家 *

就业状况*

雇主 2 姓名*

职位*

我目前在这里工作*

○ 否 ○ 是

街道地址*

市* 州/省*

邮政编码* 国家 *

就业状况*

雇主 3 姓名*

职位*

我目前在这里工作*

○ 否 ○ 是

街道地址*

市* 州/省*

邮政编码* 国家 *

就业状况*

雇主 4 姓名*

职位*

我目前在这里工作*

○ 否 ○ 是

街道地址*

市* 州/省*

邮政编码* 国家 *

就业状况*

所需文件

按照说明附上以下文件以支持你的申请。只接受 .doc、.docx、PDF、PNG 和 JPEG 文件。

1. 就读费用

上传仅反映一年相关费用的就读成本。该文件必须由你的学校获取。不接受截图。

2. 奖学金计划核实（SPV）表

上传填写完整且已签名的 SPV 表（由你的项目主管或适当的指定人员签名）。该表格位于“Scholarship Program Verification（奖学金计划核实）”页面，或使用以下链接下载 SPV 模板。

3. 利益冲突书

上传一封文书，说明你或你的现任或前任加州雇主与 Department of Health Care Access and Information (HCAI) 没有利益冲突。请参阅信函模板。

4. 人工流产培训证书

上传表明你接受过人工流产培训的证书。如果你有多个培训证书/文件，请将所有证书/文件放入一个文件中上传。

证明

本人证明，据本人所知，本申请表中的所有信息均真实准确。本人授权 Department of Health Care Access and Information（HCAI）核查作为本申请表一部分提交的任何信息。我明白，如果我在申请表中伪造信息，我的申请资格将被取消。我了解，如果在获得资助后发现伪造信息，或者我违反了奖助金协议，我将被要求偿还所有资助资金以及利息和管理费。我明白，我的申请和证明文件一经提交，即成为 HCAI 的财产。

我了解，获得奖学金意味着我同意以下条款：

1. 及时寄回所有信件。
2. 签署奖助金协议。我将与 Department of Health Care Access and Information（HCAI）签订奖助金协议。
3. 按要求提交每所就读大学的毕业日期核实表（GDV）（若最高学历为高中，则提交高中毕业日期核实表）。
4. 在毕业前，平均学分绩点（GPA）至少达到 2.0。
5. 至少注册六（6）个学期学分或同等学分，直至完成课程。
6. 毕业时，寄送一份签名并填写完整的（GDV）表格，证明已达到课程要求。
7. 根据要求，提交由我的主管签字的进度报告，以证明我正在工作并达到了计划要求。
8. 毕业后在符合资格的机构找到工作。指定的工作必须与课程申请相关。
9. 在十二（12）个月内（毕业后，在符合资格的机构就业开始），提供直接的病人护理（每周至少 32 小时）
10. 如果我的地址、电子邮件、电话号码、工作和请假情况有任何变化，请在 30 天内通知 HCAI。
11. 不接受其他实体（包括其他 HCAI 计划）要求我履行与此期限重叠的合同的任何其他奖项。
12. 如果我未能遵守奖助金协议的条款，我将根据未完成的服务月份数，偿还所收到的资金及其利息，并为违约而给 HCAI 和加州造成的损失赔偿违约金。

☐ 我同意

电子签名　　今日日期