

Đơn Đăng Ký Chương Trình Học Bổng Y Tế Tương Cận – 2024

Thông Tin Chung

Câu trả lời của quý vị sẽ chỉ được sử dụng để chấm điểm, báo cáo và phân tích. HCAI sẽ không chia sẻ câu trả lời cá nhân của quý vị với bất kỳ bên thứ ba nào và sẽ chỉ tiết lộ thông tin nhân khẩu học thu thập được khi trả lời những câu hỏi này theo cách tổng hợp hoặc theo yêu cầu của pháp luật hiện hành, bao gồm Đạo Luật Hồ Sơ Công Cộng California.

Tên Người Nộp Đơn*

Họ Người Nộp Đơn*

Hiện tại quý vị có được chấp nhận hoặc được ghi danh vào một trong các chương trình giáo dục sau không?*

Một số chương trình có thể hội đủ điều kiện để nhận quỹ chăm sóc sức khỏe sinh sản. Nếu quý vị trả lời "không chương trình nào nói trên", quý vị có thể hội đủ điều kiện để nhận các nguồn tài trợ khác.

Sau khi tốt nghiệp, quý vị có dự định làm việc trong lĩnh vực sức khỏe sinh sản không?*

Không

Có

Nếu quý vị trả lời "Có" thì có thể được cung cấp tài trợ thông qua kinh phí của Sức Khỏe Sinh Sản.

Quý vị có sẵn sàng tiếp tục hoặc bắt đầu cung cấp dịch vụ chăm sóc liên quan đến phá thai không?*

Không

Có

"Phá thai" được định nghĩa là bất kỳ phương pháp điều trị y tế nào nhằm mục đích chấm dứt thai kỳ ngoại trừ mục đích sinh con còn sống.

"Các dịch vụ liên quan đến phá thai" được định nghĩa là bao gồm việc phá thai được thực hiện bởi một nhà cung cấp đã qua đào tạo, trong điều kiện vệ sinh và sử dụng các kỹ thuật hiện đại (ví dụ:

nạo hút thai), hoặc sử dụng thuốc chất lượng cao theo phác đồ phá thai nội khoa hiệu quả. Các dịch vụ liên quan đến phá thai cũng bao gồm các dịch vụ tư vấn và/hoặc dịch vụ sức khỏe tâm thần liên quan đến phá thai, dịch vụ tránh thai, mối liên kết với các dịch vụ sức khỏe sinh sản và tình dục khác cũng như sự kết nối với cộng đồng, như được định nghĩa trong phần chăm sóc sau phá thai.

Xin lưu ý rằng người nộp đơn đang cung cấp dịch vụ tại Trung tâm Hỗ trợ Khủng hoảng khi Mang

thai sẽ không hội đủ điều kiện được nhận khoản tiền hỗ trợ này.

Quý vị hiện có đang làm việc tại hay sẵn sàng cam kết phục vụ trong 12 tháng tại ít nhất một trong những khu dân cư này không?*

1. Khu vực thiếu hụt chuyên gia y tế, theo chỉ định của HRSA.
2. Khu vực chưa được quan tâm về mặt y tế hoặc có nhóm dân số chưa được quan tâm về mặt y tế, theo bản đồ của [HRSA](#).
3. Khu vực Mục Tiêu Chuyên Môn Về Chăm Sóc Sức Khỏe Thai Sản, theo chỉ định của HRSA, hoặc khu vực thiếu hụt chăm sóc thai sản, theo chỉ định của [March of Dimes](#).
4. [Khu vực nông thôn](#)
5. A Một quận hạt ở California được xác định là không có dịch vụ phá thai.
6. Khu vực mà phần lớn bệnh nhân được bảo hiểm theo chương trình Medi-Cal.

Không Có

Quý vị đã được đào tạo hoặc có chứng chỉ phá thai chưa?*

Không Có

Nếu có, khi nộp đơn, quý vị sẽ phải đính kèm Chứng Chỉ Didactic hoặc Chứng Chỉ Lâm Sàng hoặc giấy chứng nhận năng lực lâm sàng tham khảo.

Quý vị có ở trong một hoặc nhiều tình huống sau không?*

1. Đã hoặc hiện đang vô gia cư.
2. Đã hoặc hiện đang ở trong hệ thống chăm sóc nuôi dưỡng.
3. Đã hội đủ điều kiện tham gia Chương Trình Bữa Trưa Học Đường Quốc Gia (bữa ăn miễn phí và giảm giá) trong hai năm trở lên khi còn nhỏ.
4. Cha mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp chưa có bằng cử nhân.
5. Đã hoặc hiện đủ điều kiện nhận Học Bổng Pell liên bang.
6. Được nhận hỗ trợ từ Chương Trình Dinh Dưỡng Bổ Sung Đặc Biệt Dành Cho Phụ Nữ, Trẻ Sơ Sinh Và Trẻ Em (California Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children, WIC) của California với tư cách là cha mẹ hoặc trẻ em.
7. Cư trú hoặc lớn lên tại một trong các khu vực sau:
 - a. Khu vực nông thôn, theo chỉ định của Rural Health Grants Eligibility Analyzer
 - b. Khu vực thiếu hụt [chuyên gia y tế, theo chỉ định của HRSA](#).
8. Là cá nhân bị khuyết tật, tức là một người bị suy yếu về thể chất hoặc tinh thần gây hạn chế đáng kể đến một hoặc nhiều hoạt động quan trọng trong cuộc sống, theo như mô tả trong Đạo luật về Người khuyết tật Hoa Kỳ năm 1990 (42 U.S.C. Sec. 12101 và tiếp theo), như sửa đổi.

Không Có

Quý vị có đang lên kế hoạch hướng đến nghề nghiệp cung cấp dịch vụ trực tiếp?*

Không Có

Chương trình giáo dục này có đặt tại California?*

Không Có

Quý vị có sẵn sàng cam kết thực hiện nghĩa vụ phục vụ 12 tháng ở khu vực chưa được quan tâm hoặc trong môi trường đủ điều kiện trong vòng sáu tháng sau khi tốt nghiệp không?*

Không Có

Điểm GPA gần đây của quý vị có đạt từ 2.0 trở lên không?*

Không Có

Xin lưu ý do quý vị trả lời "Có" ở câu hỏi này nên quý vị sẽ được yêu cầu tải lên [Mẫu Xác Minh Chương Trình Học Bổng \(Scholarship Program Verification, SPV\)](#) đạt điểm GPA trung bình từ 2.0 trở lên.

Quý vị có từng tham gia chăm sóc nuôi dưỡng và/hoặc tham gia hệ thống phúc lợi trẻ em không?*

Không Có

Quý vị có từng bị vô gia cư không?*

Không Có

Quý vị có phải là sinh viên đại học năm nhất? *

Không Có

Trước đây hoặc hiện nay, quý vị có phải là Người Được Tài Trợ của Văn Phòng Quy Hoạch và Phát Triển Y Tế Toàn Tiểu Bang (Office of Statewide Health Planning and Development, OSHPD) hoặc của Sở Tiếp Cận và Thông Tin Chăm Sóc Sức Khỏe (Health Care Access and Information, HCAI) không?*

Không Có

Nếu Có, Số Thỏa Thuận Tài Trợ trước đây của quý vị là gì?

Quý vị có đang làm việc hoặc làm tình nguyện cho một tổ chức của Tiểu Bang California không?*

Không Có

Quý vị sẽ được yêu cầu tải lên Thư Xung Đột Lợi Ích.

Quý vị có từng làm việc hoặc làm tình nguyện cho một tổ chức của Tiểu Bang California không?*

Không Có

Quý vị sẽ được yêu cầu tải lên Thư Xung Đột Lợi Ích.

Thông Tin Cá Nhân

Vui lòng truy cập trang hồ sơ của quý vị để cập nhật thông tin này nếu cần.

Ngày Sinh*

Giấy Phép Lái Xe hoặc Số ID*

Địa Chỉ Email*

Trên giấy khai sinh gốc, quý vị được xác định giới tính gì khi sinh?*

Quý vị có cho rằng mình là...*

Quý vị mô tả bản thân thế nào?*

Quý vị là Người Gốc Tây Ban Nha, Người Mỹ Latinh?*

Không

Đúng: Người Mexico, Người Mỹ Gốc Mexico

Đúng: Người Puerto Rico

Đúng: Người Cuba

Người Gốc Tây Ban Nha, Người Latinh khác (Vui lòng nêu rõ)

Từ chối trả lời

Chủng Tộc*

Người Thổ Dân Mỹ, Người Mỹ Bản
Địa hoặc Người Alaska Bản Địa

Người Châu Á, Người Ấn Gốc Châu Á

Người Châu Á, Người Hoa

Người Châu Á, Người Campuchia

Người Châu Á, Người Philippines

Người Châu Á, Người Indonesia

Người Châu Á, Người Nhật

Người Châu Á, Người Hàn

Người Châu Á, Người Lào

Người Châu Á, Người Singapore

Người Châu Á, Người Thái

Người Châu Á, Người Việt

Người Châu Á, Người Châu Á khác
(Vui lòng ghi rõ)

Người Da Đen, Người Mỹ Gốc Phi
hoặc Người Châu Phi

Người Trung Đông

Người Đảo Thái Bình Dương, Người
Đảo Guam

Người Đảo Thái Bình Dương, Người
Hawaii

Người Đảo Thái Bình Dương, Người
Samoa

Người Đảo Thái Bình Dương, Khác
(Vui lòng nêu rõ)

Người Da Trắng/Người Cáp-ca

Khác (Vui lòng ghi rõ)

Từ chối trả lời

Thông Tin Liên Lạc

Vui lòng ghi một người liên hệ duy nhất. Đây phải là người không sống cùng quý vị (tốt nhất là họ hàng), biết cách liên lạc với quý vị nếu chúng tôi cần liên hệ với quý vị.

Tên Người Liên Hệ*

Họ Người Liên Hệ*

Địa Chỉ Đường Phố*

Thành Phố*

Tiểu Bang/Tỉnh*

Mã Zip/Mã Bưu Chính*

Điện Thoại Liên Hệ*

Email Liên Hệ*

Mối Quan Hệ Liên Hệ với Người Nộp Đơn*

Thông Tin Giáo Dục

Vui lòng cung cấp tên và địa chỉ của trường trung học mà quý vị đã tốt nghiệp hoặc địa chỉ nhà nếu quý vị học tại nhà hoặc nhận được GED.

Tên Trường Trung Học*

Địa Chỉ Đường Phố*

Thành Phố*

Tiểu Bang/Tỉnh*

Mã Zip/Mã Bưu Chính*

Quốc Gia *

Đơn Đăng Ký Chương Trình Học Bổng Y Tế Tương Cận - 2024

Hỗ trợ tài chính dựa trên thu nhập là khoản hỗ trợ tài chính được trao căn cứ trên đánh giá của trường cao đẳng hoặc đại học về nhu cầu tài chính, thường dựa trên việc hoàn thành FAFSA hoặc tài liệu chứng nhận thu nhập khác. Các ví dụ về hỗ trợ tài chính phổ biến bao gồm Học Bổng Pell, Học Bổng College Promise Grant, Khoản Vay Perkins, Vừa Học Vừa Làm (Work-Study), Trợ Cấp Cơ Hội Giáo Dục Bổ Sung Liên Bang (Supplemental Educational Opportunity Grant, FSEOG) hoặc Học Bổng của Cơ Quan Quản Lý Tài Nguyên và Dịch Vụ Y Tế (Health Resources and Services Administration, HRSA) dành cho Sinh Viên Có Hoàn Cảnh Khó Khăn.

Quý vị có nhận được thông báo rằng quý vị sẽ được nhận hỗ trợ tài chính dựa trên nhu cầu tại bất kỳ trường cao đẳng hoặc đại học nào nơi quý vị được nhận và có dự định ghi danh học trong năm học tiếp theo không?*

Không Có

Quý vị có từng nhận được hỗ trợ tài chính dựa trên thu nhập tại bất kỳ trường cao đẳng hoặc đại học nào đã ghi danh chưa?*

Không Có

Nếu Có, vui lòng chọn (các) hỗ trợ được nhận*

Học Bổng College Promise Grant

Học Bổng Pell

Khoản Vay Perkins

Vừa Học Vừa Làm (Work-Study)

Trợ Cấp Cơ Hội Giáo Dục Bổ Sung Liên Bang (Federal Supplemental Educational Opportunity Grant, FSEOG)

Học Bổng HRSA dành cho Sinh Viên Có Hoàn Cảnh Khó Khăn

Khác

Bằng cấp cao nhất đạt được *

Thông Tin Nghề Nghiệp

Quý vị có nói bất kỳ ngôn ngữ nào sau đây ngoài Tiếng Anh, đủ trôi chảy/đủ tốt để cung cấp dịch vụ trực tiếp cho khách hàng không? Đánh dấu tất cả câu trả lời phù hợp:

Bất Kỳ Ngôn Ngữ Bản Địa và/hoặc Bộ Lạc	Bất Kỳ Hình Thức Giao Tiếp Ký Hiệu	Tiếng Ả Rập	Tiếng Armenia
Tiếng Campuchia	Tiếng Trung	Tiếng Ba Tư	Tiếng Hind
Tiếng Mông	Tiếng Nhật	Tiếng Hàn	Tiếng Lào
Tiếng Miên	Tiếng Punjab	Tiếng Nga	Tiếng Tây Ban Nha
Tiếng Tagalog	Tiếng Thái	Tiếng Ukraina	Tiếng Việt

Quý vị hiện có được chứng nhận, cấp phép hoặc đăng ký với một Tổ Chức, Hội Đồng hoặc Ủy Ban Chứng Nhận của California không?*

Không Có

Nếu có, hãy chọn tất cả câu trả lời phù hợp:

Hội Đồng Khoa Học Hành Vi

Hội Đồng Tâm Lý Học

Hội Đồng Trị Liệu Chức Nghiệp California

Hội Đồng Điều Dưỡng Chính Quy California

Ủy Ban Chứng Nhận Giáo Viên California

Hội Đồng Y Tế California

Hội Đồng Dược Phẩm Tiểu Bang California

Sở Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe

Hội Đồng Nha Khoa California

Hội Đồng Y Học Nắn Xương California

Hội Đồng Vật Lý Trị Liệu California

Hội Đồng Phụ Tá Bác Sĩ

Hội Đồng Bệnh Lý Ngôn Ngữ-Âm Ngữ và Thính Giác và Máy Trợ Thính

Khác

Số Chứng Nhận, Giấy Phép hoặc Số Đăng Ký*

Ngày Cấp Chứng Nhận, Giấy Phép hoặc Đăng Ký*

Mã Định Danh Nhà Cung Cấp Quốc Gia (National Provider Identifier, NPI), nếu có:

NPI là mã định danh gồm 10 chữ số dành cho các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe.

NPI được chính phủ liên bang cấp cho các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe.

Quý vị đã từng làm tình nguyện hoặc làm việc ở khu vực chưa được quan tâm hoặc với các nhóm chưa được quan tâm ở Hoa Kỳ hoặc ở nước ngoài chưa?*

Không

Có

Xác Minh Chương Trình Học Bổng

Chương trình quý vị đã ghi danh hoặc được chấp nhận sẽ đưa đến một trong những nghề nghiệp sau:*

Tên Trường hoặc Chương Trình *

Loại Hình Trường hoặc Chương Trình *

Địa Chỉ Trường Học

Địa Chỉ Đường Phố*

Thành Phố*

Tiểu Bang*

Mã Bưu Chính*

Hiện tại quý vị đã ghi danh hoặc được chấp nhận ghi danh chưa?*

Không Có

Sau khi tốt nghiệp, quý vị có dự định phục vụ trẻ em và thanh thiếu niên từ 0 đến 25 tuổi không?*

Không Có

Tải xuống và in [mẫu đơn Xác Minh Chương Trình Học Bổng \(Scholarship Program Verification, SPV\)](#). Quý vị cần điền đầy đủ mẫu đơn này và xin chữ ký của giám đốc chương trình của quý vị hoặc người được chỉ định thích hợp. Sau khi hoàn thành và ký tên, hãy nhập thông tin chính xác như trên SPV, vào các trường dưới đây. Nếu thông tin không khớp với SPV, đơn của quý vị sẽ bị coi là không đủ điều kiện.

Lưu ý: Chúng tôi KHÔNG chấp nhận thư từ trường thay cho SPV. Quý vị cần chụp s và tải lên ở cuối ứng dụng này.

Ngày Bắt Đầu *

Ngày Tốt Nghiệp/Hoàn Thành Dự Kiến *

Điểm Trung Bình *

Số Đơn Vị Hiện Đang Ghi Danh Học*

Loại Đơn Vị *

Bằng Cấp/Chứng Chỉ Nhận Về*

Vui lòng sử dụng mẫu Chi Phí Học Tập Theo Học Bổng HCAI để tính Chi Phí Học Tập và nhập tổng số tiền vào bên dưới. Khoản chi phí này dành cho một năm học bao gồm nhưng không giới hạn ở học phí, sách, lệ phí, đồ dùng, chi phí khám chữa bệnh, phòng ở và tiền ăn (bao gồm nhà ở ngoài khuôn viên trường và đồ tạp hóa) cùng dịch vụ chăm sóc người phụ thuộc. Quý vị sẽ cần tải lên tài liệu ở cuối ứng dụng.

Chi Phí Học Tập *

Lịch Sử Làm Việc

Nhập kinh nghiệm làm việc liên quan đến y tế bắt đầu từ chủ lao động gần đây nhất của quý vị.

Tên Chủ Lao Động 1*	
Chức Danh*	
Tôi đang làm việc tại đây*	
Không Có	
Địa Chỉ Đường Phố*	
Thành Phố*	Tiểu Bang/Tỉnh*
Mã Zip/Mã Bưu Chính*	Quốc Gia*
Tình Trạng Việc Làm*	

Tên Chủ Lao Động 2*

Chức Danh*

Tôi đang làm việc tại đây*

Không Có

Địa Chỉ Đường Phố*

Thành Phố*

Tiểu Bang/Tỉnh*

Mã Zip/Mã Bưu Chính*

Quốc Gia*

Tình Trạng Việc Làm*

Tên Chủ Lao Động 3*

Chức Danh*

Tôi đang làm việc tại đây*

Không Có

Địa Chỉ Đường Phố*

Thành Phố*

Tiểu Bang/Tỉnh*

Mã Zip/Mã Bưu Chính *

Quốc Gia *

Tình Trạng Việc Làm*

Tên Chủ Lao Động 4*

Chức Danh*

Tôi đang làm việc tại đây*

Không Có

Địa Chỉ Đường Phố*

Thành Phố*

Tiểu Bang/Tỉnh*

Mã Zip/Mã Bưu Chính*

Quốc Gia *

Tình Trạng Việc
Làm*

Tài Liệu Bắt Buộc

Đính kèm các tài liệu sau để hỗ trợ đơn của quý vị theo hướng dẫn. Chỉ chấp nhận các tệp .doc, .docx, PDF, PNG và JPEG.

1. Chi Phí Học Tập

Tải lên chi phí học tập phản ánh chi phí liên quan trong chỉ một năm. Trường học của quý vị phải lấy tài liệu này. Ảnh chụp màn hình không được chấp nhận.

2. MẪU XÁC MINH CHƯƠNG TRÌNH HỌC BỔNG (SCHOLARSHIP PROGRAM VERIFICATION, SPV)

Tải lên biểu mẫu SPV đã điền đầy đủ và có chữ ký (có chữ ký của giám đốc chương trình hoặc người được chỉ định thích hợp). Biểu mẫu này nằm trên trang Xác Minh Chương Trình Học Bổng hoặc quý vị có thể sử dụng liên kết sau để Tải Xuống [Mẫu SPV](#).

3. Thư Xung Đột Lợi Ích

Tải lên lá thư cho biết rằng quý vị hoặc chủ lao động hiện tại hoặc trước đây ở tiểu bang California của quý vị không có xung đột lợi ích với Department of Health Care Access and Information (HCAI). [Xem các mẫu thư](#).

4. Chứng Chỉ Đào Tạo Phá Thai

Tải lên (các) chứng chỉ cho quá trình đào tạo phá thai của quý vị. Nếu quý vị có nhiều chứng chỉ/tài liệu đào tạo, hãy gộp tất cả vào một tệp để tải lên.

Chứng Nhận

Tôi xác nhận rằng tất cả thông tin trong đơn đăng ký này là đúng sự thật và chính xác theo hiểu biết tốt nhất của tôi. Tôi ủy quyền cho Department of Health Care Access and Information (HCAI) xác minh mọi thông tin được nộp trong đơn này. Tôi hiểu rằng việc làm sai lệch thông tin trong đơn đăng ký sẽ khiến đơn của tôi bị loại. Tôi hiểu rằng nếu sau khi tôi đã được trao trợ cấp mà bị phát hiện hành vi giả mạo hoặc nếu tôi vi phạm thỏa thuận cấp trợ cấp thì tôi sẽ phải hoàn trả tất cả số tiền được cấp, cộng với tiền lãi và lệ phí hành chính. Tôi hiểu rằng sau khi nộp, đơn đăng ký và các tài liệu hỗ trợ của tôi sẽ trở thành tài sản của HCAI.

Tôi hiểu rằng, nếu được trao Học Bổng, tôi đồng ý với các điều khoản dưới đây:

1. Trả lại tất cả thư từ một cách kịp thời.
2. Ký kết thỏa thuận tài trợ. Tôi sẽ ký kết một thỏa thuận tài trợ với Department of Health Care Access and Information (HCAI).
3. Gửi biểu mẫu Xác Minh Ngày Tốt Nghiệp (GDV) cho từng trường cao đẳng/đại học đã theo học (hoặc trường trung học, nếu trung học là trình độ học vấn cao nhất) khi được yêu cầu.
4. Duy trì điểm GPA ít nhất là 2.0 cho đến khi tốt nghiệp.
5. Ghi danh tối thiểu sáu (6) đơn vị học kỳ hoặc tương đương cho đến khi hoàn thành chương trình.
6. Gửi mẫu đơn (GDV) đã hoàn thành đầy đủ và có chữ ký để xác nhận các yêu cầu của chương trình đã được đáp ứng sau khi tốt nghiệp.
7. Gửi Báo Cáo Tiến Độ có chữ ký của người giám sát của tôi để xác minh rằng tôi đang làm việc và đáp ứng các yêu cầu của chương trình khi được yêu cầu.
8. Tìm việc làm tại một cơ sở đủ tiêu chuẩn sau khi tốt nghiệp. Chức danh công việc phải cụ thể cho đơn đăng ký chương trình.
9. Trong thời gian mười hai (12) tháng (sau khi tốt nghiệp và làm việc tại cơ sở đủ tiêu chuẩn), trực tiếp chăm sóc bệnh nhân (tối thiểu 32 giờ mỗi tuần)
10. Thông báo cho HCAI về bất kỳ thay đổi nào liên quan đến địa chỉ, email, số điện thoại, việc làm và bất kỳ trường hợp nghỉ làm nào của tôi trong vòng 30 ngày.
11. Không nhận bất kỳ khoản tài trợ nào khác với các tổ chức khác, bao gồm các chương trình HCAI khác, mà yêu cầu tôi phải hoàn thành hợp đồng trùng lặp với giai đoạn này.
12. Tôi phải hoàn trả số tiền đã nhận cùng với tiền lãi và bất kỳ khoản tiền bồi thường thiệt hại nào mà HCAI và Tiểu Bang California phải chịu do vi phạm, số tiền tương đương với số tháng phục vụ bắt buộc chưa hoàn thành, nếu tôi không tuân thủ điều khoản của thỏa thuận tài trợ.

I Đồng ý

chữ ký điện tử

Ngày hôm nay