

BCCHP ENROLLMENT FORM (نموذج التسجيل في برنامج BCCHP)

يرجى كتابة الأتي بأحرف واضحة هل أنت مشترك جديد في برنامج BCCHP Program Breast, Cervical and Colon Health
صحة الثدي، وعنق الرحم، والقولون؟ نعم لا رقم التفويض

تفويض بإجراء: <input type="checkbox"/> فحص الثدي السريري <input type="checkbox"/> فحص الحوض <input type="checkbox"/> مسحة بابانيكولاو <input type="checkbox"/> تصوير الثدي الشعاعي	الاسم الأوسط	الاسم الأول	اسم العائلة
التاريخ	المتعاقد الرئيسي	الجنس: <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> رجل متحول جنسياً <input type="checkbox"/> أنثى متحولة جنسياً <input type="checkbox"/> غير قطبي الجنسي <input type="checkbox"/> غير ثنائي الجنس <input type="checkbox"/> عديم الهوية الجنسية	الخدمات محل الاهتمام: <input type="checkbox"/> الثدي <input type="checkbox"/> عنق الرحم
موقع إجراء الفحص/العيادة	أخر 4 أرقام لرقم الضمان الاجتماعي (اختياري)	تاريخ الميلاد	
الموعد التاريخ:	العنوان		
رقم السجل السريري	المقاطعة	الرمز البريدي	الولاية
رقم بديل:	أرقام الهواتف: هل يمكن ترك رسائل؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> الموعد: أفضل وقت للاتصال: <input type="checkbox"/> صباحاً <input type="checkbox"/> مساءً العمل: رقم بديل:	الموعد: الخلوي:	
الأهلية للبرنامج: يجب إكماله سنوياً			
دخل الأسرة قَبْل خصم الضرائب؟ _____ دولار كل <input type="checkbox"/> شهر <input type="checkbox"/> سنة كم شخصاً يُعال على هذا الدخل؟ _____			
هل تم التحقق من الأهلية لتغطية Apple Health <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا (السبب _____) التاريخ: مؤهل لتغطية Apple Health <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا مسجل في شركة Apple Health <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا التاريخ:			
هل لديك؟ (حدّد كل ما ينطبق) <input type="checkbox"/> ليس لديك تأمين صحي وولست مؤهلاً لتغطية Apple Health (أرفق قرار الرفض إن أمكن) <input type="checkbox"/> Medicare Part B <input type="checkbox"/> الرقم لدى Provider One, Medicaid, Apple Health _____ <input type="checkbox"/> تأمين اسم الشركة: _____ مبالغ مخصومة: _____ دولار معرف/رقم البوليصة: _____			
هل لديك أي مشكلات في ثدييك؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> إذا كانت الإجابة بنعم، فما المشكلة؟ _____			
ما اللغة الأساسية؟ (ضع علامة على كل ما ينطبق، ويفضل رسم دائرة) <input type="checkbox"/> الإنجليزية <input type="checkbox"/> الإسبانية <input type="checkbox"/> الفيتنامية <input type="checkbox"/> الصينية <input type="checkbox"/> الكورية <input type="checkbox"/> الكمبودية <input type="checkbox"/> الروسية <input type="checkbox"/> غير ذلك (يرجى التحديد: _____) هل تحتاج إلى مترجم فوري؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>			
ما العرق الذي تنتمي إليه في اعتقادك؟ (ضع علامة على واحد أو أكثر) <input type="checkbox"/> آسيوي <input type="checkbox"/> أسود أو أمريكي من أصل أفريقي <input type="checkbox"/> الهنود الأمريكيين أو من سكان الاسبكا الأصليين (حدّد القبيلة: _____) <input type="checkbox"/> أبيض أو قوقازي <input type="checkbox"/> من سكان هاواي الأصليين أو غيرهم من سكان جزر المحيط الهادئ (حدّد: _____) <input type="checkbox"/> غير معروف			
هل تعتبر نفسك ذا أصول لاتينية أو إسبانية؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>			
ما أعلى صف دراسي أكملته؟ (عدد السنوات الدراسية) _____			
إذا كنت حديث العهد ببرنامج BCCHP، فكيف تعرفت على هذا البرنامج؟ (حدّد اختياراً واحداً فقط)			



الراديو
 قسم الأشعة.
 التلفاز
 غير ذلك (يُرجى التحديد):

أحد الأصدقاء أو الأقرباء
 البحث على الإنترنت - الموقع الإلكتروني لبرنامج BCCHP
 البريد
 ملصق، أو نشرة إعلانية، أو كتيب

عيادة
 مؤسسة أهلية
 جهة العمل
 عامل في مجال التوعية

يُرجى إرسال النموذج عن طريق الفاكس إلى المتعاقد الرئيسي مع برنامج BCCHP على: