

DOH 342-054 July2020-Hindi

BCCHP ENROLLMENT FORM

BCCHP नामांकन फॉर्म

कृपया प्रिंट करें		BCCHP में नए हैं? <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं		प्राधिकरण #	
अंतिम नाम	प्रथम नाम	MI	इसके लिए प्राधिकरण प्राप्त: <input type="checkbox"/> CBE <input type="checkbox"/> श्रोणि <input type="checkbox"/> पैप <input type="checkbox"/> मैमोग्राम		
लिंग: <input type="checkbox"/> स्त्री <input type="checkbox"/> पुरुष <input type="checkbox"/> ट्रांसमैन <input type="checkbox"/> ट्रांसवुमैन <input type="checkbox"/> जैंडरक्वीर <input type="checkbox"/> लिंग नॉन-बाइनेरी <input type="checkbox"/> अजेंडर <input type="checkbox"/> _____			प्रमुख ठेकेदार	तिथि	
वांछित सेवाएँ: <input type="checkbox"/> स्तन <input type="checkbox"/> ग्रीवा			क्लीनिक / जाँच स्थल		
जन्म तिथि	अंतिम 4 अंक SSN (वैकल्पिक)		अपोइंटमेंट तिथि: _____ समय: _____		
पता			क्लीनिक चार्ट #		
शहर	स्टेट	ज़िप कोड	काउंटी		
टेलीफोन नंबर: संदेश देना ठीक रहेगा? <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं		कॉल करने के लिए सर्वोत्तम समय: <input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m.			
घर:	सेल:	दफ्तर:	वैकल्पिक:		
<b>कार्यक्रम पात्रता: सालाना रूप से पूर्ण की जानी चाहिए</b>					
परिवार की आय करों का भुगतान करने से पहले? \$ _____ प्रति <input type="checkbox"/> माह <input type="checkbox"/> वर्ष कितने लोग इस आय पर गुज़ारा करते हैं? _____					
Apple Health के लिए पात्रता की जाँच कर ली है <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं (कारण _____) तिथि: _____					
Apple Health के लिए पात्र <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं Apple Health पर नामांकित <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं तिथि: _____					
क्या आप के निम्न हैं? (लागू होने वाले सभी विकल्पों का चयन करें) <input type="checkbox"/> कोई स्वास्थ्य बीमा नहीं और & Apple Health के लिए पात्र नहीं (अस्वीकृति संलग्न करें यदि उपलब्ध हो)					
<input type="checkbox"/> मेडीकेयर भाग B <input type="checkbox"/> Apple Health, Medicaid, Provider One # _____					
<input type="checkbox"/> बीमा कंपनी का नाम: _____ कटौती-योग्य: \$ _____ नीति/ID #: _____					
क्या आपको अपने स्तन से कोई समस्या है? <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं यदि हाँ, तो क्या समस्या है? _____					
प्राथमिक भाषा? (लागू होने वाले सभी विकल्पों का चयन करें) <input type="checkbox"/> अंग्रेज़ी <input type="checkbox"/> स्पेनी <input type="checkbox"/> वियतनामी <input type="checkbox"/> चीनी <input type="checkbox"/> कोरियाई					
<input type="checkbox"/> कंबोडियन <input type="checkbox"/> रूसी <input type="checkbox"/> अन्य (निर्दिष्ट करें: _____) क्या आपको दुभाषिण की आवश्यकता है? <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं					
आपकी नस्ल क्या है? (एक या एक से अधिक के लिए सही का निशान लगाएँ)					
<input type="checkbox"/> एशियाई <input type="checkbox"/> अश्वेत या अफ्रीकी अमरीकी <input type="checkbox"/> अमरीकी भारतीय या अलास्का का निवासी (जाति निर्दिष्ट करें: _____)					
<input type="checkbox"/> श्वेत या कॉकेशियन <input type="checkbox"/> मूल हवाई निवासी या अन्य प्रशांत द्वीप निवासी (निर्दिष्ट करें: _____) <input type="checkbox"/> अज्ञात					
क्या आप स्वयं को लैटिना/लातीनी या हिस्पैनिक मानते हैं? <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं					
आपके द्वारा पूर्ण किया गया उच्चतम स्कूल ग्रेड क्या है? (स्कूल वर्षों की संख्या) _____					
यदि आप BCCHP में नए हैं, तो आपको इस कार्यक्रम के बारे में कैसे पता चला? (केवल एक विकल्प का चयन करें)					
<input type="checkbox"/> क्लीनिक	<input type="checkbox"/> दोस्त या रिश्तेदार	<input type="checkbox"/> रेडियो			
<input type="checkbox"/> सामुदायिक संस्था	<input type="checkbox"/> इंटरनेट खोज - BCCHP वेबसाइट	<input type="checkbox"/> रेडियोलॉजी विभाग			
<input type="checkbox"/> मालिक	<input type="checkbox"/> डाक	<input type="checkbox"/> टीवी			
<input type="checkbox"/> सहायता कर्मचारी	<input type="checkbox"/> पोस्टर, फ्लायर या ब्रोशर	<input type="checkbox"/> अन्य (निर्दिष्ट करें): _____			

कृपया BCCHP के प्रमुख ठेकेदार को यहाँ पर फॉर्म को फैंक्स करें: