

BCCHP ENROLLMENT FORM

ទម្រង់បែបបទចុះឈ្មោះ BCCHP

សូមបោះពុម្ព		សមាជិកថ្មីចំពោះ BCCHP ឬ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ		ការអនុញ្ញាតលេខ	
នាមត្រកូល		នាមខ្លួន		MI	
បានអនុញ្ញាតសម្រាប់: <input type="checkbox"/> CBE <input type="checkbox"/> ត្រីកាក <input type="checkbox"/> Pap <input type="checkbox"/> ការថតម៉ាម៉ូក្រាម		អ្នកម៉ៅការដែលទទួលបានសិទ្ធិអនុញ្ញាត		កាលបរិច្ឆេទ	
ភេទ: <input type="checkbox"/> ស្រី <input type="checkbox"/> ប្រុស <input type="checkbox"/> ប្រុសបំប្លែងភេទ <input type="checkbox"/> ស្រីបំប្លែងភេទ <input type="checkbox"/> មិនមែនប្រុស មិនមែនស្រី <input type="checkbox"/> មិនមែនទាំងពីរភេទ <input type="checkbox"/> អភេទ <input type="checkbox"/> _____		សេវាកម្មនៃអត្ថប្រយោជន៍: <input type="checkbox"/> សុខដំបៅ <input type="checkbox"/> ម៉ាកស្បូន			
ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត		លេខ 4 ខ្ទង់ចុងក្រោយ SSN (ជាជម្រើស)		គ្លីនិក / កន្លែងពិនិត្យតាមដាន	
អាសយដ្ឋាន		ការណាត់ជួប		កាលបរិច្ឆេទ: ពេលវេលា:	
ទីក្រុង	រដ្ឋ	ប្រទេស	ខោនធី	តារាងគ្លីនិក #	
លេខទូរស័ព្ទ: យល់ព្រមផ្ញើសារទូរស័ព្ទឬ? <input type="checkbox"/> ព្រម <input type="checkbox"/> មិនព្រម ពេលវេលាបញ្ជូនសារ: <input type="checkbox"/> ព្រឹក <input type="checkbox"/> ល្ងាច ទូរស័ព្ទនៅផ្ទះ: ទូរស័ព្ទនៅការងារ: លេខទូរស័ព្ទផ្សេងៗ:					
សិទ្ធិក្នុងការចូលរួមកម្មវិធី: ត្រូវតែបំពេញជាមួយស្នាម					
ប្រាក់ចំណូលគ្រួសារម្នាក់ៗប្រចាំឆ្នាំ? \$ _____ ក្នុង <input type="checkbox"/> ខែ <input type="checkbox"/> ឆ្នាំ តើមានមនុស្សប៉ុន្មាននាក់រស់នៅក្នុងផ្នែកនេះ? _____					
បានពិនិត្យសិទ្ធិចូលរួម Apple Health <input type="checkbox"/> ព្រម <input type="checkbox"/> មិនព្រម (មូលហេតុ: _____) កាលបរិច្ឆេទ: _____ មានសិទ្ធិចូលរួម Apple Health <input type="checkbox"/> ព្រម <input type="checkbox"/> មិនព្រម បានចុះឈ្មោះនៅលើ Apple Health <input type="checkbox"/> ព្រម <input type="checkbox"/> មិនព្រម កាលបរិច្ឆេទ: _____					
តើអ្នកមានទេ? (ជ្រើសរើសយកទាំងអស់ដែលអនុវត្ត) <input type="checkbox"/> គ្មានការធានារ៉ាប់រងសុខភាព និងមិនមានសិទ្ធិចូលរួម Apple Health (ភ្ជាប់ឯកសារបដិសេធប្រសិនបើមាន) <input type="checkbox"/> Medicare Part B <input type="checkbox"/> Apple Health, Medicaid អ្នកផ្តល់សេវាលេខមួយ _____ <input type="checkbox"/> ការធានារ៉ាប់រង ឈ្មោះក្រុមហ៊ុន: _____ ប្រាក់ដែលត្រូវបង់មុន: \$ _____ គោលការណ៍/លេខសម្គាល់: _____					
តើអ្នកមាន និងមានបញ្ហាជាមួយនឹងសុខភាពរបស់អ្នកទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ បើមាន តើមានបញ្ហាអ្វី? _____					
ភាសាចម្បង? (ក្នុងករណីទាំងអស់ដែលអនុវត្ត លើរង្វង់) <input type="checkbox"/> អង់គ្លេស <input type="checkbox"/> អេស្ប៉ាញ <input type="checkbox"/> វៀតណាម <input type="checkbox"/> ចិន <input type="checkbox"/> កូរ៉េ <input type="checkbox"/> ខ្មែរ <input type="checkbox"/> រុស្ស៊ី <input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត (សូមបញ្ជាក់: _____) តើអ្នកត្រូវការអ្នកបកប្រែទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ					
តើអ្នកគិតថាខ្លួនឯងជាជនជាតិអ្វី? (ក្នុងសម្គាល់មួយ ឬច្រើន) <input type="checkbox"/> អាស៊ី <input type="checkbox"/> ជនជាតិស្បែកខ្មៅ ឬអាហ្វ្រិកអាមេរិក <input type="checkbox"/> ជនជាតិដើមអាមេរិកកំណើត ឬអាឡាស្កា (សូមបញ្ជាក់ព័ត៌មានបន្ថែម: _____) <input type="checkbox"/> ជនជាតិស្បែកស ឬជនជាតិកូកាស <input type="checkbox"/> កោះហៃដើមកំណើត ឬកោះប៉ាស៊ីហ្វិកផ្សេងទៀត (សូមបញ្ជាក់: _____) <input type="checkbox"/> មិនស្គាល់					
តើអ្នកគិតថាខ្លួនអ្នកជាជនជាតិឡាទីនណា/ឡាទីនណា ឬអេស្ប៉ាញ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ					
តើអ្នកបានបញ្ចប់ថ្នាក់រៀនខ្ពស់បំផុតទីប៉ុន្មាន? (ចំនួនឆ្នាំសិក្សា) _____					
ប្រសិនបើអ្នកជាសមាជិកថ្មីនៃ BCCHP តើអ្នកបានដឹងអំពីកម្មវិធីនេះយ៉ាងដូចម្តេច? (ជ្រើសរើសតែមួយ)					
<input type="checkbox"/> គ្លីនិក <input type="checkbox"/> ស្ថាប័នសហគមន៍ <input type="checkbox"/> និយោជក <input type="checkbox"/> បុគ្គលិកផ្សព្វផ្សាយ		<input type="checkbox"/> មិត្តភក្តិ ឬសាច់ញាតិ <input type="checkbox"/> ការស្វែងរកតាមអ៊ីនធឺណិត - គេហទំព័រ BCCHP <input type="checkbox"/> ការផ្ញើសំបុត្រ <input type="checkbox"/> ផ្ទាំងរូបភាព ខិត្តបណ្ណ ឬកូនសៀវភៅ		<input type="checkbox"/> វិទ្យុ <input type="checkbox"/> ផ្នែកវិទ្យុសកម្ម <input type="checkbox"/> ទូរទស្សន៍ <input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត (សូមបញ្ជាក់): _____	

សូមបំពេញទម្រង់បែបបទទូរសារទៅអ្នកម៉ៅការដែលទទួលសិទ្ធិអនុញ្ញាតនៅ:

សម្រាប់បុគ្គលដែលមានពិការភាព ឯកសារនេះក៏អាចរកបានក្នុងទម្រង់ផ្សេងទៀត តាមការស្នើសុំ។
 ដើម្បីដាក់ពាក្យស្នើសុំ សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-525-0127 (TDD/TTY ហៅ 711) ។

DOH 342-054 July 2020 - Khmer