

BCCHP ENROLLMENT FORM

BCCHP नामांकन फारम

कृपया लेख्नुहोस्

BCCHP को लागि नयाँ हुनुहुन्छ ? हो होइन

प्रमाणिकरण #

थर	नाम	MI	को लागि प्रमाणित : <input type="checkbox"/> CBE <input type="checkbox"/> गुद्वार <input type="checkbox"/> Pap <input type="checkbox"/> म्यामोग्राम	
लिंग: <input type="checkbox"/> महिला <input type="checkbox"/> पुरुष <input type="checkbox"/> तेश्रो लिंगी पुरुष <input type="checkbox"/> तेश्रो लिंगी महिला <input type="checkbox"/> समलिंगी <input type="checkbox"/> द्विलिंगी <input type="checkbox"/> गैर-लिंगी <input type="checkbox"/> _____			प्रमुख सरोकारवाला	मिति
रुचिका सेवाहरू: <input type="checkbox"/> स्तन <input type="checkbox"/> गुद्वार				
जन्म मिति	SSN को अन्तिम 4 अंकहरू (वैकल्पिक)		क्लिनिक / जाँच गर्ने साइट	
ठेगाना			अपोइन्टमेन्ट मिति: समय:	
सहर	राज्य	जीप कोड	देश	क्लिनिकको चार्ट #

टेलिफोन नम्बरहरू: सन्देश छोड सकिन्छ ? सकिन्छ सकिन्न फोन गर्ने उत्तम समय: बजे बिहान बजे साँझ

घर: मोबाइल: काम: वैकल्पिक:

कार्यक्रमको लागि योग्यता: बार्षिक रुपमा पुरा गरिनुपर्ने

कर तिर्नु अघि घरको आम्दानी? \$ _____ प्रति महिना बर्ष यो आम्दानीमा कति जना मानिसहरू जीवनयापन गर्छन्? _____

एप्पल हेल्थको लागि योग्यताको जाँच गरियो गरियो गरिएन (कारण _____) मिति:

एप्पल हेल्थको लागि योग्य छ छैन एप्पल हेल्थमा नामांकन गरियो गरियो गरिएन मिति:

के तपाईंसँग? (लागू हुने सबै छनोट गर्नुहोस्) कुनै स्वास्थ्य बीमा छैन र एप्पल हेल्थको लागि योग्य नहुने छ (यदि उपलब्ध भएमा अस्वीकृति संलग्न गर्नुहोस्)

मेडिकेयर भाग B एप्पल हेल्थ, मेडिक्याड, प्रोभाइडर वन # _____

बिमा कम्पनीको नाम: _____ घटाउनुपर्ने: \$ _____ पोलिसी/ID #: _____

के तपाईंलाई आफ्नो स्तनमा समस्या छ? छ छैन यदि छ भने, के समस्या छ? _____

प्राथमिक भाषा? (लागू हुने सबैमा ठिक चिन्ह लगाउनुहोस्, प्राथमिकतालाई गोला चिन्ह लगाउनुहोस्) अंग्रेजी स्पेनिस भियतनामी चिनियाँ कोरियाली

कम्बोडियन रूसी अन्य (उल्लेख गर्नुहोस्: _____) के तपाईंलाई दोभाषे चाहिन्छ? चाहिन्छ चाहिन्न

तपाईं आफूलाई कुन जातिको मान्नुहुन्छ? (एउटा वा बढीमा संकेत गर्नुहोस्)

एशियाली अश्वेत वा अफ्रिकी अमेरिकन अमेरिकी भारतीय वा अलास्का निवासी (आदिवासी उल्लेख गर्नुहोस्: _____)

गोरा वा ककेशियन हवाई निवासी वा अन्य प्रशान्त टापु निवासी (उल्लेख गर्नुहोस्: _____) थाहा नभएको

के तपाईं आफूलाई ल्याटिनो / ल्याटिनो वा हिस्प्यानिक मान्नुहुन्छ? मान्छु मान्दिन

तपाईंले स्कूलमा पुरा गर्नुभएको उच्च ग्रेड के हो? (स्कूल बर्षको संख्या) _____

यदि तपाईं BCCHP कार्यक्रमको लागि नयाँ हुनुहुन्छ भने, यो कार्यक्रमको बारेमा कसरी थाहा पाउनुभयो? (एउटा मात्रै छनोट गर्नुहोस्)

क्लिनिक

साथीभाई वा आफन्त

रेडियो

सामुदायिक संस्था

इन्टरनेटमा खोज - BCCHP वेबसाइट

रेडियोलोजी विभाग

असक्षमता भएका व्यक्तितहरूका लागि, अनुरोध गरिएमा यो कागजात अन्य ढाँचामा उपलब्ध छ।

अनुरोध पेश गर्नको लागि, 1-800-525-0127 मा (TDD/TTY ले 711 मा) फोन गर्नुहोस्।



रोजगारदाता

आउटरिच कामदार

पत्राचार

पोस्टर, फ्लायर वा ब्रोसर

टिभी

अन्य (उल्लेख गर्नुहोस्) : _____

कृपया फारमलाई BCCHP का प्रमुख सरोकारवालालाई यहाँ फ्याक्स गर्नुहोस् :