

BCCHP ENROLLMENT FORM
BCCHP ਨਾਮਾਂਕਨ ਫਾਰਮ

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਕਰੋ

BCCHP ਵਿੱਚ ਨਵੇਂ ਹੋ? ਹਾਂ ਨਹੀਂ

ਅਧਿਕਾਰ #

ਨਾਮ ਦਾ ਆਖਰੀ ਹਿੱਸਾ		ਨਾਮ ਦਾ ਪਹਿਲਾ ਹਿੱਸਾ		MI	ਇਸ ਦੇ ਲਈ ਅਧਿਕਾਰ ਪ੍ਰਾਪਤ: <input type="checkbox"/> CBE <input type="checkbox"/> ਪੇਡੂ <input type="checkbox"/> ਪੈਪ <input type="checkbox"/> ਮੈਮੋਗ੍ਰਾਮ	
ਲਿੰਗ: <input type="checkbox"/> ਔਰਤ <input type="checkbox"/> ਪੁਰਸ਼ <input type="checkbox"/> ਟ੍ਰਾਂਸਮੈਨ <input type="checkbox"/> ਟ੍ਰਾਂਸਵੂਮੈਨ <input type="checkbox"/> ਜੈਂਡਰਕੁਰ <input type="checkbox"/> ਜੈਂਡਰ ਨੋਨ-ਬਾਈਨੇਰੀ <input type="checkbox"/> ਅਜੈਂਡਰ <input type="checkbox"/> _____					ਮੁੱਖ ਠੇਕੇਦਾਰ	
ਲੁੜੀਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ: <input type="checkbox"/> ਛਾਤੀ <input type="checkbox"/> ਬੱਚੇਦਾਨੀ					ਮਿਤੀ	
ਜਨਮ ਮਿਤੀ		ਅੰਤਿਮ 4 ਅੰਕ SSN (ਵਿਕਲਪਿਕ)			ਕਲੀਨਿਕ / ਜਾਂਚ ਸਥਾਨ	
ਪਤਾ					ਅਪੋਇਟਮੈਂਟ	
					ਮਿਤੀ: ਸਮਾਂ:	
ਸ਼ਹਿਰ	ਪ੍ਰਦੇਸ਼	ਜ਼ਿਲ੍ਹਾ ਕੋਡ	ਦੇਸ਼		ਕਲੀਨਿਕ ਚਾਰਟ #	
ਟੈਲੀਫੋਨ ਨੰਬਰ: ਸੰਦੇਸ਼ ਛੱਡਣਾ ਠੀਕ ਰਹੇਗਾ? <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ				ਕਾਲ ਕਰਨ ਲਈ ਸਰਵੋਤਮ ਸਮਾਂ: <input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m.		
ਘਰ:		ਸੈੱਲ:		ਕੰਮ:		ਵਿਕਲਪਿਕ:
ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਦੀ ਪਾਤਰਤਾ: ਸਲਾਨਾ ਤੌਰ 'ਤੇ ਪੂਰੀ ਕੀਤੀ ਜਾਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ						
ਘਰ ਦੀ ਆਮਦਨੀ ਕਰਾਂ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ? \$ _____ ਪ੍ਰਤੀ <input type="checkbox"/> ਮਹੀਨਾ <input type="checkbox"/> ਸਾਲ ਕਿੰਨੇ ਲੋਕ ਇਸ ਆਮਦਨੀ 'ਤੇ ਗੁਜ਼ਾਰਾ ਕਰਦੇ ਹਨ? _____						
Apple Health ਲਈ ਪਾਤਰਤਾ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰ ਲਈ <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ (ਕਾਰਨ _____) ਮਿਤੀ:						
Apple Health ਲਈ ਪਾਤਰ <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ Apple Health 'ਤੇ ਨਾਮਾਂਕਿਤ <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ ਮਿਤੀ:						
ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਹੇਠ ਲਿਖੀਆਂ ਚੀਜ਼ਾਂ ਹਨ? (ਲਾਗੂ ਹੋਣ ਵਾਲੇ ਸਾਰੇ ਵਿਕਲਪਾਂ ਦੀ ਚੋਣ ਕਰੋ) <input type="checkbox"/> ਕੋਈ ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਨਹੀਂ ਅਤੇ Apple Health ਲਈ ਪਾਤਰ ਨਹੀਂ (ਅਸਵੀਕ੍ਰਿਤੀ ਨੱਥੀ ਕਰੋ ਜੇਕਰ ਉਪਲਬਧ ਹੋਵੇ)						
<input type="checkbox"/> Medicare Part B <input type="checkbox"/> Apple Health, Medicaid, Provider One # _____						
<input type="checkbox"/> ਬੀਮਾ ਕੰਪਨੀ ਦਾ ਨਾਮ: _____ ਕਟੌਤੀ-ਯੋਗ: \$ _____ ਨੀਤੀ/ID #: _____						
ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਛਾਤੀ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਹਨ? <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕੀ ਸਮੱਸਿਆ ਹੈ? _____						
ਪਹਿਲੀ ਭਾਸ਼ਾ? (ਲਾਗੂ ਹੋਣ ਵਾਲੇ ਸਾਰੇ ਵਿਕਲਪਾਂ ਦੀ ਚੋਣ ਕਰੋ, ਗੋਲਾ ਲਗਾਉਣਾ ਬਿਹਤਰ ਹੋਵੇਗਾ) <input type="checkbox"/> ਅੰਗ੍ਰੇਜ਼ੀ <input type="checkbox"/> ਸਪੇਨੀ <input type="checkbox"/> ਵਿਯਤਨਾਮੀ <input type="checkbox"/> ਚੀਨੀ <input type="checkbox"/> ਕੋਰੀਆਈ						
<input type="checkbox"/> ਕੰਬੋਡੀਅਨ <input type="checkbox"/> ਰੂਸੀ <input type="checkbox"/> ਹੋਰ (ਦੱਸੋ: _____) ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ? <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ						
ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੀ ਲੱਗਦਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਕਿਹੜੀ ਨਸਲ ਦੇ ਹੋ? (ਇੱਕ ਜਾਂ ਵੱਧ 'ਤੇ ਸਹੀ ਦਾ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ)						
<input type="checkbox"/> ਏਸ਼ੀਆਈ <input type="checkbox"/> ਅਸਵੇਤ ਜਾਂ ਅਫ਼ੀਕੀ ਅਮਰੀਕੀ <input type="checkbox"/> ਅਮਰੀਕੀ ਭਾਰਤੀ ਜਾਂ ਅਲਾਸਕਾ ਦੇ ਨਿਵਾਸੀ (ਜਾਤੀ ਦੱਸੋ: _____)						
<input type="checkbox"/> ਸਵੇਤ ਜਾਂ ਕੇਕੋਸ਼ੀਅਨ <input type="checkbox"/> ਹਵਾਈ ਦਾ ਨਿਵਾਸੀ ਜਾਂ ਹੋਰ ਪੈਸੀਫਿਕ ਟਾਪੂ ਦਾ ਨਿਵਾਸੀ (ਦੱਸੋ: _____) <input type="checkbox"/> ਅਗਿਆਤ						
ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਆਪ ਨੂੰ ਲੇਟੀਨਾ/ਲੇਟੀਨੋ ਜਾਂ ਹਿਸਪੈਨਿਕ ਮੰਨਦੇ ਹੋ? <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ						
ਤੁਹਾਡੇ ਵੱਲੋਂ ਪੂਰਾ ਕੀਤੇ ਗਏ ਸਕੂਲ ਦਾ ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਧ ਤੋਂ ਵੱਧ ਗ੍ਰੇਡ ਕਿਹੜਾ ਹੈ? (ਸਕੂਲ ਸਾਲਾਂ ਦੀ ਸੰਖਿਆ) _____						
ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ BCCHP ਵਿੱਚ ਨਵੇਂ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਸ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਬਾਰੇ ਕਿਵੇਂ ਪਤਾ ਲੱਗਿਆ? (ਕੇਵਲ ਇੱਕ ਦੀ ਚੋਣ ਕਰੋ)						
<input type="checkbox"/> ਕਲੀਨਿਕ		<input type="checkbox"/> ਦੇਸ਼ ਜਾਂ ਰਿਸ਼ਤੇਦਾਰ		<input type="checkbox"/> ਰੇਡੀਓ		
<input type="checkbox"/> ਸਮੁਦਾਇਕ ਸੰਸਥਾ		<input type="checkbox"/> ਇੰਟਰਨੈੱਟ ਖੋਜ - BCCHP ਵੈੱਬਸਾਈਟ		<input type="checkbox"/> ਰੇਡੀਓਲੋਜੀ ਵਿਭਾਗ		
<input type="checkbox"/> ਮਾਲਿਕ		<input type="checkbox"/> ਡਾਕ		<input type="checkbox"/> ਟੀਵੀ		
<input type="checkbox"/> ਸਹਾਇਤਾ ਕਰਮਚਾਰੀ		<input type="checkbox"/> ਪੋਸਟਰ, ਫਲਾਇਰ ਜਾਂ ਬ੍ਰੋਸ਼ਰ		<input type="checkbox"/> ਹੋਰ (ਦੱਸੋ): _____		

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ BCCHP ਦੇ ਮੁੱਖ ਠੇਕੇਦਾਰ ਨੂੰ ਇੱਥੇ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਫੈਕਸ ਕਰੋ:

ਅਸਮਰੱਥ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਕਰਨ 'ਤੇ ਇਹ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਹੋਰ ਫਾਰਮੇਟਾਂ ਵਿੱਚ ਉਪਲਬਧ ਹੈ।
ਬੇਨਤੀ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰਨ ਲਈ, 1-800-525-0127 (TDD/TTY call 711) ਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰੋ।