

## BCCHP ENROLLMENT FORM РЕГИСТРАЦИОННЫЙ БЛАНК ДЛЯ УЧАСТИЯ В ПРОГРАММЕ ВССНР

Для печати		Участвовали в ВССНР ранее? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		Согласие №	
Фамилия		Имя		Ср. иниц.	
Предоставлено для: <input type="checkbox"/> СВЕ (клин. обл. мол. жел.) <input type="checkbox"/> Гинеколог <input type="checkbox"/> ПАП <input type="checkbox"/> Маммография		Главный исполнитель		Дата	
Пол: <input type="checkbox"/> Жен. <input type="checkbox"/> Муж. <input type="checkbox"/> Трансгендер. муж. <input type="checkbox"/> Трансгендер. жен. <input type="checkbox"/> Гендерквир <input type="checkbox"/> Третий пол <input type="checkbox"/> Агендер <input type="checkbox"/> _____		Интересующие услуги: <input type="checkbox"/> Здоровье молочных желез <input type="checkbox"/> Здоровье шейки матки		Клиника / центр проведения скрининга	
Дата рождения		Последние 4 цифры SSN (по желанию)		Следующий визит Дата: _____ Время: _____	
Адрес		Город		Штат	
Город		Штат		Индекс	
Город		Штат		Страна	
Номера телефонов: можно отправлять Вам сообщения? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Оптимальное время для связи: <input type="checkbox"/> утро <input type="checkbox"/> вечер		Домашний: _____		Мобильный: _____	
Домашний: _____		Мобильный: _____		Рабочий: _____	
Домашний: _____		Мобильный: _____		Другой: _____	
<b>Форма для участия в программе: необходимо заполнять ежегодно</b>					
Семейный доход <u>без учета</u> налогов? \$ _____ в <input type="checkbox"/> месяц <input type="checkbox"/> год Сколько человек живет на эти средства? _____					
Узнавали ли Вы о проверке на соответствие критериям участия в программе Apple Health <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет (причина _____) Дата: _____					
Прошли ли проверку на соответствие критериям участия в программе Apple Health <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Зарегистрировались ли Вы в Apple Health <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Дата: _____					
Имеется ли у Вас? (выберите все применимые варианты) <input type="checkbox"/> Нет медицинской страховки и отказано во включении в Apple Health по несоответствию (при наличии приложите отказ)					
<input type="checkbox"/> Medicare, часть B <input type="checkbox"/> Apple Health, Medicaid, Provider One № _____					
<input type="checkbox"/> Страхование Название компании: _____ Франшиза: \$ _____ № полиса/ID: _____					
Имеются ли у Вас проблемы с молочной железой? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да, то какие проблемы? _____					
Основной язык? (отметьте все применимые варианты и обведите кружком предпочтительный язык общения) <input type="checkbox"/> Английский <input type="checkbox"/> Испанский <input type="checkbox"/> Вьетнамский <input type="checkbox"/> Китайский <input type="checkbox"/> Корейский					
<input type="checkbox"/> Камбоджийский <input type="checkbox"/> Русский <input type="checkbox"/> Другой (укажите какой: _____) Нужен ли Вам переводчик? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет					
К какой расе Вы себя относите? (отметьте один или несколько вариантов)					
<input type="checkbox"/> Монголоидная <input type="checkbox"/> Негроидная или афроамериканец <input type="checkbox"/> Американский индеец или коренной житель Аляски (укажите племя: _____)					
<input type="checkbox"/> Европейец или европеоидная <input type="checkbox"/> Гаваец или житель других островов Тихого океана (укажите какого: _____) <input type="checkbox"/> Неизвестно					
Вы считаете себя латиноамериканцем(кой) или испаноязычным(ой)? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет					
Сколько всего классов школы Вы закончили? (сколько лет учились в школе) _____					
Если Вы ВПЕРВЫЕ принимаете участие в программе ВССНР, как Вы узнали о программе? (выберите только один вариант)					
<input type="checkbox"/> В клинике		<input type="checkbox"/> От друга/подруги или родственника		<input type="checkbox"/> По радио	
<input type="checkbox"/> В общественной организации		<input type="checkbox"/> В Интернете — на веб-сайте ВССНР		<input type="checkbox"/> В отделении рентгенологии	
<input type="checkbox"/> От работодателя		<input type="checkbox"/> Из рассылки		<input type="checkbox"/> По телевизору	
<input type="checkbox"/> От социального работника		<input type="checkbox"/> Из плаката, флаера или буклета		<input type="checkbox"/> Другое (укажите): _____	

Заполненный бланк отправьте главному исполнителю по ВССНР по номеру ФАКСа: