

BCCHP ENROLLMENT FORM (BCCHP 報名表)

請用印刷體書寫

新加入 BCCHP? 是 否

授權號

姓氏		名字		中名首字母		授權項目： <input type="checkbox"/> 臨床乳腺檢查 <input type="checkbox"/> 骨盆檢查 <input type="checkbox"/> 巴氏檢查 <input type="checkbox"/> 乳腺 X 線照片			
性別： <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 跨性別男性 <input type="checkbox"/> 跨性別女性 <input type="checkbox"/> 性別酷兒 <input type="checkbox"/> 非二元性別 <input type="checkbox"/> 無性別 <input type="checkbox"/> _____ 感興趣的服務： <input type="checkbox"/> 乳腺 <input type="checkbox"/> 宮頸						主要承包商		日期	
出生日期			SSN 後 4 位 (可選填)			診所/篩查地點			
地址						預約 日期： 時間：			
市		州		郵政編碼		郡		診所圖表號	
電話號碼：可否留話? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 最佳電話聯絡時間：上午 <input type="checkbox"/> 下午 <input type="checkbox"/>						備用電話：			
宅電： 手機： 工作電話：									
計劃資格：必須每年填寫									
稅前家庭收入? \$ _____ 每 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 年 有多少人靠該收入生活? _____									
是否已核查 Apple Health 資格 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (理由 _____) 日期： _____									
是否有資格參加 Apple Health <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 是否已報名 Apple Health <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 日期： _____									
您是否有? (選擇所有適用項) <input type="checkbox"/> 無健康保險且無資格參加 Apple Health (如有拒絕通知, 請附上)									
<input type="checkbox"/> Medicare Part B <input type="checkbox"/> Apple Health, Medicaid, Provider One # _____									
<input type="checkbox"/> 保險 公司名稱: _____ 免賠額: \$ _____ 保單/ID #: _____									
您的乳腺是否有問題? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 若是, 什麼問題? _____									
主要語言? (選擇所有適用項, 最好圈出) <input type="checkbox"/> 英語 <input type="checkbox"/> 西班牙語 <input type="checkbox"/> 越南語 <input type="checkbox"/> 漢語 <input type="checkbox"/> 韓語 <input type="checkbox"/> 柬埔寨語 <input type="checkbox"/> 俄語 <input type="checkbox"/> 其他 (請具體說明: _____) 您是否需要口譯員? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否									
您認為自己是哪個種族? (標記一個或多個)									
<input type="checkbox"/> 亞洲人 <input type="checkbox"/> 黑人或非裔美國人 <input type="checkbox"/> 美國印第安人或阿拉斯加原住民 (請具體說明部落: _____)									
<input type="checkbox"/> 白人或高加索人 <input type="checkbox"/> 夏威夷原住民或其他太平洋島民 (請具體說明: _____) <input type="checkbox"/> 不明									
您認為自己是拉丁裔或西班牙裔? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否									
您最高上到幾年級 (學年數) _____									
如果您新加入 BCCHP, 您是如何知曉此計劃的? (僅選擇一項)									
<input type="checkbox"/> 診所			<input type="checkbox"/> 朋友或親戚			<input type="checkbox"/> 廣播			
<input type="checkbox"/> 社區組織			<input type="checkbox"/> 網路搜尋 - BCCHP 網站			<input type="checkbox"/> 放射科			
<input type="checkbox"/> 雇主			<input type="checkbox"/> 郵件			<input type="checkbox"/> 電視			
<input type="checkbox"/> 外展工作者			<input type="checkbox"/> 海報、傳單或小冊子			<input type="checkbox"/> 其他 (請具體說明): _____			

請將表格傳真至 BCCHP 主要承包商, 號碼為:

殘障人士可以申請獲取本文件的其他格式。

如需提交申請, 請致電 1-800-525-0127 (TDD/TTY 請致電 711)。