**BCCHP ENROLLMENT FORM**

**BCCHP 가입 양식**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 정자체 기입 **BCCHP 신규 가입이십니까?**  **예  아니요 승인 #** | | | | | | | | | |
| **성** | | | **이름** | | | **중간 이름** | | **승인 목적:**  **CBE**  **자궁경부**  **Pap**  **유방조영** | |
| **성별**:  **여성  남성  트랜스남성  트랜스여성**  **젠더퀴어  젠더 논바이너리  무성  \_\_\_\_\_\_\_**  **관심 서비스:**  **유방  자궁경부** | | | | | | | | **주요 계약자** | **날짜** |
| **생년월일** | **SSN 마지막 4자리 숫자(선택사항)** | | | | | | | **진료소/검진 장소** | |
| **주소** | | | | | | | | **예약**  **날짜:** **시간:** | |
| **시** | **주** | | | **우편번호** | **카운티** | | | **진료소 차트 #** | |
| **전화번호: 메시지를 남겨도 되겠습니까?**  **예  아니요**   **통화하기 가장 좋은 시간:  오전  오후**  **자택:       휴대폰:       직장:       대체:** | | | | | | | | | |
| **프로그램 적격성: 매년 작성해야 함** | | | | | | | | | |
| **세전 가구소득** **$** **기준  월소득**  **연소득** **해당 소득에 대한 부양 가족 인원** | | | | | | | | | |
| **Apple Health 적격성 확인됨  예  아니요(사유**      **) 날짜:**  **Apple Health 적격성  예  아니요 Apple Health 가입됨  예  아니요 날짜:** | | | | | | | | | |
| **다음 중 해당 사항?** (해당 사항 모두 선택)  **무보험 & Apple Health 무자격(해당하는 경우, 거부 내역 첨부)**  **Medicare 파트 B  Apple Health, Medicaid, 제공자 1 #**  **보험 회사명:** **공제 금액: $****증서/ID #:** | | | | | | | | | |
| **유방에 문제가 있습니까?**  **예  아니요 예인 경우, 문제점? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | | | |
| **주요 언어**(해당 사항 모두 표시, 선호사항에 동그라미) **영어  스페인어  베트남어  중국어  한국어**  **캄보디아어  러시아어  기타(구체적으로 명시:****) 통역사가 필요하십니까?**  **예  아니요** | | | | | | | | | |
| **본인에게 해당하는 인종은?** (하나 이상 표시)  **아시아인  흑인 또는 아프리카계 미국인**  **아메리칸 인디언 또는 알래스카 원주민(부족 명시:      )**  **백인 또는 코카서스인  하와이 원주민 또는 다른 태평양 섬주민(구체적으로 명시:** **)**   **미상** | | | | | | | | | |
| **본인을 라틴계 여성/라틴계 남성 또는 히스패닉계라고 생각하십니까?**  **예  아니요** | | | | | | | | | |
| **최종 이수한 학교의 최고 학년은?** (교육 연수) | | | | | | | | | |
| **BCCHP에 처음 가입하신 분인 경우 이 프로그램에 대해 어떻게 아시게 되었습니까?**(하나만 선택) | | | | | | | | | |
| **진료소**  **커뮤니티 단체**  **고용주**  **봉사단체 근무자** | | **친구 또는 친지**  **인터넷 검색 – BCCHP 웹사이트**  **우편물**  **포스터, 전단지 또는 브로셔** | | | | | **라디오**  **방사선과**  **TV**  **기타(구체적으로 명시):     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | |

**양식을 BCCHP 주요 계약자에게 팩스로 보내 주십시오:**