**BCCHP ENROLLMENT FORM**

**FORM NG PAGPAPATALA SA BCCHP**

|  |
| --- |
| Mangyaring I-print **Bago sa BCCHP?** [ ]  **Oo [ ]  Hindi Authorization #**       |
| **Apelyido** | **Pangalan**  | **Gitnang Inisyal** | **Awtorisado para sa:** [ ]  **CBE** **[ ]  Pelvic** **[ ]  Pap** **[ ]  Mammogram**  |
| **Kasarian**: [ ]  **Babae [ ]  Lalaki [ ]  Transman [ ]  Transwoman** [ ]  **Genderqueer [ ]  Di-binary na Kasarian [ ]  Agender [ ]  \_\_\_\_\_\_\_****Mga serbisyong gustong matanggap:** [ ]  **Suso [ ]  Cervix**  | **Prime Contractor** | **Petsa** |
| **Petsa ng Kapanganakan**  | **Huling 4 na Digit ng SSN (Opsiyonal)**  | **Klinika / Site ng Pag-screen** |
| **Address**  | **Appointment** **Petsa:** **Oras:**  |
|  **Lungsod** | **Estado** | **Zip Code** | **Bansa** |  **Chart # ng Klinika** |
| **Mga Numero ng Telepono: OK na mag-iwan ng mensahe?** [ ]  **Oo [ ]  Hindi**   **Pinakamainam na oras para tumawag: [ ]  a.m. [ ]  p.m.** **Tahanan:       Cell:       Trabaho:       Alternatibo:**  |
| **Kwalipikasyon sa Programa: dapat kumpletuhin kada taon**  |
| **Kita ng sambahayan bago ang mga buwis?** **$** **Kada [ ]  Buwan** [ ]  **Taon** Ilang **tao ang nabubuhay sa kita na ito?**  |
| **Sinuri ang kwalipikasyon para sa Apple Health [ ]  Oo [ ]  Hindi (dahilan**      **) Petsa:****Kwalipikado para sa Apple Health [ ]  Oo [ ]  Hindi Nakatala sa Apple Health [ ]  Oo [ ]  Hindi Petsa:** |
| **Mayroon ka ba ng sumusunod?** (piliin ang lahat ng nalalapat) [ ]  **Walang Insurance sa Kalusugan at Hindi Kwalipikado para sa Apple Health (maglakip ng pagtanggi kung mayroon)**[ ]  **Medicare Part B [ ]  Apple Health, Medicaid, Provider One #**[ ]  **Insurance Pangalan ng kompanya:** **Deductible: $****# ng Polisiya/ID:**  |
| **Mayroon ka bang anumang probelma sa iyong mga suso?** [ ]  **Oo [ ]  Hindi Kung oo, ano ang problema? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Pangunahing Wika?** (lagyan ng check ang lahat ng nalalapat, at bilugan ang mas pinipiling gamitin) **[ ]  Ingles [ ]  Espanyol [ ]  Vietnamese [ ]  Chinese [ ]  Koreano** [ ]  **Cambodian [ ]  Russian [ ]  Iba pa (tukuyin:****) Kailangan mo ba ng interpreter?** [ ]  **Oo [ ]  Hindi** |
| **Ano sa tingin mo ang iyong lahi?** (Markahan ang isa o higit pa)[ ]  **Asyano [ ]  Itim o African American** [ ]  **American Indian o Katutubo ng Alaska (tukuyin ang tribo:      )** [ ]  **Puti o Caucasian [ ]  Katutubo ng Hawaii o iba pang taga-Isla Pasipiko (tukuyin:** **)**  [ ]  **Hindi alam** |
| **Itinuturing mo ba ang iyong sarili bilang Latina/Latino o Hispanic?** [ ]  **Oo [ ]  Hindi** |
| **Ano ang pinakamataas na baitang sa paaralan ang nakumpleto mo?** (bilang ng mga taon sa paaralan)  |
| **Kung BAGO ka sa BCCHP, paano mo nalaman ang tungkol sa programang ito?** (pumili lamang ng isa) |
| [ ]  **Klinika**[ ]  **Organisasyon sa komunidad**[ ]  **Employer**[ ]  **Manggagawa sa pakikipag-ugnayan (Outreach)** | [ ]  **Kaibigan o kamag-anak**[ ]  **Paghahanap sa Internet – website ng BCCHP**[ ]  **Sulat**[ ]  **Poster, Flyer o Brochure** | [ ]  **Radyo**[ ]  **Departamento ng Radiology**[ ]  **TV**[ ]  **Iba pa (tukuyin):     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

**Mangyaring ipadala ang form sa pamamagitan ng FAX sa Prime Contractor ng BCCHP sa:**