**BCCHP ENROLLMENT FORM**

**BCCHP नामांकन फ़ॉर्म**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| कृपया प्रिंट करें **BCCHP में नए हैं?**  **हाँ  नहीं प्राधिकरण #** | | | | | | | | | |
| **अंतिम नाम** | | | **प्रथम नाम** | | | **MI** | | **इसके लिए प्राधिकरण प्राप्त:**  **CBE**  **श्रोणि**  **पैप**  **मैमोग्राम** | |
| **लिंग**:  **स्त्री  पुरुष  ट्रांसमैन  ट्रांसवुमैन**  **जैंडरक्वीर  लिंग नॉन-बाइनेरी  अजैंडर  \_\_\_\_\_\_\_**  **वांछित सेवाएँ:**  **स्तन  ग्रीवा** | | | | | | | | **प्रमुख ठेकेदार** | **तिथि** |
| **जन्म तिथि** | **अंतिम 4 अंक SSN (वैकल्पिक)** | | | | | | | **क्लीनिक / जाँच स्थल** | |
| **पता** | | | | | | | | **अपोइंटमैंट**  **तिथि:** **समय:** | |
| **शहर** | **स्टेट** | | | **ज़िप कोड** | **काउंटी** | | | **क्लीनिक चार्ट #** | |
| **टेलीफोन नंबर: संदेश देना ठीक रहेगा?**  **हाँ  नहीं**   **कॉल करने के लिए सर्वोत्तम समय:  a.m.  p.m.**  **घर:       सेल:       दफ्तर:       वैकल्पिक:** | | | | | | | | | |
| **कार्यक्रम पात्रता: सालाना रूप से पूर्ण की जानी चाहिए** | | | | | | | | | |
| **परिवार की आय करों का भुगतान करने से पहले?** **$** **प्रति माह**  **वर्ष** कितने **लोग इस आय पर गुज़ारा करते हैं?** | | | | | | | | | |
| **Apple Health के लिए पात्रता की जाँच कर ली है  हाँ  नहीं (कारण**      **) तिथि:**  **Apple Health के लिए पात्र  हाँ  नहीं Apple Health पर नामांकित  हाँ  नहीं तिथि:** | | | | | | | | | |
| **क्या आप के निम्न हैं?** (लागू होने वाले सभी विकल्पों का चयन करें)  **कोई स्वास्थ्य बीमा नहीं और & Apple Health के लिए पात्र नहीं (अस्वीकृति संलग्न करें यदि उपलब्ध हो)**  **मेडीकेयर भाग B  Apple Health, Medicaid, Provider One #**  **बीमा कंपनी का नाम:** **कटौती-योग्य: $****नीति/ID #:** | | | | | | | | | |
| **क्या आपको अपने स्तन से कोई समस्या है?**  **हाँ  नहीं यदि हाँ, तो क्या समस्या है? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | | | |
| **प्राथमिक भाषा?** (लागू होने वाले सभी विकल्पों का चयन करें) **अंग्रेज़ी  स्पेनी  वियतनामी  चीनी  कोरियाई**  **कंबोडियन  रूसी  अन्य (निर्दिष्ट करें:****) क्या आपको दुभाषिए की आवश्यकता है?**  **हाँ  नहीं** | | | | | | | | | |
| **आपकी नस्ल क्या है?** (एक या एक से अधिक के लिए सही का निशान लगाएँ)  **एशिआई  अश्वेत या अफ्रीकी अमरीकी**  **अमरीकी भारतीय या अलास्का का निवासी (जाति निर्दिष्ट करें:      )**  **श्वेत या कॉकेशियन  मूल हवाई निवासी या अन्य प्रशांत द्वीप निवासी (निर्दिष्ट करें:** **)**   **अज्ञात** | | | | | | | | | |
| **क्या आप स्वयं को लैटिना/लातीनी या हिस्पैनिक मानते हैं?**  **हाँ  नहीं** | | | | | | | | | |
| **आपके द्वारा पूर्ण किया गया उच्चतम स्कूल ग्रेड क्या है?** (स्कूल वर्षों की संख्या) | | | | | | | | | |
| **यदि आप BCCHP में नए हैं, तो आपको इस कार्यक्रम के बारे में कैसे पता चला?** (केवल एक विकल्प का चयन करें) | | | | | | | | | |
| **क्लीनिक**  **सामुदायिक संस्था**  **मालिक**  **सहायता कर्मचारी** | | **दोस्त या रिश्तेदार**  **इंटरनेट खोज – BCCHP वेबसाइट**  **डाक**  **पोस्टर, फ्लायर या ब्रोशर** | | | | | **रेडियो**  **रेडियोलॉजी विभाग**  **टीवी**  **अन्य (निर्दिष्ट करें):     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | |

**कृपया BCCHP के प्रमुख ठेकेदार को यहाँ पर फ़ॉर्म को फैक्स करें:**