**BCCHP ENROLLMENT FORM**

**ទម្រង់បែបបទចុះឈ្មោះ BCCHP**

|  |
| --- |
| សូមបោះពុម្ព សមាជិក**ថ្មីចំពោះ BCCHP** ឬ**?** [ ]  **បាទ**/**ចាស [ ]  ទេ**  **ការអនុញ្ញាតលេខ**       |
| **នាមត្រកូល** | **នាមខ្លួន**  | **MI** | **បានអនុញ្ញាតសម្រាប់៖** [ ]  **CBE** **[ ]  ត្រគាក** **[ ]  Pap** **[ ]  ការថតម៉ាម៉ូក្រាម**  |
| **ភេទ**៖ [ ]  **ស្រី**  **[ ]** ប្រុស **[ ]  ប្រុសបំប្លែងភេទ [ ]  ស្រីបំប្លែងភេទ** [ ]  **មិនមែនប្រុស មិនមែនស្រី [ ]  មិនមែនទាំងពីរភេទ [ ]  អភេទ [ ]  \_\_\_\_\_\_\_****សេវាកម្មនៃអត្ថប្រយោជន៍៖** [ ] សុដន់ **[ ]** មាត់ស្បូន | **អ្នកម៉ៅការដែលទទួលបានសិទ្ធិអនុញ្ញាត** | **កាលបរិច្ឆេទ** |
| **ថ្ងៃខែ​ឆ្នាំ​កំណើត**  | **លេខ 4 ខ្ទង់ចុងក្រោយ SSN (ជាជម្រើស)**  | **គ្លីនិក / កន្លែងពិនិត្យតាមដាន** |
| **អាសយដ្ឋាន**   | **ការណាត់ជួប** **កាលបរិច្ឆេទ៖** **ពេលវេលា៖**  |
|  **ទីក្រុង** | **រដ្ឋ** | **ហ្ស៊ីបកូដ** | **ខោនធី** |  **តារាងគ្លីនិក #** |
| **លេខទូរសព្ទ៖ យល់ព្រមផ្ញើសារទុកមួយឬ?** [ ] ព្រម **[ ]  មិនព្រម** **ពេលវេលាល្អបំផុតដើម្បីហៅទូរសព្ទទៅ៖ [ ]  ព្រឹក**  **[ ]  ល្ងាច** **ទូរសព្ទនៅផ្ទះ៖       ទូរសព្ទដៃ៖       ទូរសព្ទនៅកន្លែងការងារ៖       លេខទូរសព្ទផ្សេងៗ៖**  |
| **សិទ្ធិក្នុងការចូលរួមកម្មវិធី៖ ត្រូវតែបំពេញជារៀងរាល់ឆ្នាំ**  |
| **ប្រាក់ចំណូលគ្រួសារមុនបង់ពន្ធ**? **$** **ក្នុង [ ]  ខែ** [ ]  **ឆ្នាំ តើមានមនុស្សប៉ុន្មាននាក់រស់នៅពឹងផ្អែកលើប្រាក់ចំណូលនេះ?**  |
| **បានពិនិត្យសិទ្ធិចូលរួម** **Apple Health [ ]** ព្រម **[ ]  មិនព្រម** (**មូលហេតុ**      **) កាលបរិច្ឆេទ៖****មានសិទ្ធិចូលរួម** **Apple Health** [ ]  ព្រម **[ ]  មិនព្រម បានចុះឈ្មោះនៅលើ** **Apple Health [ ]** ព្រម **[ ]  មិនព្រម កាលបរិច្ឆេទ៖** |
| **តើ​អ្នក​មាន​ទេ**? **(**ជ្រើសរើសយកទាំងអស់ដែលអនុវត្ត) [ ]  **គ្មានការធានារ៉ាប់រងសុខភាព និងមិនមានសិទ្ធិចូលរួម** **Apple Health** (**ភ្ជាប់ឯកសារបដិសេធប្រសិនបើមាន)**[ ]  **Medicare Part B [ ]  Apple Health, Medicaid អ្នកផ្ដល់សេវាលេខមួយ** **[ ]  ការធានារ៉ាប់រង** **ឈ្មោះក្រុមហ៊ុន៖** **ប្រាក់ដែលត្រូវបង់មុន៖ $****គោលការណ៍**/**លេខសម្គាល់៖**  |
| **តើអ្នកមាន និងមានបញ្ហាជាមួយនឹងសុដន់របស់អ្នកទេ**?[ ]  **បាទ/ចាស៎ [ ]  ទេ បើមាន តើមានបញ្ហាអ្វី**?**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **ភាសាចម្បង**? **(**គូសធីកទាំងអស់ដែលអនុវត្ត លើរង្វង់) [ ]  **អង់គ្លេស[ ]  អេស្ប៉ាញ[ ]  វៀតណាម**[ ]  **ចិន[ ]  កូរ៉េ** [ ]  **ខ្មែរ[ ]  រុស្ស៊ី[ ]  ផ្សេងទៀត** (**សូមបញ្ជាក់៖****) តើអ្នកត្រូវការអ្នកបកប្រែទេ**?[ ]  **បាទ/ចាស៎ [ ]  ទេ** |
| **តើអ្នកគិតគិតថាខ្លួនឯងជាជនជាតិអ្វី**?(គូសសម្គាល់មួយ ឬច្រើន)[ ]  **អាស៊ី [ ]  ជនជាតិស្បែកខ្មៅ ឬអាហ្រ្វិកអាមេរិក**[ ]  **ជនជាតិដើមអាមេរិកាំងឥណ្ឌា​ ឬអាឡាស្កា (សូមបញ្ជាក់ពីកុលសម្ព័ន្ធ៖** **)** [ ]  **ជនជាតិស្បែកស ឬជនជាតិកូកាស [ ]  កោះហាវ៉ៃដើមកំណើត ឬកោះប៉ាស៊ីហ្វិកផ្សេងទៀត (សូមបញ្ជាក់៖** **)**  [ ]  **មិនស្គាល់** |
| **តើអ្នកគិតថាខ្លួនអ្នកជាជនជាតិឡាទីនណា**/**ឡាទីនណូ ឬអេស្ប៉ាញ**?[ ]  **បាទ/ចាស៎** [ ]  **ទេ**  |
| **តើអ្នកបានបញ្ចប់ថ្នាក់រៀនខ្ពស់បំផុតទីប៉ុន្មាន**? **(**ចំនួនឆ្នាំសិក្សា)  |
| **ប្រសិនបើអ្នកជាសមាជិកថ្មីនៃ** **BCCHP** **តើអ្នកបានដឹងអំពីកម្មវិធីនេះយ៉ាងដូចម្តេច**? **(**ជ្រើសរើសតែមួយ) |
| [ ]  **គ្លីនិក**[ ]  **ស្ថាប័នសហគមន៍**[ ]  **និយោជក**[ ]  **បុគ្គលិកផ្សព្វផ្សាយ** | [ ]  **មិត្តភក្តិ ឬសាច់ញាតិ**[ ]  **ការស្វែងរកតាមអ៊ីនធឺណិត - គេហទំព័រ BCCHP**[ ]  **ការផ្ញើសំបុត្រ**[ ]  **ផ្ទាំងរូបភាព ខិត្តបណ្ណ ឬកូនសៀវភៅ** | [ ]  **វិទ្យុ**[ ]  **ផ្នែកវិទ្យុសកម្ម**[ ]  **ទូរទស្សន៍**[ ]  **ផ្សេងទៀត (សូមបញ្ជាក់)៖     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

**សូមបំពេញទម្រង់បែបបទទូរសារទៅអ្នកម៉ៅការដែលទទួលសិទ្ធិអនុញ្ញាតនៅ៖**