**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:**