**BCCHP ENROLLMENT FORM**

**BCCHP** **नामांकन फारम**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| कृपया लेख्नुहोस् **BCCHP को लागि नयाँ** **हुनुहुन्छ ?**  **हो**  **होइन** **प्रमाणिकरण** # | | | | | | | | | |
| **थर** | | | **नाम** | | | MI | | **को लागि प्रमाणित** :  **CBE**  **गुद्वार**  **Pap**  **म्यामोग्राम** | |
| **लिंग**:  **महिला**  **पुरुष**  **तेश्रोलिंगी पुरुष**  **तेश्रोलिंगी महिला**  **समलिंगी**  **द्विलिंगी**  **गैर-लिंगी**  \_\_\_\_\_\_\_  **रुचिका सेवाहरू :**  **स्तन**  **गुद्वार** | | | | | | | | **प्रमुख सरोकारवाला** | **मिति** |
| **जन्म मिति** | **SSN को अन्तिम 4 अंकहरू** **(वैकल्पिक)** | | | | | | | **क्लिनिक / जाँच गर्ने साइट** | |
| **ठेगाना** | | | | | | | | **अपोइन्टमेन्ट**  **मिति :**       **समय :** | |
| **सहर** | **राज्य** | | | **जीप कोड** | **देश** | | | **क्लिनिकको चार्ट** # | |
| **टेलिफोन नम्बरहरू : सन्देश छोड सकिन्छ ?**  **सकिन्छ**  **सकिन्न** **फोन गर्ने उत्तम समय :**  **बजे बिहान**  **बजे साँझ**  **घर :**       **मोबाइल :**       **काम :**       **वैकल्पिक :** | | | | | | | | | |
| **कार्यक्रमको लागि योग्यता : बार्षिक रुपमा पुरा गरिनुपर्ने** | | | | | | | | | |
| **कर तिर्नु** **अघि** **घरको आम्दानी ?** $        **प्रति**  **महिना**  **बर्ष** **यो आम्दानीमा कति जना मानिसहरू जीवनयापन गर्छन् ?** | | | | | | | | | |
| **एप्पल हेल्थको लागि योग्यताको जाँच गरियो**  **गरियो**  **गरिएन** **(कारण**      ) **मिति :**  **एप्पल हेल्थको लागि योग्य**  **छ**  **छैन** **एप्पल हेल्थमा नामांकन गरियो**  **गरियो**  **गरिएन** **मिति :** | | | | | | | | | |
| **के तपाईंसँग ?** (लागू हुने सबै छनोट गर्नुहोस्)  **कुनै स्वास्थ्य बीमा छैन र एप्पल हेल्थको लागि योग्य नहुने छ (यदि उपलब्ध भएमा अस्वीकृति संलग्न गर्नुहोस्)**  **मेडिकेयर भाग** B  **एप्पल हेल्थ, मेडिक्याड, प्रोभाइडर वन** #  **बिमा** **कम्पनीको नाम :** **घटाउनुपर्ने : $****पोलिसी/**ID # **:** | | | | | | | | | |
| **के तपाईंलाई आफ्नो स्तनमा समस्या छ ?**  **छ**  **छैन** **यदि छ भने, के समस्या छ ?** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | |
| **प्राथमिक भाषा ?** (लागू हुने सबैमा ठिक चिन्ह लगाउनुहोस्, प्राथमिकतालाई गोलो चिन्ह लगाउनुहोस्)  **अंग्रेजी**  **स्पेनिस**  **भियतनामी**  **चिनियाँ**  **कोरियाली**  **कम्बोडियन**  **रूसी**  **अन्य** **(उल्लेख गर्नुहोस् :**      ) **के तपाईंलाई दोभाषे चाहिन्छ ?**  **चाहिन्छ**  **चाहिन्न** | | | | | | | | | |
| **तपाईं आफूलाई कुन जातिको मान्नुहुन्छ ?** (एउटा वा बढीमा संकेत गर्नुहोस्)  **एशियाली**  **अश्वेत वा अफ्रिकी अमेरिकन**  **अमेरिकी भारतीय वा अलास्का निवासी (आदिवासी उल्लेख गर्नुहोस् :**      )  **गोरा वा ककेशियन**  **हवाई निवासी वा अन्य प्रशान्त टापु निवासी (उल्लेख गर्नुहोस् :**      )  **थाहा नभएको** | | | | | | | | | |
| **के तपाईं आफूलाई ल्याटिना / ल्याटिनो वा हिस्प्यानिक मान्नुहुन्छ ?**  **मान्छु**  **मान्दिन** | | | | | | | | | |
| **तपाईंले स्कूलमा पुरा गर्नुभएको उच्च ग्रेड के हो ?** (स्कूल बर्षको संख्या) | | | | | | | | | |
| **यदि तपाईं BCCHP कार्यक्रमको लागि नयाँ हुनुहुन्छ भने, यो कार्यक्रमको बारेमा कसरी थाहा पाउनुभयो ?** (एउटा मात्रै छनोट गर्नुहोस्) | | | | | | | | | |
| **क्लिनिक**  **सामुदायिक संस्था**  **रोजगारदाता**  **आउटरिच कामदार** | | **साथीभाई वा आफन्त**  **इन्टरनेटमा खोज** – **BCCHP** **वेबसाइट**  **पत्राचार**  **पोस्टर, फ्लायर वा ब्रोसर** | | | | | **रेडियो**  **रेडियोलोजी विभाग**  **टिभी**  **अन्य (उल्लेख गर्नुहोस्) :**     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |

**कृपया** **फारमलाई BCCHP का प्रमुख सरोकारवालालाई यहाँ फ्याक्स गर्नुहोस् :**