**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 :**