**BCCHP ENROLLMENT FORM**

**BCCHP ਨਾਮਾਂਕਨ ਫਾਰਮ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਕਰੋ **BCCHP ਵਿੱਚ ਨਵੇਂ ਹੋ?**  **ਹਾਂ  ਨਹੀਂ ਅਧਿਕਾਰ #** | | | | | | | | | |
| **ਨਾਮ ਦਾ ਆਖ਼ਰੀ ਹਿੱਸਾ** | | | **ਨਾਮ ਦਾ ਪਹਿਲਾ ਹਿੱਸਾ** | | | **MI** | | **ਇਸ ਦੇ ਲਈ ਅਧਿਕਾਰ ਪ੍ਰਾਪਤ:**  **CBE**  **ਪੇਡੂ**  **ਪੈਪ**  **ਮੈਮੋਗ੍ਰਾਮ** | |
| **ਲਿੰਗ**:  **ਔਰਤ  ਪੁਰਸ਼  ਟ੍ਰਾਂਸਮੈਨ  ਟ੍ਰਾਂਸਵੁਮੈਨ**  **ਜੈਂਡਰਕ੍ਵੀਰ  ਜੈਂਡਰ ਨੌਨ-ਬਾਈਨੇਰੀ  ਅਜੈਂਡਰ  \_\_\_\_\_\_\_**  **ਲੁੜੀਂਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ:**  **ਛਾਤੀ  ਬੱਚੇਦਾਨੀ** | | | | | | | | **ਮੁੱਖ ਠੇਕੇਦਾਰ** | **ਮਿਤੀ** |
| **ਜਨਮ ਮਿਤੀ** | **ਅੰਤਿਮ 4 ਅੰਕ SSN (ਵਿਕਲਪਿਕ)** | | | | | | | **ਕਲੀਨਿਕ / ਜਾਂਚ ਸਥਾਨ** | |
| **ਪਤਾ** | | | | | | | | **ਅਪੌਇੰਟਮੈਂਟ**  **ਮਿਤੀ:** **ਸਮਾਂ:** | |
| **ਸ਼ਹਿਰ** | **ਪ੍ਰਦੇਸ਼** | | | **ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ** | **ਦੇਸ਼** | | | **ਕਲੀਨਿਕ ਚਾਰਟ #** | |
| **ਟੈਲੀਫੋਨ ਨੰਬਰਾਂ: ਸੰਦੇਸ਼ ਛੱਡਣਾ ਠੀਕ ਰਹੇਗਾ?**  **ਹਾਂ  ਨਹੀਂ**   **ਕਾਲ ਕਰਨ ਲਈ ਸਰਵੋਤਮ ਸਮਾਂ:  a.m.  p.m.**  **ਘਰ:       ਸੈੱਲ:       ਕੰਮ:       ਵਿਕਲਪਿਕ:** | | | | | | | | | |
| **ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਦੀ ਪਾਤਰਤਾ: ਸਲਾਨਾ ਤੌਰ ‘ਤੇ ਪੂਰੀ ਕੀਤੀ ਜਾਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ** | | | | | | | | | |
| **ਘਰ ਦੀ ਆਮਦਨੀ ਕਰਾਂ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ?** **$** **ਪ੍ਰਤੀ  ਮਹੀਨਾ**  **ਸਾਲ** ਕਿੰਨੇ **ਲੋਕ ਇਸ ਆਮਦਨੀ ‘ਤੇ ਗੁਜ਼ਾਰਾ ਕਰਦੇ ਹਨ?** | | | | | | | | | |
| **Apple Health ਲਈ ਪਾਤਰਤਾ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰ ਲਈ  ਹਾਂ  ਨਹੀਂ (ਕਾਰਨ**      **) ਮਿਤੀ:**  **Apple Health ਲਈ ਪਾਤਰ  ਹਾਂ  ਨਹੀਂ Apple Health ‘ਤੇ ਨਾਮਾਂਕਿਤ  ਹਾਂ  ਨਹੀਂ ਮਿਤੀ:** | | | | | | | | | |
| **ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਹੇਠ ਲਿਖੀਆਂ ਚੀਜ਼ਾਂ ਹਨ?** (ਲਾਗੂ ਹੋਣ ਵਾਲੇ ਸਾਰੇ ਵਿਕਲਪਾਂ ਦੀ ਚੋਣ ਕਰੋ)  **ਕੋਈ ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਨਹੀਂ ਅਤੇ Apple Health ਲਈ ਪਾਤਰ ਨਹੀਂ (ਅਸਵੀਕ੍ਰਿਤੀ ਨੱਥੀ ਕਰੋ ਜੇਕਰ ਉਪਲਬਧ ਹੋਵੇ)**  **Medicare Part B  Apple Health, Medicaid, Provider One #**  **ਬੀਮਾ ਕੰਪਨੀ ਦਾ ਨਾਮ:** **ਕਟੌਤੀ-ਯੋਗ: $****ਨੀਤੀ/ID #:** | | | | | | | | | |
| **ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਛਾਤੀ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਹਨ?**  **ਹਾਂ  ਨਹੀਂ ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕੀ ਸਮੱਸਿਆ ਹੈ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | | | |
| **ਪਹਿਲੀ ਭਾਸ਼ਾ?** (ਲਾਗੂ ਹੋਣ ਵਾਲੇ ਸਾਰੇ ਵਿਕਲਪਾਂ ਦੀ ਚੋਣ ਕਰੋ, ਗੋਲਾ ਲਗਾਉਣਾ ਬਿਹਤਰ ਹੋਵੇਗਾ) **ਅੰਗ੍ਰੇਜ਼ੀ  ਸਪੇਨੀ  ਵਿਯਤਨਾਮੀ  ਚੀਨੀ  ਕੋਰੀਆਈ**  **ਕੰਬੋਡੀਅਨ  ਰੂਸੀ  ਹੋਰ (ਦੱਸੋ:****) ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ?**  **ਹਾਂ  ਨਹੀਂ** | | | | | | | | | |
| **ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੀ ਲੱਗਦਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਕਿਹੜੀ ਨਸਲ ਦੇ ਹੋ?** (ਇੱਕ ਜਾਂ ਵੱਧ ‘ਤੇ ਸਹੀ ਦਾ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ)  **ਏਸ਼ੀਆਈ  ਅਸ਼ਵੇਤ ਜਾਂ ਅਫ੍ਰੀਕੀ ਅਮਰੀਕੀ**  **ਅਮਰੀਕੀ ਭਾਰਤੀ ਜਾਂ ਅਲਾਸਕਾ ਦੇ ਨਿਵਾਸੀ (ਜਾਤੀ ਦੱਸੋ:      )**  **ਸ਼ਵੇਤ ਜਾਂ ਕੌਕੇਸ਼ੀਅਨ  ਹਵਾਈ ਦਾ ਨਿਵਾਸੀ ਜਾਂ ਹੋਰ ਪੈਸੀਫਿਕ ਟਾਪੂ ਦਾ ਨਿਵਾਸੀ (ਦੱਸੋ:** **)**   **ਅਗਿਆਤ** | | | | | | | | | |
| **ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਆਪ ਨੂੰ ਲੇਟੀਨਾ/ਲੇਟੀਨੋ ਜਾਂ ਹਿਸਪੈਨਿਕ ਮੰਨਦੇ ਹੋ?**  **ਹਾਂ  ਨਹੀਂ** | | | | | | | | | |
| **ਤੁਹਾਡੇ ਵੱਲੋਂ ਪੂਰਾ ਕੀਤੇ ਗਏ ਸਕੂਲ ਦਾ ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਧ ਤੋਂ ਵੱਧ ਗ੍ਰੇਡ ਕਿਹੜਾ ਹੈ?** (ਸਕੂਲ ਸਾਲਾਂ ਦੀ ਸੰਖਿਆ) | | | | | | | | | |
| **ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ BCCHP ਵਿੱਚ ਨਵੇਂ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਸ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਬਾਰੇ ਕਿਵੇਂ ਪਤਾ ਲੱਗਿਆ?** (ਕੇਵਲ ਇੱਕ ਦੀ ਚੋਣ ਕਰੋ) | | | | | | | | | |
| **ਕਲੀਨਿਕ**  **ਸਮੁਦਾਇਕ ਸੰਸਥਾ**  **ਮਾਲਿਕ**  **ਸਹਾਇਤਾ ਕਰਮਚਾਰੀ** | | **ਦੋਸਤ ਜਾਂ ਰਿਸ਼ਤੇਦਾਰ**  **ਇੰਟਰਨੈੱਟ ਖੋਜ – BCCHP ਵੈੱਬਸਾਈਟ**  **ਡਾਕ**  **ਪੋਸਟਰ, ਫਲਾਇਰ ਜਾਂ ਬ੍ਰੋਸ਼ਰ** | | | | | **ਰੇਡੀਓ**  **ਰੇਡੀਓਲੋਜੀ ਵਿਭਾਗ**  **ਟੀਵੀ**  **ਹੋਰ (ਦੱਸੋ):     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | |

**ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ BCCHP ਦੇ ਮੁੱਖ ਠੇਕੇਦਾਰ ਨੂੰ ਇੱਥੇ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਫੈਕਸ ਕਰੋ:**