**فرم نام‌نویسی در BCCHP**

|  |
| --- |
| لطفاً چاپ شود **اخیراً به BCCHP پیوسته‌اید؟** [ ]  **بله [ ]  خیر شماره مجوز**       |
| **نام خانوادگی** | **نام کوچک**  | **حروف اول نام میانی** | **ارائه مجوز برای:** [ ]  **CBE** **[ ]  لگن** **[ ]  Pap** **[ ]  ماموگرام**  |
| **جنسیت**: [ ]  **زن [ ]  مرد [ ]  مرد ترنس [ ]  زن ترنس** [ ]  **کوییر [ ]  جنسیت غیردوگانه [ ]  بی‌جنسیت[ ]  \_\_\_\_\_\_\_****خدمات مورد تقاضا:** [ ]  **سینه [ ]  دهانه رحم**  | **طرف اصلی قرارداد** | **تاریخ** |
| **تاریخ تولد**  | **۴ رقم آخر شماره تأمین اجتماعی (اختیاری)**  | **کلینیک / محل غربالگری** |
| **نشانی**  | **نوبت** **تاریخ:** **ساعت:**  |
|  **شهر** | **ایالت** | **زیپ‌کد** | **کانتی** |  **شماره چارت بالینی** |
| **شماره‌های تلفن: می‌توانیم برایتان پیام بگذاریم؟** [ ]  **بله [ ]  خیر**   **بهترین زمان تماس: [ ]  ق.ظ. [ ]  ب.ظ.** **منزل:       همراه:       محل کار:       سایر:** |
| **شرایط لازم برنامه: باید هر سال تکمیل شود**  |
| **درآمد خانوار قبل از کسر مالیات؟** **$** **در [ ]  ماه** [ ]  **سال چند نفر با این درآمد امرار معاش می‌کنند؟**  |
| **صلاحیت برای عضویت در برنامه Apple Health بررسی شد [ ]  بله [ ]  خیر (دلیل**      **) تاریخ:****دارای صلاحیت برای برنامه Apple Health [ ]  بله [ ]  خیر در برنامه Apple Health نام‌نویسی شده [ ]  بله [ ]  خیر تاریخ:** |
| **کدام‌یک از موارد زیر را دارید؟** (همه موارد صحیح را انتخاب کنید) [ ]  **فاقد بیمه سلامت و فاقد شرایط لازم برای Apple Health (نامه رد مزایا در صورت وجود ضمیمه شود)**[ ]  **Medicare Part B [ ]  Apple Health, Medicaid, Provider One #**[ ]  **بیمه نام شرکت:** **فرانشیز: $****شماره بیمه‌نامه/شناسه:**  |
| **مشکلی در سینه‌هایتان وجود دارد؟** [ ]  **بله [ ]  خیر اگر جواب بله است، چه مشکلی؟ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **زبان اصلی؟** (همه موارد صحیح را علامت بزنید، دور زبان ارجح خط بکشید) **[ ]  انگلیسی [ ]  اسپانیایی [ ]  ویتنامی [ ]  چینی [ ]  کره‌ای** [ ]  **کامبوجی [ ]  روسی [ ]  سایر (مشخص کنید:****) نیاز به مترجم شفاهی دارید؟** [ ]  **بله [ ]  خیر** |
| **خودتان را از چه نژادی می‌دانید؟** (یک یا چند مورد را علامت بزنید)[ ]  **آسیایی [ ]  سیاه‌پوست یا آمریکایی آفریقایی‌تبار** [ ]  **هندو آمریکایی یا بومی آلاسکا (قبیله را مشخص کنید:      )** [ ]  **سفیدپوست یا قفقازی [ ]  بومی هاوایی یا سایر جزیره‌نشینان اقیانوس آرام (مشخص کنید:** **)**  [ ]  **ناشناخته** |
| **آیا خودتان را جزء لاتینی‌ها یا هیسپانیک‌ها می‌دانید؟** [ ]  **بله [ ]  خیر**  |
| **بالاترین پایه‌ای که در مدرسه گذرانده‌اید چیست؟** (تعداد سال‌های تحصیل)  |
| **اگر تازه به BCCHP پیوسته‌اید، چطور از این برنامه اطلاع یافتید؟** (فقط یکی را انتخاب کنید) |
| [ ]  **کلینیک**[ ]  **سازمان‌های جامعه**[ ]  **کارفرما**[ ]  **مددکار** | [ ]  **دوستان یا آشنایان**[ ]  **جستجو در اینترنت – وب‌سایت BCCHP**[ ]  **پست**[ ]  **پوستر، تراکت یا بروشور** | [ ]  **رادیو**[ ]  **واحد رادیوگرافی**[ ]  **تلویزیون**[ ]  **سایر (مشخص کنید):     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

**لطفاً فرم را به شماره زیر برای طرف اصلی قرارداد BCCHP فکس کنید:**