**BCCHP ENROLLMENT FORM (نموذج التسجيل في برنامج BCCHP)**

|  |
| --- |
| يُرجى كتابة الآتي بأحرف واضحة **هل أنت مشترك جديد في برنامج Breast, Cervical and Colon Health Program (BCCHP، صحة الثدي، وعنق الرحم، والقولون)؟** [ ]  **نعم [ ]  لا رقم التفويض**       |
| **اسم العائلة** | **الاسم الأول**  | **الاسم الأوسط** | **تفويض بإجراء:** [ ]  **فحص الثدي السريري** **[ ]  فحص الحوض** **[ ]  مسحة بابانيكولاو** **[ ]  تصوير الثدي الشعاعي**  |
| **الجنس**: [ ]  **أنثى [ ]  ذكر [ ]  رجل متحول جنسيًا [ ]  أنثى متحولة جنسيًا**  [ ]  **غير قطبي الجنسي [ ]  غير ثنائي الجنس [ ]  عديم الهوية الجنسية [ ]  \_\_\_\_\_\_\_****الخدمات محل الاهتمام:** [ ]  **الثدي [ ]  عنق الرحم**  | **المتعاقد الرئيسي** | **التاريخ** |
| **تاريخ الميلاد**  | **أخر 4 أرقام لرقم الضمان الاجتماعي (اختياري)**  | **موقع إجراء الفحص/العيادة** |
| **العنوان**  | **الموعد** **التاريخ:** **الوقت:**  |
| **المدينة** | **الولاية** | **الرمز البريدي** | **المقاطعة** | **رقم السجل السريري** |
| **أرقام الهواتف: هل يمكن ترك رسائل؟** [ ]  **نعم [ ]  لا**   **أفضل وقت للاتصال: [ ]  صباحًا [ ]  مساءً** **المنزل:       الخلوي:       العمل:       رقم بديل:**  |
| **الأهلية للبرنامج: يجب إكماله سنويًا**  |
| **دخل الأسرة قبل خصم الضرائب؟** **دولار** **كل [ ]  شهر** [ ]  **سنة** كم **شخصًا يُعال على هذا الدخل؟**  |
| **هل تم التحقق من الأهلية لتغطية Apple Health [ ]  نعم [ ]  لا (السبب**      **) التاريخ:****مؤهل لتغطية Apple Health [ ]  نعم [ ]  لا مسجل في شركة Apple Health [ ]  نعم [ ]  لا التاريخ:** |
| **هل لديك؟** (حدِّد كل ما ينطبق) [ ]  **ليس لديك تأمين صحي ولست مؤهلاً لتغطية Apple Health (أرفق قرار الرفض إن أمكن)**[ ]  **Medicare Part B [ ]  الرقم لدى Apple Health، Medicaid، Provider One**[ ]  **تأمين اسم الشركة:** **مبالغ مخصومة:** **دولار معرّف/رقم البوليصة:**  |
| **هل لديك أي مشكلات في ثدييك؟** [ ]  **نعم [ ]  لا إذا كانت الإجابة بنعم، فما المشكلة؟ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **ما اللغة الأساسية؟** (ضع علامة على كل ما ينطبق، ويفضل رسم دائرة) **[ ]  الإنجليزية [ ]  الإسبانية [ ]  الفيتنامية [ ]  الصينية [ ]  الكورية** [ ]  **الكمبودية [ ]  الروسية [ ]  غير ذلك (يُرجى التحديد:****) هل تحتاج إلى مترجم فوري؟** [ ]  **نعم [ ]  لا** |
| **ما العرق الذي تنتمي إليه في اعتقادك؟** (ضع علامة على واحد أو أكثر)[ ]  **آسيوي [ ]  أسود أو أمريكي من أصل أفريقي** [ ]  **الهنود الأمريكان أو من سكان ألاسكا الأصليين (حدِّد القبيلة:      )** [ ]  **أبيض أو قوقازي [ ]  من سكان هاواي الأصليين أو غيرهم من سكان جزر المحيط الهادئ (حدِّد:** **)**  [ ]  **غير معروف****هل تعتبر نفسك ذا أصول لاتينية أو إسبانية؟** [ ]  **نعم [ ]  لا**  |
| **ما أعلى صف دراسي أكملته؟** (عدد السنوات الدراسية)  |
| **إذا كنت حديث العهد ببرنامج BCCHP، فكيف تعرفت على هذا البرنامج؟** (حدِّد اختيارًا واحدًا فقط) |
| [ ]  **عيادة**[ ]  **مؤسسة أهلية**[ ]  **جهة العمل**[ ]  **عامل في مجال التوعية** | [ ]  **أحد الأصدقاء أو الأقرباء**[ ]  **البحث على الإنترنت – الموقع الإلكتروني لبرنامج BCCHP**[ ]  **البريد**[ ]  **ملصق، أو نشرة إعلانية، أو كتيب** | [ ]  **الراديو**[ ]  **قسم الأشعة.**[ ]  **التلفاز**[ ]  **غير ذلك (يُرجى التحديد):     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

**يُرجى إرسال النموذج عن طريق الفاكس إلى المتعاقد الرئيسي مع برنامج BCCHP على:**