**BCCHP ENROLLMENT FORM**

 **BCCHP नामांकन फ़ॉर्म**

|  |
| --- |
| कृपया प्रिंट करें **BCCHP में नए हैं?** [ ]  **हाँ [ ]  नहीं प्राधिकरण #**       |
| **अंतिम नाम** | **प्रथम नाम**  | **MI** | **इसके लिए प्राधिकरण प्राप्त:** [ ]  **CBE** **[ ]  श्रोणि** **[ ]  पैप** **[ ]  मैमोग्राम**  |
| **लिंग**: [ ]  **स्त्री [ ]  पुरुष [ ]  ट्रांसमैन [ ]  ट्रांसवुमैन** [ ]  **जैंडरक्वीर [ ]  लिंग नॉन-बाइनेरी [ ]  अजैंडर [ ]  \_\_\_\_\_\_\_****वांछित सेवाएँ:** [ ]  **स्तन [ ]  ग्रीवा**  | **प्रमुख ठेकेदार** | **तिथि** |
| **जन्म तिथि**  | **अंतिम 4 अंक SSN (वैकल्पिक)**  | **क्लीनिक / जाँच स्थल** |
| **पता**  | **अपोइंटमैंट** **तिथि:** **समय:**  |
|  **शहर** | **स्टेट** | **ज़िप कोड** | **काउंटी** |  **क्लीनिक चार्ट #** |
| **टेलीफोन नंबर: संदेश देना ठीक रहेगा?** [ ]  **हाँ [ ]  नहीं**   **कॉल करने के लिए सर्वोत्तम समय: [ ]  a.m. [ ]  p.m.** **घर:       सेल:       दफ्तर:       वैकल्पिक:**  |
| **कार्यक्रम पात्रता: सालाना रूप से पूर्ण की जानी चाहिए**  |
| **परिवार की आय करों का भुगतान करने से पहले?** **$** **प्रति[ ]  माह** [ ]  **वर्ष** कितने **लोग इस आय पर गुज़ारा करते हैं?**  |
| **Apple Health के लिए पात्रता की जाँच कर ली है [ ]  हाँ [ ]  नहीं (कारण**      **) तिथि:****Apple Health के लिए पात्र [ ]  हाँ [ ]  नहीं Apple Health पर नामांकित [ ]  हाँ [ ]  नहीं तिथि:** |
| **क्या आप के निम्न हैं?** (लागू होने वाले सभी विकल्पों का चयन करें) [ ]  **कोई स्वास्थ्य बीमा नहीं और & Apple Health के लिए पात्र नहीं (अस्वीकृति संलग्न करें यदि उपलब्ध हो)**[ ]  **मेडीकेयर भाग B [ ]  Apple Health, Medicaid, Provider One #**[ ]  **बीमा कंपनी का नाम:** **कटौती-योग्य: $****नीति/ID #:**  |
| **क्या आपको अपने स्तन से कोई समस्या है?** [ ]  **हाँ [ ]  नहीं यदि हाँ, तो क्या समस्या है? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **प्राथमिक भाषा?** (लागू होने वाले सभी विकल्पों का चयन करें) **[ ]  अंग्रेज़ी [ ]  स्पेनी [ ]  वियतनामी [ ]  चीनी [ ]  कोरियाई** [ ]  **कंबोडियन [ ]  रूसी [ ]  अन्य (निर्दिष्ट करें:****) क्या आपको दुभाषिए की आवश्यकता है?** [ ]  **हाँ [ ]  नहीं** |
| **आपकी नस्ल क्या है?** (एक या एक से अधिक के लिए सही का निशान लगाएँ)[ ]  **एशिआई [ ]  अश्वेत या अफ्रीकी अमरीकी** [ ]  **अमरीकी भारतीय या अलास्का का निवासी (जाति निर्दिष्ट करें:      )** [ ]  **श्वेत या कॉकेशियन [ ]  मूल हवाई निवासी या अन्य प्रशांत द्वीप निवासी (निर्दिष्ट करें:** **)**  [ ]  **अज्ञात**  |
| **क्या आप स्वयं को लैटिना/लातीनी या हिस्पैनिक मानते हैं?** [ ]  **हाँ [ ]  नहीं**  |
| **आपके द्वारा पूर्ण किया गया उच्चतम स्कूल ग्रेड क्या है?** (स्कूल वर्षों की संख्या)  |
| **यदि आप BCCHP में नए हैं, तो आपको इस कार्यक्रम के बारे में कैसे पता चला?** (केवल एक विकल्प का चयन करें) |
| [ ]  **क्लीनिक**[ ]  **सामुदायिक संस्था**[ ]  **मालिक**[ ]  **सहायता कर्मचारी** | [ ]  **दोस्त या रिश्तेदार**[ ]  **इंटरनेट खोज – BCCHP वेबसाइट**[ ]  **डाक**[ ]  **पोस्टर, फ्लायर या ब्रोशर** | [ ]  **रेडियो**[ ]  **रेडियोलॉजी विभाग**[ ]  **टीवी**[ ]  **अन्य (निर्दिष्ट करें):     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

**कृपया BCCHP के प्रमुख ठेकेदार को यहाँ पर फ़ॉर्म को फैक्स करें:**