**BCCHP ENROLLMENT FORM**

**РЕГИСТРАЦИОННЫЙ БЛАНК ДЛЯ УЧАСТИЯ В ПРОГРАММЕ BCCHP**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Для печати **Участвовали в BCCHP ранее?**  **Да  Нет Согласие №** | | | | | | | | | |
| **Фамилия** | | | **Имя** | | | **Ср. иниц.** | | **Предоставлено для:**  **CBE (клин. обсл. мол. жел.)**  **Гинеколог**  **ПАП**  **Маммография** | |
| **Пол**:  **Жен.  Муж.  Трансгендер. муж.  Трансгендер. жен.**  **Гендерквир  Третий пол  Агендер  \_\_\_\_\_\_\_**  **Интересующие услуги:**  **Здоровье молочных желез  Здоровье шейки матки** | | | | | | | | **Главный исполнитель** | **Дата** |
| **Дата рождения** | **Последние 4 цифры SSN (по желанию)** | | | | | | | **Клиника / центр проведения скрининга** | |
| **Адрес** | | | | | | | | **Следующий визит**  **Дата:** **Время:** | |
| **Город** | **Штат** | | | **Индекс** | **Страна** | | | **Карта клиники №** | |
| **Номера телефонов: можно отправлять Вам сообщения?**  **Да  Нет Оптимальное время для связи:  утро  вечер**  **Домашний:       Мобильный:       Рабочий:       Другой:** | | | | | | | | | |
| **Форма для участия в программе: необходимо заполнять ежегодно** | | | | | | | | | |
| **Семейный доход без учета налогов?** **$** **в  месяц**  **год** **Сколько человек живет на эти средства?** | | | | | | | | | |
| **Узнавали ли Вы о проверке на соответствие критериям участия в программе Apple Health  Да  Нет (причина**      **) Дата:**  **Прошли ли проверку на соответствие критериям участия в программе Apple Health  Да  Нет Зарегистрировались ли Вы в Apple Health  Да  Нет Дата:** | | | | | | | | | |
| **Имеется ли у Вас?** (выберите все применимые варианты)  **Нет медицинской страховки и отказано во включении в Apple Health по несоответствию (при наличии приложите отказ)**  **Medicare, часть B  Apple Health, Medicaid, Provider One №**  **Страхование Название компании:** **Франшиза: $****№ полиса/ID:** | | | | | | | | | |
| **Имеются ли у Вас проблемы с молочной железой?**  **Да  Нет Если да, то какие проблемы? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | | | |
| **Основной язык?** (отметьте все применимые варианты и обведите кружком предпочтительный язык общения) **Английский  Испанский  Вьетнамский  Китайский  Корейский**  **Камбоджийский  Русский  Другой (укажите какой:****) Нужен ли Вам переводчик?**  **Да  Нет** | | | | | | | | | |
| **К какой расе Вы себя относите?** (отметьте один или несколько вариантов)  **Монголоидная  Негроидная или афроамериканец**  **Американский индеец или коренной житель Аляски (укажите племя:      )**  **Европеец или европеоидная  Гаваец или житель других островов Тихого океана (укажите какого:** **)**   **Неизвестно** | | | | | | | | | |
| **Вы считаете себя латиноамериканцем(кой) или испаноязычным(ой)?**  **Да  Нет** | | | | | | | | | |
| **Сколько всего классов школы Вы закончили?** (сколько лет учились в школе) | | | | | | | | | |
| **Если Вы ВПЕРВЫЕ принимаете участие в программе BCCHP, как Вы узнали о программе?** (выберите только один вариант) | | | | | | | | | |
| **В клинике**  **В общественной организации**  **От работодателя**  **От социального работника** | | **От друга/подруги или родственника**  **В Интернете — на веб-сайте BCCHP**  **Из рассылки**  **Из плаката, флаера или буклета** | | | | | **По радио**  **В отделении рентгенологии**  **По телевизору**  **Другое (укажите):     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | |

**Заполненный бланк отправьте главному исполнителю по BCCHP по номеру ФАКСа:**