**BCCHP ENROLLMENT FORM**

**FORM NG PAGPAPATALA SA BCCHP**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Mangyaring I-print **Bago sa BCCHP?**  **Oo  Hindi Authorization #** | | | | | | | | | |
| **Apelyido** | | | **Pangalan** | | | **Gitnang Inisyal** | | **Awtorisado para sa:**  **CBE**  **Pelvic**  **Pap**  **Mammogram** | |
| **Kasarian**:  **Babae  Lalaki  Transman  Transwoman**  **Genderqueer  Di-binary na Kasarian  Agender  \_\_\_\_\_\_\_**  **Mga serbisyong gustong matanggap:**  **Suso  Cervix** | | | | | | | | **Prime Contractor** | **Petsa** |
| **Petsa ng Kapanganakan** | **Huling 4 na Digit ng SSN (Opsiyonal)** | | | | | | | **Klinika / Site ng Pag-screen** | |
| **Address** | | | | | | | | **Appointment**  **Petsa:** **Oras:** | |
| **Lungsod** | **Estado** | | | **Zip Code** | **Bansa** | | | **Chart # ng Klinika** | |
| **Mga Numero ng Telepono: OK na mag-iwan ng mensahe?**  **Oo  Hindi**   **Pinakamainam na oras para tumawag:  a.m.  p.m.**  **Tahanan:       Cell:       Trabaho:       Alternatibo:** | | | | | | | | | |
| **Kwalipikasyon sa Programa: dapat kumpletuhin kada taon** | | | | | | | | | |
| **Kita ng sambahayan bago ang mga buwis?** **$** **Kada  Buwan**  **Taon** Ilang **tao ang nabubuhay sa kita na ito?** | | | | | | | | | |
| **Sinuri ang kwalipikasyon para sa Apple Health  Oo  Hindi (dahilan**      **) Petsa:**  **Kwalipikado para sa Apple Health  Oo  Hindi Nakatala sa Apple Health  Oo  Hindi Petsa:** | | | | | | | | | |
| **Mayroon ka ba ng sumusunod?** (piliin ang lahat ng nalalapat)  **Walang Insurance sa Kalusugan at Hindi Kwalipikado para sa Apple Health (maglakip ng pagtanggi kung mayroon)**  **Medicare Part B  Apple Health, Medicaid, Provider One #**  **Insurance Pangalan ng kompanya:** **Deductible: $****# ng Polisiya/ID:** | | | | | | | | | |
| **Mayroon ka bang anumang probelma sa iyong mga suso?**  **Oo  Hindi Kung oo, ano ang problema? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | | | |
| **Pangunahing Wika?** (lagyan ng check ang lahat ng nalalapat, at bilugan ang mas pinipiling gamitin) **Ingles  Espanyol  Vietnamese  Chinese  Koreano**  **Cambodian  Russian  Iba pa (tukuyin:****) Kailangan mo ba ng interpreter?**  **Oo  Hindi** | | | | | | | | | |
| **Ano sa tingin mo ang iyong lahi?** (Markahan ang isa o higit pa)  **Asyano  Itim o African American**  **American Indian o Katutubo ng Alaska (tukuyin ang tribo:      )**  **Puti o Caucasian  Katutubo ng Hawaii o iba pang taga-Isla Pasipiko (tukuyin:** **)**   **Hindi alam** | | | | | | | | | |
| **Itinuturing mo ba ang iyong sarili bilang Latina/Latino o Hispanic?**  **Oo  Hindi** | | | | | | | | | |
| **Ano ang pinakamataas na baitang sa paaralan ang nakumpleto mo?** (bilang ng mga taon sa paaralan) | | | | | | | | | |
| **Kung BAGO ka sa BCCHP, paano mo nalaman ang tungkol sa programang ito?** (pumili lamang ng isa) | | | | | | | | | |
| **Klinika**  **Organisasyon sa komunidad**  **Employer**  **Manggagawa sa pakikipag-ugnayan (Outreach)** | | **Kaibigan o kamag-anak**  **Paghahanap sa Internet – website ng BCCHP**  **Sulat**  **Poster, Flyer o Brochure** | | | | | **Radyo**  **Departamento ng Radiology**  **TV**  **Iba pa (tukuyin):     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | |

**Mangyaring ipadala ang form sa pamamagitan ng FAX sa Prime Contractor ng BCCHP sa:**