**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:**