**فرم نام‌نویسی در BCCHP**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| لطفاً چاپ شود **اخیراً به BCCHP پیوسته‌اید؟**  **بله  خیر شماره مجوز** | | | | | | | | | |
| **نام خانوادگی** | | | **نام کوچک** | | | **حروف اول نام میانی** | | **ارائه مجوز برای:**  **CBE**  **لگن**  **Pap**  **ماموگرام** | |
| **جنسیت**:  **زن  مرد  مرد ترنس  زن ترنس**  **کوییر  جنسیت غیردوگانه  بی‌جنسیت \_\_\_\_\_\_\_**  **خدمات مورد تقاضا:**  **سینه  دهانه رحم** | | | | | | | | **طرف اصلی قرارداد** | **تاریخ** |
| **تاریخ تولد** | **۴ رقم آخر شماره تأمین اجتماعی (اختیاری)** | | | | | | | **کلینیک / محل غربالگری** | |
| **نشانی** | | | | | | | | **نوبت**  **تاریخ:** **ساعت:** | |
| **شهر** | **ایالت** | | | **زیپ‌کد** | **کانتی** | | | **شماره چارت بالینی** | |
| **شماره‌های تلفن: می‌توانیم برایتان پیام بگذاریم؟**  **بله  خیر**   **بهترین زمان تماس:  ق.ظ.  ب.ظ.**  **منزل:       همراه:       محل کار:       سایر:** | | | | | | | | | |
| **شرایط لازم برنامه: باید هر سال تکمیل شود** | | | | | | | | | |
| **درآمد خانوار قبل از کسر مالیات؟** **$** **در  ماه**  **سال چند نفر با این درآمد امرار معاش می‌کنند؟** | | | | | | | | | |
| **صلاحیت برای عضویت در برنامه Apple Health بررسی شد  بله  خیر (دلیل**      **) تاریخ:**  **دارای صلاحیت برای برنامه Apple Health  بله  خیر در برنامه Apple Health نام‌نویسی شده  بله  خیر تاریخ:** | | | | | | | | | |
| **کدام‌یک از موارد زیر را دارید؟** (همه موارد صحیح را انتخاب کنید)  **فاقد بیمه سلامت و فاقد شرایط لازم برای Apple Health (نامه رد مزایا در صورت وجود ضمیمه شود)**  **Medicare Part B  Apple Health, Medicaid, Provider One #**  **بیمه نام شرکت:** **فرانشیز: $****شماره بیمه‌نامه/شناسه:** | | | | | | | | | |
| **مشکلی در سینه‌هایتان وجود دارد؟**  **بله  خیر اگر جواب بله است، چه مشکلی؟ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | | | |
| **زبان اصلی؟** (همه موارد صحیح را علامت بزنید، دور زبان ارجح خط بکشید) **انگلیسی  اسپانیایی  ویتنامی  چینی  کره‌ای**  **کامبوجی  روسی  سایر (مشخص کنید:****) نیاز به مترجم شفاهی دارید؟**  **بله  خیر** | | | | | | | | | |
| **خودتان را از چه نژادی می‌دانید؟** (یک یا چند مورد را علامت بزنید)  **آسیایی  سیاه‌پوست یا آمریکایی آفریقایی‌تبار**  **هندو آمریکایی یا بومی آلاسکا (قبیله را مشخص کنید:      )**  **سفیدپوست یا قفقازی  بومی هاوایی یا سایر جزیره‌نشینان اقیانوس آرام (مشخص کنید:** **)**   **ناشناخته** | | | | | | | | | |
| **آیا خودتان را جزء لاتینی‌ها یا هیسپانیک‌ها می‌دانید؟**  **بله  خیر** | | | | | | | | | |
| **بالاترین پایه‌ای که در مدرسه گذرانده‌اید چیست؟** (تعداد سال‌های تحصیل) | | | | | | | | | |
| **اگر تازه به BCCHP پیوسته‌اید، چطور از این برنامه اطلاع یافتید؟** (فقط یکی را انتخاب کنید) | | | | | | | | | |
| **کلینیک**  **سازمان‌های جامعه**  **کارفرما**  **مددکار** | | **دوستان یا آشنایان**  **جستجو در اینترنت – وب‌سایت BCCHP**  **پست**  **پوستر، تراکت یا بروشور** | | | | | **رادیو**  **واحد رادیوگرافی**  **تلویزیون**  **سایر (مشخص کنید):     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | |

**لطفاً فرم را به شماره زیر برای طرف اصلی قرارداد BCCHP فکس کنید:**