**BCCHP ENROLLMENT FORM**

**ទម្រង់បែបបទចុះឈ្មោះ BCCHP**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| សូមបោះពុម្ព សមាជិក**ថ្មីចំពោះ BCCHP** ឬ**?**  **បាទ**/**ចាស  ទេ**  **ការអនុញ្ញាតលេខ** | | | | | | | | | |
| **នាមត្រកូល** | | | **នាមខ្លួន** | | | **MI** | | **បានអនុញ្ញាតសម្រាប់៖**  **CBE**  **ត្រគាក**  **Pap**  **ការថតម៉ាម៉ូក្រាម** | |
| **ភេទ**៖  **ស្រី** ប្រុស **ប្រុសបំប្លែងភេទ  ស្រីបំប្លែងភេទ**  **មិនមែនប្រុស មិនមែនស្រី  មិនមែនទាំងពីរភេទ  អភេទ  \_\_\_\_\_\_\_**  **សេវាកម្មនៃអត្ថប្រយោជន៍៖** សុដន់មាត់ស្បូន | | | | | | | | **អ្នកម៉ៅការដែលទទួលបានសិទ្ធិអនុញ្ញាត** | **កាលបរិច្ឆេទ** |
| **ថ្ងៃខែ​ឆ្នាំ​កំណើត** | **លេខ 4 ខ្ទង់ចុងក្រោយ SSN (ជាជម្រើស)** | | | | | | | **គ្លីនិក / កន្លែងពិនិត្យតាមដាន** | |
| **អាសយដ្ឋាន** | | | | | | | | **ការណាត់ជួប**  **កាលបរិច្ឆេទ៖** **ពេលវេលា៖** | |
| **ទីក្រុង** | **រដ្ឋ** | | | **ហ្ស៊ីបកូដ** | **ខោនធី** | | | **តារាងគ្លីនិក #** | |
| **លេខទូរសព្ទ៖ យល់ព្រមផ្ញើសារទុកមួយឬ?** ព្រម **មិនព្រម** **ពេលវេលាល្អបំផុតដើម្បីហៅទូរសព្ទទៅ៖  ព្រឹក**  **ល្ងាច**  **ទូរសព្ទនៅផ្ទះ៖       ទូរសព្ទដៃ៖       ទូរសព្ទនៅកន្លែងការងារ៖       លេខទូរសព្ទផ្សេងៗ៖** | | | | | | | | | |
| **សិទ្ធិក្នុងការចូលរួមកម្មវិធី៖ ត្រូវតែបំពេញជារៀងរាល់ឆ្នាំ** | | | | | | | | | |
| **ប្រាក់ចំណូលគ្រួសារមុនបង់ពន្ធ**? **$** **ក្នុង  ខែ**  **ឆ្នាំ តើមានមនុស្សប៉ុន្មាននាក់រស់នៅពឹងផ្អែកលើប្រាក់ចំណូលនេះ?** | | | | | | | | | |
| **បានពិនិត្យសិទ្ធិចូលរួម** **Apple Health** ព្រម **មិនព្រម** (**មូលហេតុ**      **) កាលបរិច្ឆេទ៖**  **មានសិទ្ធិចូលរួម** **Apple Health**  ព្រម **មិនព្រម បានចុះឈ្មោះនៅលើ** **Apple Health** ព្រម **មិនព្រម កាលបរិច្ឆេទ៖** | | | | | | | | | |
| **តើ​អ្នក​មាន​ទេ**? **(**ជ្រើសរើសយកទាំងអស់ដែលអនុវត្ត)  **គ្មានការធានារ៉ាប់រងសុខភាព និងមិនមានសិទ្ធិចូលរួម** **Apple Health** (**ភ្ជាប់ឯកសារបដិសេធប្រសិនបើមាន)**  **Medicare Part B  Apple Health, Medicaid អ្នកផ្ដល់សេវាលេខមួយ**  **ការធានារ៉ាប់រង** **ឈ្មោះក្រុមហ៊ុន៖** **ប្រាក់ដែលត្រូវបង់មុន៖ $****គោលការណ៍**/**លេខសម្គាល់៖** | | | | | | | | | |
| **តើអ្នកមាន និងមានបញ្ហាជាមួយនឹងសុដន់របស់អ្នកទេ**? **បាទ/ចាស៎  ទេ បើមាន តើមានបញ្ហាអ្វី**?**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | | | |
| **ភាសាចម្បង**? **(**គូសធីកទាំងអស់ដែលអនុវត្ត លើរង្វង់)  **អង់គ្លេស អេស្ប៉ាញ វៀតណាម** **ចិន កូរ៉េ**  **ខ្មែរ រុស្ស៊ី ផ្សេងទៀត** (**សូមបញ្ជាក់៖****) តើអ្នកត្រូវការអ្នកបកប្រែទេ**? **បាទ/ចាស៎  ទេ** | | | | | | | | | |
| **តើអ្នកគិតគិតថាខ្លួនឯងជាជនជាតិអ្វី**?(គូសសម្គាល់មួយ ឬច្រើន)  **អាស៊ី  ជនជាតិស្បែកខ្មៅ ឬអាហ្រ្វិកអាមេរិក** **ជនជាតិដើមអាមេរិកាំងឥណ្ឌា​ ឬអាឡាស្កា (សូមបញ្ជាក់ពីកុលសម្ព័ន្ធ៖** **)**  **ជនជាតិស្បែកស ឬជនជាតិកូកាស  កោះហាវ៉ៃដើមកំណើត ឬកោះប៉ាស៊ីហ្វិកផ្សេងទៀត (សូមបញ្ជាក់៖** **)**   **មិនស្គាល់** | | | | | | | | | |
| **តើអ្នកគិតថាខ្លួនអ្នកជាជនជាតិឡាទីនណា**/**ឡាទីនណូ ឬអេស្ប៉ាញ**? **បាទ/ចាស៎**  **ទេ** | | | | | | | | | |
| **តើអ្នកបានបញ្ចប់ថ្នាក់រៀនខ្ពស់បំផុតទីប៉ុន្មាន**? **(**ចំនួនឆ្នាំសិក្សា) | | | | | | | | | |
| **ប្រសិនបើអ្នកជាសមាជិកថ្មីនៃ** **BCCHP** **តើអ្នកបានដឹងអំពីកម្មវិធីនេះយ៉ាងដូចម្តេច**? **(**ជ្រើសរើសតែមួយ) | | | | | | | | | |
| **គ្លីនិក**  **ស្ថាប័នសហគមន៍**  **និយោជក**  **បុគ្គលិកផ្សព្វផ្សាយ** | | **មិត្តភក្តិ ឬសាច់ញាតិ**  **ការស្វែងរកតាមអ៊ីនធឺណិត - គេហទំព័រ BCCHP**  **ការផ្ញើសំបុត្រ**  **ផ្ទាំងរូបភាព ខិត្តបណ្ណ ឬកូនសៀវភៅ** | | | | | **វិទ្យុ**  **ផ្នែកវិទ្យុសកម្ម**  **ទូរទស្សន៍**  **ផ្សេងទៀត (សូមបញ្ជាក់)៖     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | |

**សូមបំពេញទម្រង់បែបបទទូរសារទៅអ្នកម៉ៅការដែលទទួលសិទ្ធិអនុញ្ញាតនៅ៖**