**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:**