**BCCHP ENROLLMENT FORM**

**BIỂU MẪU GHI DANH VÀO BCCHP**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Vui Lòng Điền **Mới tham gia BCCHP?**  **Có  Không Số Ủy Quyền** | | | | | | | | | | |
| **Họ** | | | | **Tên** | | | **Chữ cái đầu tên đệm** | **Ủy quyền để:**  **Khám Vú**  **Pelvic**  **Pap**  **Chụp Quang Tuyến Vú** | | |
| **Giới tính**:  **Nữ  Nam  Nam chuyển giới  Nữ chuyển giới**  **Không thể xác định giới tính  Phi nhị nguyên giới  Vô tính  \_\_\_\_\_\_\_**  **Các dịch vụ quan tâm:**  **Vú  Cổ tử cung** | | | | | | | | **Nhà Cung Cấp Chính** | | **Ngày** |
| **Ngày sinh** | **4 số cuối của số An Sinh Xã Hội (Không bắt buộc)** | | | | | | | **Phòng Khám / Khu Khám Sàng Lọc** | | |
| **Địa chỉ** | | | | | | | | **Lịch Hẹn**  **Ngày:** **Giờ:** | | |
| **Thành phố** | | **Tiểu bang** | | | **Mã Zip** | **Quận** | | **Số Biểu Đồ Phòng Khám** | | |
| **Điện thoại: Để lại tin nhắn được không?**  **Có  Không**   **Thời gian phù hợp nhất để gọi:  sáng/trưa  chiều/tối**  **Nhà riêng:       Di động:       Cơ quan:       Số thay thế:** | | | | | | | | | | |
| **Điều Kiện Hội Đủ cho Chương Trình: phải hoàn thành hàng năm** | | | | | | | | | | |
| **Thu nhập của hộ gia đình trước thuế?** **$** **Mỗi  Tháng**  **Năm** **Có bao nhiêu người sống dựa vào thu nhập này?** | | | | | | | | | | |
| **Đã đánh giá điều kiện hội đủ cho Apple Health  Có  Không (lý do**      **) Ngày:**  **Hội đủ điều kiện cho Apple Health  Có  Không Đã ghi danh vào Apple Health  Có  Không Ngày:** | | | | | | | | | | |
| **Quý vị có?** (chọn tất cả các lựa chọn phù hợp)  **Không có Bảo Hiểm Y Tế & Không Hội Đủ Điều Kiện cho Apple Health (gửi kèm thư từ chối nếu có)**  **Medicare Phần B  Apple Health, Medicaid, Provider One #**  **Bảo hiểm Tên công ty:** **Khấu trừ: $****Số hợp đồng/ID #:** | | | | | | | | | | |
| **Quý vị có gặp bất kỳ vấn đề nào với vú của mình không?**  **Có  Không Nếu có, vấn đề gì? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | | | | |
| **Ngôn ngữ chính?** (đánh dấu tất cả các lựa chọn phù hợp, khoanh tròn vào ưu tiên) **Tiếng Anh  Tiếng Tây Ban Nha  Tiếng Việt  Tiếng Trung  Tiếng Hàn**  **Tiếng Campuchia  Tiếng Nga  Khác (ghi rõ:****) Quý vị có cần thông dịch viên không?**  **Có  Không** | | | | | | | | | | |
| **Quý vị cho rằng mình thuộc chủng tộc nào?** (Đánh dấu một hoặc nhiều lựa chọn)  **Người Châu Á  Người Da Đen hay Người Mỹ Gốc Phi**  **Người Mỹ Bản Địa hay Người Alaska Bản Địa (ghi rõ bộ tộc:      )**  **Người Da Trắng  Người Hawaii Bản Địa hay Người Gốc Đảo Thái Bình Dương (ghi rõ:** **)**   **Không rõ** | | | | | | | | | | |
| **Quý vị có xem chính mình là người gốc La-tinh hay người gốc Tây Ban Nha không?**  **Có  Không** | | | | | | | | | | |
| **Cấp học cao nhất mà quý vị đã hoàn thành?** (số năm đi học) | | | | | | | | | | |
| **Nếu quý vị MỚI tham gia BCCHP, quý vị biết về chương trình này từ đâu?** (chỉ chọn một) | | | | | | | | | | |
| **Phòng khám**  **Tổ chức cộng đồng**  **Chủ lao động**  **Nhân viên tiếp cận cộng đồng** | | | **Bạn bè hay họ hàng**  **Tìm kiếm trên Internet – Trang web của BCCHP**  **Thư**  **Áp phích, Tờ rơi hay Tờ Thông tin** | | | | | | **Đài**  **Khoa X-quang**  **TV**  **Khác (ghi rõ):     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | |

**Vui lòng FAX biểu mẫu cho Nhà Cung Cấp Chính của BCCHP qua số:**