**BCCHP ENROLLMENT FORM (BCCHP 報名表)**

|  |
| --- |
| 請用印刷體書寫  **新加入 BCCHP？** [ ]  **是 [ ]  否 授權號**       |
| **姓氏** | **名字**  | **中名首字母** | **授權項目：** [ ]  **臨床乳腺檢查****[ ]  骨盆檢查****[ ]  巴氏檢查** **[ ]  乳腺 X 線照片**  |
| **性別**：[ ]  **女 [ ]  男 [ ]  跨性别男性 [ ]  跨性别女性** [ ]  **性別酷兒 [ ]  非二元性別 [ ]  無性別 [ ]  \_\_\_\_\_\_\_****感興趣的服務：** [ ]  **乳腺 [ ]  宮頸**  | **主要承包商** | **日期** |
| **出生日期**  | **SSN 後 4 位（可選填）**  | **診所/篩查地點** |
| **地址**  | **預約** **日期：****時間：**  |
|  **市** | **州** | **郵政編碼** | **郡** |  **診所圖表號** |
| **電話號碼：可否留話？** [ ]  **是 [ ]  否**   **最佳電話聯絡時間：上午 [ ]  下午** [ ]  **宅電：      手機：      工作電話：      備用電話：**  |
| **計劃資格：必須每年填寫**  |
| **稅前家庭收入？$** **每 [ ]  月** [ ]  **年** 有**多少人靠該收入生活？**  |
| **是否已核查 Apple Health 資格 [ ]  是 [ ]  否（理由**       **） 日期：****是否有資格參加 Apple Health [ ]  是 [ ]  否 是否已報名 Apple Health [ ]  是 [ ]  否 日期：** |
| **您是否有？**（選擇所有適用項） [ ]  **無健康保險且無資格參加 Apple Health （如有拒絕通知，請附上）**[ ]  **Medicare Part B [ ]  Apple Health, Medicaid, Provider One #**[ ]  **保險 公司名稱：****免賠額：$****保單/ID #：** |
| **您的乳腺是否有問題？**[ ]  **是 [ ]  否 若是，什麼問題？   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **主要語言？**（選擇所有適用項，最好圈出）[ ]  **英語 [ ]  西班牙語 [ ]  越南語 [ ]  漢語 [ ]  韓語** [ ]  **柬埔寨語 [ ]  俄語 [ ]  其他（請具體說明：****） 您是否需要口譯員？**[ ]  **是 [ ]  否** |
| **您認為自己是哪個種族？**（標記一個或多個）[ ]  **亞洲人 [ ]  黑人或非裔美國人** [ ]  **美國印第安人或阿拉斯加原住民（請具體說明部落：     ）** [ ]  **白人或高加索人 [ ]  夏威夷原住民或其他太平洋島民（請具體說明：****）**  [ ]  **不明** |
| **您認為自己是拉丁裔或西班牙裔？**[ ]  **是 [ ]  否**  |
| **您最高上到幾年級**（學年數） |
| **如果您新加入 BCCHP， 您是如何知曉此計劃的？**（僅選擇一項） |
| [ ]  **診所**[ ]  **社區組織**[ ]  **雇主**[ ]  **外展工作者** | [ ]  **朋友或親戚**[ ]  **網路搜尋 - BCCHP 網站**[ ]  **郵件**[ ]  **海報、傳單或小冊子** | [ ]  **廣播**[ ]  **放射科**[ ]  **電視**[ ]  **其他（請具體說明）：     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

**請將表格傳真至 BCCHP 主要承包商，號碼為：**