Washington State Department of Health

Public Health
Seattle & King County

Breast Cervical & Colon Health Program
401 5th Ave #1110 Seattle WA 98104
T 206-263-8176 F 206-296-0208

Breast, Cervical and Colon Health Program
Saving Lives Through Early Detection

DOH 342-054 July 2020
Korean

BCCHP ENROLLMENT FORM

BCCHP 가입 양식

정자체 기입 **BCCHP 신규 가입이십니까?** ☐ 예 ☐ 아니요 승인 #

성	이름	중간 이름	승인 목적: ☐ **CBE** ☐ 자궁경부 ☐ **Pap** ☐ 유방조영
성별: ☐ 여성 ☐ 남성 ☐ 트랜스남성 ☐ 트랜스여성 ☐ 젠더퀴어 ☐ 젠더 논바이너리 ☐ 무성 ☐ _____ 관심 서비스: ☐ 유방 ☐ 자궁경부			주요 계약자 / 날짜
생년월일	**SSN 마지막 4 자리 숫자(선택사항)**		진료소/검진 장소
주소			예약 날짜: 시간:
시	주	우편번호 / 카운티	진료소 차트 #

전화번호: 메시지를 남겨도 되겠습니까? ☐ 예 ☐ 아니요 통화하기 가장 좋은 시간: ☐ 오전 ☐ 오후

자택: 휴대폰: 직장: 대체:

프로그램 적격성: 매년 작성해야 함

세전 가구소득 $ _____ 기준 ☐ 월소득 ☐ 연소득 해당 소득에 대한 부양 가족 인원 _____

Apple Health 적격성 확인됨 ☐ 예 ☐ 아니요(사유 _____) 날짜:

Apple Health 적격성 ☐ 예 ☐ 아니요 **Apple Health** 가입됨 ☐ 예 ☐ 아니요 날짜:

다음 중 해당 사항? (해당 사항 모두 선택) ☐ 무보험 **& Apple Health** 무자격(해당하는 경우, 거부 내역 첨부)

☐ **Medicare** 파트 **B** ☐ **Apple Health, Medicaid,** 제공자 **1 #** _____

☐ 보험 회사명: _____ 공제 금액: $_____ 증서/**ID #:** _____

유방에 문제가 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니요 예인 경우, 문제점? _____

_____

주요 언어(해당 사항 모두 표시, 선호사항에 동그라미) ☐ 영어 ☐ 스페인어 ☐ 베트남어 ☐ 중국어 ☐ 한국어

☐ 캄보디아어 ☐ 러시아어 ☐ 기타(구체적으로 명시:) 통역사가 필요하십니까? ☐ 예 ☐ 아니요

본인에게 해당하는 인종은? (하나 이상 표시)

☐ 아시아인 ☐ 흑인 또는 아프리카계 미국인 ☐ 아메리칸 인디언 또는 알래스카 원주민(부족 명시:)

☐ 백인 또는 코카서스인 ☐ 하와이 원주민 또는 다른 태평양 섬주민(구체적으로 명시:) ☐ 미상

본인을 라틴계 여성/라틴계 남성 또는 히스패닉계라고 생각하십니까? ☐ 예 ☐ 아니요

최종 이수한 학교의 최고 학년은? (교육 연수) _____

BCCHP에 처음 가입하신 분인 경우 이 프로그램에 대해 어떻게 아시게 되었습니까?(하나만 선택)

☐ 진료소	☐ 친구 또는 친지	☐ 라디오
☐ 커뮤니티 단체	☐ 인터넷 검색 – **BCCHP** 웹사이트	☐ 방사선과
☐ 고용주	☐ 우편물	☐ **TV**
☐ 봉사단체 근무자	☐ 포스터, 전단지 또는 브로셔	☐ 기타(구체적으로 명시): _____

양식을 **BCCHP** 주요 계약자에게 팩스로 보내 주십시오:

장애인의 경우, 요청 시 다른 형식으로 본 문서를 이용하실 수 있습니다.
요청하시려면, 1-800-525-0127(TDD/TTY 711)번으로 전화해 주십시오.