

BCCHP ENROLLMENT FORM FORM NG PAGPAPATALA SA BCCHP

Mangyaring I-print		Bago sa BCCHP? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi		Authorization #
Apelyido		Pangalan		Gitnang Inisyal
Kasarian: <input type="checkbox"/> Babae <input type="checkbox"/> Lalaki <input type="checkbox"/> Transman <input type="checkbox"/> Transwoman <input type="checkbox"/> Genderqueer <input type="checkbox"/> Di-binary na Kasarian <input type="checkbox"/> Agender <input type="checkbox"/> _____		Mga serbisyong gustong matanggap: <input type="checkbox"/> Suso <input type="checkbox"/> Cervix		Awtorisado para sa: <input type="checkbox"/> CBE <input type="checkbox"/> Pelvic <input type="checkbox"/> Pap <input type="checkbox"/> Mammogram
Petsa ng Kapanganakan		Huling 4 na Digit ng SSN (Opsiyonal)		Prime Contractor _____ Petsa _____
Address				
Lungsod		Estado	Zip Code	Bansa
				Appointment Petsa: _____ Oras: _____
				Chart # ng Klinika
Mga Numero ng Telepono: OK na mag-iwan ng mensahe? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi Pinakamainam na oras para tumawag: <input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m. Tahanan: _____ Cell: _____ Trabaho: _____ Alternatibo: _____				
Kwalipikasyon sa Programa: dapat kumpletuhin kada taon				
Kita ng sambahayan <u>bago</u> ang mga buwis? \$ _____ Kada <input type="checkbox"/> Buwan <input type="checkbox"/> Taon Ilang tao ang nabubuhay sa kita na ito? _____				
Sinuri ang kwalipikasyon para sa Apple Health <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi (dahilan _____) Petsa: Kwalipikado para sa Apple Health <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi Nakatala sa Apple Health <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi Petsa:				
Mayroon ka ba ng sumusunod? (piliin ang lahat ng nalalapat) <input type="checkbox"/> Walang Insurance sa Kalusugan at Hindi Kwalipikado para sa Apple Health (maglakip ng pagtanggì kung mayroon) <input type="checkbox"/> Medicare Part B <input type="checkbox"/> Apple Health, Medicaid, Provider One # _____ <input type="checkbox"/> Insurance Pangalan ng kompanya: _____ Deductible: \$ _____ # ng Polisiya/ID: _____				
Mayroon ka bang anumang probelma sa iyong mga suso? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi Kung oo, ano ang problema? _____				
Pangunahing Wika? (lagyan ng check ang lahat ng nalalapat, at bilugan ang mas pinipiling gamitin) <input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Espanyol <input type="checkbox"/> Vietnamese <input type="checkbox"/> Chinese <input type="checkbox"/> Koreano <input type="checkbox"/> Cambodian <input type="checkbox"/> Russian <input type="checkbox"/> Iba pa (tukuyin: _____) Kailangan mo ba ng interpreter? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi				
Ano sa tingin mo ang iyong lahi? (Markahan ang isa o higit pa) <input type="checkbox"/> Asyano <input type="checkbox"/> Itim o African American <input type="checkbox"/> American Indian o Katutubo ng Alaska (tukuyin ang tribo: _____) <input type="checkbox"/> Puti o Caucasian <input type="checkbox"/> Katutubo ng Hawaii o iba pang taga-Isla Pasipiko (tukuyin: _____) <input type="checkbox"/> Hindi alam				
Itinuturing mo ba ang iyong sarili bilang Latina/Latino o Hispanic? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi				
Ano ang pinakamataas na baitang sa paaralan ang nakumpleto mo? (bilang ng mga taon sa paaralan) _____				
Kung BAGO ka sa BCCHP, paano mo nalaman ang tungkol sa programang ito? (pumili lamang ng isa)				
<input type="checkbox"/> Klinika <input type="checkbox"/> Organisasyon sa komunidad <input type="checkbox"/> Employer <input type="checkbox"/> Manggagawa sa pakikipag-ugnayan (Outreach)		<input type="checkbox"/> Kaibigan o kamag-anak <input type="checkbox"/> Paghahanap sa Internet – website ng BCCHP <input type="checkbox"/> Sulat <input type="checkbox"/> Poster, Flyer o Brochure		<input type="checkbox"/> Radyo <input type="checkbox"/> Departamento ng Radiology <input type="checkbox"/> TV <input type="checkbox"/> Iba pa (tukuyin): _____

Mangyaring ipadala ang form sa pamamagitan ng FAX sa Prime Contractor ng BCCHP sa: