

**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: <input type="checkbox"/> Khám Vú <input type="checkbox"/> Pelvic <input type="checkbox"/> Pap <input type="checkbox"/> Chụp Quang Tuyến Vú					
Giới tính: <input type="checkbox"/> Nữ <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nam chuyển giới <input type="checkbox"/> Nữ chuyển giới <input type="checkbox"/> Không thể xác định giới tính <input type="checkbox"/> Phi nhị nguyên giới <input type="checkbox"/> Vô tính <input type="checkbox"/> _____						Nhà Cung Cấp Chính		Ngày			
Các dịch vụ quan tâm: <input type="checkbox"/> Vú <input type="checkbox"/> Cổ tử cung						Phòng Khám / Khu Khám Sàng Lọc					
Ngày sinh		4 số cuối của số An Sinh Xã Hội (Không bắt buộc)						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: