

登記報名表

請用正楷書寫

是否是新參加 BCCHP? ☐ 是 ☐ 否 ☐ 女 ☐ 男 **Authorization #**

姓	名	中間名	Authorized for: ☐ CBE ☐ Pelvic ☐ Pap ☐ Mammogram ☐ FOBT/FIT ☐ Colonoscopy	
曾用名			Prime Contractor	Date
出生日期	社會安全號碼		Clinic / Screening Site	
地址			Appointment Date: _____ Time: _____	
城市	州	郵遞區號	縣	Clinic Chart #

電話號碼：是否可以留言？ ☐ 是 ☐ 否 打電話給你的最好時間： ☐ 上午 ☐ 下午

住宅電話： _____ 手機： _____ 工作電話： _____ 其他聯繫資料： _____

參與計劃資格審核：必須每年完成

你的家庭稅前收入是多少？ \$ _____ 每 ☐ 月 ☐ 年 依靠此收入生活的人數？ _____

是否檢查了蘋果醫療保險計劃 (Apple Health) 的資格 ☐ 是 ☐ 否 (原因 _____) 日期： _____

是否符合蘋果醫療保險計劃的資格 ☐ 是 ☐ 否 是否參加了蘋果醫療保險計劃 ☐ 是 ☐ 否 日期： _____

你是否有？ (選出所有適用項) ☐ 沒有醫療保險和不符合 Apple Health 的資格 (附上拒絕通知)

☐ 聯邦醫療保險 (Medicare) B 部分 ☐ 蘋果醫療保險計劃、醫療補助 (Medicaid)、ProviderOne、或醫療優惠券 # _____

☐ 保險 公司名稱： _____ 扣除額： \$ _____ 保單/識別號碼： _____

你是否有？ ☐ 乳房病徵 ☐ 結腸病徵 ☐ 結腸癌或結腸息肉家族史

你以前是否做過結腸鏡檢查？ ☐ 否 ☐ 是 何時？ _____

出生國家： ☐ 美國：州： _____ ☐ 其他 (請說明： _____)

主要語言？ (勾選出所有適用項，圈選你最喜歡的一項) ☐ 英語 ☐ 西班牙語

☐ 越南語 ☐ 漢語 ☐ 韓語 ☐ 柬埔寨語 ☐ 俄語 ☐ 其他 (請說明： _____)

你認為你自己屬於哪個種族？ (請在一個或多個種族上標上記號)

☐ 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 (請說明部落/民族： _____)

☐ 白種人或高加索人 ☐ 夏威夷原住民或其他太平洋島嶼居民 (請說明： _____) ☐ 不知道

你是否是拉丁美洲人或西班牙裔？ ☐ 是 ☐ 否

你已完成的最高學歷是什麼？ (在校讀書年數) _____

如果你是新參加 BCCHP，你如何獲悉此項計劃？ (只選一項)

☐ 小冊子 ☐ 診所 ☐ 社區組織 ☐ 雇主 ☐ 活動 ☐ 傳單	☐ 朋友或親戚 ☐ 網路搜索 – BCCHP 網站 ☐ 科曼乳癌基金會 (Komen for the Cure) ☐ 郵件 ☐ 報紙 ☐ 推廣工作人員	☐ 海報 ☐ 收音機 ☐ 放射科 ☐ 電視 ☐ 其他 (請說明)： _____
---	--	--

Please FAX form to BCCHP Prime Contractor at: 206-296-0208

對於殘障人士，我們可根據請求以其他格式提供本文件。

要提交申請，請撥打 1-800-525-0127 (聽障/語障人士專線 711)

DOH 345-054 January 2014 Enrollment - Chinese