

ĐƠN GHI DANH

Xin Viết In **Mới đối với BCCHP?** ☐ Có ☐ Không ☐ Nữ ☐ Nam

Authorization #

Họ	Tên	Tên Đệm	Authorized for: ☐ CBE ☐ Pelvic ☐ Pap ☐ Mammogram ☐ FOBT/FIT ☐ Colonoscopy	
Tên Trước Đây			Prime Contractor	Date
Ngày Sinh	Số An Sinh Xã Hội		Clinic / Screening Site	
Địa Chỉ			Appointment Date: Time:	
Thành Phố	Tiểu Bang	Mã Số Bưu Chính	Hạt	
			Clinic Chart #	

Số Điện Thoại: Có thể để tin nhắn không? ☐ Có ☐ Không

Giờ gọi tốt nhất: ☐ Sáng ☐ Chiều

Số Điện Thoại Nhà:

Số Điện Thoại Di Động:

Số Điện Thoại Sờ Làm:

Số Điện Thoại Khác:

Điều Kiện Hợp Lệ Của Chương Trình: phải được điền hàng năm

Lợi tức gia đình trước khi trừ thuế? \$ _____ mỗi ☐ Tháng ☐ Năm Có bao nhiêu người sống dựa vào lợi tức này? _____

Đã kiểm tra điều kiện hợp lệ hưởng Apple Health ☐ Có ☐ Không (lý do _____) Ngày:

Hội đủ điều kiện hưởng Apple Health ☐ Có ☐ Không Đã ghi danh vào Apple Health ☐ Có ☐ Không Ngày:

Quý vị có loại nào sau đây hay không? (chọn tất cả các ô thích hợp) ☐ Không Có Bảo Hiểm Y Tế & Không hội đủ điều kiện hưởng Apple Health (kèm theo lý do từ chối)

☐ Medicare Phần B ☐ Apple Health, Medicaid, ProviderOne, hoặc phiếu y tế # _____

☐ Bảo Hiểm Tên công ty: _____ Tiền khấu trừ trả trước: \$ _____ Hợp đồng/ID #: _____

Quý vị có thuộc trường hợp nào sau đây hay không? ☐ triệu chứng ở vú ☐ triệu chứng ở kết tràng

☐ gia đình có quá trình bị bệnh ung thư kết tràng hoặc bướu ở kết tràng

Trước đây quý vị có soi kết tràng không? ☐ Không ☐ Có Khi nào? _____

Quốc gia nơi sinh ra: ☐ Hoa Kỳ: Tiểu Bang: _____ ☐ Nơi khác (nêu rõ: _____)

Ngôn Ngữ Chính? (đánh dấu tất cả các ô thích hợp, khoanh tròn ô quý vị muốn) ☐ Tiếng Anh ☐ Tiếng Tây Ban Nha

☐ Tiếng Việt ☐ Tiếng Trung Hoa ☐ Tiếng Đại Hàn ☐ Tiếng Cam Bốt ☐ Tiếng Nga ☐ Tiếng khác (nêu rõ: _____)

Quý vị nghĩ mình thuộc chủng tộc nào? (Đánh dấu một hoặc nhiều hơn)

☐ Á Châu ☐ Da Đen hoặc Mỹ Gốc Phi ☐ Thổ Dân Da Đỏ hoặc Alaska (nêu rõ bộ lạc: _____)

☐ Da Trắng hoặc Cáp-ca ☐ Thổ Dân Hawaii hoặc Đảo Thái Bình Dương (nêu rõ: _____) ☐ Không biết

Quý vị có gốc La Tinh hoặc Bồ Đào Nha/Tây Ban Nha không? ☐ Có ☐ Không

Lớp cao nhất quý vị đã hoàn tất? (số năm đi học) _____

Nếu quý vị MỚI đối với BCCHP, làm thế nào quý vị biết về chương trình này? (chỉ chọn một)

☐ Tài liệu

☐ Sờ làm

☐ Áp phích (bích chương)

☐ Y viện

☐ Tìm kiếm trên Internet – trang mạng BCCHP

☐ Radio

☐ Tổ chức cộng đồng

☐ Tổ chức Komen for the Cure

☐ Khoa Quang Tuyến

☐ Sinh hoạt

☐ Thư từ

☐ TV

☐ Tờ phân phát

☐ Báo chí

☐ Trường Hợp Khác

☐ Bạn bè hoặc thân nhân

☐ Nhân viên tìm đến cộng đồng

(nêu rõ): _____

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