

是否新參加 BCCHP 計劃? 是 否

請列印 女性 男性 授權號 _____

姓名 姓	名	中間名	BCCHP 主要承包商	日期 (月/日/年)
曾用名			檢查診所:	表格號碼
出生日期(月/日/年)	社會安全號碼		預約日期與時間:	
街道地址				
城市	州	郵遞區號	居住的縣	
住宅電話號碼 ()	工作電話號碼 ()	其他聯繫資料		打電話給您的最好時間 <input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午
				我們可以留言嗎?

參與計劃資格審核 (必須每年評估)

家庭稅前收入:

\$ _____ 每年 每月 依靠此收入生活的人數 _____

保險公司/醫療保險 有 如果是, 請寫下保險公司的名稱或列出醫療保險 _____

保單/身份證明號碼 _____ 扣除額: _____

出現乳癌症狀? 是 否 出現結腸直腸癌症狀? 是 否 有結腸直腸癌家族史/病史?

出生國家? 美國 其他 (請說明) _____

你是否是拉丁美洲人或西班牙裔? (例如: 墨西哥裔美國人、波多黎各人、古巴人) 是 否

主要語言? (只選一項) 英語 越南語 韓語 西班牙語
 柬埔寨語 俄語 中文 其他 (請說明) _____

你屬於什麼種族? (請在一個或多個種族上標上記號, 以說明你認為自己是屬於哪個種族的人。)

白種人/高加索人 夏威夷原住民或其他太平洋島嶼居民 (請說明) 黑人或非裔美國人

亞洲人 美國印地安人或阿拉斯加原住民 (請說明部落/民族) _____ 不知道
 (請說明)

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)

- | | | | |
|------------------------------------|-------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> 自己 | <input type="checkbox"/> 雇主 | <input type="checkbox"/> 電視 | <input type="checkbox"/> 乳癌預防基金 |
| <input type="checkbox"/> 朋友或親戚 | <input type="checkbox"/> 宣傳資料 | <input type="checkbox"/> 電臺 | <input type="checkbox"/> BCCHP 之互聯網網站 |
| <input type="checkbox"/> 社團 | <input type="checkbox"/> 宗教組織 | <input type="checkbox"/> 海報 | <input type="checkbox"/> 問我運動 (Ask Me Campaign) |
| <input type="checkbox"/> 診所 | <input type="checkbox"/> 郵件 | <input type="checkbox"/> CA | |
| <input type="checkbox"/> 擴大服務的工作人員 | <input type="checkbox"/> 報紙 | <input type="checkbox"/> 其他 (請說明) _____ | |

BCCHP 病人同意書已簽名。

請發送傳真至 BCCHP 總承包商處: _____

對於殘障人士, 可根據需要申請本文件的其他格式。如欲提交請求, 請撥打 1-800-525-0127 (聽障/語障人士專線: 1-800-833-6388)。