

ФОРМА РЕГИСТРАЦИИ

Пожалуйста, пишите
печатными буквами

Вы регистрируетесь в BCCHP впервые? ☐ Да ☐ Нет

☐ Женщина ☐ Мужчина

Authorization #

Фамилия		Имя		Инициал второго имени	Authorized for: ☐ CBE ☐ Pelvic ☐ Pap ☐ Mammogram ☐ FOBT/FIT ☐ Colonoscopy	
Имя, использовавшееся в прошлом					Prime Contractor	Date
Дата рождения		Номер социального обеспечения			Clinic / Screening Site	
Улица и номер дома/квартиры					Appointment Date: Time:	
Город	Штат	Почтовый индекс	Округ		Clinic Chart #	

Номера телефонов: можно оставить сообщение? ☐ Да ☐ Нет

Когда лучше звонить: ☐ до полудня ☐ после полудни

Домашний:

Сотовый:

Рабочий:

Другой:

Право на программу: следует пересматривать ежегодно

Семейный доход до вычета налогов? \$ _____ в ☐ месяц ☐ год Сколько людей живет на этот доход? _____

Проверка права на Apple Health произведена ☐ Да ☐ Нет (причина _____) Дата:

Имеет право на Apple Health ☐ Да ☐ Нет Зарегистрирован(а) в Apple Health ☐ Да ☐ Нет Дата:

У вас: (отметьте все, что применимо)

☐ Нет медицинской страховки и не имеет права на Apple Health (приложите отказ)

☐ Медикэр Часть В ☐ Apple Health, Медикейд, ProviderOne или медицинские купоны № _____

☐ Страховка Название страховой компании: _____

Нестраховый минимум: \$ _____ Номер полиса/идентификационный номер: _____

У вас: ☐ симптомы рака молочной железы ☐ симптомы рака толстой и прямой кишки ☐ случаи рака толстой кишки или полипов толстой кишки в вашей семье

Делали ли вам раньше колоноскопию? ☐ Нет ☐ Да Когда? _____

Страна рождения: ☐ США: Штат: _____ ☐ Другое (укажите: _____)

Основной язык: (отметьте все, что применимо, обведите кружком язык, который вы предпочитаете) ☐ английский ☐ испанский

☐ вьетнамский ☐ китайский ☐ корейский ☐ камбоджийский ☐ русский ☐ другое (укажите: _____)

К какой расе вы себя относите? (отметьте одну или несколько)

☐ Азиатского происхождения ☐ Черный или афроамериканец

☐ Американский индеец или уроженец Аляски (укажите племя: _____) ☐ Белый

☐ Уроженец Гавайских островов или других островов Тихого океана (укажите конкретно: _____) ☐ Неизвестно

Латиноамериканского происхождения или испаноязычный? ☐ Да ☐ Нет

Сколько классов школы вы закончили? (число лет учебы в школе) _____

Если вы ВПЕРВЫЕ регистрируетесь в BCCHP, как вы узнали об этой программе? (выберите только одно)

☐ из брошюры

☐ от работодателя

☐ из плаката

☐ в клинике

☐ по результатам поиска в интернете – на сайте BCCHP

☐ по радио

☐ в общественной организации

☐ благодаря фонду «Komen for the Cure»

☐ в отделении радиологии

☐ на мероприятии

☐ из почтового отправления

☐ по телевизору

☐ из информационного листка

☐ из газеты

☐ Другое (укажите): _____

☐ от знакомых или родственников

☐ от работника по связям с населением

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