

乳癌及子宮頸癌治療計劃 資格、資料披露及同意書

請用正楷書寫

只供辦事處填寫

姓	名	中間名	BCCHP Prime Contractor SEAT	Diagnosis Date
出生日期	社會安全號碼		BCCHP Case Manager Name: Heather Fluegel	
地址			BCCHP Case Manager Phone: 206-263-8176 Fax: 206-296-0208	
城市	州	郵遞區號	BCCHP ID #	Medicaid ID #
電話號碼：是否可以留言？ ☐ 是 ☐ 否 住宅電話： 手機： 工作電話： 其他聯繫資料：			Clinic Chart #	Clinic Name

你的家庭稅前收入是多少？ \$ _____ 每 ☐ 周 ☐ 月 ☐ 年

住在此家裏依靠家庭收入生活的人數： _____

你是否有醫療保險？ ☐ 是 ☐ 否 如果有，保險公司： _____ 保險單號碼 _____

你是否有與此乳癌或子宮頸癌診斷相關的未付醫療賬單？ ☐ 是 ☐ 否

如果有：在你診斷日期（即檢驗開始且檢驗不是由 BCCHP 或保險承保）之前的月數： ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

你是華盛頓州的居民嗎？ ☐ 是 ☐ 否

你是美國公民嗎？ ☐ 是 ☐ 否 你在哪里出生？ 州： _____ 國家： _____

你是美國永久居民嗎？ ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不適用

成為永久居民的日期：（綠卡上的日期） _____ 如果在美國境外出生，請提供公民身份/移民文件一次

主要語言？（勾選所有適用項，圈選你最喜歡的一項） ☐ 英語 ☐ 西班牙語

☐ 越南語 ☐ 中文 ☐ 韓語 ☐ 柬埔寨語 ☐ 俄語 ☐ 其他語言（請說明： _____）

本人明白：（請在每個聲明上簡簽）

____ 本人被轉介到華盛頓州醫療管理局 (HCA) Apple Health Medicaid 計劃的乳癌或子宮頸癌治療醫療保險。

____ 這些資料將不會與美國公民與移民服務局 (USCIS) 分享。

____ 本人將醫療記錄透露同意書交給“乳房、子宮頸及結腸健康計劃” (BCCHP)，作為本人的治療文件。

____ 本人授予華盛頓州政府全權處理本人的任何醫療補助福利以及任何第三方醫療保健付款。

本人已閱讀並明白上述資訊。本人以美國偽證處罰法為擔保，僅此聲明，本人所提供的資料，據我所知是真實、準確和完整的。

客戶簽名： _____ 日期： _____

個案經理簽名： _____ 日期： _____

FOR BCCHP CASE MANAGER USE:

Initial eligibility screening date: _____

Re-verification date: _____

Remains eligible: ☐ Yes ☐ No (If no, explain in notes)

Requested coverage start date: _____

AEM / ERSO: ☐ Yes ☐ No

BCCHP Consent form current: ☐ Yes ☐ No

Case Management Notes: