

**PORMULARYONG NAGBIBIGAY NG PAHINTULOT NA  
MAGLABAS NG IMPORMASYON PARA SA  
PAGGAMOT NG CANCER SA SUSO AT CERVICAL CANCER**

**Mangyaring isulat ng malinaw**

PANGALAN Huli Una	Panggitnang Inisyal	BCCHP PRIMERANG KONTRATISTA	PETSA (buwan/araw/taon) NG RIKONOSI (DIAGOSIS)
BCCHP BILANG NG PAGKAKAKILANLA (ID) NG KLIYENTE		TAGAPAMAHALA SA KASO Pangalan: _____	
PETSA NG KAPANANGAKAN (buwan/araw/taon)	BILANG NG SOCIAL SECURITY	Telepono: _____	Fax: _____

**Ang Pormularyong Kapahintulutan ay nilagdaan na ng Kliyente.**

**Ikaw ba ay taong-bayan (resident) at naninirahan sa Washington?**     **Oo**     **Hindi**

**Ikaw ba ay isang mamamayan ng Estados Unidos?**     **Oo**     **Hindi**

**May mga dokumento ka ba para mapakita ang iyong estado?**     **Oo**     **Hindi**

**Kung Oo,**     **Sertipiko ng Kapanganakan**     **Pasaporte**     **Iba pa:** \_\_\_\_\_

**Saan ka ipinanganak?**     **U.S.A. (Estado: \_\_\_\_\_ )**     **Iba (Bansa: \_\_\_\_\_ )**

**Kung hindi ka pa mamamayan ng Estados Unidos (U.S.A.), ano ang petsa ng iyong pagpasok (entry date) dito sa Estados Unidos?** \_\_\_\_\_

**Mayroon ka bang hindi pa nabayarang utang na medikal na may kaugnayan sa diyagnosis ng iyong kanser sa suso at cervical cancer?**

**Wala**     **Oo, (mga) buwan**     **1**     **2**     **3**

**Aking naiintindihan na:**

- Ang impormasyong ito ay ibabahagi din sa Kagawaran ng mga Serbisyong Panlipunan at Pangkalusugan, o Department of Social & Health Services (DSHS).
- Itong impormasyon ay maaring repasuhin ng iba pang ahensiya ng estado o pamahalaang pambansa.
- Itong impormasyon ay HINDI ibabahagi sa kawanihan ng Immigration and Naturalization Services (INS).
- Ang pahintulot sa pagpapalabas ng mga talaang medikal ay ibibigay lamang sa BCCHP bilang pagpapatunay ng paggamot.
- Sa paghiling at pagtanggap ng mga benepisyo sa pangangalaga ng aking kalusugan, ibinibigay ko sa Estado ng Washington ang buong karapatan sa kahit anumang sinusustentong biyayang medikal at sa kahit anong pangatlong bahagi (third party) na bayaran para sa pag-aalaga ng aking kalusugan.
- Kung ang aking edad noong tumanggap ako ng mga biyayang medikal ay humigit na sa limampung-apat (54) na taon, ako ay maaring isailalim sa Medicaid Estate Recovery sa aking pagkamatay.

Aking nabasa at naintindihan ko ang lahat ng impormasyon sa itaas. Pinapatunayan ko sa ilalim ng parusa ng batas ng pagsisinungaling, at ang inilahad kong kasagutan ay totoo at pawang tama sa abot ng aking nalalaman at paniniwala.

\_\_\_\_\_  
**Lagda ng Kliyente**

\_\_\_\_\_  
**Petsa**

**Maaring simulan ang pagkasaklaw sa \_\_\_\_\_.**

Mga Puna ng (taga-pangasiwa ng kaso) \_\_\_\_\_

Case Management: \_\_\_\_\_

Lagda ng Tagapamahala ng Kaso (Case Manager): \_\_\_\_\_ Petsa: \_\_\_\_\_

**PAKI FAX SA BCCHP PRIME CONTRACTOR: \_\_\_\_\_**

Para sa mga taong may mga kapansanan, ang dokumentong ito kapag ihiniling ay maaring kunin sa ibang mga porma. Upang isumite ang hiling, tumawag sa 1-800-525-0127 (TDD/TTY 1-800-833-6388)