

**ПРОГРАММА ЛЕЧЕНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ШЕЙКИ МАТКИ
ПРАВО НА ПРОГРАММУ, ФОРМА РАЗРЕШЕНИЯ НА ВЫДАЧУ ИНФОРМАЦИИ И СОГЛАСИЯ НА ЛЕЧЕНИЕ**

Пожалуйста, пишите печатными буквами

ТОЛЬКО ДЛЯ СЛУЖЕБНОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ

Фамилия	Имя	Инициал второго имени	BCCHP Prime Contractor SEAT	Diagnosis Date
Дата рождения	Номер социального обеспечения		BCCHP Case Manager Name: Heather Fluegel	
Улица и номер дома/квартиры			BCCHP Case Manager Phone: 206-263-8176 Fax: 206-296-0208	
Город	Штат	Почтовый индекс	BCCHP ID #	Medicaid ID #
Номера телефонов: можно оставить сообщение? ☐ Да ☐ Нет Домашний: _____ Сотовый: _____ Рабочий: _____ Другой: _____			Clinic Chart #	Clinic Name
Ваш семейный доход <u>до вычета налогов</u> ? \$ _____ в ☐ неделю ☐ месяц ☐ год Сколько членов семьи живет на этот доход: _____				
У вас есть медицинская страховка? ☐ Да ☐ Нет Если вы ответили «да», укажите название страховой компании: _____ Номер полиса: _____				
Есть ли у вас неоплаченные медицинские счета в связи с данным диагнозом рака молочной железы или шейки матки? ☐ Да ☐ Нет Если вы ответили «да», укажите: число месяцев от начала проведения анализов, которые не покрывались программой BCCHP или страховкой, до даты, когда вам поставили диагноз: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3				
Являетесь ли вы жителем штата Вашингтон? ☐ Да ☐ Нет				
Являетесь ли вы гражданином США? ☐ Да ☐ Нет Где вы родились? Штат: _____ Страна: _____				
Являетесь ли вы постоянным жителем США? ☐ Да ☐ Нет ☐ Неприменимо Постоянный житель с: (дата на карточке постоянного жителя) _____ Если вы родились за пределами США, вы должны один раз представить документацию о гражданстве/иммиграционном статусе				
Основной язык: (отметьте все, что применимо, обведите кружком язык, который вы предпочитаете) ☐ английский ☐ испанский ☐ вьетнамский ☐ китайский ☐ корейский ☐ камбоджийский ☐ русский ☐ другое (укажите: _____)				

Я понимаю, что: (пожалуйста, поставьте свои инициалы рядом с каждым утверждением)

- _____ Меня направляют в программу Медикейд, под названием «Apple Health» (Apple Health Medicaid Program), предоставляемую Органом охраны здоровья населения штата Вашингтон (Washington State Health Care Authority, сокр. HCA) для получения медицинской страховки для лечения рака молочной железы или шейки матки.
- _____ Эта информация не будет выдана Службе гражданства и иммиграции США (U.S. Citizenship and Immigration Services, сокр. USCIS).
- _____ Я разрешаю программе по профилактике рака молочной железы, шейки матки и толстой кишки (Breast Cervical & Colon Health Program, сокр. BCCHP) выдавать медицинские карты в целях документации и лечения.
- _____ Я даю штату Вашингтон права на все льготы по оплате медицинского обслуживания и на все платежи третьих сторон за медицинское обслуживание.

Я прочел (прочла) и понимаю информацию выше. Я заявляю под страхом наказания за лжесвидетельство, что насколько мне известно, предоставленная мной информация является верной, точной и полной.

Подпись клиента: _____ Дата: _____

Подпись работника, ведущего дело: _____ Дата: _____

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: