

FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD PARA EL PROGRAMA DE TRATAMIENTO DE CÁNCER DE MAMA Y CUELLO UTERINO, CONSENTIMIENTO Y REVELACIÓN

Por favor escriba en letra de molde

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE

Apellido		Primer nombre		Inicial 2º nombre	BCCHP Prime Contractor SEAT	Diagnosis Date
Fecha de nacimiento		Número de Seguro Social			BCCHP Case Manager Name: Heather Fluegel	
Dirección					BCCHP Case Manager Phone: 206-263-8176 Fax: 206-296-0208	
Ciudad		Estado	Código Postal		BCCHP ID #	Medicaid ID #
Números de teléfono: ¿Se puede dejar un mensaje? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Hogar: Celular: Trabajo: Alternativo:					Clinic Chart #	Clinic Name
¿Cuáles son sus ingresos familiares <u>antes</u> de los impuestos? \$ _____ por <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año Número de personas que viven en el hogar que se mantienen con los ingresos familiares: _____						
¿Tiene usted seguro de salud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si responde que sí, Compañía: _____ N.º de póliza _____						
¿Tiene usted facturas médicas sin pagar originadas por este diagnóstico de cáncer de mama o de cuello uterino? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si responde que sí: ¿Cuántos meses antes de la fecha de su diagnóstico comenzaron las pruebas y no fueron cubiertas por BCCHP ni por el seguro? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3						
¿Es usted residente del estado de Washington? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
¿Es usted ciudadana de los EE.UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Dónde nació? Estado: _____ País: _____						
¿Es usted Residente Permanente de los EE. UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se aplica Residente Permanente desde: (fecha en la tarjeta de R.P.) _____ Si nació fuera de los EE. UU. proporcione documentos de ciudadanía/ inmigración una vez						
¿Idioma principal? (seleccione uno solamente) <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Camboyano <input type="checkbox"/> Ruso <input type="checkbox"/> Otro (especifique: _____)						

Entiendo que: (por favor coloque sus iniciales junto a cada afirmación)

- _____ Me están refiriendo al Programa Apple Health Medicaid de la Autoridad de Atención a la Salud (Health Care Authority - HCA, en inglés) del estado de Washington con el fin de obtener cobertura médica para el tratamiento del cáncer de mama o de cuello uterino.
- _____ Esta información no se compartirá con los Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los EE. UU. (U.S. Citizenship and Immigration Services, USCIS, en inglés).
- _____ Doy al Programa de Salud para el Cuello Uterino, la Mama y el Colon (Breast, Cervical & Colon Health Program, BCCHP, en inglés) autorización para revelar los registros médicos para documentar el tratamiento.
- _____ Doy al estado de Washington los derechos a cualquier beneficio de apoyo médico y a cualquier pago por parte de terceros por atención a la salud.

He leído y entiendo la información que antecede. Declaro, bajo pena de perjurio, que la información que he proporcionado es verdadera, correcta y completa a mi leal saber y entender.

Firma del Cliente: _____ Fecha: _____

Firma del Administrador del Caso: _____ Fecha: _____

FOR BCCHP CASE MANAGER USE:		
Initial eligibility screening date: _____	Re-verification date: _____	Remains eligible: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No (If no, explain in notes)
Requested coverage start date: _____	AEM / ERSO: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	BCCHP Consent form current: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Case Management Notes:		