

**PROGRAMA PARA SA PAGGAMOT NG KANSER SA SUSO AT CERVIX PAGSUSURI PARA SA PAGIGING
ANGKOP/KARAPAT-DAPAT, PAGLABAS AT PAHINTULOT (CONSENT) NA PORMULARYO**

Paki Imprenta

PARA SA OPISYAL NA GAMIT LAMANG

Apelyido	Unang Pangalan	Pang-gitnang Inisyal (MI)	BCCHP Prime Contractor SEAT	Diagnosis Date
Petsa ng Kapanganakan	Social Security na Numero		BCCHP Case Manager Name: Heather Fluegel	
Adres			BCCHP Case Manager Phone: 206-263-8176 Fax: 206-296-0208	
Lungsod	Estado	Kodigo Postal (ZIP)	BCCHP ID #	Medicaid ID #
Mga numero ng telepono: Maari bang mag-iwan ng bilin? ☐ Oo ☐ Hindi Bahay: Cell: Trabaho: Alternatibo:			Clinic Chart #	Clinic Name
Ano ang iyong sambahayang kinikita <u>bago</u> ang buwis? \$ _____ bawat ☐ Linggo ☐ Buwan ☐ Taon Bilang ng tao na nakatira sa bahay na nasusuportahan ng kinikita ng sambahayan: _____				
Meron ka bang pangkalusugan na seguro (health insurance)? ☐ Oo ☐ Hindi Kung Oo, Kumpanya: _____ Polisiya # _____				
Meron ka bang hindi nnabayaran na mga medikal na utang mula sa suso o kanser sa cervix na dyagnosis? ☐ Oo ☐ Hindi Kung Oo: # ng buwan bago ang petsa ng dyagnosis na nagsimula ang pagsusulit at hindi nasaklawan ng BCCHP o Seguro (insurance): ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3				
Ikaw ba ay residente ng estado ng Washington? ☐ Oo ☐ Hindi				
Ikaw ba ay U.S. citizen (mamamayan)? ☐ Oo ☐ Hindi Saan ka pinanganak? Estado: _____ Bansa: _____				
Ikaw ba ay Permanenteng Residente ng U.S.? ☐ Oo ☐ Hindi ☐ Hindi naangkop Permanenteng Residente mula pa ng: (petsa sa P.R. na kard) _____ Kung pinanganak sa labas ng U.S., magbigay ng mga dokumentong imigrasyon minsan lang				
Pangunahing Lengguwahe? (i-tsek lahat ng nararapat, bilugan ang iyong mas gusto) ☐ Ingles ☐ Espanyol ☐ Biyetnamo ☐ Intsik ☐ Koreano ☐ Cambodian ☐ Ruso ☐ Iba (tukuyin: _____)				

Naiintindihan ko na: (paki lagyan ng inisyal ang bawat pahayag)

- ____ Ako ay isinasangguni sa Washington State Health Care authority (HCA) Apple Health Medicaid Program para sa pang medikal na saklaw sa suso o kanser sa cervix na paggamot.
- ____ Ang impormasyon na ito ay hindi ipapabahagi sa U.S. Citizenship and Immigration Services (USCIS).
- ____ Binibigyan ko ang Breast Cervical & Colon Health Program (BCCHP) ng pahintulot para sa paglabas ng mga medikal na kasulatan (records) ukol sa dokumentasyon ng paggamot.
- ____ Binibigyan ko ang Estado ng Washington ng karapatan sa anumang medikal na suporta na mga benepisyo at sa anumang pangatlong partido (third-party) na mga bayad para sa pangkalusugang kalinga.

Nabasa at naintindihan ko ang impormasyon na nasa itaas. Ipinapahayag ko, alinsunod sa parusa sa pagiging hindi makatotohanan, ang impormasyon na aking ibinigay ay totoo, tama, at kumpleto ayon sa aking pinakamabuting kaalaman.

Lagda ng Kliyente: _____ **Petsa:** _____

Lagda ng Case Manager (Tagapangawsiwa ng kaso): _____ **Petsa:** _____

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: