

CHƯƠNG TRÌNH ĐIỀU TRỊ UNG THƯ VÚ & CỔ TỬ CUNG
MẪU ĐƠN VỀ ĐIỀU KIỆN, CHO PHÉP VÀ ĐỒNG Ý

Xin Viết In

PHẦN DÀNH CHO VĂN PHÒNG

Họ	Tên	Tên Đệm	BCCHP Prime Contractor SEAT	Diagnosis Date
Ngày Sinh	Số An Sinh Xã Hội		BCCHP Case Manager Name: Heather Fluegel	
Địa Chỉ			BCCHP Case Manager Phone: 206-263-8176 Fax: 206-296-0208	
Thành Phố	Tiểu Bang	Mã Số Bưu Chính	BCCHP ID #	Medicaid ID #
Số Điện Thoại: Có thể để tin nhắn không? ☐ Có ☐ Không			Clinic Chart #	Clinic Name
Số Điện Thoại Nhà: Số Điện Thoại Di Động:				
Số Điện Thoại Sở Làm: Số Điện Thoại Khác:				

Lợi tức trước khi trừ thuế của gia đình quý vị là bao nhiêu? \$ _____ mỗi ☐ Tuần ☐ Tháng ☐ Năm

Số người sống trong gia đình dựa vào lợi tức của gia đình: _____

Quý vị có bảo hiểm y tế không? ☐ Có ☐ Không Nếu Có, Tên Công Ty: _____ Hợp Đồng # _____

Quý vị có những hóa đơn y tế chưa thanh toán từ dịch vụ chẩn đoán ung thư vú hoặc cổ tử cung không? ☐ Có ☐ Không

Nếu Có: số tháng trước ngày chẩn đoán của quý vị khi bắt đầu xét nghiệm và không được BCCHP hoặc bảo hiểm đài thọ: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

Quý vị có phải là cư dân tiểu bang Washington không? ☐ Có ☐ Không

Quý vị có phải là công dân Hoa Kỳ không? ☐ Có ☐ Không **Quý vị được sinh ra ở đâu?** Tiểu Bang: _____ Quốc gia: _____

Quý vị có phải là Thường Trú Nhân Hoa Kỳ không? ☐ Có ☐ Không ☐ Không Thích Hợp

Thường Trú Nhân kể từ: (ngày trên thẻ xanh) _____ Nếu sinh ngoài Hoa Kỳ, xin cung cấp giấy tờ di trú một lần

Ngôn Ngữ Chính? (đánh dấu tất cả các ô thích hợp, khoanh tròn ô quý vị muốn) ☐ Tiếng Anh ☐ Tiếng Tây Ban Nha

☐ Tiếng Việt ☐ Tiếng Trung Hoa ☐ Tiếng Đại Hàn ☐ Tiếng Cam Bốt ☐ Tiếng Nga ☐ Tiếng khác (nêu rõ: _____)

Tôi hiểu rằng: (xin ký tất ở mỗi câu)

_____ Tôi đang được giới thiệu đến Chương trình Apple Health Medicaid của Health Care Authority (HCA – Sở Chức Trách Chăm Sóc Sức Khỏe) Tiểu Bang Washington để được đài thọ y khoa cho việc điều trị ung thư vú và cổ tử cung.

_____ Thông tin này sẽ không được chia sẻ với U.S. Citizenship and Immigration Services (USCIS – Sở Di Trú và Quốc Tịch Hoa Kỳ).

_____ Tôi cho Chương Trình Khám Vú, Cổ Tử Cung & Kết Tràng công bố hồ sơ y khoa để làm chứng từ điều trị.

_____ Tôi chuyển cho Tiểu Bang Washington các quyền hạn đối với những phúc lợi trợ cấp y tế và đối với các khoản thanh toán dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ bên thứ ba.

Tôi đã đọc và hiểu thông tin bên trên. Tôi tuyên bố trước hình phạt khai man rằng thông tin tôi cung cấp là sự thật, chính xác, và đầy đủ theo sự hiểu biết tốt nhất của tôi.

Chữ Ký Của Thân Chủ: _____ **Ngày:** _____

Chữ Ký Của Quản Lý Viên Hồ Sơ _____ **Ngày** _____

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: