

**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:

**乳腺癌和宮頸癌治療計畫之資格、透露和同意書**

請列印

For Office Use Only

姓	名	中間名縮寫	BCCHP Contractor SEAT	Diagnosis Date
出生日期	社會保險號		BCCHP Case Manager Name: Phone : Fax :	
地址			BCCHP ID #	Medicaid ID#
城市	州	郵遞區號	Clinic Chart #	Clinic Name
電話號碼: 是否願意留言? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 家庭電話: 手機: 備用:				
您的稅前家庭收入是多少? \$ _____ 每 <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 年 家庭中依靠家庭收入撫養的人數: _____				
您是否有健康保險? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 若是, 保險公司為: _____ 保單號 _____				
您是否有該乳腺癌或宮頸癌診斷的未付醫療賬單? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 若是: 在您的診斷日期之前, 檢測開始及未被BCCHP或保險覆蓋的月數: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3				
您是否是華盛頓州居民? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				
您是否是美國公民? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 您是否出生在美國領土? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 哪裡? _____				
您是否是美國永久居民? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不適用 永久居民自從: (PR卡上的日期) _____ (僅需在最初申請時複製一次PR卡, 續保時不需要)				
主要語言? (勾選所有適用項, 並在首選語言上畫圈) <input type="checkbox"/> 英語 <input type="checkbox"/> 西班牙語 <input type="checkbox"/> 越南語 <input type="checkbox"/> 中文 <input type="checkbox"/> 韓語 <input type="checkbox"/> 柬埔寨語 <input type="checkbox"/> 俄語 <input type="checkbox"/> 其他 (請指明: _____ )				

本人明白:

- 本人正被轉介給華盛頓州醫療保健機構(HCA) Apple Health Medicaid計畫, 以對乳腺癌或宮頸癌治療進行醫療覆蓋。
- 該等資訊將不會與美國公民及移民服務局(USCIS)共享。
- 本人允許乳腺、宮頸和結腸保健計畫(BCCHP)因記錄治療而透露醫療記錄。
- 本人授權華盛頓州處理任何醫療支援福利及任何第三方醫療保健支付。

本人已閱讀並瞭解上述資訊。本人聲明, 據本人所知, 本人所提供之資訊係真實、準確且完整的, 如有不實, 甘受偽證罪懲罰。

當事人簽名: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_

個案管理員簽名: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_