

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN, DIVULGACIÓN Y ELEGIBILIDAD DEL PROGRAMA DE TRATAMIENTO DE CÁNCER DE SENO Y DE CUELLO UTERINO

Escriba en letra de imprenta

FOR OFFICE USE ONLY

Apellido		Nombre		BCCHP Prime Contractor	Diagnosis Date
Fecha de nacimiento		Número de Seguro Social		BCCHP Case Manager Information	
Dirección				CM Name:	
				CM Phone:	CM Fax:
Ciudad	Estado	Código Postal		BCCHP ID #	Medicaid ID #
Números telefónicos: ¿Se pueden dejar mensajes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Residencial: Celular: Alternativo:				Clinic Chart #	Clinic Name

¿Cuáles son sus ingresos familiares antes de impuestos? \$ _____ por: semana mes año

Número de personas viviendo en su hogar a las que se mantiene con ingresos familiares: _____

¿Tiene seguro médico? Sí No Si la respuesta es sí, indique la compañía: _____

N.º de póliza _____

¿Tiene alguna factura del diagnóstico de cáncer de cuello uterino o de seno sin pagar? Sí No

Si la respuesta es sí: indique el número de meses antes de su fecha de diagnóstico cuando las pruebas comenzaron y no las cubría el BCCHP o un seguro: 1 2 3

¿Es residente del Estado de Washington? Sí No

¿Es ciudadano estadounidense? Sí No ¿Nació en territorio estadounidense? Sí No ¿Dónde? _____

¿Es residente estadounidense permanente? Sí No No aplica

Residente permanente desde: (fecha en la tarjeta de Residencia Permanente (P.R.)) _____
(solo es necesario copiar la tarjeta PR una vez para la solicitud inicial, no para renovaciones)

¿Idioma principal? (marque todas las que correspondan, encierre en un círculo su opción de preferencia) Inglés Español

Vietnamita Chino Coreano Camboyano Ruso Otro (especifique: _____)

Entiendo que:

- Se me está remitiendo al Programa Apple Health de Medicaid de la Autoridad de Atención Médica (Health Care Authority, HCA) del Estado de Washington para la cobertura médica del tratamiento de cáncer de cuello uterino y de seno.
- Esta información no se compartirá con los Servicio de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos (U.S. Citizenship and Immigration Services, USCIS).
- Doy al Programa para la Salud de Seno, Cuello Uterino y Colon (BCCHP) la divulgación de historiales médicos para documentación del tratamiento.
- Le doy al Estado de Washington los derechos sobre cualquier beneficio de apoyo médico y sobre cualquier pago de un tercero por atención médica.

Leí y comprendí la información anterior. Declaro, bajo pena de perjurio, que la información que proporcioné es verdadera, correcta y completa a mi leal saber y entender.

Firma del cliente: _____ Fecha: _____

Firma del Gestor 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:		