

State of California Department of Health Care Services

**Breast & Cervical Cancer Treatment Program (BCCTP)
Application Information & Instructions for Providers**

***FOR PROVIDER/OFFICE USE ONLY* (Rev. 12/2019)**

This checklist is to assist Every Woman Counts (EWC) & Family Planning Access, Care, and Treatment (FPACT) Enrolling Providers in determining if an individual is eligible to submit an application for a BCCTP program.

1) Is this individual a California resident with the intent to stay?

No = cannot apply; Yes = continue to #2

2) Does this individual have gross income at or below the 200% FPL?

No = cannot apply; Yes = continue to #3

- See the EWC or FPACT Income Criteria chart.
- All earned and unearned income (before any taxes, deductions, or expenses) is counted.
- Total number of persons counted in the household are applicant, spouse, and children under 21.
- If the child is not the biological child, applicant must be able to produce a legal document stating they are now responsible for the child.
- The income of elderly parents or relatives living in the home is not counted towards the applicant's income; they are also not counted in the household number regardless of inclusion for tax reporting.

3) Does this person have a BCCTP qualifying diagnosis?

No = cannot apply; Yes = continue to #4

- After log-in, see list of qualifying diagnoses on the drop down menu in the BCCTP on-line application.
- If a diagnosis is not on the drop-down list or is unclear, you may fax the pathology report to (916-440-5693) with questions or email the pathology report to BCCTP@dhcs.ca.gov, requesting to have the pathology report reviewed by a Medical Consultant. A BCCTP Eligibility Specialist will contact you with a response.

4) Does this person already have full scope Medi-Cal benefits?

Yes = cannot apply; No = continue to #5

- Individuals who have restricted scope emergency and pregnancy benefits, or Share of Cost (SOC) Medi-Cal benefits, are eligible to apply for BCCTP.

5) Does this person have private insurance or Medicare? Yes/No = Can Apply

- Individuals with private insurance or Medicare are eligible to apply for BCCTP if they meet the first four (4) requirements listed above.

Submit an application only if the applicant meets the requirements in Questions 1 - 4.

Note: If a provider does not elect to process a BCCTP application for an individual that was screened elsewhere, refer the individual to apply for Medi-Cal in order to be referred to BCCTP. If the individual already has restricted or SOC Medi-Cal, they should contact their county eligibility worker and request to be referred to BCCTP. BCCTP will not accept county referral documents directly from the beneficiary or any medical provider.

Prior to contacting BCCTP, please check the Medi-Cal database (MEDS) after 10 working days from application submission for case status.

Important information about Presumptive Eligibility (PE)

Not all individuals will get immediate PE benefits. All applications submitted to BCCTP are considered for Federally-funded PE benefits. These benefits are temporary and date specific. PE benefits are approved until the end of the month following the application month. All applicants must apply for Medi-Cal in order to extend their benefits. Once the application is submitted to the county (via Internet, phone, or in-person), their PE benefits continue until the county completes a determination. Date specific means, that if continuing BCCTP benefits are denied, the eligibility is from the date applied to the date denied. Applicants determined eligible for PE will not receive benefits prior to their application date. Applicants denied PE benefits are evaluated for the BCCTP State-funded programs.

- If the applicant is approved for PE, inform them that they can get immediate care by using their confirmation document with their Beneficiary Identification Card number.
- Make the applicant aware of the requirement to apply for Medi-Cal and provide the “Directions to Apply for Medi-Cal” document. PE benefits will terminate the end of the month following the date their BCCTP application was submitted.
- Applicants meeting one or more of the following criteria will **not** receive Federally-funded PE benefits. Their completed/signed application should be forwarded to the BCCTP for evaluation for State-funded BCCTP benefits.
 - Age 65 or older.
 - Have other comprehensive coverage (Medicare, or private insurance).
 - Have received PE benefits within the last 12 months (hospital emergency or pregnancy).
 - Are already identified in the Medi-Cal database as having unsatisfactory immigration status.
- Inform the applicant that they are not guaranteed State-funded BCCTP benefits until the final BCCTP determination is processed.

BCCTP Requirement: Applying for Medi-Cal

ALL applicants that have not had a Medi-Cal determination within the last 30 days must apply for and receive an eligibility decision before BCCTP will make a final determination.

- Applicants that currently have active restricted scope Medi-Cal do not need to reapply.
- Enrolling Providers should not wait until the county makes a decision to submit a BCCTP application.
- Do not send individuals to apply for Medi-Cal if they did not meet the first four (4) requirements as indicated on the opposite page.

Note: *If you have any questions or require corrections to the application after submitting, please contact BCCTP via email (BCCTP@dhcs.ca.gov), or fax (916) 440-5693; BCCTP will make all edits/corrections. Do not submit multiple applications for the same person, unless a BCCTP staff has instructed you to do so.*

ប័ណ្ណព័ត៌មានពាក្យស្នើសុំ MEDI-CAL នៃកម្មវិធីព្យាបាលជំងឺមហារីកដោះ និងមាត់ស្បូន

សូមឆ្លើយសំណួរខាងក្រោមជាភាសាអង់គ្លេស នៅពេលណាដែលអាចឆ្លើយបាន។

1. នេះគឺជាពាក្យស្នើសុំ Medi-Cal សម្រាប់សេវាថែទាំសុខភាពបន្ទាន់សម្រាប់ខែនេះ និងខែបន្ទាប់។ តើអ្នកក៏ចង់ប្រើប្រាស់ពាក្យស្នើសុំនេះដើម្បីទទួលបានការធានារ៉ាប់រង Medi-Cal ជាបន្តដែរមែនទេ? បាទ/ចាស ទេ (គូសរង្វង់ជុំវិញចម្លើយមួយ)

ពាក្យស្នើសុំនេះ មិនមានព័ត៌មានគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់កំណត់ថាតើអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធី Medi-Cal ឬអត់នោះទេ។ ពាក្យស្នើសុំនេះ និងត្រូវបានប្រើប្រាស់ដើម្បីកំណត់ថាតើអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបាន Medi-Cal តែនៅក្រោមវិធាន BCCTP នេះឬយ៉ាងណា។ ប្រសិនបើអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបាន Medi-Cal សម្រាប់មូលហេតុផ្សេងទៀតក្រៅពីការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺមហារីក/មុនកើតជំងឺមហារីកដោះនិងមាត់ស្បូន សូមទំនាក់ទំនងទៅកាន់ការិយាល័យសេវាសង្គមខោនធីរបស់អ្នក និងប្រគល់ពាក្យស្នើសុំ Medi-Cal ពេញលេញមួយច្បាប់។ អ្នកមានសិទ្ធិដាក់ពាក្យស្នើសុំនៅការិយាល័យសេវាសង្គមរបស់ខោនធីក្នុងមូលដ្ឋានរបស់អ្នក ដើម្បីកំណត់ថាតើអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធី Medi-Cal ផ្សេងទៀតឬទេ។

2. តើអ្នកធ្លាប់មានការចំណាយផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រក្នុងរយៈពេល 3 ខែ មុនខែដែលអ្នកបានដាក់ពាក្យស្នើសុំ BCCTP ដែរឬទេ ហើយតើអ្នកចង់ឲ្យ Medi-Cal ធ្វើការទូទាត់លើការចំណាយទាំងនោះដែរឬទេ? បាទ/ចាស ទេ (គូសរង្វង់ជុំវិញចម្លើយមួយ)

State of California Benefits Identification Card (អត្តសញ្ញាណប័ណ្ណអត្ថប្រយោជន៍រដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា) ៖

3. តើអ្នកមាន State of California Benefits Identification Card (អត្តសញ្ញាណប័ណ្ណអត្ថប្រយោជន៍រដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា) ដែរឬទេ? បាទ/ចាស ទេ (គូសរង្វង់ជុំវិញចម្លើយមួយ)

4. សូមសរសេរលេខ BIC របស់អ្នក (ប្រសិនបើអ្នកមានប័ណ្ណនេះ) _____

ព័ត៌មានអត្តសញ្ញាណ

ប្រសិនបើអ្នកប្រើតែឈ្មោះមួយ សូមគូសផឹកលើប្រអប់នេះ ហើយគ្រាន់តែបន្ថែមសញ្ញា (#) នៅក្នុងចន្លោះសម្រាប់នាមខ្លួន និងបញ្ចូលឈ្មោះរបស់អ្នកនៅក្នុងចន្លោះសម្រាប់នាមត្រកូល។

5. នាមត្រកូល៖ _____

6. នាមខ្លួន៖ _____

7. នាមកណ្តាល៖ _____

8. ឈ្មោះហៅក្រៅ៖ _____

9. Social Security Number (លេខសន្តិសុខសង្គម)៖ _____

តម្រូវឲ្យមាន Social Security Number (លេខសន្តិសុខសង្គម) ដើម្បីទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal ពេញលេញ។ ប្រសិនបើនៅពេលនេះ អ្នកមិនមានលេខនេះទេ អ្នកអាចដាក់ពាក្យសុំនៅពេលនេះបាន ហើយផ្តល់ឲ្យយើងនូវលេខនេះក្នុងរយៈពេល 60 ថ្ងៃ ឬប្រសិនបើអ្នកជាជនអន្តោប្រវេសន៍ដែលគ្មានឯកសារ អ្នកអាចទទួលបានសេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់ និងការព្យាបាលជំងឺមហារីកដោះ និងមាត់ស្បូនបានដោយពុំបាច់មាន Social Security Number (លេខសន្តិសុខសង្គម) ឡើយ។

10. ភេទ៖ _____ ប្រុស ស្រី (គូសរង្វង់ជុំវិញចម្លើយមួយ)

11. ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត៖ _____

សូមមើលទំព័របន្ទាប់

12. ទីកន្លែងកំណើត៖ _____
 ខោនធីកំណើត៖ (ប្រសិនបើអ្នកកើតនៅ California (កាលីហ្វ័រញ៉ា)) _____
 រដ្ឋកំណើត៖ (ប្រសិនបើអ្នកមិនបានកើតនៅខោនធី California (កាលីហ្វ័រញ៉ា)) _____
 ប្រទេសកំណើត៖ (ប្រសិនបើអ្នកមិនបានកើតនៅសហរដ្ឋអាមេរិក) _____

ពលរដ្ឋ ជនជាតិ ឬពលរដ្ឋចូលសញ្ជាតិអាមេរិក? បាទ/ចាស ទេ
(គូសរង្វង់ជុំវិញចម្លើយមួយ)

ជនអន្តោប្រវេសន៍ដែលបំពេញបានតាមលក្ខខណ្ឌតម្រូវអន្តោប្រវេសន៍ អាចទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal ពេញលេញ។ ជនអន្តោប្រវេសន៍ដែលមិនមានឯកសារ អាចទទួលបានសេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់ និងការព្យាលបាលជំងឺមហារីកដោះ និងមាត់ស្បូនបាន។

13. ក្រុមជនជាតិភាគតិច៖ (មិនមានការចាំបាច់) _____

ព័ត៌មានអាសយដ្ឋាន៖

អ្នកត្រូវតែជាពលរដ្ឋរស់នៅ State of California (រដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា)។ ប្រសិនបើអ្នកមិនមានទីកន្លែងរស់នៅ សូមគូសផឹកក្នុងប្រអប់នៅខាងចុង។ បំពេញផ្នែកអាសយដ្ឋានស្នាក់នៅ (ទីតាំងផ្លូវទូទៅ ត្រូវបញ្ចូលទៅក្នុងអាសយដ្ឋានផ្លូវ)។ ហើយក៏ត្រូវបំពេញផ្នែកអាសយដ្ឋានប្រៃសណីយ៍ផងដែរ។

14. អាសយដ្ឋានស្នាក់នៅ៖
 C/O: _____
 អាសយដ្ឋានផ្លូវ៖ _____
 ទីក្រុង៖ _____
 រដ្ឋ៖ _____
 លេខហ្សឺបកូដ៖ _____
 ខោនធីស្នាក់នៅ៖ _____

15. អាសយដ្ឋានប្រៃសណីយ៍៖ (ប្រសិនបើខុសពីអាសយដ្ឋានស្នាក់នៅរបស់អ្នក)
 C/O: _____
 អាសយដ្ឋានផ្លូវ៖ _____
 ទីក្រុង៖ _____
 រដ្ឋ៖ _____
 លេខហ្សឺបកូដ៖ _____
 ខោនធីស្នាក់នៅ៖ _____

16. ព័ត៌មានទំនាក់ទំនង៖
 តើមធ្យោបាយអ្វីដែលល្អបំផុតសម្រាប់ទំនាក់ទំនងទៅអ្នក? _____
 អាសយដ្ឋាន Email៖ _____
 តើពេលណាជាពេលល្អបំផុតសម្រាប់ទូរសព្ទទៅ? _____
 លេខទូរសព្ទខ្សែទី 1៖ _____
 លេខទូរសព្ទខ្សែទី 2៖ _____
 លេខទូរសព្ទខ្សែទី 3៖ _____
 ភាសានិយាយ៖ _____
 ភាសាសរសេរ៖ _____

សូមមើលទំព័របន្ទាប់

ព័ត៌មានស្តីពីការធានារ៉ាប់រង Medicare

- 17. តើអ្នកមាន Medicare Part A (ម៉ែឌីវែរ ផ្នែក A) (អ្នកជំងឺក្នុងមន្ទីរពេទ្យ) ដែរឬទេ? បាទ/ចាស ទេ
(គូសរង្វង់ជុំវិញចម្លើយមួយ)
- 18. តើអ្នកមាន Medicare Part B (ម៉ែឌីវែរ ផ្នែក B) (អ្នកជំងឺក្រៅមន្ទីរពេទ្យ) ដែរឬទេ? បាទ/ចាស ទេ
(គូសរង្វង់ជុំវិញចម្លើយមួយ)
- 19. តើអ្នកត្រូវបានគេចុះឈ្មោះទៅក្នុង Medicare HMO (ម៉ែឌីវែរ HMO) ដែរឬទេ? បាទ/ចាស ទេ
(គូសរង្វង់ជុំវិញចម្លើយមួយ)
- 20. តើអ្នកមាន Medicare Part D (ម៉ែឌីវែរ ផ្នែក D) (ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា) ដែរឬទេ? បាទ/ចាស ទេ
(គូសរង្វង់ជុំវិញចម្លើយមួយ)
- 21. លេខទាមទារថ្លៃធានារ៉ាប់រងសុខភាព៖ _____

ព័ត៌មានធានារ៉ាប់រងសុខភាពផ្សេងទៀត៖

- 22. តើអ្នកមានការរ៉ាប់រងវេជ្ជសាស្ត្រពេញលេញដែរឬទេ? បាទ/ចាស ទេ
(គូសរង្វង់ជុំវិញចម្លើយមួយ)
 - 23. ប្រសិនបើមាន សូមបញ្ជាក់ពីក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងសុខភាព៖ _____
 - 24. លេខអ្នកទិញធានារ៉ាប់រងចម្បង/សមាជិក៖ _____
 - 25. តើអ្នកមានសហបង់ប្រាក់ បុព្វលាភរ៉ាប់រង ឬប្រាក់រ៉ាប់រងបង់ជាមុនដែរឬទេ? បាទ/ចាស ទេ
(គូសរង្វង់ជុំវិញចម្លើយមួយ)
- សូមមើលទំព័របន្ទាប់

សេចក្តីប្រកាសនៃភាពលាក់ការនៃកម្មវិធី Medi-Cal

ព័ត៌មានដែលផ្តល់ជូនក្នុងពាក្យសុំនេះគឺជាព័ត៌មានឯកជនហើយលាក់ការក្រោមក្រមសំរាប់វីលហ្វែរ និងស្ថាប័នលេខ 14.100.2

ព័ត៌មាននឹងត្រូវគេបង្ហាញតែក្នុងករណីដែលអនុលោមតាមជាមួយច្បាប់ទាំងនោះ។

សិទ្ធិ ការទទួលខុសត្រូវ និងសេចក្តីប្រកាសនៃកម្មវិធី Medi-Cal

ខ្ញុំមានសិទ្ធិក្នុងការ:

- ទទួលបានថែទាំដោយយុត្តិធម៌ និងស្មើភាពដោយមិនគិតពីសញ្ជាតិ ពណ៌សម្បុរ សាសនា សញ្ជាតិដើម ភេទ អាយុ ឬជំនឿនយោបាយ។
- ស្នើសុំអ្នកបកប្រែភាសា
- ស្នើសុំសវនការយុត្តិធម៌ បើខ្ញុំស្នើសុំជំនួយ Medi-Cal ជាបន ហើយគិតថាសេចក្តីសំរេចលើករណី Medi-Cal របស់ខ្ញុំមិនយុត្តិធម៌ឬខុស។ ខ្ញុំត្រូវតែសុំធ្វើសវនការក្នុងរវាង 90 ថ្ងៃបន្ទាប់ពីខ្ញុំទទួល «ប្រវេសន៍នៃសកម្មភាព» ។ ដើម្បីសួររកសវនការយុត្តិធម៌នៃកម្មវិធី Medi-Cal សូមទូរស័ព្ទដោយឥតបង់ថ្លៃតាមលេខ 1-800-952-5253។
- ពិនិត្យច្បាប់និងក្បួនតម្រានៃកម្មវិធី Medi-Cal

ខ្ញុំមានការទទួលខុសត្រូវក្នុងការ:

- ធ្វើរបាយការណ៍នូវការប្រែប្រួលទាំងឡាយក្នុងរវាង 10 ថ្ងៃ ក្នុងព័ត៌មានខ្ញុំផ្តល់ជូននៅក្នុងក្រដាសពាក្យសុំនេះ។
- អនុញ្ញាតឱ្យការិយាល័យវីលហ្វែរដឹង បើសមាជិកគ្រួសារណាម្នាក់ ដែលមាន Medi-Cal

ដែរនោះ ដាក់ពាក្យសុំជំនួយផ្នែកពិការភាពនៅក្នុងស្ថាប័នសាធារណៈ ឬទទួលជំនួយរក្សាផ្នែកម៉េឌីវែរសំរាប់គ្រោះថ្នាក់អ្វីមួយ ឬរូបសន្លាមដែលបណ្តាលឡើងដោយជនណាម្នាក់ទៀត។

- ធ្វើសហការណ៍ បើករណីរបស់ខ្ញុំត្រូវពិនិត្យសារឡើងវិញ។
- ប្រគល់សិទ្ធិនៃការឧបត្ថម្ភផ្នែកពេទ្យទៅរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា។
- ប្រគល់សិទ្ធិនៃការឧបត្ថម្ភផ្នែកពេទ្យនៃភាគីទីបីទៅរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា។

ខ្ញុំយល់ថា:

- ជាលក្ខខណ្ឌមួយនៃលក្ខណសម្បត្តិសំរាប់ជំនួយ Medi-Cal គ្រប់សិទ្ធិសំរាប់ឧបត្ថម្ភផ្នែកពេទ្យទាំងអស់ត្រូវប្រគល់ទៅរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ាជាស្វ័យប្រវត្តិ។
- បើខ្ញុំមានចេតនាមិនផ្តល់ហេតុការណ៍ដែលគេត្រូវការ ឬបើខ្ញុំផ្តល់ហេតុការណ៍មិនពិត នោះខ្ញុំយល់ថាជំនួយអាចត្រូវគេបដិសេធ ឬត្រូវបញ្ចប់ហើយប្រហែលតម្រូវឱ្យសងជំនួយនោះវិញផង។ ខ្ញុំក៏ប្រហែលត្រូវគេស៊ើបអង្កេតពីបទកេងបន្លំផងដែរ។
- ជនដែលខ្ញុំដាក់ពាក្យសុំជំនួយឱ្យនេះ គឺមិននៅក្នុងពន្ធនាគារ មិនជាប់ឃុំឃាំងឬក្នុងមន្ទីរកែលំអណាមួយទេ។
- ក្រោយពីខ្ញុំទទួលមរណភាព រដ្ឋមានសិទ្ធិទាមទារសំណងពីភោគទ្រព្យជាកម្មសិទ្ធិរបស់ខ្ញុំសំរាប់គ្រប់ជំនួយ Medi-Cal ទាំងអស់ដែលខ្ញុំបានទទួល ក្រោយពីអាយុ 55 ឆ្នាំលុះត្រាតែខ្ញុំមានស្នាម/ ភរិយានៅរស់ មានកូនជាអនិតិជន កូនដែលដែលពិការភ្នែក ឬពិការទាំងស្រុងតែម្តង។
- បើខ្ញុំត្រូវគេដាក់ឱ្យចូលក្នុងមន្ទីរថែរក្សា ហើយខ្ញុំគ្មានចេតនាវិលត្រឡប់មកផ្ទះវិញ រដ្ឋប្រហែលជាអាចដាក់សិទ្ធិឃាត់ទ្រព្យកូនបំណុល ទុកទ្រព្យសម្បត្តិរបស់ខ្ញុំ។

សេចក្តីប្រកាសនៃសិទ្ធិនៃជីវភាពឯកជន Medi-Cal

ព័ត៌មានអំពីច្បាប់អនុវត្តនៃឆ្នាំ 1977 ហើយនិងច្បាប់សហព័ន្ធស្តីពីសិទ្ធិនៃជីវភាពឯកជនតម្រូវឱ្យក្រសួងផ្នែកសុខភាពផ្តល់ព័ត៌មានដូចតទៅនេះ៖

ក្រមសំរាប់វិលវិល និងស្ថាប័នជំពូកលេខ 14011 ហើយនិងបទបញ្ញត្តិក្នុងជំពូកលេខ 22, CCR, តម្រូវឱ្យអ្នកដាក់ពាក្យសុំជំនួយពីកម្មវិធី Medi-Cal ឱ្យផ្តល់ព័ត៌មានពីលក្ខណសម្បត្តិដែលបានស្នើសុំក្នុងពាក្យសុំនេះ។

ព័ត៌មាននេះអាចចែករំលែកជាមួយអង្គការសហព័ន្ធ រដ្ឋ និងទីភ្នាក់ងារតាមមូលដ្ឋាននានាក្នុងគោលបំណងធ្វើការបញ្ជាក់នៃលក្ខណសម្បត្តិ ហើយក្នុងគោលបំណង ទាក់ទងទៅនឹងការមើលគ្រប់គ្រងសំរាប់កម្មវិធី Medi-Cal រួមទាំងការអះអាងពីក្រសួង INS អំពីឋានៈនៃជនអន្តោប្រវេសន៍សំរាប់តែជនដែលសុំជំនួយ Medi-Cal គ្រប់យ៉ាងទាំងអស់។ (ច្បាប់សហព័ន្ធចែងថា ក្រសួង INS មិនអាចប្រើព័ត៌មាននេះសំរាប់គោលបំណងផ្សេងទៀតទេ លើកលែងតែក្នុងករណីមានការក្លែងបន្លំប៉ុណ្ណោះ)។ ហើយធ្វើអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណសំគាល់ជំនួយពេទ្យ(BIC)។ អាកខានមិនបានផ្តល់ព័ត៌មានអាចបណ្តាលឱ្យគេបដិសេធពាក្យសុំរបស់អ្នក។

ព័ត៌មានដែលស្នើសុំក្នុងក្រដាសពាក្យនេះគឺតម្រូវចាំបាច់ជាដាច់ខាត ដោយលើកលែងតែព័ត៌មានអំពីជាតិពិន្ទុ និងតែចំពោះព័ត៌មានណាដែលមានគូសថាជាព័ត៌មានស្ម័គ្រចិត្ត និងជំរើសស្ម័គ្រចិត្ត។ អត្ថលេខសន្តិសុខសង្គមគឺតម្រូវដោយច្បាប់ជំពូកលេខ 1137 (a)(1) នៃច្បាប់ស្តីពីសន្តិច្ច័យសង្គ្រោះ ហើយនិងក្រមសំរាប់វិលវិល និងស្ថាប័នជំពូកលេខ 14011.2 លុះត្រាដាក់ពាក្យសុំសំរាប់តែព្យាបាលរោគមហារីកដោះ និងមហារីកស្បូននិងជំនួយសំរាប់ជំងឺបន្ទាន់អាសន្ន និងសំរាប់ជំនួយទាក់ទងស្រីមានផ្ទៃ ទៃពោះតែប៉ុណ្ណោះ។

បុគ្គលមួយរូបៗមានសិទ្ធិចេញចូលដល់បញ្ជីសំណុំរឿងដែលមានព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនរបស់គេដែលត្រូវថែរក្សាដោយក្រសួងផ្នែកសុខុមាលភាព។

.....

សូមទាក់ទងមកការិយាល័យវិលវិលវិល ក្នុងតំបន់របស់អ្នកដើម្បីស្នើសុំបញ្ជីសំណុំរឿងរបស់អ្នក បើអ្នកមិនមានការគ្រប់គ្រងដោយកម្មវិធីព្យាបាលជំងឺមហារីកដោះ និងស្បូន។

សូមភ្ជាប់ក្រដាសពាក្យនេះជាមួយក្រដាសពាក្យសុំជាផ្លូវការ ហើយផ្ញើទៅ៖
Dept. of Health Care Services, Medi-Cal Eligibility Division, B.C.C.T.P., MS 4611,
P.O. Box 997417, Sacramento, CA 95899-7417

| | |
|------|-----------------------------|
| NAME | APPLICATION TRACKING NUMBER |
|------|-----------------------------|

តើអ្នកណាអាចចុះហត្ថលេខាលើពាក្យសុំនេះ?

- ជនដែលចង់បានជំនួយ Medi-Cal ឬថ្មី/ប្រពន្ធរបស់ជនដែលជនដែលចង់បានជំនួយ Medi-Cal
- អភិរក្សជន អាណាព្យាបាលប្រតិបត្តិកៈ ឬអ្នកមើលរក្សាក្មេងដែលចង់បាន Medi-Cal
- ជនណាម្នាក់ដែលតាំងខ្លួនជាតំណាងសំរាប់ជនដែលចង់បានជំនួយ Medi-Cal កាលណាជននោះអសមត្ថភាពស្តី តក្កងលក្ខណៈសន្តប់ មិនដឹងខ្លួន ឬមានជំងឺភ្លេចភ្លាំង ហើយគ្មានថ្មី/ ប្រពន្ធ គ្មានអភិរក្សជន អ្នកអាណាព្យាបាល ឬប្រតិបត្តិកៈ
- ជនដែលមានអាយុ 14 ដល់ 21 ឆ្នាំដែលមិនរស់នៅជាមួយឪពុកម្តាយរបស់គេ អ្នកមើលថែរក្សាជាសាច់ញាតិ ឬឪពុក/ ម្តាយចិញ្ចឹមដែលដាក់ពាក្យសុំដោយខ្លួនគេ

ដើម្បីចង់ដឹងព័ត៌មានអំពីកម្មវិធីណាមួយដូចតទៅនេះ សូមគូសក្នុងប្រអប់ (មួយ/ ច្រើន) ខាងក្រោម ហើយគេនឹងផ្ញើព័ត៌មាននោះទៅឱ្យអ្នក។ សូមអានគេហទំព័ររបស់ Medi-Cal លេខ www.dhcs.ca.gov

- កម្មវិធីផ្នែកមើលរក្សាផ្ទាល់ខ្លួន (PCSP)។ កម្មវិធីសំរាប់ការមើលរក្សានៅក្នុងផ្ទះ។
- សិទ្ធិចូលទទួលទារក និងមាតា (AIM)។ កម្មវិធីជួយស្រីមានផ្ទៃពោះដែលមានប្រាក់ចំណូលល្មមដើម្បីទទួលបានការថែរក្សាសុខភាព។
- កម្មវិធីអាហារជីវជាតិសំរាប់ស្រី ទារក និងកុមារ (WIC)។ កម្មវិធីចំណីអាហារជីវជាតិសំរាប់ស្រីមានផ្ទៃពោះ និងស្រីសម្រាលបុត្រហើយ ហើយនិងកុមារក្រោមអាយុ ឆ្នាំ។
- ការពន្យាកំណើត
- កម្មវិធីផ្នែកសុខភាពកុមារ និងពិការភាព (CHDP)។ កម្មវិធីផ្នែកការពារសុខភាពសំរាប់កុមារ និងយុវវ័យ តើអ្នកចង់ឱ្យកូនរបស់អ្នក ឬយុវជនបញ្ជូនទៅ កម្មវិធី CHDP នេះឬទេ។ Yes No

ហត្ថលេខា និងសេចក្តីបញ្ជាក់

ខ្ញុំសូមប្រកាសក្រោមទោសបញ្ញត្តិការស្បថបំពាន ក្រោមច្បាប់រដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ាថាចំឡើយដែលខ្ញុំបានថ្លែងជូននៅក្នុងពាក្យសុំនេះ ហើយឯកសារដែលខ្ញុំផ្តល់ជូននោះគឺត្រឹមត្រូវ ហើយពិតទៅតាមចំណេះដឹង និងជំនឿរបស់ខ្ញុំ។

ខ្ញុំសូមប្រកាសថា ខ្ញុំបានអានហើយយល់ការណែនាំនៅក្នុងពាក្យសុំ សេចក្តីប្រកាស ហើយនិងគ្រប់ព័ត៌មានទាំងអស់ដែលមានបោះពុម្ពនៅក្នុងពាក្យសុំនេះ។

ហត្ថលេខា ខែ / ថ្ងៃ / ឆ្នាំ

ហត្ថលេខាកសិណសាក្សី (បើជននោះចុះហត្ថលេខាដោយគំនូស) ខែ / ថ្ងៃ / ឆ្នាំ

| | | | |
|---|-------------|---------------------------------|-------------------|
| ហត្ថលេខាជនដែលជួយអ្នកដាក់ពាក្យសុំបំពេញក្រដាសពាក្យសុំ | លេខទូរស័ព្ទ | ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកដាក់ពាក្យសុំ | ខែ / ថ្ងៃ / ឆ្នាំ |
|---|-------------|---------------------------------|-------------------|

| | | | |
|---|-------------|---------------------------------|-------------------|
| ហត្ថលេខាជនដែលតាំងខ្លួនជាតំណាងអ្នកដាក់ពាក្យសុំ/អត្តតាហ | លេខទូរស័ព្ទ | ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកដាក់ពាក្យសុំ | ខែ / ថ្ងៃ / ឆ្នាំ |
|---|-------------|---------------------------------|-------------------|

សូមភ្ជាប់ក្រដាសពាក្យនេះជាមួយក្រដាសពាក្យសុំជាផ្លូវការ ហើយផ្ញើទៅ:
Dept. of Health Care Services, Medi-Cal Eligibility Division, B.C.C.T.P., MS 4611,
P.O. Box 997417, Sacramento, CA 95899-7417

| | |
|------|-----------------------------|
| NAME | APPLICATION TRACKING NUMBER |
|------|-----------------------------|