

Программа "Важна каждая женщина" – Заявка на участие в Программе

Благодарим за ваш интерес к программе Департамента здравоохранения штата Калифорния «Важна каждая женщина» (EWC). EWC предоставляет бесплатные услуги по скринингу и диагностике рака молочной железы и шейки матки лицам, проживающим в штате Калифорния. Если вам необходимо лечение, поставщик первичных медицинских услуг по программе EWC (EWC PCP) также поможет вам зарегистрироваться для участия в Программе лечения рака молочной железы и шейки матки DHCS.

Чтобы определить, имеете ли вы право на получение услуг, покрываемых Программой EWC, необходимо заполнить все разделы этой заявки. Для оплаты любых услуг, покрываемых Программой EWC, заявитель должен быть предварительно зарегистрирован в ней. Если заявитель признан соответствующим требованиям для участия в Программе EWC, он будет зарегистрирован в ней на один год с момента подписания и даты этой заявки. Через год, если заявитель желает продолжать получать бесплатные услуги по скринингу и диагностике рака молочной железы и шейки матки по Программе EWC, он должен повторно зарегистрироваться для участия в программе у поставщика первичных медицинских услуг по программе EWC.

Поставщик первичных медицинских услуг по программе EWC, персонал клиники поставщика первичных медицинских услуг или уполномоченное лицо, действующее от вашего имени, может помочь вам заполнить эту заявку.

- Страницы 1, 2 и 3 предназначены для вас (заявителя на участие в Программе EWC), чтобы вы их прочитали и сохранили.
- Страницы 4, 5, 6 и 7 должны быть заполнены, чтобы определить, имеете ли вы право на участие в Программе.
- Страницы 8, 9, 10 и 11 – это *Инструкции по заполнению страниц 4, 5, 6 и 7* для вашего ведома.
- Страницы 12 – 16 заполняются и сохраняются *поставщиком первичных медицинских услуг по программе EWC для внутреннего использования.*

Заявление о соблюдении конфиденциальности

Эта заявка поможет определить, имеете ли вы право на получение услуг, покрываемых Программой EWC. Вы сами решаете, заполнять ли эту заявку. Если заявка не будет заполнена, сотрудники Программы EWC не смогут определить, имеете ли вы право на получение услуг, и могут ли они связаться с вами. Вы имеете право на доступ к своей учетной документации. Ваша медицинская карта может содержать личную информацию. Для получения дополнительной информации и/или для просмотра вашей учетной документации, пожалуйста, обратитесь к сотрудникам Программы EWC по адресу:

Department of Health Care Services
Benefits Division/Every Woman Counts Program
Кому: Division Chief
P.O. Box 997417, MS 4601
Sacramento, CA 95899-7417
(916) 449-5300

Разделы 30461.6(f) и (j) Налогового кодекса и разделы 104150(b), 104162 и 131085 Кодекса здравоохранения и безопасности уполномочивают сотрудников Программы EWC хранить информацию, собранную в этой заявке. Мы обязаны предоставить вам это Заявление о соблюдении конфиденциальности в соответствии с разделом 1798.17 Гражданского кодекса.

Программа "Важна каждая женщина" – Заявка на участие в Программе**Права на пересмотр на первом уровне и официальное слушание для Программы "Важна каждая женщина"**

Сотрудники Программы EWC сообщат вам о том, имеете ли вы право участвовать в программе или нет. Если вы не согласны с решением об участии в Программе, вы имеете право требовать проведение пересмотра на первом уровне и/или официальное слушание. Кроме того, вы имеете право на пересмотр на первом уровне и/или официальное слушание, если вы не согласны с услугами, покрываемыми Программой EWC, которые вы получаете.

Вы не имеете права оспаривать критерии соответствия установленным требованиям для включения в Программу EWC, на основе которых было принято решение о вашем участии в Программе. Например, если вы считаете, что решение не соответствует критериям соответствия установленным требованиям для участия в Программе EWC, вы можете подать запрос на пересмотр на первом уровне и/или официальное слушание. Но если вы не согласны с критериями соответствия установленным требованиям для участия в Программе EWC, вы не можете требовать пересмотр на первом уровне и/или официальное слушание, пытаться изменить критерии соответствия установленным требованиям для участия в Программе EWC. Критерии соответствия установленным требованиям для участия в Программе EWC доступны в Интернете.

Если вы хотите воспользоваться своим правом на пересмотр на первом уровне и/или официальное слушание, пожалуйста, подайте письменный запрос, указав следующие данные:

- Ваше имя, адрес и номер телефона.
- Причина, по которой вы подаете запрос на пересмотр на первом уровне и/или официальное слушание.
- Почему вы считаете решение неправильным.
- Предпочтительный язык, если у вас проблемы с пониманием английского.
- Имя, адрес и номер телефона вашего уполномоченного представителя, если вы решите воспользоваться услугами такого представителя.

Пересмотр на первом уровне: Письменный запрос на пересмотр на первом уровне должен быть направлен в отдел Программы EWC в течение 20 дней после принятия решения, с которым вы не согласны. Пожалуйста, сохраните копию вашего письменного запроса для своей документации. Сотрудники Программы EWC предоставят ответ в течение 30 дней после получения вашего запроса.

Отправьте по почте запрос на проведение пересмотра на первом уровне по указанному адресу

Department of Health Care Services
Benefits Division/Every Woman Counts Program
Кому: Division Chief
P.O. Box 997417, MS 4601
Sacramento, CA 95899-7417

ИЛИ

Отправьте свой запрос на пересмотр на первом уровне по указанному электронному адресу:
CancerDetection@dhcs.ca.gov

Сотрудники Программы EWC могут связаться с вами для получения дополнительной информации по телефону, в письменном виде и/или по электронной почте. Для получения информации также можно обратиться к поставщику первичных медицинских услуг по программе EWC.

Программа "Важна каждая женщина" – Заявка на участие в Программе

Официальное слушание: Письменный запрос на проведение официального слушания должен быть направлен в Управление социальной службы в течение 90 дней после принятия решения, с которым вы не согласны. Если у вас есть уважительная причина, по которой вы не смогли подать заявку на проведение официального слушания в течение 90 дней, вы все равно можете направить запрос на назначение даты официального слушания. Пожалуйста, сохраните копию вашего письменного запроса для своей документации.

Отправьте по почте запрос на проведение официального слушания по указанному адресу:

California Department of Social Services

State Hearings Division

P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-442

Sacramento, California 94244-24

Уведомление об отсутствии дискриминации

DHCS соблюдает федеральные законы и законы штата о гражданских правах. DHCS не допускает незаконной дискриминации по признакам пола, расы, цвета кожи, религии, происхождения, национальности, этнической принадлежности, возраста, ограниченных психических или физических возможностей, состояния здоровья, генетической информации, семейного положения, пола, гендерной идентичности или сексуальной ориентации. DHCS не отказывает людям в обслуживании и не относится к ним по-другому из-за пола, расы, цвета кожи, религии, происхождения, национальности, этнической принадлежности, возраста, ограниченных психических или физических возможностей, состояния здоровья, генетической информации, семейного положения, пола, гендерной идентичности или сексуальной ориентации.

Для эффективной коммуникации DHCS

- Предоставляет соответствующие вспомогательные средства и услуги для лиц с ограниченными возможностями, соответствующих требованиям Программы, включая:
 - Квалифицированных переводчиков языка жестов
 - Документы шрифтом Брайля, крупным шрифтом, в аудио формате и электронном виде.
 - Средства коммуникации, доступные для людей с нарушениями речи, слуха или зрения.
- Предоставляет бесплатные языковые услуги людям, чей основной язык не является английским, например:
 - Квалифицированных переводчиков
 - Информацию, написанную на других языках

Если вам нужны указанные выше услуги, позвоните в Управление по гражданским правам DHCS по телефону (916)440-7370, 711 (Служба коммутируемых сообщений штата Калифорния) или обратитесь по электронной почте CivilRights@dhcs.ca.gov.

Программа "Важна каждая женщина" – Заявка на участие в Программе**Расскажите нам о себе**

¹Имя _____ ²Инициал второго (среднего) имени _____ ³Фамилия _____

⁴Дата рождения (дд.мм.гггг): _____

⁵Ваш пол (отметьте один вариант) Женский Мужской Трансгендер Трансгендер
(пол изменен с мужского на женский) (пол изменен с женского на мужской)

⁶Фамилия вашей матери при рождении (девичья фамилия) _____

⁷Адрес _____

⁸Город _____ ⁹Штат _____ ¹⁰Почтовый индекс _____

¹¹ Номер телефона [(междугородный код) номер] _____

¹²Адрес электронной почты _____

¹³Номер социального страхования (укажите, если он у вас есть) _____

Расскажите нам о своей семье/домохозяйстве и общем доходе.**Следующая информация поможет нам решить, имеете ли вы право на участие в Программе EWC.**

Нам необходимо знать, сколько денег получает каждый член вашей семьи/домохозяйства до уплаты налогов. Если вы платите налоги, это ваш "валовой доход" (до уплаты налогов и других вычетов).

¹⁴ Сколько всего человек проживает в вашей семье/домохозяйстве? _____

¹⁵ Общий доход вашей семьи/домохозяйства сумма в долларах США _____

Теперь сообщите нам о вашей медицинской страховке

¹⁶У меня нет медицинской страховки. ¹⁷ У меня есть медицинская страховка или план медицинского обслуживания, но я не могу позволить себе оплатить часть расходов, франшизу или доплату.

Какие услуги EWC вам нужны? (Отметьте все подходящие варианты)

- ¹⁸ Вам 21 год или больше и вы хотите пройти скрининг на рак шейки матки?
- ¹⁹ Вам 40 лет или больше и вы хотите пройти скрининг на рак молочной железы?
- ²⁰ У вас есть симптомы в молочной железе (молочных железах) и вы хотите пройти дополнительное обследование?

Пожалуйста, поставьте отметки напротив приведенных ниже симптомов, которые вы наблюдаете в молочной железе (молочных железах):

Программа "Важна каждая женщина" – Заявка на участие в Программе

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 21Изменение внешнего вида или ощущения в молочной железе (молочных железах), например, изменение цвета, размера или формы | <input type="checkbox"/> 24Шишка или твердый узел в молочной железе (молочных железах) |
| <input type="checkbox"/> 22Отек или уплотнение тканей молочной железы (молочных желез) | <input type="checkbox"/> 25Инвертированный (втянутый) сосок |
| <input type="checkbox"/> 23Выделения из соска | <input type="checkbox"/> 26Боль в груди или сосках |
| <input type="checkbox"/> 27Другое: _____ | |

Расскажите нам об употреблении вами табака

28Курите ли вы сейчас табак? Нет Да

29Употребляете ли Вы сейчас другие табачные изделия? Нет Да

Пожалуйста, поясните: _____

Расскажите нам о своей этнической принадлежности (необязательно и конфиденциально): Пожалуйста, выберите все варианты ответов, касающиеся вас. Указанная ниже информация НЕ будет использована для принятия решения о том, соответствует ли ваша заявка установленным требованиям для участия в Программе EWC.

- 30Испанцы или латиноамериканцы
- 31Американские индейцы или коренные жители Аляски
- 32Азиаты (укажите ниже)
- | | | | |
|--------------------------------------|---|------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 33Индийцы | <input type="checkbox"/> 34Камбоджийцы | <input type="checkbox"/> 35Китайцы | <input type="checkbox"/> 36Филиппинцы |
| <input type="checkbox"/> 37 Хмонги | <input type="checkbox"/> 38Японцы | <input type="checkbox"/> 39Корейцы | <input type="checkbox"/> 40Лао |
| <input type="checkbox"/> 41Вьетнамцы | <input type="checkbox"/> 42Другие азиаты: _____ | | |
- 43Чернокожие или афроамериканцы
- 44Тихоокеанские островитяне (укажите ниже)
- | | | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 45Гуамцы | <input type="checkbox"/> 46Гавайцы | <input type="checkbox"/> 47Самоанцы | <input type="checkbox"/> 48Другая этническая группа тихоокеанских островитян: _____ |
|-----------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|---|
- 49Белые
- 50Другое: _____
- 51Предпочитаю не отвечать

Программа "Важна каждая женщина" – Заявка на участие в Программе

Расскажите нам о своей гендерной идентичности и сексуальной ориентации (необязательно и конфиденциально).

Указанная ниже информация НЕ будет использована для принятия решения о том, соответствует ли ваша заявка установленным требованиям для участия в Программе EWC.

Какой ваш гендер? (поставьте отметку напротив варианта, который лучше всего описывает вашу нынешнюю гендерную идентичность).

- ⁵²Женский ⁵³Мужской
- ⁵⁴Трансгендер (пол изменен с мужского на женский) ⁵⁵Трансгендер (пол изменен с женского на мужской)
- ⁵⁶Небинарный гендер (ни женщина, ни мужчина)
- ⁵⁷Другая гендерная идентичность _____

Какой пол указан в вашем оригинальном свидетельстве о рождении? ⁵⁸Женский ⁵⁹Мужской

Кем вы себя считаете?

- ⁶⁰Гетеросексуал/ка ⁶¹Лесбиянка или гей ⁶²Бисексуал/ка
- ⁶³Квир ⁶⁴Другая сексуальная ориентация: ⁶⁵Неизвестно
- _____

Программа "Важна каждая женщина" – Заявка на участие в Программе

Заявления(Пожалуйста, внимательно прочитайте и подпишите каждый пункт)

_____ 66 Я понимаю, что, подписывая эту заявку и проставляя на ней дату лично, устно или в электронном виде, я подаю заявку на участие в Программе EWC (программе, финансируемой правительством).

_____ 67 Я даю согласие на получение бесплатных услуг по скринингу и диагностике рака молочной железы и/или шейки матки, предоставляемых в рамках Программы EWC.

_____ 68 Я понимаю, что это согласие действует в течение ОДНОГО ГОДА с даты подписания этой заявки. Я должен (должна) каждый год заполнять новую заявку для участия в Программе EWC.

_____ 69 Я понимаю, что могу прекратить участие в Программе EWC в любое время.

_____ 70 Буду немедленно сообщать поставщику первичных медицинских услуг по программе EWC о любых изменениях в моей медицинской страховке и/или другом возмещении медицинских расходов.

_____ 71 Я получил (получила) и прочитал (прочитала) Сообщение о порядке использования конфиденциальной информации DHCS (отдельная форма).

_____ 72 Я получил (получила) информацию о Правах на пересмотр на первом уровне и официальное слушание, а также Уведомление об отсутствии дискриминации (приведены на страницах 1, 2 и 3 этой заявки).

_____ 73 Я получил (получила) информацию о том, как получить бесплатное или недорогое медицинское страхование (отдельная форма).

_____ 74 Я заявляю под страхом наказания за предоставление заведомо ложных сведений согласно законодательству штата Калифорния, что информация, предоставленная мной в этой заявке, является правдивой и точной, насколько мне известно. Я понимаю, что предоставление ложной информации в этой заявке может повлиять на мое право на получение услуг по профилактике рака в рамках Программы EWC.

75 Ваша подпись _____ Дата _____

Была ли подпись заявителя признана законной путем устного согласия? Нет Да

76 Если лицо действует от вашего имени, укажите его/ее ФИО (ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ), кем он/она вам приходится и сегодняшнюю дату.

ФИО _____ Кем приходится (ваши отношения) _____ Дата _____

77 Если лицо, действующее от вашего имени, является поставщиком первичных медицинских услуг, персоналом клиники поставщика первичных медицинских услуг, укажите его/ее ФИО (ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ), должность и дату.

ФИО _____ Кем приходится (ваши отношения) _____ Дата _____

78 Подпись лица, действующего от вашего имени:

Подпись _____ Дата _____

Программа "Важна каждая женщина" – Заявка на участие в Программе

ФОРМА С ПОДРОБНЫМИ ИНСТРУКЦИЯМИ ПО ЗАПОЛНЕНИЮ ЭТОЙ ЗАЯВКИ НА УЧАСТИЕ
В ПРОГРАММЕ EWC

(СТРАНИЦЫ 8-11)

Расскажите нам о себе

1. Напишите свое имя.
2. Напишите первую букву вашего среднего (второго) имени.
3. Напишите свою фамилию.
4. Напишите свою дату рождения. Используйте 2 цифры для месяца, 2 цифры для дня и 4 цифры для года. Например, 1 января 2001 года – 01/01/2001.
5. Если ваш физический пол женский, отметьте "женский", а если мужской – отметьте "мужской". Если вы трансгендер, сменивший пол с мужского на женский, отметьте "Трансгендер (пол изменен с мужского на женский)". Если вы трансгендер, сменивший пол с женского на мужской, отметьте "Трансгендер (пол изменен с женского на мужской)".
6. Напишите девичью фамилию вашей матери. Это ее первоначальная фамилия при рождении.
7. Напишите номер и название улицы, где вы проживаете. Например, 123 Main Street.
8. Напишите город, в котором вы проживаете.
9. Напишите штат, в котором вы проживаете.
10. Напишите почтовый индекс вашего места проживания.
11. Напишите ваш номер телефона. Сначала введите трехзначное число для кода города, а затем - 8-значный номер телефона.
12. Напишите ваш адрес электронной почты.
13. Напишите ваш номер социального страхования (SSN), если он у вас есть. Ваш SSN не определяет, имеете ли вы право на участие в программе.

Расскажите нам о своей семье/домохозяйстве и валовом доходе.

14. Напишите, сколько всего человек проживает в вашей семье/домохозяйстве.
Семья/домохозяйство – это группа из двух или более лиц, связанных родством по рождению, в результате брака или усыновления, и проживающих вместе. Для расчета вашего уровня бедности Программа EWC использует Федеральные рекомендации по уровню бедности Министерства здравоохранения и социальных служб США (HHS). Для всех получателей Программы EWC доход семьи/домохозяйства должен быть на уровне или ниже 200 процентов от уровня бедности, установленного Федеральными рекомендациями по уровню бедности Министерства здравоохранения и социальных служб США.
15. Напишите общую сумму денег, которую получает ваша семья/домохозяйство (до вычета налогов и других отчислений). Ваша семья/домохозяйство включает общее количество человек, указанных вами в строке 14, которые проживают на эту общую сумму денег.

Теперь сообщите нам о вашей медицинской страховке

16. Если у вас нет медицинской страховки, отметьте это поле.
17. Если у вас есть медицинская страховка или план медицинского обслуживания, но вы не можете оплатить часть расходов, франшизу и/или доплату, отметьте это поле.

Программа "Важна каждая женщина" – Заявка на участие в Программе**Какие услуги EWC вам необходимы (Отметьте все подходящие варианты)**

18. Если вам 21 год или более, и вы хотите пройти скрининг на рак шейки матки, отметьте это поле.
19. Если вам 40 лет или более, и вы хотите пройти скрининг на рак молочной железы, отметьте это поле.
20. Если у вас есть симптомы в груди, и вы хотите пройти скрининг на рак груди, отметьте это поле.
21. Если размер, цвет или форма вашей молочной железы (ваших молочных желез) изменились, отметьте это поле.
22. Если наблюдается отек или уплотнение тканей молочной железы (молочных желез), отметьте это поле.
23. Если из вашего соска наблюдаются выделения, отметьте это поле.
24. Если в вашей молочной железе (ваших молочных железах) имеется шишка или твердый узел, который можно прощупать, отметьте это поле.
25. Если у вас инвертированный (втянутый) сосок, отметьте это поле.
26. Если вы испытываете боль в груди или соске, отметьте это поле.
27. Если у вас присутствуют другие симптомы, отметьте это поле. Опишите ваш симптом (ваши симптомы).

Расскажите нам об употреблении вами табака

28. Если вы не курите табак в настоящее время, отметьте поле «НЕТ». Если вы курите табак, отметьте поле «ДА».
29. Если вы не употребляете другие табачные изделия, отметьте поле «Нет». Если вы употребляете другие табачные изделия, отметьте поле «Да» и напишите, какие именно табачные изделия вы употребляете.

Расскажите нам о своей этнической принадлежности

30. Отметьте это поле, если вы полностью или частично принадлежите к испаноязычной или латиноамериканской этнической группе.
31. Отметьте это поле, если вы полностью или частично принадлежите к этнической группе американских индейцев или коренных жителей Аляски.
32. Отметьте это поле, если вы полностью или частично принадлежите к этническим группам Азии.
33. Отметьте это поле, если вы полностью или частично принадлежите к этническим индийцам.
34. Отметьте это поле, если вы полностью или частично принадлежите к этническим камбоджийцам.
35. Отметьте это поле, если вы полностью или частично принадлежите к этническим китайцам.
36. Отметьте это поле, если вы полностью или частично принадлежите к этническим филиппинцам.
37. Отметьте это поле, если вы полностью или частично принадлежите к этнической группе хмонг.
38. Отметьте это поле, если вы полностью или частично принадлежите к этническим японцам.
39. Отметьте это поле, если вы полностью или частично принадлежите к этническим корейцам.
40. Отметьте это поле, если вы полностью или частично принадлежите к лаосской этнической группе.

Программа "Важна каждая женщина" – Заявка на участие в Программе

41. Отметьте это поле, если вы полностью или частично принадлежите к этническим вьетнамцам.
42. Отметьте это поле, если вы полностью или частично принадлежите к другой азиатской этнической группе. Укажите свою этническую принадлежность.
43. Отметьте это поле, если вы полностью или частично принадлежите к этническим темнокожим или афроамериканцам.
44. Отметьте это поле, если вы полностью или частично принадлежите к этнической группе Тихоокеанских островитян, и укажите, пожалуйста, к какой.
45. Отметьте это поле, если вы полностью или частично принадлежите к этническим гуамцам.
46. Отметьте это поле, если вы полностью или частично принадлежите к этническим гавайцам.
47. Отметьте это поле, если вы полностью или частично принадлежите к этническим самоанцам.
48. Отметьте это поле, если вы полностью или частично принадлежите к другой этнической группе Тихоокеанских островитян, и укажите, пожалуйста, к какой.
49. Отметьте это поле, если вы полностью или частично принадлежите к этническим белым.
50. Отметьте это поле, если вы полностью или частично принадлежите к этнической группе, не указанной в списке. Укажите свою этническую принадлежность.
51. Отметьте это поле, если вы не хотите указывать свою этническую принадлежность.

Расскажите нам о своей гендерной идентичности и сексуальной ориентации (необязательно и конфиденциально)

52. Отметьте это поле, если вы идентифицируете себя как женщину.
53. Отметьте это поле, если вы идентифицируете себя как мужчину.
54. Отметьте это поле, если вы идентифицируете себя как женщину, но при рождении были идентифицированы как мужчина.
55. Отметьте это поле, если вы идентифицируете себя как мужчину, но при рождении были идентифицированы как женщина.
56. Отметьте это поле, если ваша гендерная идентичность небинарная (ни женская, ни мужская).
57. Отметьте это поле, если оно применимо к вам, и укажите другую гендерную идентичность.
58. Отметьте это поле, если вы родились женщиной.
59. Отметьте это поле, если вы родились мужчиной.
60. Отметьте это поле, если ваша сексуальная ориентация является гетеросексуальной (сексуальное влечение к людям противоположного пола).
61. Отметьте это поле, если ваша сексуальная ориентация является гомосексуальной (сексуальное влечение к людям того же пола, что и ваш).
62. Отметьте это поле, если ваша сексуальная ориентация является бисексуальной (сексуальное влечение как к мужчинам, так и к женщинам).
63. Отметьте это поле, если ваша сексуальная ориентация – «квир» (не исключительно гетеросексуальная).
64. Отметьте это поле, если оно применимо к вам, и напишите другую сексуальную ориентацию.
65. Отметьте это поле, если вы не знаете свою сексуальную ориентацию.

Программа "Важна каждая женщина" – Заявка на участие в Программе**Заявления, заполненная заявка и согласие пациента: Инициалы и подписи**

66. Прочитайте предложение и напишите свои инициалы в строке. Вы подтверждаете свое понимание того, что подаете заявку на участие в Программе EWC.
67. Прочитайте предложение и напишите свои инициалы в строке. Вы подтверждаете свое согласие на получение бесплатных услуг по скринингу и диагностике рака молочной железы и шейки матки в рамках Программы EWC.
68. Прочитайте предложение и напишите свои инициалы в строке. Вы подтверждаете свое понимание того, что срок действия данного согласия на участие в Программе EWC составляет один год с момента ПОДПИСАНИЯ и ПРОСТАВЛЕНИЯ ДАТЫ на этой заявке. По истечении 12-месячного периода вы должны ежегодно заполнять новую заявку.
69. Прочитайте предложение и напишите свои инициалы в строке. Подписываясь, вы понимаете, что можете в любое время прекратить участие в Программе EWC.
70. Прочитайте предложение и напишите свои инициалы в строке. Вы подтверждаете, что сразу же сообщите своему поставщику первичных медицинских услуг по программе EWC о любых изменениях в вашей медицинской страховке или другом возмещении медицинских расходов.
71. Прочитайте предложение и напишите свои инициалы в строке. Вы подтверждаете, что получили Сообщение о порядке использования конфиденциальной информации DHCS (отдельная форма).
72. Прочитайте предложение и напишите свои инициалы в строке "Вы подтверждаете, что получили информацию о Правах на пересмотр на первом уровне и официальное слушание, а также Уведомление об отсутствии дискриминации (указаны на страницах 1, 2 и 3 данной заявки).
73. Прочитайте предложение и напишите свои инициалы в строке. Вы подтверждаете, что ваш поставщик первичных медицинских услуг по программе EWC проинформировал вас о том, как получить бесплатное или недорогое медицинское страхование.
74. Прочитайте предложения с 66 по 74 и напишите свои инициалы в каждой строке. Вы подтверждаете, что информация, представленная в этой заявке, является достоверной и правильной, насколько вам известно. Вы также осознаете, что предоставление ложной информации в данной заявке может повлиять на ваше право на получение услуг по скринингу и диагностике рака груди и шейки матки в рамках Программы EWC.
75. Напишите (ПОДПИСЬ И ДАТА) свое имя и сегодняшнюю дату. Если заявитель предоставляет устное согласие, поставщик первичных медицинских услуг и/или персонал клиники должны написать (ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ) его имя и фамилию и отметить варианты ответов «НЕТ» или «ДА».
76. Напишите (ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ) ФИО, дату и кем вам приходится лицо, уполномоченное действовать от вашего имени и помогающее вам заполнить эту заявку.
77. Напишите (ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ) имя поставщика первичных медицинских услуг или сотрудника клиники поставщика первичных медицинских услуг (с указанием должности) и дату, а также лица, действующего от вашего имени и помогающего вам заполнить эту заявку.
78. Напишите (ПОДПИСЬ) лица, указанного в строке 77 или 78, а также напишите сегодняшнюю дату. ОТ ИМЕНИ поставщика первичных медицинских услуг (PCP) по программе EWC

Программа "Важна каждая женщина" – Заявка на участие в Программе**ОТ ИМЕНИ поставщика первичных медицинских услуг (PCP) по программе EWC
ТОЛЬКО ДЛЯ ВНУТРЕННЕГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ (СТРАНИЦЫ 12 – 16)**

При получении устного согласия заполните все поля заявки от имени заявителя, основываясь на его устных ответах. Попросите заявителя/уполномоченного представителя устно подтвердить свое согласие.

1. ФИО заявителя на участие в Программе EWC (ПОЛНОСТЬЮ) _____

2. Номер медицинской карты _____

3. Идентификатор получателя услуг _____

КРИТЕРИИ СООТВЕТСТВИЯ УСТАНОВЛЕННЫМ ТРЕБОВАНИЯММесто жительства

4. Проживает в штате Калифорния

Доход домохозяйства

5. Доход семьи/домохозяйства находится на уровне или ниже 200 процентов от уровня бедности, установленного Федеральными рекомендациями по уровню бедности Министерства здравоохранения и социальных служб США.

Медицинская страховка

6. Не застрахован 7. НЕ может оплатить часть расходов, франшизу и/или доплату.

Услуги по Программе EWC

8. Требуются услуги по диагностике рака молочной железы для имеющего симптомы заявителя на участие в Программе EWC в любом возрасте.

9. Требуются услуги по скринингу рака груди и/или шейки матки в возрасте, рекомендованном для данной услуги (услуг)

Я предоставил(-а) этому заявителю на участие в Программе EWC следующую информацию:

10. Я предоставил(-а) заявителю на участие в Программе EWC Сообщение о порядке использования конфиденциальной информации DHCS.

11. Я предоставил(-а) заявителю на участие в Программе EWC информацию о Правах на пересмотр на первом уровне и официальное слушание DHCS, а также Уведомление об отсутствии дискриминации.

12. Я предоставил(-а) заявителю на участие в Программе EWC информацию о том, как получить бесплатное или недорогое медицинское страхование.

Программа "Важна каждая женщина" – Заявка на участие в ПрограммеОпределение соответствия требованиям:

13. Я определил(-а), что заявитель на участие в Программе EWC соответствует ВСЕМ требованиям для участия в Программе EWC.
14. Я определил(-а), что заявитель на участие в Программе EWC НЕ соответствует требованиям для участия в Программе EWC.

Употребление табака (если заявитель соответствует требованиям для участия в Программе EWC)

15. Поставщик первичных медицинских услуг оценил употребление табака заявителя и его статус:
- Я определил(-а), что заявитель УПОТРЕБЛЯЕТ табачные изделия, и направил(-а) его к соответствующим специалистам по отказу от курения. Я убедился(-ась), что в поле "ДА" была проставлена отметка.
 - Я определил(-а), что заявитель НЕ курит табак, и убедился(-ась), что в поле "Нет" была проставлена отметка.
 - Если заявитель употребляет табачные изделия, я определил(-а), какие именно изделия он (она) употребляет. Я проследил(-а) за тем, чтобы были указаны конкретные употребляемые табачные изделия.
16. Строки 76, 77 и 78 были заполнены печатными буквами или подписаны и датированы. (Страницы 6 и 11)
- Напишите имя заявителя и дату в строке для подписи 75 (страница 7)
 - Определите, была ли подпись заявителя признана законной посредством устного согласия, и отметьте поля "ДА" или "НЕТ", включенные в строку 75 (страница 7).
 - Если это применимо и вы являетесь сотрудником клиники поставщика первичных медицинских услуг, **НАПИШИТЕ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ** свое имя, должность и дату на строке 76 и 17 (страницы 7 и 14).
 - Если вы являетесь поставщиком первичных медицинских услуг, напишите (**ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ** и **ПОДПИШИТЕСЬ**) свое имя и дату на строке 78 и строке 19 (страницы 7 и 14).
17. Если применимо, (напишите печатными буквами) имя сотрудника клиники поставщика первичных медицинских услуг (с указанием должности) на строке 76 и строке 17.

ФИО _____ Должность _____ Дата _____

Программа "Важна каждая женщина" – Заявка на участие в Программе

18. Я получил(-а) данные со всеми соответствующими именами печатными буквами, подписями, должностями (если применимо) и датами касательно этого заявителя на участие в Программе EWC, необходимыми для того, чтобы начать процедуру определения соответствия критериям на участие в программе, а также согласие на получение клинических услуг по Программе EWC. Эти данные включают в себя подписи и даты, указанные в строках 76, 77 и 78 (страница 7).
19. Поставщик первичных медицинских услуг по программе EWC ПОДПИСЫВАЕТ и СТАВИТ ДАТУ на этой Форме 8699 DHCS, чтобы подтвердить право на участие в программе (страница 14 из 16).

Подпись поставщика первичных
медицинских услуг/сотрудника _____

Дата _____

20. Поместите и храните копию заявки в медицинскую карту заявителя/получателя Программы EWC.

Программа "Важна каждая женщина" – Заявка на участие в Программе**Информация о заявителе на участие в Программе EWC**

1. Отметьте это поле, если вы указываете имя заявителя на участие в Программе EWC (имя, инициал среднего (второго) имени, фамилия).
2. Отметьте это поле, если вы указываете номер медицинской карты заявителя на участие в Программе EWC.
3. Отметьте это поле, если вы указываете присвоенный заявителю на участие в Программе EWC идентификатор получателя услуг.
4. Отметьте это поле, если заявитель на участие в Программе EWC проживает в штате Калифорния.
5. Отметьте это поле, если доход семьи/домохозяйства заявителя на участие в Программе EWC находится на уровне или ниже 200 процентов от уровня бедности, установленного Федеральными рекомендациями по уровню бедности. Этот показатель зависит от количества человек в семье/домохозяйстве. Актуальные Федеральные рекомендации по уровню бедности Министерства здравоохранения и социальных служб США размещены на сайте EWC: <https://dhcs.ca.gov/EWC>
6. Отметьте это поле, если заявитель не застрахован (не имеет медицинской страховки).
7. Отметьте это поле, если заявитель на участие в Программе EWC застрахован на недостаточную сумму, имеет медицинскую страховку или план медицинского обслуживания, но не может оплатить часть расходов, франшизу и/или доплату.
8. Отметьте это поле, если у заявителя на участие в Программе EWC есть симптомы рака молочной железы, и он нуждается в диагностических услугах.
9. Отметьте это поле, если заявитель на участие в Программе EWC в возрасте 21 года и старше нуждается в услугах по скринингу и диагностике рака шейки матки. Или если заявитель на участие в Программе EWC в возрасте 40 лет и старше нуждается в услугах по скринингу и диагностике рака молочной железы.
10. Отметьте это поле, если вы предоставили заявителю Сообщение о порядке использования конфиденциальной информации DHCS.
11. Отметьте это поле, если вы предоставили заявителю на участие в Программе EWC Сообщение о порядке использования конфиденциальной информации, информацию о Правах на пересмотр на первом уровне и официальное слушание, а также Уведомление об отсутствии дискриминации.
12. Отметьте это поле, если вы предоставили заявителю на участие в Программе EWC информацию о способах получения бесплатного или недорогого медицинского страхования.
13. Отметьте это поле, если заявитель на участие в Программе EWC соответствует всем критериям для включения в Программу EWC.
14. Отметьте это поле, если заявитель на участие в Программе EWC не соответствует всем критериям для включения в Программу EWC.
 - а. Сообщите заявителю участие в Программе EWC, что он не имеет права на получение услуг, покрываемых Программой EWC, и о его праве обжаловать решение.
15. Отметьте это поле, если заявитель имеет право на участие в Программе EWC, отметьте это поле, если поставщик первичных медицинских услуг обсуждал с заявителем на участие в Программе EWC употребление табачных изделий.

Программа "Важна каждая женщина" – Заявка на участие в Программе

16. Отметьте это поле, если вы подписались своим именем и фамилией, а также указали сегодняшнюю дату. Напишите печатными буквами свое полное имя на следующей строке.
17. Отметьте это поле, если вы получили соответствующие подписи, данные и согласие получателя, чтобы определить, что данный получатель услуг Программы EWC имеет право на включение в Программу EWC и получил услуги, покрываемые программой.
18. Отметьте это поле, чтобы указать, что вы получили все необходимые подписи, даты, должности (если применимо) и согласие заявителя на участие в Программе EWC. Подпись заявителя на участие в Программе EWC и дата должны быть предоставлены и задокументированы лично, устно или в электронном виде заявителем или уполномоченным лицом, действующим от имени заявителя на участие в Программе EWC, как указано в строках 76 и 77 (страница 7).
19. Отметьте это поле, если вы указали дату и подпись поставщика первичных медицинских услуг или персонала на (страница 14 из 16).
20. Отметьте это поле, если вы включили данную заявку (и сделали ее копию) в медицинскую карту заявителя на участие в Программе EWC.