

Յուրաքանչյուր կին նշանակություն ունի ծրագիր – Ստացողի գրանցման դիմում

Շնորհակալ ենք California-ի Առողջապահական ծառայությունների վարչության (Department of Health Care Services, DHCS) Յուրաքանչյուր կին նշանակություն ունի (Every Woman Counts, EWC) ծրագրի նկատմամբ ձեր հետաքրքրության համար: EWC-ն տրամադրում է կրծքագեղձի և արգանդի վզիկի քաղցկեղի գնման և ախտորոշման անվճար ծառայություններ California-ի բնակիչներին: Եթե բուժման կարիք ունեք, EWC առաջնային խնամքի մատակարարը (EWC Primary Care Provider, EWC PCP) կարող է նաև օգնել ձեզ գրանցվել DHCS կրծքագեղձի և արգանդի վզիկի քաղցկեղի բուժման ծրագրում:

EWC ծրագրով ծածկվող ծառայությունները ստանալու համար ձեր իրավասությունը որոշելու համար հարկավոր է լրացնել այս դիմումի բոլոր բաժինները: Դիմորդը պետք է գրանցվի EWC ծրագրում, նախքան ծրագիրը կկարողանա վճարել ծրագրով ծածկվող որևէ ծառայության համար: Եթե դիմորդը իրավասու է համարվում EWC ծրագրին մասնակցելու համար, նա կգրանցվի ծրագրում մեկ տարի ժամկետով՝ այս դիմումի մեջ ստորագրությունը և ամսաթիվը դնելու պահից: Մեկ տարի անց, եթե դիմորդը ցանկանում է շարունակել ստանալ EWC կրծքագեղձի և արգանդի վզիկի քաղցկեղի անվճար գնման և ախտորոշման ծառայություններ, ապա պետք է նորից գրանցվի EWC PCP-ի միջոցով:

EWC PCP-ն, PCP կլինիկայի աշխատակիցը կամ լիազորված անձը, ով հանդես է գալիս ձեր անունից, կարող է օգնել ձեզ լրացնել այս դիմումը:

- Դուք պետք է կարդաք և պահպանեք 1-ին, 2-րդ 3-րդ և 4-րդ էջերը (EWC դիմորդը):
- 5-րդ, 6-րդ, 7-րդ, 8-րդ և 9-րդ էջերը հարկավոր է լրացնել՝ որոշելու համար՝ արդյոք դուք իրավասու եք:
- 10-րդ, 11-րդ, 12-րդ, 13-րդ և 14-րդ էջերը *Ձևաթղթի հրահանգներ* են՝ 5-րդ, 6-րդ, 7-րդ, 8-րդ և 9-րդ էջերը լրացնելու համար:
- 15-19 էջերը լրացվում և պահվում են *EWC PCP-ի կողմից՝ ներքին օգտագործման համար*:

Գաղտնիության դրույթ

Այս դիմումը կօգնի որոշել ձեր իրավասությունը EWC ծրագրով ծածկվող ծառայություններ ստանալու համար: Ձեր ընտրությունն է լրացնել այս դիմումը: Եթե դիմումը լրացված չէ, հնարավոր է՝ EWC ծրագիրը չկարողանա որոշել, թե արդյոք դուք համապատասխանում եք ծառայություններին, և ծրագիրը կարող է կապվել ձեզ հետ: Դուք իրավունք ունեք մատչելու ձեր գրառումները: Ձեր բժշկական գրառումները կարող են պարունակել անձնական տեղեկություններ: Լրացուցիչ տեղեկությունների և/կամ ձեր գրառումները վերանայելու համար խնդրում ենք կապ հաստատել EWC ծրագրի հետ՝

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

Յուրաքանչյուր կին նշանակություն ունի ծրագիր – Ստացողի գրանցման դիմում

Եկամուտների և հարկային օրենսգրքի 30461.6(f) և (j) բաժինները ու Առողջության և անվտանգության օրենսգրքի 104150(b), 104162 և 131085 բաժինները լիազորում են EWC ծրագրին պահպանել այս դիմումի մեջ հավաքագրված տեղեկությունները: Մենք պետք է ձեզ տրամադրենք այս Գաղտնիության դրույթը Քաղաքացիական օրենսգրքի 1798.17 բաժնի համաձայն:

Առաջին մակարդակի վերանայման և պաշտոնական լուսմների իրավունքներ Յուրաքանչյուր կին նշանակություն ունի ծրագրի համար

EWC ծրագիրը ձեզ կտեղեկացնի՝ արդյոք դուք իրավասու եք կամ իրավասու չեք մասնակցելու ծրագրին: Եթե դուք համաձայն չեք իրավասության որոշման հետ, ապա իրավունք ունեք խնդրելու անցկացնել Առաջին մակարդակի վերանայում և/կամ պաշտոնական լուսմներ: Բացի այդ, դուք իրավունք ունեք առաջին մակարդակի վերանայման և/կամ պաշտոնական լուսմների, եթե համաձայն չեք EWC ծրագրով ծածկվող ծառայությունների հետ, որոնք ստանում եք:

Դուք չեք կարող վիճարկել EWC ծրագրի իրավասության չափանիշները, որոնք օգտագործվում են ձեր իրավասության մասով որոշումը կայացնելու համար: Օրինակ, եթե կարծում եք, որ որոշումը չի համապատասխանում EWC ծրագրի իրավասության չափանիշներին, կարող եք խնդրել անցկացնել Առաջին մակարդակի վերանայում և/կամ պաշտոնական լուսմներ: Սակայն եթե համաձայն չեք EWC ծրագրի իրավասության չափանիշների հետ, ապա չեք կարող խնդրել անցկացնել առաջին մակարդակի վերանայում և/կամ պաշտոնական լուսմներ՝ փորձելու համար փոխել EWC ծրագրի իրավասության չափանիշները: EWC իրավասության չափանիշները հասանելի են առցանց:

Եթե ցանկանում եք օգտվել Առաջին մակարդակի վերանայում և/կամ պաշտոնական լուսմներ խնդրելու ձեր իրավունքից, խնդրում ենք ներկայացնել գրավոր հարցում, որը ներառում է հետևյալը.

- Ձեր ամբողջական անունը, հասցեն և հեռախոսահամարը:
- Այն պատճառը, թե ինչու եք խնդրում առաջին մակարդակի վերանայում և/կամ պաշտոնական լուսմներ:
- Ինչու եք կարծում, որ որոշումը սխալ է:
- Ձեր նախընտրած լեզուն, եթե անգլերեն լավ չեք հասկանում:
- Ձեր լիազորված ներկայացուցչի ամբողջական անունը, հասցեն և հեռախոսահամարը, եթե որոշեք օգտագործել այն:

Յուրաքանչյուր կին նշանակություն ունի ծրագիր – Ստացողի գրանցման դիմում

Առաջին մակարդակի վերանայում. գրավոր հարցումն առաջին մակարդակի վերանայման համար պետք է ուղարկվի EWC ծրագրին այն որոշումից հետո 20 օրվա ընթացքում, որի հետ դուք համաձայն չեք: Խնդրում ենք պահել ձեր գրավոր հարցման պատճենը ձեր գրառումների համար: EWC ծրագիրը կպատասխանի ձեր հարցումը ստանալուց հետո 30 օրվա ընթացքում:

Փոստով ուղարկեք ձեր հարցումը առաջին մակարդակի վերանայման համար
Department of Health Care Services
Benefits Division/Every Woman Counts Program
Attention: Division Chief
P.O. Box 997417, MS 4601
Sacramento, CA 95899-7417

ԿԱՍ

Առաջին մակարդակի վերանայման ձեր հարցումն էլեկտրոնային փոստով ուղարկեք հետևյալ հասցեով՝
CancerDetection@dhcs.ca.gov

EWC ծրագիրը կարող է կապ հաստատել ձեզ հետ լրացուցիչ տեղեկությունների համար: Այս կապը կարող է լինել հեռախոսով, գրավոր և/կամ էլեկտրոնային եղանակով: Տեղեկությունների համար կարելի է նաև դիմել EWC PCP-ին:

Պաշտոնական լուսմներ. Պաշտոնական լուսմների վերաբերյալ գրավոր հարցումը պետք է ուղարկվի Մոցիալական ծառայությունների վարչություն՝ ձեր համաձայն չլինելու որոշումից հետո 90 օրվա ընթացքում: Եթե դուք հիմնավոր պատճառ ունեք, թե ինչու չեք կարողացել 90 օրվա ընթացքում պաշտոնական լուսմների համար դիմել, դուք, միևնույն է, կարող եք խնդրել, որ նշանակվեն պաշտոնական լուսմներ: Խնդրում ենք պահել ձեր գրավոր հարցման պատճենը ձեր գրառումների համար:

Փոստով ուղարկեք պաշտոնական լուսմների անցկացման ձեր հարցումը
California Department of Social Services
State Hearings Division
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-442
Sacramento, California 94244-24

Խտրականության անթույլատրելիության ծանուցում

DHCS-ը պահպանում է քաղաքացիական իրավունքների մասին դաշնային և նահանգային օրենքները: DHCS-ն չի թույլատրում ապօրինի խտրականություն գենդերի, ռասայի, գույնի, կրոնի, ծագման, ազգային պատկանելիության, էթնիկ խմբի նույնականացման, տարիքի, մտավոր հաշմանդամության, ֆիզիկական հաշմանդամության, առողջական վիճակի, գենետիկական տեղեկությունների, ամուսնական կարգավիճակի, գենդերի, գենդերային ինքնության կամ սեռական կողմնորոշման հիման վրա: DHCS-ն ապօրինաբար չի բացառում մարդկանց կամ տարբերվող վերաբերմունք ցուցաբերում նրանց նկատմամբ սեռի, ռասայի, գույնի, կրոնի, ծագման, ազգային պատկանելիության, էթնիկ խմբի նույնականացման, տարիքի, մտավոր հաշմանդամության, ֆիզիկական հաշմանդամության, առողջական վիճակի, գենետիկական տեղեկությունների, ամուսնական կարգավիճակի, գենդերի, գենդերային ինքնության կամ սեռական կողմնորոշման պատճառով:

Արդյունավետ կերպով հաղորդակցվելու համար DHCS-ը

- տրամադրում է համապատասխան օգնություն և ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող որակավորված անձանց, այդ թվում.
 - Ժեստերի լեզվի որակավորված թարգմանիչներ
 - Փաստաթղթեր բրայլյան գրատիպով, խոշոր տպատառերով, աուդիո և էլեկտրոնային տարբերակով:
 - Խոսքի, լսողության կամ տեսողության խանգարումներ ունեցող մարդկանց համար հասանելի հաղորդակցություն:
- Տրամադրում է անվճար լեզվական ծառայություններ այն մարդկանց, ում հիմնական լեզուն անգլերենը չէ, օրինակ՝
 - Որակավորված թարգմանիչներ
 - Այլ լեզուներով գրված տեղեկություններ

Եթե ձեզ անհրաժեշտ են վերը նշված ծառայությունները, դիմեք DHCS Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ՝ (916)440-7370, #711 հեռախոսահամարով (California-ի նահանգային դիսպետչերային ծառայություն) կամ էլ. հասցեով՝ CivilRights@dhcs.ca.gov:

Պատմեք մեզ ձեր մասին

¹Անուն _____ ²Միջին անվան սկզբնատառ _____ ³Ազգանուն _____

⁴Ծննդյան ամսաթիվ (ԱԱ/ՕՕ/ՏՏՏՏ) _____

⁵Ո՞րն է ձեր սեռը: Կին Տղամարդ
(նշել մեկը) Տրանսգենդեր (տղամարդուց կին) Տրանսգենդեր (կնոջից տղամարդ)

⁶Ձեր մոր ազգանունը ծննդյան ժամանակ (օրիորդական ազգանուն) _____

⁷Հասցեն _____

⁸Քաղաքը _____ ⁹Նահանգը _____ ¹⁰Փոստային կոդ _____

¹¹Հեռախոսահամարը [(տարածքի կոդ) համար] _____

¹²Էլեկտրոնային փոստի հասցե _____

¹³Սոցիալական ապահովության համար (նշեք առկայության դեպքում) _____

Պատմեք մեզ ձեր ընտանիքի/տնային տնտեսության և ընդհանուր եկամտի վերաբերյալ: Հետևյալ տեղեկություններն օգնում են մեզ որոշել՝ արդյոք դուք իրավասու եք EWC ծրագրի համար:

Մեզ հարկավոր է իմանալ, թե որքան գումար է ստանում ձեր ընտանիքի/տնային տնտեսության յուրաքանչյուր անդամ՝ մինչև հարկերը վճարելը: Եթե դուք հարկեր եք ներկայացնում, սա ձեր «համախառն եկամուտն» է (մինչև հարկերը և այլ պահումներ):

¹⁴Ո՞րն է ձեր ընտանիքում/տնային տնտեսությունում ապրող անդամների ընդհանուր թիվը: _____

¹⁵Որքա՞ն է կազմում ձեր ընտանիքի/տնային տնտեսության ընդհանուր եկամուտը: \$ _____

Այժմ տեղեկացրեք մեզ ձեր առողջության ապահովագրության մասին

¹⁶Ես առողջության ապահովագրություն չունեմ: ¹⁷Ես ունեմ առողջության ապահովագրություն կամ առողջապահական ծրագիր, սակայն չեմ կարող վճարել ծախսերի մի մասը, պահվող գումարը կամ համավճարը:

Ի՞նչ EWC ծառայությունների կարիք ունեք: (Նշեք այն ամենը, ինչ կիրառելի է)

- 18 Դուք 21 տարեկան կամ ավելի բարձր տարիքի եք և ցանկանում եք հետազոտվել արգանդի վզիկի քաղցկեղի համար:
- 19 Դուք 40 տարեկան կամ ավելի բարձր տարիքի եք և ցանկանում եք հետազոտվել կրծքագեղձի քաղցկեղի համար:
 - 20 Դուք ունե՞ք ախտանիշներ ձեր կրծքում (կրծքերում) և ցանկանո՞ւմ եք հետազոտություն անցնել:
- Խնդրում ենք ստուգել, թե որոնք են ձեր կրծքի(կրծքերի) ախտանշանները ստորև.

<input type="checkbox"/> 21 Ձեր կրծքի(կրծքերի) տեսքի կամ զգացողության փոփոխություն, օրինակ՝ գոյնի, չափի կամ ձևի փոփոխություն	<input type="checkbox"/> 24 Ուռուցք կամ կոշտ հանգույց ձեր կրծքում (կրծքերում)
<input type="checkbox"/> 22 Ձեր կրծքի (կրծքերի) հյուսվածքի այտուցվածություն կամ հաստացում	<input type="checkbox"/> 25 Շրջված պտուկ
<input type="checkbox"/> 23 Արտահոսք պտուկից	<input type="checkbox"/> 26 Կրծքագեղձի կամ պտուկի ցավ
<input type="checkbox"/> 27 Այլ:	

Պատմեք մեզ ծխախոտի օգտագործման մասին

- 28 Արդյո՞ք այժմ ծխում եք: Ոչ Այո
- 29 Արդյո՞ք այժմ օգտագործում եք այլ ծխախոտային արտադրանք: Ոչ Այո:
Խնդրում ենք բացատրել.

**Պատմեք մեզ ձեր ռասայի մասին (կամընտիր և գաղտնի). Խնդրում ենք ընտրել այն ամենը, ինչ վերաբերում է ձեզ:
Հետևյալ տեղեկությունները ՉԵՆ օգտագործվի ձեր EWC ծրագրի իրավասությունը որոշելու համար:**

- 30 Իսպանախոս կամ լատինաամերիկացի
- 31 Ամերիկյան հնդկացի կամ Ալյասկայի բնիկ
- 32 Ասիացի (ճշգրտել ստորև)

<input type="checkbox"/> 33 Հնդիկ	<input type="checkbox"/> 34 Կոմբոջացի	<input type="checkbox"/> 35 Չինացի	<input type="checkbox"/> 36 Ֆիլիպինցի
<input type="checkbox"/> 37 Հնոնգ	<input type="checkbox"/> 38 Ճապոնացի	<input type="checkbox"/> 39 Կորեացի	<input type="checkbox"/> 40 Լաոսցի
<input type="checkbox"/> 41 Վիետնամացի	<input type="checkbox"/> 42 Ասիական այլ երկրների ներկայացուցիչ.		
- 43 Սևամորթ կամ աֆրոամերիկացի

Յուրաքանչյուր կին նշանակություն ունի ծրագիր – Ստացողի գրանցման դիմում

- ⁴⁴Խաղաղօվկիանոսյան կղզիների բնիկ (ճշգրտել ստորև)
 - ⁴⁵Գվատեմալա
 - ⁴⁶Հավայական կղզիների բնիկ
 - ⁴⁷Սամոացի
 - ⁴⁸Խաղաղօվկիանոսյան այլ կղզիների բնիկ.

- ⁴⁹Սպիտակամորթ
- ⁵⁰Այլ. _____
- ⁵¹Նախընտրում եմ չպատասխանել

Պատմեք մեզ ձեր գենդերային ինքնության և սեռական կողմնորոշման մասին (կամընտիր և գաղտնի):
Հետևյալ տեղեկությունները ՉԵՆ օգտագործվի ձեր EWC ծրագրի իրավասությունը որոշելու համար:

Ո՞րն է ձեր գենդերը: (նշեք այն վանդակը, որը լավագույնս նկարագրում է ձեր ներկայիս գենդերային ինքնությունը):

- ⁵²Կին
- ⁵³Տղամարդ
- ⁵⁴ Տրանսգենդեր (տղամարդուց կին)
- ⁵⁵Տրանսգենդեր (կնոջից տղամարդ)
- ⁵⁶Ոչ բինար (ոչ կին, ոչ տղամարդ)
- ⁵⁷Մեկ այլ գենդերային ինքնություն

Ի՞նչ սեռ է նշված ձեր բնօրինակ ծննդյան վկայականում: ⁵⁸Կին ⁵⁹Տղամարդ

Ո՞րն է ձեր սեռական կողմնորոշումը:

- ⁶⁰Հետերոսեքսուալ
- ⁶¹Լեսբի կամ գեյ
- ⁶²Բիսեքսուալ
- ⁶³Քվիր
- ⁶⁴Մեկ այլ սեռական կողմնորոշում.
- ⁶⁵Անհայտ

Յուրաքանչյուր կին նշանակություն ունի ծրագիր – Մտացողի գրանցման դիմում

Հայտարարություններ (Խնդրում ենք ուշադիր կարդալ և նշել անվան սկզբնատառերը յուրաքանչյուր կետի մասով)

66 Ես հասկանում եմ, որ ստորագրելով և նշելով ամսաթիվն այս դիմումի մեջ, անձամբ, բանավոր կամ էլեկտրոնային եղանակով, ես դիմում եմ EWC ծրագրին (կառավարության կողմից ֆինանսավորվող ծրագիր):

67 Ես համաձայն եմ ստանալ կրճազեղծի և/կամ արգանդի վզիկի քաղցկեղի անվճար գնման և ախտորոշման ծառայություններ, որոնք տրամադրվում են EWC ծրագրով:

68 Ես հասկանում եմ, որ այս համաձայնագիրը գործում է ՄԵԿ SUՐԻ ժամկետով՝ այս դիմումը ստորագրելու օրվանից: Ես պետք է ամեն տարի լրացնեմ նոր դիմում՝ EWC ծրագրում գրանցվելու համար:

69 Ես հասկանում եմ, որ ցանկացած պահի կարող եմ դադարել մասնակցել EWC ծրագրին:

70 Ես անմիջապես կտեղեկացնեմ EWC PCP-ին, եթե որևէ փոփոխություն կատարվի իմ առողջության ապահովագրության տեղեկությունների և/կամ այլ բժշկական ապահովագրության մեջ:

71 Ես ստացել և կարդացել եմ DHCS-ի Գաղտնիության ապահովման ընթացակարգերի ծանուցումը (առանձին ձև):

72 Ես ստացել եմ Առաջին մակարդակի վերանայման և պաշտոնական լսումների իրավունքները և խտրականության անթույլատրելիության ծանուցումը (տրամադրված այս դիմումի 1-ին, 2-րդ 3-րդ և 4-րդ էջերում):

73 Ես ստացել եմ տեղեկություններ այն մասին, թե ինչպես ստանալ անվճար կամ մատչելի առողջության ապահովագրություն (առանձին ձև):

74 Ես հայտարարում եմ California նահանգի օրենսդրության համաձայն սուտ վկայության համար պատժի ներքո, որ այս դիմումի մեջ իմ տրամադրած տեղեկությունները ճշմարիտ և ճիշտ են՝ իմ իմացության չափով: Ես հասկանում եմ, որ այս դիմումի մեջ կեղծ տեղեկություններ տալը կարող է ազդել EWC ծրագրի շրջանակներում քաղցկեղի կանխարգելման ծառայություններ ստանալու իմ իրավասության վրա:

75 Ձեր ստորագրությունը _____ Ամսաթիվ _____

Արդյո՞ք դիմորդի ստորագրությունը լիազորվել է բանավոր համաձայնությամբ:

Ոչ Այո

Յուրաքանչյուր կին նշանակություն ունի ծրագիր – Ստացողի գրանցման դիմում

⁷⁶Եթե որևէ անձ հանդես է գալիս ձեր անունից, (ՏՊԱԳԻԴ) անունն ու ազգանունը, ձեր հետ հարաբերությունը և այսօրվա ամսաթիվը:

Ամբողջական անուն _____ Հարաբերություններ _____ Ամսաթիվ _____

⁷⁷Եթե որևէ անձ հանդես է գալիս ձեր անունից, ապա PCP կամ PCP կլինիկայի աշխատակցի (ՏՊԱԳԻԴ) ամբողջական անունը, պաշտոնը/կոչումը և ամսաթիվը:

Ամբողջական անուն _____ Հարաբերություններ _____ Ամսաթիվ _____

⁷⁸Ձեր անունից հանդես եկող անձի ստորագրությունը.

Ստորագրություն _____ Ամսաթիվ _____

Յուրաքանչյուր կին նշանակություն ունի ծրագիր – Ստացողի գրանցման դիմում

ՁԵՎԱԹՂԹԻ ՄԱՆՐԱՄԱՍՆ ՀՐԱՀԱՆԳՆԵՐ ԱՅՍ EWC ՍՏԱՑՈՂԻ ԴԻՄՈՒՄԸ ԼՐԱՑՆԵԼՈՒ ՀԱՄԱՐ

(Էջ 10-ԻՑ 14)

Պատմեք մեզ ձեր մասին

1. Գրեք ձեր անունը:
2. Գրեք ձեր միջին անվան առաջին տառը:
3. Գրեք ձեր ազգանունը:
4. Գրեք ձեր ծննդյան ամսաթիվը: Ամսվա համար օգտագործեք 2 թիվ, օրվա համար՝ 2 թիվ, իսկ տարվա համար՝ 4 թիվ: Օրինակ, 2001 թվականի հունվարի 1-ը կլինի 01/01/2001:
5. Եթե ձեր ֆիզիկական սեռը իզական է, նշեք «կին», իսկ եթե արական՝ նշեք «տղամարդ»: Եթե դուք տրանսգենդեր եք՝ տղամարդուց կին անցմամբ, նշեք «տրանսգենդեր (տղամարդուց կին)»: Եթե տրանսգենդեր եք կնոջից տղամարդ անցմամբ, նշեք «տրանսգենդեր (կնոջից տղամարդ)»:
6. Գրեք ձեր մոր օրիորդական անունը: Սա նրա սկզբնական ազգանունն է, երբ նա ծնվել էր:
7. Գրեք փողոցի համարը և ձեր բնակության վայրի անվանումը: Օրինակ՝ 123 Main Street:
8. Գրեք այն քաղաքը, որտեղ ապրում եք:
9. Գրեք այն նահանգը, որտեղ ապրում եք:
10. Գրեք ձեր այն վայրի փոստային կոդը, որտեղ ապրում եք:
11. Գրեք ձեր հեռախոսահամարը: Սկսեք տարածքային կոդի եռանիշ համարից, այնուհետև 8 նիշանոց հեռախոսահամարը:
12. Գրեք ձեր էլեկտրոնային փոստի հասցեն:
13. Գրեք ձեր սոցիալական ապահովության համարը (Social Security Number, SSN) առկայության դեպքում: Ձեր SSN-ը չի որոշի ձեր իրավասությունը:

Պատմեք մեզ ձեր ընտանիքի/տնային տնտեսության և համախառն եկամտի վերաբերյալ

14. Գրեք ձեր ընտանիքում/տնային տնտեսությունում ապրող մարդկանց ընդհանուր թիվը: Ընտանիքը/տնային տնտեսությունը երկու կամ ավելի անձից բաղկացած խումբ է, ովքեր կապված են ծննդով, ամուսնությամբ կամ որդեգրմամբ և ապրում են միասին: Ձեր աղքատության մակարդակը հաշվարկելու համար EWC-ն օգտագործում է ԱՄՆ Առողջապահության և սոցիալական ապահովության նախարարության (Health and Human Services, HHS) աղքատության դաշնային ուղեցույցները՝ եկամտի իրավասության համար: EWC բոլոր ստացողները պետք է ունենան ընտանեկան/տնային տնտեսության եկամուտ՝ HHS դաշնային աղքատության ուղեցույցների 200 տոկոսի սահմանում կամ դրանից ցածր:
15. Գրեք ձեր ընտանիքի/տնային տնտեսության ստացած դրամական միջոցների ընդհանուր գումարը (մինչը հարկերի և այլ պահումների կիրառումը): Ձեր ընտանիքը/տնային տնտեսությունը ներառում է 14-րդ տողում ձեր մուտքագրած անձանց ընդհանուր թիվը, ովքեր ապրում են այս ընդհանուր գումարով:

Այժմ տեղեկացրեք մեզ ձեր առողջության ապահովագրության մասին

- 16. Նշեք այս վանդակը, եթե չունեք առողջության ապահովագրություն:
- 17. Նշեք այս վանդակը, եթե ունեք առողջության ապահովագրություն կամ առողջապահական ծրագիր, սակայն չեք կարող վճարել ծախսերի մի մասը, պահվող գումարը և/կամ համավճարը:

Ի՞նչ EWC ծառայությունների կարիք ունեք (Նշեք այն ամենը, ինչ կիրառելի է)

- 18. Նշեք այս վանդակը, եթե 21 տարեկան կամ ավելի բարձր տարիքի եք և ցանկանում եք հետազոտվել արգանդի վզիկի քաղցկեղի համար:
- 19. Նշեք այս վանդակը, եթե 40 տարեկան կամ ավելի բարձր տարիքի եք և ցանկանում եք հետազոտվել կրծքագեղձի քաղցկեղի համար:
- 20. Նշեք այս վանդակը, եթե ունեք ախտանշաններ կրծքում և ցանկանում եք ստանալ կրծքագեղձի քաղցկեղի գննման ծառայություններ:
- 21. Նշեք այս վանդակը, եթե ձեր կրծքի (կրծքերի) չափը, գույնը կամ ձևը փոխվել են:
- 22. Նշեք այս վանդակը, եթե ձեր կրծքի (կրծքերի) հյուսվածքը այտուցվել կամ հաստացել է:
- 23. Նշեք այս վանդակը, եթե ձեր պտուկից որևէ արտահոսք կա:
- 24. Նշեք այս վանդակը, եթե ձեր կրծքում (կրծքերում) կա ուռուցք կամ կոշտ հանգույց, որը դուք կարող եք զգալ:
- 25. Նշեք այս վանդակը, եթե ունեք շրջված պտուկ:
- 26. Նշեք այս վանդակը, եթե կրծքի կամ պտուկի ցավ եք զգում:
- 27. Նշեք այս վանդակը, եթե ձեր կուրծքն (կրծքերը) ունի (ունեն) այլ ախտանիշ(ներ): Գրեք ձեր ախտանիշ(ները):

Պատմեք մեզ ծխախոտի օգտագործման մասին

- 28. Եթե հիմա ծխախոտ չեք ծխում, նշեք ՈՉ վանդակը: Եթե ծխում եք, նշեք ԱՅՈ վանդակը:
- 29. Եթե չեք օգտագործում այլ ծխախոտային արտադրանք, նշեք Ոչ վանդակը: Եթե օգտագործում եք այլ ծխախոտային արտադրանք, նշեք Այո վանդակը և գրեք, թե ինչ ծխախոտային արտադրանք եք օգտագործում:

Պատմեք մեզ ձեր ռասայի մասին

- 30. Նշեք այս վանդակը, եթե ձեր ռասան է ամբողջությամբ կամ մասամբ իսպանախոս կամ լատինաամերիկացի:
- 31. Նշեք այս վանդակը, եթե ձեր ռասան է ամբողջությամբ կամ մասամբ ամերիկյան հնդկացի կամ Ալյասկայի բնիկ:
- 32. Նշեք այս վանդակը, եթե ձեր ռասան է ամբողջությամբ կամ մասամբ ասիացի:
- 33. Նշեք այս վանդակը, եթե ձեր ռասան է ամբողջությամբ կամ մասամբ հնդիկ:
- 34. Նշեք այս վանդակը, եթե ձեր ռասան է ամբողջությամբ կամ մասամբ կոմբոզացի:
- 35. Նշեք այս վանդակը, եթե ձեր ռասան է ամբողջությամբ կամ մասամբ չինացի:
- 36. Նշեք այս վանդակը, եթե ձեր ռասան է ամբողջությամբ կամ մասամբ ֆիլիպինցի:

Յուրաքանչյուր կին նշանակություն ունի ծրագիր – Մտացողի գրանցման դիմում

- 37. Նշեք այս վանդակը, եթե ձեր ռասան է ամբողջությամբ կամ մասամբ հմոնգ:
- 38. Նշեք այս վանդակը, եթե ձեր ռասան է ամբողջությամբ կամ մասամբ ճապոնացի:
- 39. Նշեք այս վանդակը, եթե ձեր ռասան է ամբողջությամբ կամ մասամբ կորեացի:
- 40. Նշեք այս վանդակը, եթե ձեր ռասան է ամբողջությամբ կամ մասամբ լատացի:
- 41. Նշեք այս վանդակը, եթե ձեր ռասան է ամբողջությամբ կամ մասամբ վիետնամացի:
- 42. Նշեք այս վանդակը, եթե ձեր ռասան է ամբողջությամբ կամ մասամբ մեկ այլ ասիական ռասա:
Գրեք ձեր ռասան:
- 43. Նշեք այս վանդակը, եթե ձեր ռասան է ամբողջությամբ կամ մասամբ սևամորթ կամ աֆրոամերիկացի:
- 44. Նշեք այս վանդակը, եթե ձեր ռասան է ամբողջությամբ կամ մասամբ իսպանախոսների խաղաղովկիանոսյան կղզիների բնիկ և ինդիուս ենք նշել:
- 45. Նշեք այս վանդակը, եթե ձեր ռասան է ամբողջությամբ կամ մասամբ գվատեմալացի:
- 46. Նշեք այս վանդակը, եթե ձեր ռասան է ամբողջությամբ կամ մասամբ հավայացի:
- 47. Նշեք այս վանդակը, եթե ձեր ռասան է ամբողջությամբ կամ մասամբ սամուացի:
- 48. Նշեք այս վանդակը, եթե ձեր ռասան է ամբողջությամբ կամ մասամբ իսպանախոսների խաղաղովկիանոսյան այլ կղզիների բնիկ և ինդիուս ենք նշել այլ ռասա:
- 49. Նշեք այս վանդակը, եթե ձեր ռասան է ամբողջությամբ կամ մասամբ սպիտակամորթ:
- 50. Նշեք այս վանդակը, եթե ձեր ռասան ամբողջությամբ կամ մասամբ այն ռասան է, որը նշված չէ:
Գրեք ձեր ռասան:
- 51. Նշեք այս վանդակը, եթե չեք ցանկանում նշել ձեր ռասան:

Պատմեք մեզ ձեր գենդերային ինքնության և սեռական կողմնորոշման մասին (կամընտիր և գաղտնի)

- 52. Նշեք այս վանդակը, եթե դուք ձեզ նույնականացնում եք որպես կին:
- 53. Նշեք այս վանդակը, եթե դուք ձեզ նույնականացնում եք որպես տղամարդ:
- 54. Նշեք այս վանդակը, եթե դուք ձեզ նույնականացնում եք որպես կին, բայց ծննդյան ժամանակ նույնականացվել եք որպես տղամարդ:
- 55. Նշեք այս վանդակը, եթե դուք ձեզ նույնականացնում եք որպես տղամարդ, բայց ծննդյան ժամանակ նույնականացվել եք որպես կին:
- 56. Նշեք այս վանդակը, եթե ձեր գենդերային ինքնությունը ոչ բինար է (ոչ կին, ոչ տղամարդ):
- 57. Նշեք այս վանդակը, եթե կիրառելի է, և նշեք մեկ այլ գենդերային ինքնություն:
- 58. Նշեք այս վանդակը, եթե ծնվել եք կին:
- 59. Նշեք այս վանդակը, եթե ծնվել եք տղամարդ:
- 60. Նշեք այս վանդակը, եթե ձեր սեռական կողմնորոշումը հետերոսեքսուալ է (սեռական գրավչություն հակառակ սեռի ներկայացուցիչների նկատմամբ):
- 61. Նշեք այս վանդակը, եթե ձեր սեռական կողմնորոշումը լեսբի է կամ գեյ (սեռական գրավչություն է նույն սեռի ներկայացուցիչների նկատմամբ):

Յուրաքանչյուր կին նշանակություն ունի ծրագիր – Ստացողի գրանցման դիմում

- 62. Նշեք այս վանդակը, եթե ձեր սեռական կողմնորոշումը բխեքսուալ է (սեռական գրավչություն և՛ արական, և՛ իգական սեռի ներկայացուցիչների նկատմամբ):
- 63. Նշեք այս վանդակը, եթե ձեր սեռական կողմնորոշումը տարօրինակ է (ոչ բացառապես հետերոսեքսուալ):
- 64. Նշեք այս վանդակը, եթե կիրառելի է, և գրեք այլ սեռական կողմնորոշում:
- 65. Նշեք այս վանդակը, եթե չգիտեք ձեր սեռական կողմնորոշումը:

Հայտարարություններ, լրացված դիմում և հիվանդի համաձայնություն. սկզբնատառեր և ստորագրություններ

- 66. Կարդացեք նախադասությունը և տողի վրա գրեք ձեր անվան սկզբնատառերը: Դուք նշում եք, որ հասկանում եք, որ դիմում եք ծրագրի իրավասության համար՝ EWC ծրագրին մասնակցելու նպատակով:
- 67. Կարդացեք նախադասությունը և տողի վրա գրեք ձեր անվան սկզբնատառերը: Դուք նշում եք, որ համաձայն եք ստանալ EWC ծրագրի շրջանակներում կրծքագեղձի և արգանդի վզիկի քաղցկեղի գնման և ախտորոշման անվճար ծառայություններ:
- 68. Կարդացեք նախադասությունը և տողի վրա գրեք ձեր անվան սկզբնատառերը: Դուք նշում եք, որ հասկանում եք EWC ծրագրին մասնակցելու այս համաձայնագիրը, որը գործում է մեկ տարի այն պահից, երբ դուք USՈՐԱԳՐՈՒՄ եք և ԱՄՍԱԹԻՎՆ եք նշում այս դիմումի մեջ: Դուք պետք է լրացնեք նոր դիմում ամեն տարի 12-ամսյա ժամկետից հետո:
- 69. Կարդացեք նախադասությունը և տողի վրա գրեք ձեր անվան սկզբնատառերը: Նշելով սկզբնատառերը՝ դուք հասկանում եք, որ ցանկացած պահի կարող եք դադարել մասնակցել EWC ծրագրին:
- 70. Կարդացեք նախադասությունը և տողի վրա գրեք ձեր անվան սկզբնատառերը: Դուք նշում եք, որ անմիջապես կտեղեկացնեք ձեր EWC PCP-ին, եթե որևէ փոփոխություն կատարվի ձեր առողջության ապահովագրության կամ այլ բժշկական ապահովագրության մեջ:
- 71. Կարդացեք նախադասությունը և տողի վրա գրեք ձեր անվան սկզբնատառերը: Դուք նշում եք, որ ստացել եք DHCS-ի Գաղտնիության ապահովման ընթացակարգերի ծանուցում (NPP-ն առանձին ձև է):
- 72. Կարդացեք նախադասությունը և տողի վրա գրեք ձեր անվան սկզբնատառերը: Դուք նշում եք, որ ստացել եք տեղեկություններ՝ կապված Առաջին մակարդակի վերանայման և պաշտոնական լումների իրավունքների և խտրականության անթույլատրելիության ծանուցման հետ (նշված այս դիմումի 1-ին, 2-րդ 3-րդ և 4-րդ էջերում):
- 73. Կարդացեք նախադասությունը և տողի վրա գրեք ձեր անվան սկզբնատառերը: Դուք նշում եք, որ ձեր EWC PCP-ն ձեզ տեղեկացրել է այն մասին, թե ինչպես ստանալ անվճար կամ մատչելի առողջության ապահովագրություն:
- 74. Կարդացեք 66-ից 74-րդ նախադասությունները և յուրաքանչյուր տողի վրա գրեք ձեր անվան սկզբնատառերը: Դուք հայտարարում եք, որ այս դիմումի մեջ ներկայացված տեղեկությունները

Յուրաքանչյուր կին նշանակություն ունի ծրագիր – Ստացողի գրանցման դիմում

Ճշմարիտ և ճիշտ են՝ ձեր իմացության չափով: Դուք նաև հասկանում եք, որ այս դիմումի մեջ կեղծ տեղեկություններ տրամադրելը կարող է ազդել EWC ծրագրի շրջանակներում կրծքագեղձի և արգանդի վզիկի քաղցկեղի գնման և ախտորոշման ծառայություններ ստանալու ձեր իրավասության վրա:

- 75. Գրեք (ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ և ԱՄՄԱԹԻՎ) ձեր ամբողջական անունը և այսօրվա ամսաթիվը: Եթե դիմորդը բանավոր համաձայնություն է տալիս, PCP-ն և/կամ կլինիկայի աշխատակիցները պետք է գրեն (ՏՊԱՏԱՌ) դիմորդի ամբողջական անունը և նշեն ՈԶ կամ ԱՅՈ:
- 76. Գրեք (ՏՊԱԳԻՐ) այն անձի ամբողջական անունը, ամսաթիվը և հարաբերությունը, ով լիազորված է հանդես գալ ձեր անունից և օգնում է ձեզ լրացնել այս դիմումը:
- 77. Գրեք (ՏՊԱԳԻՐ) PCP-ի կամ PCP կլինիկայի այն աշխատակցի ամբողջական անունը (ներառյալ պաշտոնը/կոչումը) և այն ամսաթիվը, ով հանդես է գալիս ձեր անունից և օգնում է ձեզ լրացնել այս դիմումը:
- 78. Գրեք անձի (ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆԸ) 77-րդ կամ 78-րդ տողից և գրեք այսօրվա ամսաթիվը: EWC առաջնային խնամքի մատակարարի ՀԱՄԱՐ (PCP)

Յուրաքանչյուր կին նշանակություն ունի ծրագիր – Ստացողի գրանցման դիմում

EWC առաջնային խնամքի մատակարարի ՀԱՄԱՐ (PCP)
ՄԻԱՅՆ ՆԵՐՔԻՆ ՕԳՏԱԳՈՐԾՄԱՆ ՀԱՄԱՐ (ԷՋ 15-ից 19)

Բանավոր համաձայնություն ստանալու դեպքում դիմորդի անունից լրացրեք դիմումի յուրաքանչյուր դաշտը՝ հիմնվելով դիմորդի բանավոր պատասխանների վրա: Խնդրեք, որպեսզի անձը/լիազորված ներկայացուցիչը բանավոր կերպով ընդունի իր համաձայնությունը:

- 1. EWC դիմորդի ամբողջական անունը (ՏՊԱՏԱՌ) _____
- 2. Բժշկական արձանագրության համարը _____
- 3. Ստացողի նույնացուցիչը _____

ԻՐԱՎԱՍՈՒԹՅԱՆ ՉԱՓԱՆԻՇՆԵՐ

Բնակավայր

- 4. Ապրում է California-ում

Տնային տնտեսության եկամուտ

- 5. Ընտանիքի/տնային տնտեսության եկամուտը HHS դաշնային աղքատության ուղեցույցի 200 տոկոսի սահմանում է կամ դրանից ցածր:

Առողջության ապահովագրություն

- 6. Ապահովագրված չէ
- 7. Չի կարող վճարել ծախսերի մի մասը, պահվող գումարը և/կամ համավճարը:

EWC ծրագրի ծառայություններ

- 8. Պահանջում է կրծքագեղձի քաղցկեղի ախտորոշման ծառայություններ՝ ցանկացած տարիքում ախտանիշ ունեցող EWC դիմորդի համար:
- 9. Պահանջում է կրծքագեղձի և/կամ արգանդի վզիկի քաղցկեղի զննում՝ ծառայությունը (ծառայությունները) ստանալու համար առաջարկվող տարիքում

Ես EWC ծրագրի այս դիմորդին տրամադրել եմ հետևյալ տեղեկությունները.

- 10. Ես EWC դիմորդին տրամադրել եմ DHCS-ի Գաղտնիության ապահովման ընթացակարգերի ծանուցում

Յուրաքանչյուր կին նշանակություն ունի ծրագիր – Ստացողի գրանցման դիմում

- 11. Ես EWC դիմորդին տվել եմ DHCS Առաջին մակարդակի վերանայման և պաշտոնական լսումների իրավունքներ և խտրականության անթույլատրելիության ծանուցում
- 12. Ես EWC դիմորդին տրամադրել եմ տեղեկություններ այն մասին, թե ինչպես ստանալ անվճար և մատչելի առողջության ապահովագրություն:

Իրավասության որոշում.

- 13. Ես որոշել եմ, որ EWC դիմորդը բավարարում է EWC ծրագրի իրավասության ԲՈԼՈՐ պահանջները:
- 14. Ես որոշել եմ, որ EWC դիմորդը ՉԻ բավարարում EWC ծրագրի իրավասության պահանջները:

Ծխախոտի օգտագործում (եթե իրավասու է EWC-ի համար)

- 15. PCP-ն գնահատել է դիմորդների ծխախոտի օգտագործումը և կարգավիճակը.
 - Ես պարզել եմ, որ դիմորդն ՕԳՏԱԳՈՐԾՈՒՄ է ծխախոտային արտադրանք և ուղղորդել եմ նրան ծխելու հետ պայքարի համապատասխան ծառայություններ: Ես համոզվել եմ, որ ԱՅՈ վանդակը նշվել է:
 - Ես պարզել եմ, որ դիմորդը ծխախոտ ՉԻ ծխում, և եթե կիրառելի է, Ոչ վանդակը նշվել է:
 - Եթե դիմորդն օգտագործում է ծխախոտային արտադրանք, ես պարզել եմ, թե կոնկրետ ինչ արտադրանք է օգտագործվում: Ես համոզվել եմ, որ կոնկրետ օգտագործվող ծխախոտային արտադրանքները ներկայացվել են:

- 16. 76-րդ, 77-րդ և 78-րդ տողերը տպվել կամ ստորագրվել և թվագրվել են: (էջ 8, 9 և 17)
 - Ստորագրության 75-րդ տողում գրեք դիմորդի ամբողջական անունը և ամսաթիվը (էջ 8 և 9)
 - Որոշեք, թե արդյոք դիմորդի ստորագրությունը լիազորված է բանավոր համաձայնությամբ, և նշեք ԱՅՈ կամ ՈՉ 75-րդ տողում ներառված վանդակները (էջ 8 և 9):
 - Եթե կիրառելի է, և դուք PCP կլինիկայի աշխատակից եք, ՏՊԱՏԱՌ գրեք ձեր ամբողջական անունը, պաշտոնը/կոչումը և ամսաթիվը 76-րդ և 17-րդ տողերում (էջ 8, 9 և 17)
 - Եթե դուք PCP եք, գրեք (ՏՊԱՏԱՌ և ՍՏՈՐԱԳՐԵՔ) ձեր ամբողջական անունը և ամսաթիվը 78-րդ և 19-րդ տողերում (էջ 8, 9 և 17):

Յուրաքանչյուր կին նշանակություն ունի ծրագիր – Ստացողի գրանցման դիմում

- 17. Եթե կիրառելի է, (Տպատառ) PCP կլինիկայի աշխատակցի ամբողջական անունը (ներառել պաշտոնը/կոչումը) 76-րդ և 17-րդ տողերում:

Ամբողջական անուն _____ Պաշտոն/կոչում _____ Ամսաթիվ _____

- 18. Ես ստացել եմ բոլոր համապատասխան պտատառ անունները, ստորագրությունները, պաշտոնները (եթե կիրառելի է) և ամսաթվերն EWC դիմորդի համար՝ սկսելու որոշելի ծրագրին մասնակցելու իրավասությունը և նա համաձայնությունը ստանալու EWC կլինիկական ծառայություններ: Սա ներառում է 76-րդ, 77-րդ և 78-րդ տողերում ներկայացված ստորագրություններն ու ամսաթվերը (էջ 8 և 9):

- 19. EWC PCP-ը ՍՏՈՐԱԳՐՈՒՄ է և նշում ԱՄՍԱԹԻՎԸ այս DHCS 8699 ձևաթղթի վրա՝ իրավասությունը հաստատելու համար (էջ 17 19-ից):

PCP/աշխատակցի ստորագրություն _____ Ամսաթիվ _____

- 20. Տեղադրեք և պահպանեք դիմումի պատճենը EWC դիմորդի/ստացողի հիվանդության պատմության մեջ:

EWC ծրագրի դիմորդի մասին տեղեկություններ

1. Նշեք այս վանդակը, եթե դուք գրում եք EWC դիմորդի ամբողջական անունը (անուն, միջին անվան սկզբնատառ, ազգանուն):
2. Նշեք այս վանդակը, եթե դուք գրում եք EWC դիմորդի բժշկական արձանագրության համարը:
3. Նշեք այս վանդակը, եթե դուք գրում եք EWC դիմորդին տրված Ստացողի նույնացուցիչը:
4. Նշեք այս վանդակը, եթե EWC դիմորդն ապրում է California-ում:
5. Նշեք այս վանդակը, եթե EWC դիմորդի ընտանիքի/տնային տնտեսության եկամուտը Աղքատության դաշնային ուղեցույցի 200 տոկոսի սահմանում է կամ դրանից ցածր: Սա հիմնված է ընտանիքի/տնային տնտեսության անդամների թվի վրա: Առողջապահության և սոցիալական ապահովության նախարարության՝ աղքատության դաշնային ներկայիս ուղեցույցները գտնվում են EWC կայքում՝ <https://dhcs.ca.gov/EWC>
6. Նշեք այս վանդակը, եթե դիմորդն ապահովագրված չէ (առողջության ապահովագրություն չունի):
7. Նշեք այս վանդակը, եթե EWC դիմորդը թերապահովագրված է, ունի առողջության ապահովագրություն կամ առողջապահական ծրագիր, սակայն չի կարող վճարել ծախսերի մի մասը, պահվող գումարը և/կամ համավճարը:
8. Նշեք այս վանդակը, եթե EWC դիմորդն ունի կրծքագեղձի քաղցկեղի ախտանիշներ, և նրան անհրաժեշտ են ախտորոշման ծառայություններ:
9. Նշեք այս վանդակը, եթե EWC-ի դիմորդը 21 տարեկան կամ ավելի բարձր տարիքի է, և նրան անհրաժեշտ են արգանդի վզիկի քաղցկեղի գննման և ախտորոշման ծառայություններ: Կամ եթե EWC դիմորդը 40 տարեկան կամ ավելի բարձր տարիքի է, և նրան անհրաժեշտ են կրծքագեղձի քաղցկեղի գննման և ախտորոշման ծառայություններ:
10. Նշեք այս վանդակը, եթե դիմորդին տրամադրել էք DHCS-ի Գաղտնիության ապահովման ընթացակարգերի ծանուցում:
11. Նշեք այս վանդակը, եթե EWC դիմորդին տվել էք Գաղտնիության ապահովման ընթացակարգերի ծանուցման հայտարարություն, առաջին մակարդակի վերանայման և պաշտոնական լուսնների իրավունքներ, ինչպես նաև խտրականության անթույլատրելիության ծանուցում:
12. Նշեք այս վանդակը, եթե դուք EWC դիմորդին տեղեկություններ եք տվել այն մասին, թե ինչպես ստանալ անվճար և մատչելի բժշկական ապահովագրություն:
13. Նշեք այս վանդակը, եթե EWC դիմորդը համապատասխանում է EWC ծրագրի իրավասության բոլոր չափանիշներին:
14. Նշեք այս վանդակը, եթե EWC դիմորդը չի համապատասխանում EWC ծրագրի իրավասության բոլոր չափանիշներին:

Յուրաքանչյուր կին նշանակություն ունի ծրագիր – Ստացողի գրանցման դիմում

a. Տեղեկացրեք EWC դիմորդին, եթե նա իրավասու չէ ստանալ EWC ծրագրով ծածկված ծառայություններ, և որ նա կարող է բողոքարկել որոշումը:

15. Նշեք այս վանդակը, եթե դիմորդն իրավասու է EWC ծրագրին մասնակցելու համար, նշեք այս վանդակը, եթե PCP-ն դիմորդի հետ քննարկել է ծխախոտի օգտագործումը:
16. Նշեք այս վանդակը, եթե դրել եք ձեր ստորագրությունը և նշել այսօրվա ամսաթիվը: Հաջորդ տողում տպատառ գրեք ձեր լրիվ անունը:
17. Նշեք այս վանդակը, եթե դուք ստացել եք համապատասխան ստորագրություններ, տվյալներ և ստացողի համաձայնությունը՝ որոշելու համար, որ այս EWC ծրագրի ստացողն իրավասու է գրանցվելու EWC ծրագրում և ստացել է ծրագրով ծածկված ծառայություններ:
18. Նշեք այս վանդակը՝ ցույց տալու համար, որ դուք ստացել եք բոլոր անհրաժեշտ ստորագրությունները, ամսաթվերը, պաշտոնները (եթե կիրառելի է) և EWC դիմորդի համաձայնությունը: EWC դիմորդի գրավոր ստորագրությունը և ամսաթիվը պետք է ներկայացվեն և փաստաթղթավորվեն անձամբ, բանավոր կամ էլեկտրոնային եղանակով դիմորդի կամ լիազորված անձի կողմից, ով հանդես է գալիս EWC դիմորդի անունից, ինչպես նշված է 76-րդ և 77-րդ տողերում (էջ 8 և 9):
19. Նշեք այս վանդակը, եթե ընդգրկել եք PCP/աշխատակցի ստորագրությունը և ամսաթիվը (էջ 17-ից 19):
20. Նշեք այս վանդակը, եթե տեղադրել և պահպանել եք այս դիմումի պատճենը EWC դիմորդի հիվանդության պատմության մեջ: