

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](mailto: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](mailto: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.*

# HOJA DE CÁLCULOS DE LA SOLICITUD DEL PROGRAMA DE TRATAMIENTO DEL CÁNCER DEL SENO Y DEL CUELLO UTERINO DE MEDI-CAL.

Por favor responda a las siguientes preguntas en inglés, siempre que sea posible.

1. Ésta es una solicitud de Medi-Cal para servicios de cuidados de salud inmediatos para este mes y el mes siguiente. ¿También quiere usar esta solicitud para obtener cobertura continua de Medi-Cal? Sí      No  
(haga un círculo alrededor de uno)

Esta solicitud no contiene suficiente información para una determinación si usted es elegible bajo cualquier otro programa de Medi-Cal. Esta solicitud se usará para determinar si usted es elegible para Medi-Cal sólo bajo las reglas de BCCTP. Si le parece que usted es elegible para Medi-Cal por otros motivos además de su diagnóstico precanceroso o de cáncer del seno o del cuello uterino, por favor comuníquese con la oficina de servicios sociales de su condado y envíe una solicitud completa de Medi-Cal. Usted tiene derecho a presentar una solicitud en la oficina local de servicios sociales de su condado para determinar si usted es elegible para algún otro programa de Medi-Cal.

2. ¿Usted tuvo gastos médicos durante los 3 meses anteriores al mes en que solicitó BCCTP y quiere que Medi-Cal pague esos gastos? Sí      No  
(haga un círculo alrededor de uno)

## State of California Benefits Identification Card (tarjeta de identificación de beneficios del estado de California):

3. ¿Usted tiene una State of California Benefits Identification Card (tarjeta de identificación de beneficios del estado de California)? Sí      No  
(haga un círculo alrededor de uno)
4. Por favor anote el número de su BIC (si la tiene) \_\_\_\_\_

## Información de identificación:

Si usted usa solamente un nombre, marque la casilla y sólo ponga un símbolo de número (#) en el espacio para el nombre e ingrese su nombre en el espacio para el apellido.

5. Apellido: \_\_\_\_\_
6. Nombre: \_\_\_\_\_
7. Segundo nombre: \_\_\_\_\_
8. Apelativo (Cómo le llaman): \_\_\_\_\_
9. Social Security Number (Número de Seguro Social): \_\_\_\_\_

Un Social Security Number (Número de Seguro Social) es obligatorio para recibir los beneficios completos de Medi-Cal. Si no tiene uno ahora, usted puede solicitar en este momento y darnos el número dentro de 60 días o, si es inmigrante indocumentado, usted puede obtener tratamiento del cáncer del seno y del cuello uterino y servicios de emergencia sin un Social Security Number (Número de Seguro Social).

Vea la página siguiente

10. Genero: \_\_\_\_\_ Masculino Femenino  
(haga un círculo alrededor de uno)

11. Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

12. Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_

Condado de nacimiento: (Si nació en California) \_\_\_\_\_

Estado de nacimiento: (Si no nació en algún condado de California) \_\_\_\_\_

País de nacimiento: (Si no nació en los EE.UU.) \_\_\_\_\_

¿Ciudadano, nacional o ciudadano naturalizado de EE.UU.? \_\_\_\_\_ Sí No  
(haga un círculo alrededor de uno)

Los inmigrantes que cumplen con todos los requisitos de inmigración podrían recibir beneficios completos continuos de Medi-Cal. Las inmigrantes indocumentadas pueden obtener tratamiento y servicios de emergencia por cáncer del seno y del cuello uterino.

13. Etnicidad:(opcional) \_\_\_\_\_

### Información de dirección:

Usted debe ser residente del State of California (estado de California). Si usted no tiene hogar, marque la casilla. Complete la sección de la dirección residencial (debe llenar una descripción general de dónde vive en Dirección). También complete la sección de Dirección postal.

14. Dirección de su casa:

C/O: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_

Condado de residencia: \_\_\_\_\_

15. Dirección postal: (si es diferente a la dirección de su casa)

C/O: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_

Condado de residencia: \_\_\_\_\_

16. Información de contacto:

¿Cuál es la mejor manera de comunicarnos con usted? \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

¿Cuál es la mejor hora para llamar? \_\_\_\_\_

Número de teléfono 1: \_\_\_\_\_

Número de teléfono 2: \_\_\_\_\_

Número de teléfono 3: \_\_\_\_\_

Idioma hablado: \_\_\_\_\_

Idioma escrito: \_\_\_\_\_

Vea la página siguiente

**Información de cobertura de Medicare:**

17. ¿Usted tiene Medicare Part A (Medicare Parte A) (paciente interno)? Sí      No  
(haga un círculo alrededor de uno)
18. ¿Usted tiene Medicare Part B (Medicare Parte B) (paciente externo)? Sí      No  
(haga un círculo alrededor de uno)
19. ¿Usted está inscrito en Medicare HMO (HMO de Medicare)? Sí      No  
(haga un círculo alrededor de uno)
20. ¿Usted tiene Medicare Part D (Medicare Parte D) (Medicamentos de receta)? Sí      No  
(haga un círculo alrededor de uno)
21. Número de reclamación de seguro de salud: \_\_\_\_\_

**Información sobre otros seguros de salud:**

22. ¿Usted tiene otra cobertura médica completa? Sí      No  
(haga un círculo alrededor de uno)
23. Si es "Sí", indique la compañía de seguros de salud: \_\_\_\_\_
24. Nombre del suscriptor primario o Número del miembro: \_\_\_\_\_
25. ¿Usted tiene copagos, cuotas o deducibles? Sí      No  
(haga un círculo alrededor de uno)

Vea la página siguiente

**Aviso de Confidencialidad de Medi-Cal**

La información presentada en esta solicitud es privada y confidencial conforme al artículo 14100.2 del Código de Instituciones y Asistencia Social.

Esta información sólo se dará a conocer de conformidad con esas leyes.

**Derechos, Responsabilidades y Declaraciones para con Medi-Cal****Yo tengo el derecho de:**

- Ser tratado con imparcialidad y equidad sin tomar en cuenta mi raza, color, religión, nacionalidad, sexo, edad o identidad política.
- Pedir un intérprete.
- Pedir una audiencia imparcial si solicito atención continua por parte de Medi-Cal y creo que una decisión tomada por Medi-Cal en mi caso es injusta y equivocada. Debo pedir una audiencia dentro los 90 días siguientes de la fecha de envío de la Notificación de Acción (Notice of Action). Para mayor información sobre las audiencias imparciales de Medi-Cal, llame gratuitamente al 1-800-952-5253.
- Revisar las reglamentaciones y manuales del plan Medi-Cal.

**Yo tengo la responsabilidad de:**

- Informar dentro de los próximos 10 días de cualquier cambio en la información que di en esta solicitud.
- Hacer saber a la oficina local de asistencia social si un miembro de la familia, quien también tiene Medi-Cal, solicita beneficios por incapacidad, está en una institución pública

o recibe atención médica por un accidente o lesión causados por otra persona.

- Cooperar si se revisa mi caso.
- Asignar los derechos de apoyo médico al Estado de California.
- Asignar derechos de apoyo médico de terceros al Estado de California.

**Yo comprendo que:**

- Como condición para calificar para Medi-Cal, todos los derechos de apoyo médico son asignados automáticamente al Estado de California.
- Si no doy los datos necesarios o si doy datos falsos intencionalmente, me pueden negar o dar por terminados los beneficios y me podrán exigir el pago de los mismos. También es posible que me investiguen por fraude.
- Las personas para quienes estoy presentando la solicitud no están en la cárcel, en prisión ni detenidas en ningún otro establecimiento correccional.
- Después de mi muerte, el Estado tiene derecho a procurar de mi patrimonio el pago de todos los beneficios de Medi-Cal que yo haya recibido después de los 55 años de edad, a menos que yo tenga cónyuge, hijos menores de edad, hijos ciegos o total y permanentemente incapacitados que me sobrevivan.
- Si soy admitido en un establecimiento de atención médica y no tengo intenciones de volver a mi hogar, el Estado puede imponer un embargo preventivo contra mi propiedad.

**Aviso de privacidad de Medi-Cal**

La Ley de Prácticas de Información de 1977 y la Ley Federal de Privacidad requieren que el Departamento de Servicios de Cuidado de la Salud proporcione la siguiente información:

El artículo 14011 del Código de Instituciones y Asistencia Social y las disposiciones del Título 22 del Código de Regulaciones de California (CCR por sus siglas en inglés) requieren que los solicitantes para el plan Medi-Cal proporcionen para su elegibilidad la información que se les pide en esta solicitud.

Esta información puede ser compartida con agencias federales, estatales y locales con el fin de verificar la elegibilidad del solicitante, así como para otros fines relacionados con la administración del plan Medi-Cal, incluyendo la confirmación con el Servicio de Inmigración y Ciudadanía (USCIS por sus siglas en inglés) sobre la condición de inmigrante solamente de aquellas personas que procuren beneficios completos de Medi-Cal (la ley federal establece que el USCIS no puede utilizar la información para ninguna otra cosa que no sean casos de fraude.) La información será utilizada para procesar reclamaciones y emitir las Tarjetas

de Identificación de Beneficios (BIC). El no proporcionar la información requerida puede resultar en la denegación de la solicitud.

La información requerida en este formulario es obligatoria, con excepción de la información sobre el origen étnico y cualquier otro dato que aparezca indicado como voluntario u opcional. Los números de Seguro Social son requeridos por el artículo 1137(a)(1) de la Ley del Seguro Social y por el artículo 14011.2 del Código de Instituciones y Asistencia Social, a menos que se haga la solicitud exclusivamente para recibir beneficios en casos de cáncer cervical o del seno, emergencias o embarazo.

**Toda persona tiene derecho de acceso a los registros que contienen su información personal y que son retenidos por el Departamento de Servicios de Cuidado de la Salud.**  
.....  
**Si no está cubierto por el Programa de Tratamiento de Cáncer del Seno y de la Cerviz, póngase en contacto con la oficina local de la asistencia social para solicitar sus registros.**

**Por favor incluya este formulario junto a la solicitud formal firmada y envíelo por correo a:  
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
------	-----------------------------

### ¿Quién puede firmar esta solicitud?

- La persona que quiere Medi-Cal o el cónyuge de la persona que quiere Medi-Cal.
- El custodio, tutor, ejecutor testamentario o persona encargada del cuidado de un menor que quiere Medi-Cal.
- Alguien que actúe en representación de una persona que quiere Medi-Cal cuando esta persona es incompetente, está en estado comatoso o sufriendo de amnesia y no hay cónyuge, custodio, tutor o ejecutor testamentario.
- Personas que tengan entre 14 y 21 años de edad que hagan la solicitud a nombre propio, siempre que no estén viviendo con uno de sus padres, con un pariente que los tiene a su cargo o con padres de crianza.

**Para obtener información acerca de cualquiera de los siguientes programas marque cualquiera de los casilleros siguientes y la misma le será enviada. Visite nuestro sitio Web: [www.dhcs.ca.gov](http://www.dhcs.ca.gov)**

- Programa de Servicios de Atención Personalizada (PCSP por sus siglas en inglés). Un programa para atención en el hogar.
- Acceso para Bebés y Madres (AIM por sus siglas en inglés). Un programa para ayudar a las mujeres embarazadas de ingresos moderados a obtener atención médica.
- Programa de Nutrición para Mujeres, Bebés y Niños (WIC por sus siglas en inglés). Un programa de nutrición para mujeres embarazadas y en posparto y para niños menores de 5 años.
- Planificación Familiar
- Programa de Prevención de Enfermedades e Incapacidades Infantiles (CHDP por sus siglas en inglés). Atención médica preventiva para niños y jóvenes.  
¿Quiere que su niño o adolescente sea referido al programa CHDP?  Sí  No



## FIRMA Y CERTIFICACIÓN

Declaro bajo pena de perjurio, conforme a las leyes del Estado de California, que las respuestas que he dado en esta solicitud, al igual que los documentos adjuntos, son correctas y válidas según mi mejor entender y conocimiento.

Declaro que he leído y entendido las instrucciones para llenar la solicitud, las declaraciones y toda la información impresa en esta solicitud

---

Firma	Fecha
-------	-------

---

Firma del testigo (si la persona firmó con un signo)	Fecha
--	-------

---

Firma de la persona que ayudó al solicitante a llenar el formulario	Número de teléfono	Relación con el solicitante	Fecha
---	--------------------	-----------------------------	-------

---

Firma de la persona que actuó en representación del solicitante/beneficiario	Número de teléfono	Relación con el solicitante	Fecha
--	--------------------	-----------------------------	-------

**Por favor incluya este formulario junto a la solicitud formal firmada y envíelo por correo a:  
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
------	-----------------------------