

Every Woman Counts Program – Aplikasyon sa Pagpapatala ng Tatanggap

Salamat, para sa iyong interes sa California Department of Health Care Services (DHCS), Every Woman Counts Program (EWC) . Nagbibigay ang EWC ng libreng pagsusuri sa suso at cervical cancer at mga serbisyong diagnostic sa mga indibidwal na naninirahan sa California. Kung kailangan mo ng paggamot, ang isang EWC Primary Care Provider (EWC PCP), ay maaaring tumulong sa iyo na magpatala sa DHCS Breast and Cervical Cancer Treatment Program.

Upang matukoy kung karapat-dapat ka para sa mga saklaw na serbisyo ng EWC Program, dapat makumpleto ang lahat ng seksyon ng aplikasyong ito. Ang isang aplikante ay dapat na nakatala sa EWC Program bago mabayaran ng programa ang anumang mga serbisyong saklaw ng programa. Kung ang aplikante ay napatunayang karapat-dapat para sa EWC Program, ang pagpapatala ay para sa isang taon, mula sa oras na ang isang lagda at petsa ay ibinigay sa aplikasyong ito. Pagkatapos ng isang taon, kung gusto ng aplikante na patuloy na makatanggap ng EWC na libreng pagsusuri at diagnostic na serbisyo sa suso at cervical cancer, dapat silang muling magpatala sa isang EWC PCP.

Ang EWC PCP, ang PCP Clinic Staff o isang awtorisadong tao na kumikilos sa ngalan mo ay maaaring makatulong sa iyo na kumpletuhin ang aplikasyong ito.

- Ang mga pahina 1, 2, at 3 ay para sa iyo (ang EWC Applicant) na basahin at panatilihin.
- Ang mga pahina 4, 5, at 6 ay dapat makumpleto upang matukoy kung ikaw ay karapat-dapat.
- Ang mga pahina 7, 8, at 9 ay Mga instruksyon sa Form para sa iyong paggamit upang makumpleto ang mga pahina 4, 5, at 6.
- Ang mga pahina 10-12 ay kinukumpleto at iniingat ng isang EWC PCP para sa Panloob na paggamit.

Pribadong pahayag

Ang application na ito ay tutulong sa pagtukoy kung karapat-dapat ka na makatanggap ng mga saklaw na serbisyo ng EWC Program. Ang pagkumpleto sa aplikasyong ito ay nasa sa iyo. Kung hindi nakumpleto ang aplikasyon, maaaring hindi matukoy ng programa ng EWC kung kwalipikado ka para sa mga serbisyo at maaaring makipag-ugnayan sa iyo ang programa. May karapatan kang ma-access ang iyong mga rekord. Ang iyong mga medikal na rekord ay maaaring maglaman ng personal na impormasyon. Para sa karagdagang impormasyon, at/o upang suriin ang iyong mga rekord, pakisuyong makipag-ugnayan sa EWC Program sa:

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

Ang mga seksyon ng Revenue and Taxation Code 30461.6(f) at (j), at Health and Safety Code sections 104150(b), 104162, at 131085 ay nagpapahintulot sa EWC Program na panatilihin ang impormasyong nakolekta sa application na ito. Dapat naming ibigay sa iyo ang Privacy Statement na ito sa ilalim ng Civil Code seksyon 1798.17.

Every Woman Counts Program – Aplikasyon sa Pagpapatala ng Tatanggap**Pagsusuri sa Unang Antas at Mga Karapatan sa Pormal na Pagdinig para sa Programa ng Every Woman Counts**

Ipapaalam sa iyo ng EWC Program kung ikaw ay o hindi karapat-dapat na lumahok sa programa. Kung hindi ka sumasang-ayon sa desisyon ng pagiging karapat-dapat, may karapatan kang humiling ng pagsusuri sa Unang Antas at/o isang pormal na pagdinig. Bilang karagdagan, mayroon kang karapatan sa pagsusuri sa Unang Antas at/o pormal na pagdinig kung hindi ka sumasang-ayon sa mga saklaw na serbisyo ng EWC Program na iyong natatanggap.

Hindi mo maaaring hamunin ang pamantayan sa pagiging karapat-dapat ng Programa ng EWC, na ginamit upang gawin ang iyong desisyon sa pagiging karapat-dapat. Halimbawa, kung sa tingin mo ay hindi tumugma ang desisyon sa pamantayan sa pagiging karapat-dapat ng EWC Program, maaari kang humiling ng pagsusuri sa Unang Antas at/o isang pormal na pagdinig. Ngunit kung hindi ka sumasang-ayon sa pamantayan sa pagiging karapat-dapat ng programa ng EWC, hindi ka maaaring humingi ng pagsusuri sa unang antas at/o pormal na pagdinig upang subukang baguhin ang pamantayan sa pagiging karapat-dapat ng programa ng EWC. Ang pamantayan sa pagiging karapat-dapat sa EWC ay makukuha online.

Kung nais mong gamitin ang iyong karapatang humiling ng Pagsusuri sa Unang Antas at/o isang pormal na pagdinig, Pakisuyong magsumite ng nakasulat na kahilingan na kinabibilangan ng sumusunod:

- Ang iyong pangalan, address, at numero ng telepono.
- Ang dahilan kung bakit humihiling ka ng pagsusuri sa unang antas at/o pormal na pagdinig.
- Bakit naniniwala kang mali ang desisyon.
- Ang iyong nais na wika kung nahihirapan kang maunawaan ang Ingles.
- Ang pangalan, address, at numero ng telepono ng iyong awtorisadong kinatawan kung pipiliin mong gumamit ng isa.

Pagsusuri sa Unang Antas: Ang nakasulat na kahilingan para sa pagsusuri sa unang antas ay dapat ipadala sa programa ng EWC sa loob ng 20 araw ng desisyon na hindi mo sinasang-ayunan. Pakisuyong panatilihin ang isang kopya ng iyong nakasulat na kahilingan para sa iyong mga rekord. Ang programa ng EWC ay tutugon sa loob ng 30 araw pagkatapos matanggap ang iyong kahilingan.

Ipadala ang iyong kahilingan para sa isang Pagsusuri sa Unang Antas
Department of Health Care Services
Benefits Division/Every Woman Counts Program
Attention: Division Chief
P.O. Box 997417, MS 4601
Sacramento, CA 95899-7417

O I-email ang iyong kahilingan para sa isang Pagsusuri sa Unang Antas:
CancerDetection@dhcs.ca.gov

Maaaring makipag-ugnayan sa iyo ang EWC program para sa karagdagang impormasyon. Ang contact na ito ay maaaring sa pamamagitan ng telepono, pagsulat at/o elektronikong paraan. Ang isang EWC PCP ay maaari ding makipag-ugnayan para sa impormasyon.

Every Woman Counts Program – Aplikasyon sa Pagpapatala ng Tatanggap

Pormal na Pagdinig: Ang nakasulat na kahilingan para sa isang pormal na pagdinig ay dapat ipadala sa Department of Social Services sa loob ng 90 araw ng desisyon na hindi mo sinasang-ayunan. Kung mayroon kang magandang dahilan kung bakit hindi ka nakapagsampa para sa isang pormal na pagdinig sa loob ng 90 araw, maaari ka pa ring humiling ng isang pormal na pagdinig upang maitakda. Pakisuyong panatilihin ang isang kopya ng iyong nakasulat na kahilingan para sa iyong mga rekord.

Ipadala ang iyong kahilingan para sa isang Pormal na Pagdinig

California Department of Social Services

State Hearings Division

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

Sacramento, California 94244-24

Paunawa ng Walang Diskriminasyon

Sumusunod ang DHCS sa mga batas ng mga karapatang sibil ng pederal at estado. Ang DHCS ay hindi nagpapakita ng labag sa batas na diskriminasyon batay sa kasarian, lahi, kulay, relihiyon, angkan, bansang pinagmulan, pagkakakilanlan sa etniko, edad, kapansanan sa pag-iisip, kapansanan sa pisikal, kondisyon sa medikal, impormasyon sa genetika, estado sa pag-aasawa, kasarian, pagkakakilanlan sa kasarian, o sekswal na oryentasyon. Ang DHCS ay hindi nagpapakita ng labag sa batas na pagtangga o ibang pagtrato sa mga tao dahil sa kasarian, lahi, kulay, relihiyon, angkan, bansang pinagmulan, pagkakakilanlan sa etniko, edad, kapansanan sa pag-iisip, kapansanan sa pisikal, kondisyon sa medikal, impormasyon sa genetika, estado sa pag-aasawa, kasarian, pagkakakilanlan sa kasarian, o sekswal oryentasyon.

Upang mabisang makipag-usap, ang DHCS

- Nagbibigay ng mga angkop na tulong at serbisyo para sa mga kwalipikadong taong may kapansanan, kabilang dito ang:
 - Mga kuwalipikadong tagasalin ng senyas na wika
 - Mga dokumento sa braille, malalaking letra, audio, at elektroniko.
 - Mga komunikasyong na madaling ma-access ng mga taong may kapansanan sa pagsasalita, pandinig, o paningin.
- Nagbibigay ng mga libreng serbisyong pang-wika para sa mga taong hindi Ingles ang pangunahing wika, tulad ng:
 - Mga kuwalipikadong interpreter
 - Impormasyong nakasulat sa iba pang mga wika

Kung kailangan mo ng mga serbisyong nabanggit sa itaas, pakisuyong makipag-ugnayan sa DHCS Office of Civil Rights, sa (916)440-7370, #711 (California State Relay) o mag-email CivilRights@dhcs.ca.gov.

Every Woman Counts Program – Aplikasyon sa Pagpapatala ng Tatanggap**Sabihin sa amin ang tungkol sa iyo**¹Pangalan _____ ²Gitnang Pangalan _____ ³Apelyido _____⁴Petsa ng Kapanganakan (MM/DD/YYYY) _____⁵Ano ang iyong kasarian? Babae Lalaki
(i-check ang isa) Transgender (lalaki sa babae) Transgender (babae sa lalaki)⁶Apelyido ng iyong Ina sa kapanganakan (Apelyido sa pagkadalaga) _____⁷Address _____⁸lungsod _____ ⁹Estado _____ ¹⁰Zip Code _____¹¹Numero ng telepono [(area code) number] _____¹²Email address _____¹³Numero ng Social Security (Ilista kung mayroon ka) _____**Sabihin sa amin ang tungkol sa iyong Pamilya/Sambahayan at Kabuuang Kita.
Ang sumusunod na impormasyon ay tumutulong sa amin na magpasya kung ikaw ay
karapat-dapat para sa EWC Program.**

Kailangan nating malaman kung magkano ang perang natatanggap ng lahat sa iyong pamilya/sambahayan bago magbayad ng buwis. Kung nag-file ka ng mga buwis, ito ang iyong "gross income" (bago ang mga buwis at iba pang mga bawas).

¹⁴Ano ang kabuuang bilang ng mga taong naninirahan sa iyong pamilya/sambahayan?¹⁵Ano ang kabuuang kita ng iyong pamilya/sambahayan \$ _____**Ngayon ipalam sa amin ang tungkol sa iyong health insurance** ¹⁶Wala akong health insurance. ¹⁷Mayroon akong health insurance o healthcare plan ngunit hindi ko kayang bayaran ang bahagi ng gastos, mababawas, o kabahagi sa babayaran.**Anong mga serbisyo ng EWC ang kailangan mo? (Lagyan ng tsek ang lahat ng angkop)** ¹⁸Ikaw ba ay 21 taong gulang o mas matanda at gustong magpa-screen para sa cervical cancer? ¹⁹Ikaw ba ay 40 taong gulang o mas matanda at gustong magpa-screen para sa breast cancer? ²⁰Mayroon ka bang mga sintomas sa iyong (mga) suso at gusto ng karagdagang pagsusuri?

Pakisuri kung ano ang mga sintomas sa iyong (mga) suso sa ibaba:

 ²¹Isang pagbabago sa hitsura o pakiramdam ng iyong (mga) suso, gaya ng pagbabago ng kulay, laki, o hugis ²⁴Bukol o matigas na bukol sa iyong (mga) suso ²²Pamamaga o paglapot ng iyong (mga) tissue sa suso ²⁵Inverted na Nipple ²³Discharge mula sa iyong nipple ²⁶Pananakit ng Suso o Nipple ²⁷Iba pa: _____

Every Woman Counts Program – Aplikasyon sa Pagpapatala ng Tatanggap

Sabihin sa amin ang tungkol sa paggamit mo ng tabako

²⁸Naninigarilyo ka ba ngayon?

Hindi Oo

²⁹Gumagamit ka ba ng iba pang produkto ng tabako ngayon?

Hindi Oo.

Pakipaliwanag: _____

Sabihin sa amin ang tungkol sa iyong lahi (Opsyonal at Kumpidensyal): Pakisuyong piliin ang lahat ng naaangkop sa iyo.

HINDI gagamitin ang sumusunod na impormasyon upang magpasya kung karapat-dapat ka sa EWC Program.

³⁰Hispanic o Latina

³¹American Indian o Alaskan Native

³²Asian (Tukuyin sa ibaba)

³³Asian Indian

³⁴Cambodian

³⁵Chinese

³⁶Filipino

³⁷Hmong

³⁸Japanese

³⁹Korean

⁴⁰Laotian

⁴¹Vietnamese

⁴²Iba pang Asian: _____

⁴³Black o African American

⁴⁴Pacific Islander (Tukuyin sa ibaba)

⁴⁵Guamanian

⁴⁶Hawaiian

⁴⁷Samoan

⁴⁸Iba pang

Pacific Islander: _____

⁴⁹White

⁵⁰Iba pa: _____

⁵¹Mas piniling hindi sumagot

Sabihin sa amin ang tungkol sa iyong Gender Identity at Sekswal na Oryentasyon (Opsyonal at Kumpidensyal).

Ang sumusunod na impormasyon ay HINDI gagamitin upang magpasya sa iyong pagiging karapat-dapat sa EWC Program.

Ano ang iyong kasarian? (I-tsek ang kahon na pinakamahusay na naglalarawan sa iyong kasalukuyang pagkakakilanlan ng kasarian).

⁵²Babae

⁵³Lalaki

⁵⁴Transgender (lalaki sa babae)

⁵⁵Transgender (babae sa lalaki)

⁵⁶Non-Binary (hindi babae o lalaki)

⁵⁷Isa pang Gender Identity _____

Anong Kasarian ang nakalista sa orihinal mong birth certificate?

⁵⁸Babae

⁵⁹Lalaki

Ano ang tingin mo sa iyong sarili?

⁶⁰Straight o heterosexual

⁶¹Tomboy o Bakla

⁶²Bisexual

⁶³Queer

⁶⁴Isa pang Sekswal na Oryentasyon: _____

⁶⁵Hindi alam

Every Woman Counts Program – Aplikasyon sa Pagpapatala ng Tatanggap**Mga Deklarasyon (Pakisuyong basahin nang mabuti at lagyan ng lagda ang bawat item)**

66Naiintindihan ko na sa pamamagitan ng paglagda at paglagay ng petsa sa aplikasyong ito, anuman ang paraan - personal, verbal, o elektroniko - ako ay nag-aaplay sa EWC Program(isang programang pinondohan ng gobyerno).

67Pumapayag akong tumanggap ng libreng pagsusuri sa suso at/o cervical cancer at mga serbisyong diagnostic na ibinigay ng EWC Program.

68Naiintindihan ko na ang kasunduang ito ay tatagal ng ISANG TAON mula sa petsa ng paglagda ko sa aplikasyong ito. Kailangan kong kumpletuhin ang isang bagong aplikasyon bawat taon upang ma-enroll sa EWC Program.

69Nauunawaan ko na maaari akong huminto sa pagsali sa EWC Program anumang oras.

70Ipapaalam ko kaagad sa EWC PCP, kung may anumang pagbabago sa aking health insurance information at/o iba pang saklaw na medikal.

71Natanggap at nabasa ko ang Notice of Privacy Practices ng DHCS (hiwalay na form).

72Natanggap ko ang Unang Antas na Pagsusuri at Mga Karapatan sa Pormal na Pagdinig, at Paunawa ng Walang Diskriminasyon (ibinigay sa mga pahina 1, 2, at 3 ng aplikasyong ito).

73Nakatanggap ako ng impormasyon kung paano makatanggap ng libre o murang health insurance (hiwalay na form).

74Ipinapahayag ko sa ilalim ng parusa ng pagsisinungaling sa ilalim ng batas ng Estado ng California na ang impormasyong ibinigay ko sa application na ito ay totoo at tama sa abot ng aking kaalaman. Naiintindihan ko na ang pagbibigay ng maling impormasyon sa application na ito ay maaaring makaapekto sa aking pagiging karapat-dapat na makatanggap ng mga serbisyo sa pag-iwas sa kanser sa pamamagitan ng EWC Program.

75 Ang iyong Lagda _____

Petsa _____

Ang lagda ba ng aplikante ay pinahintulutan sa pamamagitan ng verbal na pagsang-ayon?

Hindi

Oo

76Kung ang isang tao ay kumikilos para sa iyo, (I-PRINT) Pangalan, kaugnayan sa iyo at petsa ngayon.

Pangalan _____

Relasyon _____

Petsa _____

77Kung ang isang tao ay kumikilos para sa iyo, ay ang PCP o PCP Clinic Staff (I-PRINT) Pangalan, Posisyon/Titulo, at ang petsa.

Pangalan _____

Kaugnayan _____

Petsa _____

78Lagda ng Taong Kumikilos para sa iyo:

Pirma _____

Petsa _____

Every Woman Counts Program – Aplikasyon sa Pagpapatala ng Tatanggap

MGA DETALYADONG INSTRUKSIYON PARA SA PAGKUMPLETO NG APPLICATION PARA SA MGA BENEFISYARYO NG EWC

(PAHINA 7 HANGGANG 10)

Sabihin sa amin ang tungkol sa iyo

1. Isulat ang iyong Pangalan.
2. Isulat ang unang letra ng iyong Gitnang Pangalan.
3. Isulat ang iyong Apelyido.
4. Isulat ang petsa ng iyong kaarawan. Gumamit ng 2 numero para sa buwan, 2 numero para sa araw, at 4 na numero para sa taon. Halimbawa, ang Enero 1, 2001, ay magiging 01/01/2001.
5. Kung ang iyong pisikal na kasarian ay babae: suriin ang babae, o kung lalaki: suriin ang lalaki. Kung, ikaw ay transgender na lalaki sa babae: suriin ang transgender (lalaki sa babae). Kung ito ay transgender na babae sa lalaki: suriin ang transgender (babae sa lalaki).
6. Isulat ang apelyido ng iyong ina noong dalaga pa siya. Ito ang orihinal na apelyido niya noong ipinanganak siya.
7. Ilalagay ang numero at pangalan ng kalye kung saan ka nakatira. Halimbawa, 123 Main Street.
8. Isulat ang lungsod kung saan ka nakatira.
9. Isulat ang estado kung saan ka nakatira.
10. Isulat ang zip code kung saan ka nakatira.
11. Isulat ang iyong numero ng telepono. Magsimula sa tatlong-digit na numero para sa area code, na sinusundan ng 8-digit na numero ng telepono.
12. Isulat ang iyong email address.
13. Isulat ang iyong Social Security Number (SSN) kung mayroon ka nito. Hindi tutukuyin ng iyong SSN ang iyong pagiging karapat-dapat.

Sabihin sa amin ang tungkol sa inyong Pamilya/Sambahayan at Kabuuang Kita

14. Isulat ang kabuuang bilang ng mga taong naninirahan sa iyong Pamilya/Sambahayan. Ang Pamilya/Sambahayan ay isang grupo ng dalawa o higit pang mga tao na magkamag-anak sa pamamagitan ng kapanganakan, kasal, o pag-ampon at nakatira nang magkasama. Ginagamit ng EWC ang U.S. Health and Human Services (HHS), Federal Poverty Guidelines, para sa pagiging karapat-dapat sa kita upang kalkulahin ang antas ng iyong kahirapan. Ang lahat ng mga tatanggap ng EWC ay dapat magkaroon ng kita ng Pamilya/Sambahayan sa o mas mababa sa 200 porsiyento ng HHS Federal Poverty Guidelines.
15. Isulat ang kabuuang halaga ng pera na natatanggap ng iyong Pamilya/Sambahayan (bago ilapat ang mga buwis at iba pang bawas). Kasama sa iyong Pamilya/Sambahayan ang kabuuang bilang ng mga taong ipinasok mo sa linya 14 na nabubuhay sa kabuuang halagang ito ng pera.

Ngayon ipalam sa amin ang tungkol sa iyong health insurance

16. Lagyan ng check ang kahon na ito kung wala kang anumang health insurance.
17. Lagyan ng check ang kahong ito kung mayroon kang health insurance, o healthcare plan ngunit hindi kayang magbayad ng bahagi ng gastos, mababawas, at o isang kabahagi sa babayaran.

Anong mga serbisyo ng EWC ang kailangan mo(I-check ang lahat ng angkop)

18. I-check ang kahon na ito kung ikaw ay 21 taong gulang, o mas matanda pa at gusto mong magpasuri para sa cervical cancer.

Every Woman Counts Program – Aplikasyon sa Pagpapatala ng Tatanggap

19. I-check ang kahon na ito kung ikaw ay 40 taong gulang, o mas matanda at gusto mong magpa-screen para sa breast cancer.
20. I-check ang kahon na ito kung mayroon kang mga sintomas sa iyong mga suso at gusto mong makatanggap ng mga serbisyo sa pagsusuri sa breast cancer.
21. I-check ang kahon na ito kung nagbago ang laki, kulay, o hugis ng iyong (mga) suso.
22. I-check ang kahong ito kung mayroong anumang pamamaga o paglapot ng iyong (mga) tissue sa suso.
23. I-check ang kahon na ito kung mayroong anumang discharge mula sa iyong nipple.
24. I-check ang kahong ito kung may bukol o matigas na bukol sa iyong (mga) suso na maaari mong maramdaman.
25. I-check ang kahon na ito kung mayroon kang Inverted Nipple
26. I-check ang kahon na ito kung nakakaranas ka ng Pananakit ng Suso o Nipple
27. I-check ang kahong ito kung ang iyong (mga suso) ay may iba pang sintomas). Isulat ang iyong (mga) sintomas.

Sabihin sa amin ang tungkol sa paggamit mo ng tabako

28. Kung hindi ka naninigarilyo ngayon, i-check ang kahon ng HINDI. Kung naninigarilyo ka ng tabako, i-check ang kahon ng OO.
29. Kung hindi ka gumagamit ng iba pang produkto ng tabako, i-check ang kahon ng HINDI. Kung gumagamit ka ng ibang mga produktong tabako, i-check ang kahon ng Oo, at isulat kung anong mga produktong tabako ang iyong ginagamit.

Sabihin sa amin ang tungkol sa iyong lahi

30. I-check ang kahong ito kung, ang iyong lahi ay puro o may lahing Hispanic o Latina.
31. I-check ang kahong ito kung, ang iyong lahi ay puro o may lahing American Indian o Alaskan Native.
32. I-check ang kahong ito kung, ang iyong lahi ay puro o may lahing Asian.
33. I-check ang kahon na ito kung, ang iyong lahi ay puro o may lahing Asian Indian.
34. I-check ang kahong ito kung, ang iyong lahi ay puro o may lahing Cambodian.
35. I-check ang kahong ito kung, ang iyong lahi ay puro o may lahing Chinese.
36. I-check ang kahon na ito kung, ang iyong lahi ay puro o may lahing Filipino.
37. I-check ang kahong ito kung, ang iyong lahi ay puro o may lahing Hmong.
38. I-check ang kahong ito kung ang iyong lahi ay puro o may lahing Japanese.
39. I-check ang kahong ito kung, ang iyong lahi ay puro o may lahing Korean.
40. I-check ang kahon na ito kung, ang iyong lahi ay puro o may lahing Laotian.
41. I-check ang kahon na ito kung, ang iyong lahi ay puro o may lahing Vietnamese.
42. I-check ang kahong ito kung, ang iyong lahi ay puro o may bahagi ng ibang lahi ng Asian. Isulat ang iyong lahi.
43. I-check ang kahong ito kung, ang iyong lahi ay puro o may lahing Black o African American.
44. I-check ang kahong ito kung, ang iyong lahi ay puro o may lahing Pacific Islander at pakisuyong tukuyin.
45. I-check ang kahong ito kung, ang iyong lahi ay puro o may lahing Guamanian.
46. I-check ang kahong ito kung, ang iyong lahi ay puro o may lahing Hawaiian.
47. I-check ang kahong ito kung, ang iyong lahi ay puro o may lahing Samoan.

Every Woman Counts Program – Aplikasyon sa Pagpapatala ng Tatanggap

48. I-check ang kahong ito kung, ang iyong lahi ay puro o may lahing Pacific Islander at pakisuyong tukuyin ang iba.
49. I-check ang kahong ito kung, ang iyong lahi ay puro o may lahing White.
50. I-check ang kahong ito kung, ang iyong lahi ay puro o bahagi ng isang lahi na hindi nakalista. Isulat ang iyong lahi.
51. I-check ang kahong ito kung, ayaw mong sabihin ang iyong lahi.

Sabihin sa amin ang tungkol sa iyong Gender Identity at Sekswal na Oryentasyon (Opsyonal at Kumpidensyal)

52. I-check ang kahon na ito kung, ikaw ay nakikilala bilang isang babae.
53. I-check ang kahon na ito kung, ikaw ay nakikilala bilang isang lalaki.
54. I-check ang kahon na ito kung, ikaw ay nakikilala bilang isang babae ngunit nakilala bilang isang lalaki sa kapanganakan.
55. I-check ang kahon na ito kung, nakilala ka bilang isang lalaki ngunit nakilala bilang isang babae sa kapanganakan.
56. I-check ang kahon na ito kung, ang iyong pagkakakilanlan ng kasarian ay non-binary (hindi babae o lalaki).
57. I-check ang kahong ito kung naaangkop, at maglista ng ibang pagkakakilanlan ng kasarian.
58. I-check ang kahon na ito kung, ikaw ay ipinanganak na babae.
59. I-check ang kahon na ito kung, ipinanganak kang lalaki.
60. I-check ang kahon na ito kung, ang iyong sekswal na oryentasyon ay tuwid o heterosexual (sekswal na naaakit sa opposite sex).
61. I-check ang kahon na ito kung, ang iyong sekswal na oryentasyon ay Tomboy o bakla (sekswal na naaakit sa same sex).
62. I-check ang kahon na ito kung, ang iyong sekswal na oryentasyon ay bisexual (sekswal na naaakit sa kapwa lalaki at babae).
63. I-check ang kahong ito kung, ang iyong sekswal na oryentasyon ay kakaiba (hindi eksklusibong heterosexual).
64. I-check ang kahong ito kung naaangkop at sumulat ng isa pang oryentasyong sekswal.
65. I-check ang kahon na ito kung, hindi mo alam ang iyong sekswal na oryentasyon.

Mga Deklarasyon, Nakumpletong application at Pahintulot ng Pasyente: Lagda at Pirma

66. Basahin ang pangungusap at isulat ang iyong mga lagda sa linya. Isinasaad mo ang iyong pag-unawa na ikaw ay nag-aaplay para sa pagiging karapat-dapat sa programa, upang lumahok sa Programa ng EWC.
67. Basahin ang pangungusap at isulat ang iyong mga lagda sa linya. Isinasaad mo na pumapayag kang tumanggap ng libreng EWC Program sa screening at diagnostic na mga serbisyo sa breast at cervical cancer.
68. Basahin ang pangungusap at isulat ang iyong mga lagda sa linya. Isinasaad mo na nauunawaan mo na ang kasunduang ito upang makilahok, sa Programa ng EWC, ay magtatagal ng isang taon mula sa oras na iyong LAGDAAN at PETAHAN ang aplikasyong ito. Dapat mong kumpletuhin ang isang bagong application bawat taon pagkatapos ng 12 buwang panahon.
69. Basahin ang pangungusap at isulat ang iyong mga lagda sa linya. Sa pamamagitan ng pagsisimula ay nauunawaan mo na maaari kang huminto sa paglahok sa EWC Program anumang oras.

Every Woman Counts Program – Aplikasyon sa Pagpapatala ng Tatanggap

70. Basahin ang pangungusap at isulat ang iyong mga lagda sa linya. Isinasaad mo na ipapaalam mo kaagad sa iyong EWC PCP kung mayroong anumang mga pagbabago sa iyong health insurance o iba pang saklaw na medikal.
71. Basahin ang pangungusap at isulat ang iyong mga lagda sa linya. Isinasaad mong nakatanggap ka ng DHCS Notice of Privacy Practices (NPP ay isang hiwalay na form).
72. Basahin ang pangungusap at isulat ang iyong mga lagda sa linya isinasaad Mo na nakatanggap ka ng impormasyon sa Unang Antas na Pagsusuri at Mga Karapatan sa Pormal na Pagdinig, at Paunawa ng Walang Diskriminasyon (ipinahiwatig sa mga pahina 1, 2, at 3 ng application ng ito).
73. Basahin ang pangungusap at isulat ang iyong mga lagda sa linya. Isinasaad mo na ipinaalam sa iyo ng iyong EWC PCP, kung paano makakuha ng libre o murang health insurance.
74. Basahin ang mga pangungusap 66 hanggang 74 at isulat ang iyong mga lagda sa bawat linya. Ipinapahayag mo na ang impormasyong ibinigay sa application na ito ay totoo at tama sa abot ng iyong kaalaman. Naiintindihan mo rin na ang pagbibigay ng maling impormasyon, sa application na ito, ay maaaring makaapekto sa iyong pagiging karapat-dapat na tumanggap ng mga serbisyo sa pagsusuri at diagnostic ng breast at cervical cancer sa pamamagitan ng EWC Program.
75. Isulat (LAGDA at PETA) ang iyong pangalan at petsa ngayon. Kung ang aplikante ay nagbibigay ng verbal pahintulot, ang PCP at/o Clinic Staff ay kailangang isulat (I-PRINT) ang pangalan ng mga aplikante at I-check ang HINDI o OO.
76. Isulat (I-PRINT) ang pangalan, petsa, at kaugnayan ng taong awtorisadong kumilos sa ngalan mo at tumutulong sa iyo sa pagkumpleto sa application na ito.
77. Isulat (I-PRINT) ang pangalan ng PCP, o PCP Clinic Staff (isama ang Posisyon/Titulo), at petsa, ng taong kumikilos sa ngalan mo at tumutulong sa iyo sa pagkumpleto ng application na ito.
78. Isulat ang (LAGDA) ng tao mula sa linya 77 o 78 at isulat ang petsa ngayon. PARA sa EWC Primary Care Provider (PCP)

Every Woman Counts Program – Aplikasyon sa Pagpapatala ng Tatanggap**PARA sa EWC Primary Care Provider (PCP)
PARA SA INTERNAL NA PAGGAMIT LAMANG (PAHINA 11 Hanggang 14)**

Kapag nakakuha ng verbal pagsang-ayon, punan ang bawat patlang ng application, sa ngalan ng aplikante, batay sa mga verbal na sagot ng aplikante. Hilingin sa indibidwal/Awtorisadong Kinatawan na verbal na tanggapin ang kanilang pahintulot.

- 1. Pangalan ng Aplikante ng EWC (I-PRINT) _____
- 2. Medical Record Number _____
- 3. ID ng tatanggap _____

MGA PAMANTAYAN SA KARAPAT-DAPATPaninirahan

- 4. Nakatira sa California

Kita ng Sambahayan

- 5. Ang Kita ng Pamilya/Sambahayan ay nasa o mas mababa sa 200 porsyento ng HHS Federal Poverty Guidelines.

Health Insurance

- 6. Walang insurance
- 7. HINDI kayang magbayad ng bahagi ng gastos, mababawas, at o kabahagi sa babayaran.

Mga serbisyo ng EWC program

- 8. Nangangailangan ng mga serbisyong diagnostic ng breast cancer para sa, isang nagpapakilalang aplikante ng EWC sa anumang edad.
- 9. Nangangailangan ng pagsusuri sa breast cancer at/o cervical cancer, sa inirerekomendang edad para sa (mga) serbisyo

Ibinigay ko sa aplikante ng EWC program ang sumusunod na impormasyon:

- 10. Binigyan ko ang aplikante ng EWC ng Paunawa ng DHCS sa Mga Kasanayan sa Pagkapribado
- 11. Binigyan ko ang aplikante ng EWC ng Pagsusuri sa Unang Antas ng DHCS at Mga Karapatan sa Pormal na Pagdinig, at Paunawa ng Walang Diskriminasyon
- 12. Binigyan ko ang aplikante ng EWC ng impormasyon tungkol sa kung paano makakuha ng libre at murang health insurance.

Pagtukoy ng Kwalipikasyon:

- 13. Natukoy kong natutugunan ng aplikante ng EWC ang LAHAT ng mga kinakailangan sa pagiging karapat-dapat sa programa ng EWC.
- 14. Natukoy ko na HINDI natutugunan ng aplikante ng EWC ang mga kinakailangan sa pagiging karapat-dapat sa EWC Program.

Every Woman Counts Program – Aplikasyon sa Pagpapatala ng TatanggapPaggamit ng Tabako (kung karapat-dapat para sa EWC)

15. Tinasa ng PCP ang paggamit ng tabako at katayuan ng mga aplikante:
- Natukoy ko na GUMAMIT ang aplikante ng mga produktong tabako at isinangguni ang mga ito sa naaangkop na mga mapagkukunan ng pagtigil sa paninigarilyo. Sinigurado kong may check ang kahon ng OO.
 - Natukoy ko na ang aplikante ay HINDI naninigarilyo ng tabako, at kung naaangkop ay may check ang kahon na Hindi.
 - Kung gumagamit nga ang aplikante ng mga produktong tabako, natukoy ko kung anong mga partikular na produkto ang ginagamit. Tiniyak ko na ang mga partikular na produktong tabako na ginamit ay isinulat.
16. Ang mga linya 76, 77, at 78 ay nai-print o nilagdaan at napetsahan. (Pahina 6 at 12)
- Isulat ang pangalan at petsa ng mga aplikante sa linya ng lagda 75 (Pahina 6)
 - Tukuyin kung ang pirma ng aplikante ay pinahintulutan sa pamamagitan ng verbal na pahintulot at i-check ang OO o HINDI Mga Kahon na kasama sa linya 75 (Pahina 6).
 - Kung naaangkop at ikaw ay ang PCP Clinic Staff, I-print ang iyong pangalan, Posisyon/Titulo, at petsa sa linya 76 at 17 (Pahina 6 at 12)
 - Kung ikaw ay isang PCP, isulat (I-PRINT at LAGDAAN) ang iyong pangalan at petsa sa linya 78 at linya 19 (Pahina 6 at 12).
17. Kung naaangkop, (I-print) ang Pangalan ng Staff ng PCP Clinic (Isama ang Posisyon/Titulo) sa linya 76 at linya 17.

Pangalan _____ Position/Titulo _____ Petsa _____

18. Nakuha ko ang lahat ng naaangkop na naka-print na pangalan, lagda, titulo (kung naaangkop) at mga petsa para sa aplikanteng ito ng EWC upang simulan ang pagtukoy sa pagiging karapat-dapat at pahintulot ng programa, upang makatanggap ng mga klinikal na serbisyo ng EWC. Kabilang dito ang mga Lagda at petsang ibinigay sa mga linya 76, 77, at 78 (Pahina 6).
19. NILAGDAAN at PINETSAHAN ng EWC PCP itong DHCS 8699 Form para kumpirmahin ang pagiging karapat-dapat (Pahina 12 ng 14).

Lagda ng PCP/Staff _____ Petsa _____

20. Maglagay at magpanatili ng kopya ng application sa EWC Applicant/Recipient Medical File.

Every Woman Counts Program – Aplikasyon sa Pagpapatala ng Tatanggap**Impormasyon ng Aplikante ng EWC Program**

1. I-check ang kahon na ito kung, isinulat mo ang pangalan ng aplikante ng EWC (Pangalan, Gitnang Inisyal, Apelyido).
2. I-check ang kahon na ito kung, isinulat mo ang EWC applicant Medical Record Number.
3. I-check ang kahong ito kung, isinulat mo ang EWC applicant assigned Recipient ID.
4. I-check ang kahon na ito kung, ang aplikante ng EWC ay nakatira sa California.
5. I-check ang kahon na ito kung, ang kita ng Pamilya/Sambahayan ng aplikante ng EWC ay nasa o mas mababa sa 200 porsiyento ng Federal Poverty Guidelines. Ito ay batay sa bilang ng mga tao sa Pamilya/Sambahayan. Kasalukuyang Health and Human Services, Federal Poverty Guidelines ay matatagpuan sa EWC website: <https://dhcs.ca.gov/EWC>
6. I-check ang kahon na ito kung, ang aplikante ay walang insurance (walang health insurance).
7. I-check ang kahong ito kung, ang aplikante ng EWC ay underinsured, may health insurance o healthcare plan, ngunit hindi kayang magbayad ng bahagi ng gastos, mababawas, at/o kabahagi sa babayaran.
8. I-check ang kahon na ito kung, ang aplikante ng EWC ay may mga sintomas ng breast cancer at nangangailangan ng mga serbisyong diagnostic.
9. I-check ang kahon na ito kung, ang aplikante ng EWC ay 21 taong gulang o mas matanda at nangangailangan ng mga serbisyo sa pagsusuri at diagnostic ng cervical cancer. O kung ang aplikante ng EWC ay edad 40 o mas matanda at nangangailangan ng mga serbisyo sa pagsusuri at diagnostic ng breast cancer.
10. I-check ang kahong ito kung, nagbigay ka ng Paunawa ng DHCS sa Mga Kasanayan sa Pagkapribado sa aplikante.
11. I-check ang kahon na ito kung, binigyan mo ang aplikante ng EWC ng pahayag ng Paunawa ng Mga Kasanayan sa Pagkapribado, Pagsusuri sa Unang Antas at Mga Karapatan sa Pormal na Pagdinig, at Paunawa ng Walang Diskriminasyon.
12. I-check ang kahon na ito kung, binigyan mo ang aplikante ng EWC ng impormasyon tungkol sa kung paano makakuha ng libre at murang healthcare insurance.
13. I-check ang kahon na ito kung, natutugunan ng aplikante ng EWC ang lahat ng pamantayan sa pagiging karapat-dapat ng EWC Program.
14. I-check ang kahon na ito kung, hindi natutugunan ng aplikante ng EWC ang lahat ng pamantayan sa pagiging karapat-dapat ng EWC Program.
 - a. Payuhan ang aplikante ng EWC kung hindi sila karapat-dapat na tumanggap ng mga saklaw na serbisyo ng EWC Program, at maaari silang umapela ng desisyon.
15. I-check ang kahong ito kung, ang aplikante ay karapat-dapat para sa EWC Program, i-check ang kahon na ito kung tinalakay ng PCP ang paggamit ng tabako sa aplikante.
16. I-check ang kahong ito kung, nilagdaan mo ang iyong pangalan at nagbigay ng petsa ngayong araw. I-print ang iyong buong pangalan sa susunod na linya.
17. I-check ang kahong ito kung, nakuha mo ang naaangkop na mga lagda, datos, at pahintulot ng tatanggap upang matukoy na ang tatanggap ng programang EWC na ito ay karapat-dapat na magpatala sa Programa ng EWC at tumanggap ng mga serbisyong saklaw ng programa.
18. I-check ang kahon na ito para isaad na nakuha mo na ang lahat ng kinakailangang lagda, petsa, titulo (kung naaangkop), at pahintulot ng aplikante ng EWC. Ang nakasulat na lagda, at petsa ng aplikante ng EWC ay dapat ibigay at idokumento, nang personal, verbally or electronically ng

Every Woman Counts Program – Aplikasyon sa Pagpapatala ng Tatanggap

aplikante o awtorisadong tao na kumikilos sa ngalan ng aplikante ng EWC, gaya ng nakasaad sa mga linya 76 at 77 (Pahina 6).

19. I-check ang kahong ito kung, nagsama ka ng Lagda ng PCP/Staff at petsa sa (Pahina 12 ng 14).

20. I-check ang kahon na ito kung, naglagay at nagpanatili ka ng kopya ng aplikasyong ito sa EWC Applicant Medical File.