

**โครงการให้ความช่วยเหลือสำหรับผู้หญิงทุกคน – การสมัครลงทะเบียนผู้รับประโยชน์**

ขอขอบคุณที่ให้ความสนใจในโครงการให้ความช่วยเหลือสำหรับผู้หญิงทุกคน (Every Woman Counts, EWC) ของกรมบริการดูแลสุขภาพ (DHCS) รัฐแคลิฟอร์เนีย EWC ให้บริการตรวจคัดกรองและวินิจฉัยมะเร็งเต้านมและมะเร็งปากมดลูกฟรีแก่ผู้ที่อาศัยอยู่ในแคลิฟอร์เนีย หากคุณต้องการการรักษา ผู้ให้บริการปฐมภูมิ EWC (EWC PCP) สามารถช่วยให้คุณลงทะเบียนในโครงการรักษามะเร็งเต้านมและมะเร็งปากมดลูกของ DHCS ได้

เพื่อสามารถพิจารณาการมีสิทธิ์รับบริการที่ครอบคลุมของโครงการ EWC คุณต้องกรอกข้อมูลทุกส่วนในใบสมัครให้ครบถ้วน ผู้สมัครจะต้องลงทะเบียนในโครงการ EWC ก่อน โครงการจึงจะสามารถชำระค่าบริการที่ครอบคลุมได้ หากพบว่าผู้สมัครมีสิทธิ์เข้าร่วมโครงการ EWC การลงทะเบียนจะมีระยะเวลาหนึ่งปี นับจากวันที่มีการลงลายมือชื่อ และวันที่ในใบสมัคร หลังจากหนึ่งปีหากผู้สมัครต้องการรับบริการตรวจคัดกรองและวินิจฉัยมะเร็งเต้านมและมะเร็งปากมดลูกของ EWC ฟรีต่อไป จะต้องลงทะเบียนกับ EWC PCP อีกครั้ง

**EWC PCP, เจ้าหน้าที่คลินิก PCP**

หรือบุคคลที่ได้รับอนุญาตให้ดำเนินการในนามของคุณสามารถช่วยคุณกรอกใบสมัครได้

- หน้า 1, 2 และ 3 มีไว้ให้คุณ (ผู้สมัคร EWC) อ่านและเก็บไว้
- ต้องกรอกข้อมูลหน้า 4, 5 และ 6 ให้ครบถ้วนเพื่อพิจารณาว่าคุณจะมีสิทธิ์หรือไม่
- หน้า 7, 8, 9 และ 10 คือ คำแนะนำการกรอกแบบฟอร์มสำหรับคุณ ใช้กรอกข้อมูลหน้า 4, 5 และ 6 ให้ครบถ้วน
- ผู้กรอกข้อมูลหน้า 11-13 และเก็บไว้คือ EWC PCP สำหรับการใช้งานภายใน

**คำชี้แจงความเป็นส่วนตัว**

ใบสมัครนี้จะช่วยในการพิจารณาการมีสิทธิ์ในการรับบริการที่ครอบคลุมของโครงการ EWC คุณสามารถเลือกที่จะกรอกใบสมัครให้ครบถ้วนได้ หากกรอกใบสมัครไม่ครบถ้วน โครงการ EWC อาจไม่สามารถพิจารณาได้ว่าคุณมีคุณสมบัติในการรับบริการหรือไม่ และทางโครงการอาจติดต่อคุณ คุณมีสิทธิ์ในการเข้าถึงบันทึกของคุณ ข้อมูลในเวชระเบียนอาจมีข้อมูลส่วนบุคคล หากต้องการข้อมูลเพิ่มเติม และ/หรือตรวจสอบบันทึกของคุณ โปรดติดต่อโครงการ EWC ที่:

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

ประมวลรัษฎากรและการเก็บภาษีอากรมาตรา 30461.6(f) และ (j)  
และประมวลกฎหมายสุขภาพและความปลอดภัยมาตรา 104150(b), 104162 และ 131085 อนุญาตให้โครงการ EWC เก็บข้อมูลที่รวบรวมได้ในใบสมัคร เราต้องแจ้งคำชี้แจงความเป็นส่วนตัวนี้ให้คุณทราบภายใต้ประมวลกฎหมายแพ่งมาตรา 1798.17

**โครงการให้ความช่วยเหลือสำหรับผู้หญิงทุกคน – การสมัครลงทะเบียนผู้รับประโยชน์****การทบทวนระดับแรกและสิทธิในการพิจารณาคดีอย่างเป็นทางการสำหรับโครงการให้ความช่วยเหลือสำหรับผู้หญิงทุกคน**

คุณจะได้รับแจ้งจากโครงการ EWC ว่าคุณมีสิทธิ์หรือไม่มีสิทธิ์เข้าร่วมโครงการ หาก你不เห็นด้วยกับการตัดสินใจสิทธิ์ดังกล่าว คุณมีสิทธิ์ที่จะขอให้มีการทบทวนระดับแรกและ/หรือการพิจารณาคดีอย่างเป็นทางการ นอกจากนี้ คุณยังมีสิทธิ์ที่จะขอให้มีการทบทวนระดับแรกและ/หรือการพิจารณาคดีอย่างเป็นทางการ หาก你不เห็นด้วยกับบริการที่ครอบคลุมของโครงการ EWC ที่คุณได้รับ

คุณไม่สามารถคัดค้านเกณฑ์การมีสิทธิ์ของโครงการ EWC ซึ่งใช้ในการตัดสินใจสิทธิ์ของคุณได้ ตัวอย่างเช่น หาก你不คิดว่า การตัดสินใจไม่ตรงตามเกณฑ์การมีสิทธิ์ของโครงการ EWC คุณอาจขอให้มีการทบทวนระดับแรกและ/หรือการพิจารณาคดีอย่างเป็นทางการได้ แต่หาก你不เห็นด้วยกับเกณฑ์การมีสิทธิ์ของโครงการ EWC คุณไม่สามารถขอให้มีการทบทวนระดับแรกและ/หรือการพิจารณาคดีอย่างเป็นทางการเพื่อพยายามเปลี่ยนเกณฑ์การมีสิทธิ์ของโครงการ EWC ทั้งนี้สามารถรายละเอียดเกณฑ์ดังกล่าวของ EWC ได้ทางออนไลน์

หาก你不ประสงค์จะใช้สิทธิ์เพื่อขอให้มีการทบทวนระดับแรกและ/หรือการพิจารณาคดีอย่างเป็นทางการ โปรดส่งคำขอเป็นลายลักษณ์อักษรที่ประกอบด้วยรายละเอียดดังต่อไปนี้:

- ชื่อ ที่อยู่ และหมายเลขโทรศัพท์ของคุณ
- เหตุผลที่คุณขอให้มีการทบทวนระดับแรกและ/หรือการพิจารณาคดีอย่างเป็นทางการ
- เหตุผลที่คุณเชื่อว่าการตัดสินใจไม่ถูกต้อง
- ภาษาที่ต้องการ หาก你不มีปัญหาในการเข้าใจภาษาอังกฤษ
- ชื่อ ที่อยู่ และหมายเลขโทรศัพท์ของตัวแทนที่ได้รับอนุญาตจากคุณ หาก你不เลือกที่จะใช้ตัวแทน

**การทบทวนระดับแรก:** จะต้องส่งคำขอการทบทวนระดับแรกที่เป็นลายลักษณ์อักษรไปยังโครงการ EWC ภายใน 20 วันนับจากวันที่你不เห็นด้วยกับการตัดสินใจ โปรดเก็บสำเนาคำขอที่เป็นลายลักษณ์อักษรนั้นไว้เป็นหลักฐาน โครงการ EWC จะตอบกลับภายใน 30 วันนับจากวันที่ได้รับคำขอของคุณ

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

หรือ อีเมลคำขอการทบทวนระดับแรกไปที่:  
[CancerDetection@dhcs.ca.gov](mailto:CancerDetection@dhcs.ca.gov)

โครงการ EWC อาจติดต่อคุณเพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติม อาจเป็นการติดต่อทางโทรศัพท์ ไปรษณีย์ และ/หรือทางอิเล็กทรอนิกส์ อาจมีการติดต่อ EWC PCP เพื่อขอข้อมูลด้วยเช่นกัน

**การพิจารณาคดีอย่างเป็นทางการ:**

จะต้องส่งคำขอการพิจารณาคดีอย่างเป็นทางการที่เป็นลายลักษณ์อักษรไปยังกรมบริการสังคมภายใน 90 วันนับจากวันที่你不เห็นด้วยกับการตัดสินใจ หาก你不มีเหตุผลที่ดีที่ไม่สามารถยื่นคำขอการพิจารณาคดีอย่างเป็นทางการได้ภายใน 90 วัน คุณยังคงขอให้มีการพิจารณาคดีอย่างเป็นทางการได้ โปรดเก็บสำเนาคำขอที่เป็นลายลักษณ์อักษรไว้เป็นหลักฐาน

ส่งไปรษณีย์คำขอการพิจารณาคดีอย่างเป็นทางการ  
California Department of Social Services  
State Hearings Division  
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-442  
Sacramento, California 94244-24

**ประกาศเรื่องการไม่เลือกปฏิบัติ**

DHCS ปฏิบัติตามกฎหมายสิทธิพลเมืองของรัฐบาลกลางและของรัฐ DHCS ไม่มีการเลือกปฏิบัติโดยผิดกฎหมาย อันเนื่องมาจากเพศ เชื้อชาติ สีผิว ศาสนา บรรพบุรุษ ชาติกำเนิด ลักษณะของกลุ่มชาติพันธุ์ อายุ ความบกพร่องทางจิต ความบกพร่องทางร่างกาย โรคประจำตัว ข้อมูลทางพันธุกรรม สถานภาพการสมรส เพศ อัตลักษณ์ทางเพศ หรือรสนิยมทางเพศ DHCS ไม่มีการกีดกันผู้คนที่ปฏิบัติต่อพวกเขาแตกต่างกันอย่างผิดกฎหมาย อันเนื่องมาจากเพศ เชื้อชาติ สีผิว ศาสนา บรรพบุรุษ ชาติกำเนิด ลักษณะของกลุ่มชาติพันธุ์ อายุ ความบกพร่องทางจิต ความบกพร่องทางร่างกาย โรคประจำตัว ข้อมูลทางพันธุกรรม สถานภาพการสมรส เพศ อัตลักษณ์ทางเพศ หรือรสนิยมทางเพศ

## เพื่อการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ DHCS

- ให้ความช่วยเหลือและบริการที่เหมาะสมสำหรับผู้ที่มีความบกพร่องที่มีความสามารถ ได้แก่:
  - ล่ามภาษามือที่ผ่านการรับรอง
  - เอกสารที่มีอักษรเบรลล์ ตัวพิมพ์ขนาดใหญ่ มีเสียง และเอกสารทางอิเล็กทรอนิกส์
  - การสื่อสารเข้าถึงได้สำหรับผู้ที่มีความบกพร่องในการพูด การได้ยิน หรือการมองเห็น
- ให้บริการด้านภาษาฟรีแก่ผู้ที่ไม่ได้ใช้ภาษาอังกฤษเป็นภาษาหลัก เช่น:
  - ล่ามที่ผ่านการรับรอง
  - ข้อมูลที่เขียนเป็นภาษาอื่น

หากคุณต้องการบริการที่กล่าวถึงข้างต้น โปรดติดต่อสำนักงานสิทธิพลเมือง DHCS ที่หมายเลข (916)440-7370, #711 (รีเลย์รัฐแคลิฟอร์เนีย) หรือทางอีเมล [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov)

## โครงการให้ความช่วยเหลือสำหรับผู้หญิงทุกคน – การสมัครลงทะเบียนผู้รับประโยชน์

## แจ้งข้อมูลเกี่ยวกับตัวคุณ

- 1 ชื่อตัว \_\_\_\_\_ 2 อักษรแรกของชื่อกลาง \_\_\_\_\_ 3 ชื่อสกุล \_\_\_\_\_
- 4 วันเกิด (ดต/วว/ปปปป) \_\_\_\_\_
- 5 เพศของคุณคือข้อใด  เพศหญิง  เพศชาย  
(เลือกหนึ่งข้อ)  คนข้ามเพศ (เพศชายเป็นเพศหญิง)  คนข้ามเพศ (เพศหญิงเป็นเพศชาย)
- 6 ชื่อสกุลของมารดาเมื่อแรกเกิด (นามสกุลเดิม) \_\_\_\_\_
- 7 ที่อยู่ \_\_\_\_\_
- 8 เมือง \_\_\_\_\_ 9 รัฐ \_\_\_\_\_ 10 รหัสไปรษณีย์ \_\_\_\_\_
- 11 หมายเลขโทรศัพท์ [(รหัสพื้นที่) หมายเลข] \_\_\_\_\_
- 12 ที่อยู่อีเมล \_\_\_\_\_
- 13 หมายเลขประกันสังคม (โปรดระบุ ถ้าคุณมี) \_\_\_\_\_

แจ้งข้อมูลเกี่ยวกับครอบครัว/ครัวเรือนและรายได้รวมของคุณ  
ข้อมูลต่อไปนี้จะช่วยเราตัดสินใจว่าคุณมีสิทธิ์เข้าร่วมโครงการ EWC หรือไม่

เราจำเป็นต้องทราบว่าทุกคนในครอบครัว/ครัวเรือนของคุณได้รับเงินเท่าไรก่อนที่จะเสียภาษี หากคุณเป็นคนยื่นภาษี จำนวนนี้คือ "รายได้รวม" ของคุณ (ก่อนหักภาษีและหักค่าอื่น ๆ)

- 14 คนที่อาศัยอยู่ในครอบครัว/ครัวเรือนของคุณมีจำนวนทั้งหมดเท่าไร \_\_\_\_\_
- 15 รายได้ทั้งหมดของครอบครัว/ครัวเรือนของคุณคือเท่าไร \$ \_\_\_\_\_

## ตอนนี้โปรดแจ้งให้เราทราบเกี่ยวกับการประกันสุขภาพของคุณ

- 16 ฉันไม่มีประกันสุขภาพ  17 ฉันมีประกันสุขภาพหรือแผนดูแลสุขภาพ แต่ไม่สามารถจ่ายส่วนแบ่งค่าใช้จ่าย ค่าเสียหายส่วนแรก หรือจ่ายร่วมได้

## บริการ EWC อะไรบ้างที่คุณต้องการ (เลือกทุกข้อที่ใช้)

- 18 คุณอายุ 21 ปีขึ้นไป และต้องการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกใช่หรือไม่
- 19 คุณอายุ 40 ปีขึ้นไป และต้องการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมใช่หรือไม่
- 20 คุณมีอาการที่เต้านมและต้องการการตรวจเพิ่มเติมใช่หรือไม่
- โปรดเลือกอาการที่เต้านมข้างใดข้างหนึ่งหรือทั้งสองข้างด้านล่าง:
- 21 ลักษณะภายนอกดูเปลี่ยนไปหรือรู้สึกว้าวุ่นไป เช่น สี ขนาด หรือรูปร่างที่เปลี่ยนไป  24 มีก้อนหรือปุ่มแข็งที่เต้านม
- 22 เนื้อเยื่อเต้านมบวมหรือหนาขึ้น  25 หัวนมบอด
- 23 มีของเหลวไหลออกมาจากหัวนม  26 เจ็บเต้านมหรือหัวนม
- 27 อื่น ๆ: \_\_\_\_\_

## โครงการให้ความช่วยเหลือสำหรับผู้หญิงทุกคน – การสมัครลงทะเบียนผู้รับประโยชน์

## แจ้งข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยาสูบ

28 คุณสูบบุหรี่ใช่หรือไม่  ไม่ใช่  ใช่29 คุณใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบอื่น ๆ ใช่หรือไม่  ไม่ใช่  ใช่ โปรดระบุ: \_\_\_\_\_

## แจ้งข้อมูลเกี่ยวกับเชื้อชาติของคุณ (ตอบหรือไม่ตอบก็ได้และเป็นความลับ): โปรดเลือกทุกข้อที่ใช้ ข้อมูลต่อไปนี้จะไม่ถูกนำมาใช้ในการตัดสินใจการมีสิทธิ์ในโครงการ EWC

 30 ฮิสแปนิกหรือลาติน 31 ชาวพื้นเมืองอเมริกันอินเดียนหรืออลาสก้า 32 เอเชีย (ระบุด้านล่าง) 33 เอเชียเชื้อสายอินเดีย 34 กัมพูชา 35 จีน 36 ฟิลิปปินส์ 37 ม้ง 38 ญี่ปุ่น 39 เกาหลี 40 ลาว 41 เวียดนาม 42 เอเชียอื่น ๆ: \_\_\_\_\_ 43 คนผิวดำหรือชาวอเมริกันเชื้อสายแอฟริกัน 44 ชาวเกาะแปซิฟิก (ระบุด้านล่าง) 45 กวม 46 ฮาวาย 47 ซามัว 48 ชาวเกาะแปซิฟิกอื่น ๆ: \_\_\_\_\_ 49 คนผิวขาว 50 อื่น ๆ: \_\_\_\_\_ 51 ขอเลือกไม่ตอบ

## แจ้งข้อมูลเกี่ยวกับอัตลักษณ์ทางเพศและรสนิยมทางเพศของคุณ (ตอบหรือไม่ตอบก็ได้และเป็นความลับ) ข้อมูลต่อไปนี้จะไม่ถูกนำมาใช้ในการตัดสินใจการเข้าร่วมโครงการ EWC

เพศของคุณคือข้อใด (ทำเครื่องหมายในช่องที่อธิบายอัตลักษณ์ทางเพศในปัจจุบันของคุณได้ดีที่สุด)

 52 เพศหญิง 53 เพศชาย 54 คนข้ามเพศ (เพศชายเป็นเพศหญิง) 55 คนข้ามเพศ (เพศหญิงเป็นเพศชาย) 56 นอนไบนารี (ไม่ใช่ทั้งเพศหญิงและเพศชาย) 57 อัตลักษณ์ทางเพศอื่น \_\_\_\_\_

เพศใดที่ระบุอยู่ในสูติบัตรของคุณ

 58 เพศหญิง 59 เพศชาย

คุณคิดว่าตัวเองเป็นอย่างไร

 60 คนที่มีเพศตรงหรือรักต่างเพศ 61 เลสเบียนหรือเกย์ 62 ไบเซ็กชวล 63 เครียร์ 64 มีรสนิยมทางเพศอื่น: \_\_\_\_\_ 65 ไม่ทราบ

## โครงการให้ความช่วยเหลือสำหรับผู้หญิงทุกคน – การสมัครลงทะเบียนผู้รับประโยชน์

## การยืนยัน (โปรดอ่านอย่างละเอียดและเขียนอักษรแรกของชื่อในแต่ละข้อ)

- 66 ฉันเข้าใจว่าการลงนามและวันที่ในใบสมัครนี้ ไม่ว่าจะด้วยตนเอง ด้วยวาจา หรือทางอิเล็กทรอนิกส์ ถือว่าฉันสมัครเข้าร่วมโครงการ EWC (โครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากรัฐบาล)
- 67 ฉันยินยอมรับการตรวจคัดกรองและวินิจฉัยมะเร็งเต้านมและ/หรือมะเร็งปากมดลูกของโครงการ EWC ฟรี
- 68 ฉันเข้าใจว่าข้อตกลงนี้มีผลหนึ่งปีนับจากวันที่ฉันลงนามในใบสมัคร ฉันต้องกรอกใบสมัครใหม่ในแต่ละปีเพื่อลงทะเบียนในโครงการ EWC
- 69 ฉันเข้าใจว่าฉันสามารถออกจากโครงการ EWC ได้ตลอดเวลา
- 70 ฉันจะแจ้งให้ EWC PCP ทราบทันที หากมีการเปลี่ยนแปลงข้อมูลการประกันสุขภาพและ/หรือความคุ้มครองทางการแพทย์อื่น ๆ ของฉัน
- 71 ฉันได้รับและอ่านประกาศเกี่ยวกับหลักปฏิบัติด้านความเป็นส่วนตัวของ DHCS แล้ว (อยู่ในแบบฟอร์มแยกต่างหาก)
- 72 ฉันได้รับข้อมูลการทบทวนระดับแรกและสิทธิในการพิจารณาตัวอย่างเป็นทางการ และประกาศเรื่องการไม่เลือกปฏิบัติแล้ว (ระบุไว้ในหน้า 1, 2 และ 3 ของใบสมัคร)
- 73 ฉันได้รับข้อมูลเกี่ยวกับวิธีรับประกันสุขภาพฟรีหรือในราคาประหยัดแล้ว (อยู่ในแบบฟอร์มแยกต่างหาก)
- 74 ฉันขอยืนยันภายใต้บทลงโทษของความผิดฐานให้การเท็จภายใต้กฎหมายรัฐแคลิฟอร์เนียว่าข้อมูลที่ฉันให้ไว้ไว้ในใบสมัครนี้เป็นความจริงและถูกต้องทุกประการ ฉันเข้าใจว่าการให้ข้อมูลอันเป็นเท็จในใบสมัครสามารถส่งผลต่อสิทธิในการรับบริการการป้องกันโรคมะเร็งผ่านโครงการ EWC

75 ลายมือชื่อของคุณ \_\_\_\_\_ วันที่ \_\_\_\_\_

ลายมือชื่อของผู้สมัครได้รับอนุญาตผ่านความยินยอมด้วยวาจาใช่หรือไม่  ไม่ใช่  ใช่

76 หากมีผู้ดำเนินการในนามของคุณ ให้ระบุชื่อ (ตัวบรรจงตัวพิมพ์ใหญ่) ความสัมพันธ์กับคุณ และวันที่วันนี้

ชื่อ \_\_\_\_\_ ความสัมพันธ์ \_\_\_\_\_ วันที่ \_\_\_\_\_

77 หากผู้ดำเนินการในนามของคุณคือ PCP หรือเจ้าหน้าที่คลินิก PCP ให้ระบุชื่อ (ตัวบรรจงตัวพิมพ์ใหญ่) ตำแหน่ง/ตำแหน่งชื่อ และวันที่

ชื่อ \_\_\_\_\_ ความสัมพันธ์ \_\_\_\_\_ วันที่ \_\_\_\_\_

78 ลายมือชื่อของผู้ดำเนินการในนามของคุณ:

ลายมือชื่อ \_\_\_\_\_ วันที่ \_\_\_\_\_

**โครงการให้ความช่วยเหลือสำหรับผู้หญิงทุกคน – การสมัครลงทะเบียนผู้รับประโยชน์**

คำแนะนำการกรอกแบบฟอร์มโดยละเอียดสำหรับการสมัครผู้รับประโยชน์ EWC

(หน้า 7 ถึง 10)

**แจ้งข้อมูลเกี่ยวกับตัวคุณ**

1. เขียนชื่อตัว
2. เขียนอักษรแรกของชื่อกลาง
3. เขียนชื่อสกุล
4. ระบุนวันเกิดด้วยตัวเลข 2 หลักสำหรับเดือนเกิด 2 หลักสำหรับวันเกิด และ 4 หลักสำหรับปีเกิด ตัวอย่างเช่น เกิดวันที่ 1 มกราคม 2001 จะเขียนว่า 01/01/2001
5. หากเพศทางกายภาพของคุณเป็นเพศหญิง: เลือกเพศหญิง หรือถ้าเป็นเพศชาย: เลือกเพศชาย หากคุณเป็นคนข้ามเพศจากเพศชายเป็นเพศหญิง: เลือกคนข้ามเพศ (เพศชายเป็นเพศหญิง) หากเป็นคนข้ามเพศจากเพศหญิงเป็นเพศชาย: เลือกคนข้ามเพศ (เพศหญิงเป็นเพศชาย)
6. เขียนนามสกุลเดิมของมารดาของคุณ ชื่อสกุลตอนที่เธอเกิด
7. เขียนเลขที่และชื่อถนนที่คุณอาศัยอยู่ เช่น 123 Main Street
8. เขียนชื่อเมืองที่คุณอาศัยอยู่
9. เขียนชื่อรัฐที่คุณอาศัยอยู่
10. เขียนรหัสไปรษณีย์บริเวณที่คุณอาศัยอยู่
11. เขียนหมายเลขโทรศัพท์ของคุณ ขึ้นต้นด้วยรหัสพื้นที่สามหลัก ตามด้วยหมายเลขโทรศัพท์ 8 หลัก
12. เขียนที่อยู่อีเมลของคุณ
13. เขียนหมายเลขประกันสังคม (SSN) ของคุณ ถ้ามี จะไม่ใช่ SSN มาพิจารณาการมีสิทธิ์ของคุณ

**แจ้งข้อมูลเกี่ยวกับครอบครัว/ครัวเรือนและรายได้รวมของคุณ**

14. เขียนจำนวนคนทั้งหมดที่อาศัยอยู่ในครอบครัว/ครัวเรือนของคุณ  
ครอบครัว/ครัวเรือนคือกลุ่มคนตั้งแต่สองคนขึ้นไปซึ่งมีความสัมพันธ์กันโดยการเกิด การแต่งงาน หรือการรับเป็นบุตรบุญธรรม มาอยู่ด้วยกัน EWC คำนวณระดับความยากจนของคุณเพื่อดูคุณสมบัติด้านรายได้ โดยใช้เกณฑ์วัดความยากจนของรัฐบาลกลาง กระทรวงสุขภาพและบริการมนุษย์ (HHS) สหรัฐอเมริกา ผู้รับประโยชน์ EWC ทุกคนจะต้องมีรายได้ของครอบครัว/ครัวเรือนเท่ากับหรือต่ำกว่า 200 เปอร์เซ็นต์ของเกณฑ์วัดความยากจนของรัฐบาลกลาง HHS
15. เขียนจำนวนเงินทั้งหมดที่ครอบครัว/ครัวเรือนของคุณได้รับ (ก่อนหักภาษีและหักค่าอื่น ๆ) ครอบครัว/ครัวเรือนของคุณประกอบด้วยจำนวนคนที่คุณกรอกในบรรทัดที่มีเลข 14 กำกับ ซึ่งดำเนินชีวิตอยู่ด้วยจำนวนเงินทั้งหมดนี้

**ตอนนี้โปรดแจ้งให้เราทราบเกี่ยวกับการประกันสุขภาพของคุณ**

16. ทำเครื่องหมายในช่องนี้หากคุณไม่มีประกันสุขภาพ
17. ทำเครื่องหมายในช่องนี้หากคุณมีประกันสุขภาพหรือแผนดูแลสุขภาพ แต่ไม่สามารถจ่ายส่วนแบ่งค่าใช้จ่าย ค่าเสียหายส่วนแรก และหรือจ่ายร่วมได้

**บริการ EWC อะไรบ้างที่คุณต้องการ (เลือกทุกข้อที่ใช้)**

18. ทำเครื่องหมายในช่องนี้หากคุณอายุ 21 ปีขึ้นไปและต้องการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
19. ทำเครื่องหมายในช่องนี้หากคุณอายุ 40 ปีขึ้นไปและต้องการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม
20. ทำเครื่องหมายในช่องนี้หากคุณมีอาการที่เต้านมและต้องการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม
21. ทำเครื่องหมายในช่องนี้หากเต้านมมีขนาด สี หรือรูปร่างเปลี่ยนไป
22. ทำเครื่องหมายในช่องนี้หากมีการบวมหรือหนาขึ้นของเนื้อเยื่อเต้านม

**โครงการให้ความช่วยเหลือสำหรับผู้หญิงทุกคน – การสมัครลงทะเบียนผู้รับประโยชน์**

23. ทำเครื่องหมายในช่องนี้หากมีของเหลวไหลออกมาจากหัวนม
24. ทำเครื่องหมายในช่องนี้หากคุณรู้สึกได้ว่ามีก้อนหรือปมแข็งที่เต้านม
25. ทำเครื่องหมายในช่องนี้หากหัวนมบอด
26. ทำเครื่องหมายในช่องนี้หากคุณเจ็บเต้านมหรือหัวนม
27. ทำเครื่องหมายในช่องนี้หากคุณมีอาการอื่น ๆ ที่เต้านม และเขียนอาการเหล่านั้นลงไป

**แจ้งข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยาสูบ**

28. หากคุณไม่สูบบุหรี่ ทำเครื่องหมายในช่อง **ไม่ใช่** หากคุณสูบบุหรี่ ทำเครื่องหมายในช่อง **ใช่**
29. หากคุณไม่ได้ใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบอื่น ๆ ให้ทำเครื่องหมายในช่อง **ไม่ใช่** หากคุณใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบอื่น ๆ ให้ทำเครื่องหมายในช่อง **ใช่** และเขียนชื่อผลิตภัณฑ์ยาสูบที่คุณใช้

**แจ้งข้อมูลเกี่ยวกับเชื้อชาติ**

30. ทำเครื่องหมายในช่องนี้หากคุณมีเชื้อชาติฮิสแปนิกหรือลาตินร้อยเปอร์เซ็นต์หรือบางส่วน
31. ทำเครื่องหมายในช่องนี้หากคุณมีเชื้อชาติชาวพื้นเมืองอเมริกันอินเดียนหรืออลาสกันร้อยเปอร์เซ็นต์หรือบางส่วน
32. ทำเครื่องหมายในช่องนี้หากคุณมีเชื้อชาติเอเชียร้อยเปอร์เซ็นต์หรือบางส่วน
33. ทำเครื่องหมายในช่องนี้หากคุณมีเชื้อชาติเอเชียเชื้อสายอินเดียนร้อยเปอร์เซ็นต์หรือบางส่วน
34. ทำเครื่องหมายในช่องนี้หากคุณมีเชื้อชาติกัมพูชาหรือเปอร์เซ็นต์หรือบางส่วน
35. ทำเครื่องหมายในช่องนี้หากคุณมีเชื้อชาติจีนร้อยเปอร์เซ็นต์หรือบางส่วน
36. ทำเครื่องหมายในช่องนี้หากคุณมีเชื้อชาติฟิลิปปินส์ร้อยเปอร์เซ็นต์หรือบางส่วน
37. ทำเครื่องหมายในช่องนี้หากคุณมีเชื้อชาติม้งร้อยเปอร์เซ็นต์หรือบางส่วน
38. ทำเครื่องหมายในช่องนี้หากคุณมีเชื้อชาติญี่ปุ่นร้อยเปอร์เซ็นต์หรือบางส่วน
39. ทำเครื่องหมายในช่องนี้หากคุณมีเชื้อชาติเกาหลีร้อยเปอร์เซ็นต์หรือบางส่วน
40. ทำเครื่องหมายในช่องนี้หากคุณมีเชื้อชาติลาวร้อยเปอร์เซ็นต์หรือบางส่วน
41. ทำเครื่องหมายในช่องนี้หากคุณมีเชื้อชาติเวียดนามร้อยเปอร์เซ็นต์หรือบางส่วน
42. ทำเครื่องหมายในช่องนี้หากคุณมีเชื้อชาติเอเชียอื่นร้อยเปอร์เซ็นต์หรือบางส่วน เขียนเชื้อชาติของคุณ
43. ทำเครื่องหมายในช่องนี้หากคุณมีเชื้อชาติของคนผิวดำหรือชาวอเมริกันเชื้อสายแอฟริกันร้อยเปอร์เซ็นต์หรือบางส่วน
44. ทำเครื่องหมายในช่องนี้หากคุณมีเชื้อชาติชาวเกาะแปซิฟิกหรือเปอร์เซ็นต์หรือบางส่วน และโปรดระบุ
45. ทำเครื่องหมายในช่องนี้หากคุณมีเชื้อชาติกวมร้อยเปอร์เซ็นต์หรือบางส่วน
46. ทำเครื่องหมายในช่องนี้หากคุณมีเชื้อชาติฮาวายร้อยเปอร์เซ็นต์หรือบางส่วน
47. ทำเครื่องหมายในช่องนี้หากคุณมีเชื้อชาติซามัวร์ร้อยเปอร์เซ็นต์หรือบางส่วน
48. ทำเครื่องหมายในช่องนี้หากคุณมีเชื้อชาติชาวเกาะแปซิฟิกอื่นร้อยเปอร์เซ็นต์หรือบางส่วน และโปรดระบุเชื้อชาติ
49. ทำเครื่องหมายในช่องนี้หากคุณมีเชื้อชาติคนผิวขาวร้อยเปอร์เซ็นต์หรือบางส่วน
50. ทำเครื่องหมายในช่องนี้หากคุณมีเชื้อชาติอื่นที่ไม่ได้อยู่ในลิสต์ ร้อยเปอร์เซ็นต์หรือบางส่วน โปรดเขียนเชื้อชาติของคุณ
51. ทำเครื่องหมายในช่องนี้หากคุณไม่ต้องการแจ้งเชื้อชาติ

**แจ้งข้อมูลเกี่ยวกับอัตลักษณ์ทางเพศและรสนิยมทางเพศของคุณ (ตอบหรือไม่ตอบก็ได้และเป็นความลับ)**

52. ทำเครื่องหมายในช่องนี้หากคุณระบุว่าเพศหญิง
53. ทำเครื่องหมายในช่องนี้หากคุณระบุว่า เพศชาย



**โครงการให้ความช่วยเหลือสำหรับผู้หญิงทุกคน – การสมัครลงทะเบียนผู้รับประโยชน์**

54. ทำเครื่องหมายในช่องนี้หากคุณระบุว่าเพศหญิง แต่ถูกระบุว่าเป็นเพศชายเมื่อแรกเกิด
55. ทำเครื่องหมายในช่องนี้หากคุณระบุว่าเพศชาย แต่ถูกระบุว่าเป็นเพศหญิงเมื่อแรกเกิด
56. ทำเครื่องหมายในช่องนี้หากอัตลักษณ์ทางเพศของคุณคืออนไบนารี (ไม่ใช่ทั้งเพศหญิงและเพศชาย)
57. ทำเครื่องหมายในช่องนี้หากคุณมีอัตลักษณ์ทางเพศอื่นและโปรดระบุ
58. ทำเครื่องหมายในช่องนี้หากตอนเกิดเป็นเพศหญิง
59. ทำเครื่องหมายในช่องนี้หากตอนเกิดเป็นเพศชาย
60. ทำเครื่องหมายในช่องนี้หากรสนิยมทางเพศของคุณคือคนที่มีเพศตรงหรือรักต่างเพศ (มีความรู้สึกทางเพศกับเพศตรงข้าม)
61. ทำเครื่องหมายในช่องนี้หากรสนิยมทางเพศของคุณคือเลสเบียนหรือเกย์ (มีความรู้สึกทางเพศกับเพศเดียวกันกับคุณ)
62. ทำเครื่องหมายในช่องนี้หากรสนิยมทางเพศของคุณคือไบเซ็กชวล (มีความรู้สึกทางเพศกับทั้งเพศชายและเพศหญิง)
63. ทำเครื่องหมายในช่องนี้หากรสนิยมทางเพศของคุณคือควีร์ (ไม่ได้จำเพาะว่าเป็นเพศตรงข้าม)
64. ทำเครื่องหมายในช่องนี้หากคุณมีรสนิยมทางเพศอื่น และโปรดระบุ
65. ทำเครื่องหมายในช่องนี้หากคุณไม่ทราบ

**การยืนยัน ใบสมัครที่ครบถ้วนสมบูรณ์ และความยินยอมของผู้ป่วย: อักษรแรกของชื่อและลายมือชื่อ**

66. อ่านประโยคและเขียนอักษรแรกของชื่อคุณบนเส้น เป็นการแสดงว่าคุณเข้าใจว่ากำลังสมัครเพื่อรับสิทธิเข้าร่วมโครงการ EWC
67. อ่านประโยคและเขียนอักษรแรกของชื่อคุณบนเส้น เป็นการแสดงว่าคุณยินยอมรับบริการตรวจคัดกรองและวินิจฉัยมะเร็งเต้านมและมะเร็งปากมดลูกโครงการ EWC ฟรี
68. อ่านประโยคและเขียนอักษรแรกของชื่อคุณบนเส้น เป็นการแสดงว่าคุณเข้าใจข้อตกลงนี้ว่าการเข้าร่วมโครงการ EWC มีผลหนึ่งปีนับจากวันที่คุณลงนามและวันที่ในใบสมัคร คุณต้องกรอกใบสมัครใหม่ในแต่ละปีหลังจากช่วงเวลา 12 เดือน
69. อ่านประโยคและเขียนอักษรแรกของชื่อคุณบนเส้น การเขียนชื่อย่อนั้นแสดงว่าคุณเข้าใจว่าสามารถออกจากโครงการ EWC ได้ตลอดเวลา
70. อ่านประโยคและเขียนอักษรแรกของชื่อคุณบนเส้น เป็นการแสดงว่าคุณจะแจ้งให้ EWC PCP ทราบทันทีหากมีการเปลี่ยนแปลงข้อมูลการประกันสุขภาพหรือความคุ้มครองทางการแพทย์อื่น ๆ
71. อ่านประโยคและเขียนอักษรแรกของชื่อคุณบนเส้น เป็นการแสดงว่าคุณได้รับประกาศเกี่ยวกับหลักปฏิบัติด้านความเป็นส่วนตัว (NPP) ของ DHCS แล้ว (NPP อยู่ในแบบฟอร์มแยกต่างหาก)
72. อ่านประโยคและเขียนอักษรแรกของชื่อคุณบนเส้น เป็นการแสดงว่าคุณได้รับข้อมูลการทบทวนระดับแรกและสิทธิในการพิจารณาคัดอย่างเป็นการ และการประกาศเรื่องการไม่เลือกปฏิบัติแล้ว (ระบุไว้ในหน้า 1, 2 และ 3 ของใบสมัคร)
73. อ่านประโยคและเขียนอักษรแรกของชื่อคุณบนเส้น เป็นการแสดงว่า EWC PCP ได้แจ้งคุณถึงวิธีรับประกันสุขภาพฟรีหรือในราคาประหยัดแล้ว
74. อ่านประโยคที่มีเลข 66 ถึง 74 กำกับและเขียนอักษรแรกของชื่อคุณบนแต่ละเส้น เป็นการยืนยันว่าข้อมูลที่คุณให้ไว้ในใบสมัครเป็นความจริงและถูกต้องทุกประการ คุณเข้าใจด้วยว่าการให้ข้อมูลอันเป็นเท็จในใบสมัครสามารถส่งผลต่อสิทธิในการรับบริการตรวจคัดกรองและวินิจฉัยมะเร็งเต้านมและมะเร็งปากมดลูกผ่านโครงการ EWC
75. เขียนชื่อของคุณและวันที่วันนี้ (ลายมือชื่อและวันที่) หากผู้สมัครให้ความยินยอมด้วยวาจา PCP และ/หรือเจ้าหน้าที่คลินิกต้องเขียนชื่อผู้สมัคร (ตัวบรรจงตัวพิมพ์ใหญ่) และเลือก ไม่ใช่ หรือ ใช่

**โครงการให้ความช่วยเหลือสำหรับผู้หญิงทุกคน – การสมัครลงทะเบียนผู้รับประโยชน์**

- 76. เขียนชื่อ (ตัวบรรจงตัวพิมพ์ใหญ่) วันที่ และความสัมพันธ์ของผู้ที่ได้รับอนุญาตให้ดำเนินการในนามของคุณ และช่วยคุณกรอกใบสมัคร
- 77. เขียนชื่อ (ตัวบรรจงตัวพิมพ์ใหญ่) ของ PCP หรือเจ้าหน้าที่คลินิก PCP (รวมทั้งตำแหน่ง/คำนำหน้าชื่อ) และวันที่ ที่ดำเนินการในนามของคุณและช่วยคุณกรอกใบสมัคร
- 78. ลง (ลายมือชื่อ) ของบุคคลในบรรทัดที่มีเลข 77 หรือ 78 กำกับ และเขียนวันที่วันนี้ สำหรับผู้ให้บริการปฐมภูมิ (PCP) EWC

## โครงการให้ความช่วยเหลือสำหรับผู้หญิงทุกคน – การสมัครลงทะเบียนผู้รับประโยชน์

สำหรับผู้ให้บริการปฐมภูมิ (PCP) EWC  
 สำหรับการใช้งานภายในเท่านั้น (หน้า 11 ถึง 13)

หากได้รับความยินยอมด้วยวาจาให้กรอกใบสมัครแต่ละช่องในนามของผู้สมัคร ตามการตอบสนองด้วยวาจาของผู้สมัคร ขอให้บุคคลนั้น/ตัวแทนที่ได้รับอนุญาตรับทราบความยินยอมนั้นด้วยวาจา

1. ชื่อผู้สมัคร EWC (ตัวบรรจงตัวพิมพ์ใหญ่) \_\_\_\_\_

2. หมายเลขระบบเวชระเบียน \_\_\_\_\_

3. ID ผู้รับประโยชน์ \_\_\_\_\_

**เกณฑ์การมีสิทธิ์**

ที่อยู่อาศัย

4. อาศัยอยู่ในแคลิฟอร์เนีย

รายได้ของครัวเรือน

5. รายได้ของครอบครัว/ครัวเรือนเท่ากับหรือต่ำกว่า 200 เปอร์เซ็นต์ของเกณฑ์วัดความยากจนของรัฐบาลกลาง HHS

การประกันสุขภาพ

6. ไม่มีประกัน

7. ไม่สามารถจ่ายส่วนแบ่งค่าใช้จ่าย ค่าเสียหายส่วนแรก และหรือจ่ายร่วมได้

บริการของโครงการ EWC

8. ต้องการตรวจวินิจฉัยมะเร็งเต้านม สำหรับผู้สมัคร EWC ที่มีอาการทุกช่วงอายุ

9. ต้องการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมและ/หรือมะเร็งปากมดลูก ตามอายุที่แนะนำรับบริการ

ฉันได้ให้ข้อมูลดังต่อไปนี้แก่ผู้สมัครโครงการ EWC แล้ว:

10. ฉันได้ให้ข้อมูลของประกาศเกี่ยวกับหลักปฏิบัติด้านความเป็นส่วนตัวของ DHCS แก่ผู้สมัครโครงการ EWC แล้ว

11. ฉันให้ข้อมูลการทบทวนระดับแรกและสิทธิในการพิจารณาอย่างเป็นทางการ และประกาศเรื่องการไม่เลือกปฏิบัติของ DHCS แล้ว

12. ฉันให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีรับประกันสุขภาพฟรีและในราคาประหยัดแก่ผู้สมัคร EWC แล้ว

การพิจารณาการมีสิทธิ์:

13. ฉันพิจารณาแล้วพบว่าผู้สมัคร EWC มีคุณสมบัติตรงตามข้อกำหนดการมีสิทธิ์เข้าร่วมโครงการ EWC ทุกประการ

14. ฉันพิจารณาแล้วพบว่าผู้สมัคร EWC ไม่มีคุณสมบัติตรงตามข้อกำหนดการมีสิทธิ์เข้าร่วมโครงการ EWC

## โครงการให้ความช่วยเหลือสำหรับผู้หญิงทุกคน – การสมัครลงทะเบียนผู้รับประโยชน์

### การใช้ยาสูบ (หากมีสิทธิ์เข้าร่วม EWC)

15. PCP ประเมินการใช้ยาสูบและสถานะของผู้สมัคร:
- ฉันพบว่าผู้สมัครใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบและได้ส่งต่อไปยังแหล่งทรัพยากรที่ให้ความช่วยเหลือเรื่องการเลิกบุหรี่ที่เหมาะสม ฉันแน่ใจว่าทำเครื่องหมายในช่อง 'ใช่'
  - ฉันพบว่าผู้สมัครไม่สูบบุหรี่ จึงทำเครื่องหมายในช่อง 'ไม่ใช่'
  - ผู้สมัครใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบ ฉันพบว่าผลิตภัณฑ์ที่ใช้นั้นมีอะไรบางอย่าง ฉันแน่ใจว่ามีการบันทึกผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ใช่เหล่านั้น
16. มีการเขียนชื่อด้วยตัวบรรจงตัวพิมพ์ใหญ่หรือลงนามและวันที่ในบรรทัดที่มีเลข 76, 77 และ 78 กำกับ (หน้า 6 และ 12)
- เขียนชื่อผู้สมัครและวันที่ตรงส่วนของลายมือชื่อในบรรทัดที่มีเลข 75 กำกับ (หน้า 6)
  - ตรวจสอบว่าลายมือชื่อของผู้สมัครได้รับการอนุญาตผ่านความยินยอมด้วยวาจาหรือไม่ และทำเครื่องหมายในช่อง 'ใช่' หรือ 'ไม่ใช่' ที่รวมอยู่ในบรรทัดที่มีเลข 75 กำกับ (หน้า 6)
  - ถ้ามีและคุณคือเจ้าหน้าที่คลินิก PCP ให้เขียนชื่อคุณด้วยตัวบรรจงตัวพิมพ์ใหญ่ ตำแหน่ง/คำนำหน้าชื่อ และวันที่ในบรรทัดที่มีเลข 76 กำกับ และ ข้อ 17 (หน้า 6 และ 12)
  - หากคุณคือ PCP ให้เขียนชื่อของคุณ (ตัวบรรจงตัวพิมพ์ใหญ่และลงนาม) และวันที่ในบรรทัดที่มีเลข 78 กำกับ และข้อ 19 (หน้า 6 และ 12)
17. ถ้ามี เขียนชื่อเจ้าหน้าที่คลินิก PCP (ตัวบรรจงตัวพิมพ์ใหญ่) (รวมทั้งตำแหน่ง/คำนำหน้าชื่อ) ในบรรทัดที่มีเลข 76 กำกับ และข้อ 17

ชื่อ \_\_\_\_\_ ตำแหน่ง/คำนำหน้าชื่อ \_\_\_\_\_ วันที่ \_\_\_\_\_

18. ฉันได้ข้อมูลอันได้แก่ ชื่อตัวบรรจงตัวพิมพ์ใหญ่ ลายมือชื่อ คำนำหน้าชื่อ (ถ้ามี) และวันที่ที่ถูกต้องเหมาะสมทั้งหมดของผู้สมัคร EWC แล้ว เพื่อเริ่มการพิจารณาคุณสมบัติเข้าร่วมโครงการและความยินยอม เพื่อรับบริการทางคลินิกของ EWC ทั้งนี้รวมถึงลายมือชื่อและวันที่ในบรรทัดที่มีเลข 76, 77 และ 78 กำกับ (หน้า 6)
19. EWC PCP ลงนามและวันที่ในแบบฟอร์ม DHCS 8699 นี้เพื่อยืนยันการมีสิทธิ์ (หน้า 11, 12 จาก 13)

ลายมือชื่อ PCP/เจ้าหน้าที่ \_\_\_\_\_ วันที่ \_\_\_\_\_

20. เก็บและดูแลรักษาไว้ซึ่งสำเนาของใบสมัครในแฟ้มข้อมูลทางการแพทย์ของผู้สมัคร/ผู้รับประโยชน์ EWC

**ข้อมูลผู้สมัครโครงการ EWC**

1. ทำเครื่องหมายในช่องนี้หากคุณเขียนชื่อผู้สมัคร EWC (ชื่อตัว อักษรแรกของชื่อกลาง ชื่อสกุล)
2. ทำเครื่องหมายในช่องนี้หากคุณเขียนหมายเลขระบบทะเบียนของผู้สมัคร EWC
3. ทำเครื่องหมายในช่องนี้หากคุณเขียน ID ผู้รับประโยชน์ที่ระบุโดยผู้สมัคร EWC
4. ทำเครื่องหมายในช่องนี้หากผู้สมัคร EWC อาศัยอยู่ในแคลิฟอร์เนีย
5. ทำเครื่องหมายในช่องนี้หากรายได้ของครอบครัว/ครัวเรือนของผู้สมัคร EWC เท่ากับหรือต่ำกว่า 200 เปอร์เซ็นต์ของเกณฑ์วัดความยากจนของรัฐบาลกลาง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับจำนวนคนในครอบครัว/ครัวเรือน เกณฑ์วัดความยากจนของรัฐบาลกลาง กระทรวงสุขภาพและบริการมนุษย์ในปัจจุบันอยู่ในเว็บไซต์ EWC: <https://dhcs.ca.gov/EWC>
6. ทำเครื่องหมายในช่องนี้หากผู้สมัครไม่มีประกัน (ไม่มีประกันสุขภาพ)
7. ทำเครื่องหมายในช่องนี้หากผู้สมัคร EWC ทำประกันน้อยเกินไป มีประกันสุขภาพหรือแผนดูแลสุขภาพ แต่ไม่สามารถจ่ายส่วนแบ่งค่าใช้จ่าย ค่าเสียหายส่วนแรก และ/หรือจ่ายรวมได้
8. ทำเครื่องหมายในช่องนี้หากผู้สมัคร EWC มีอาการของมะเร็งเต้านมและต้องการรับบริการตรวจวินิจฉัย
9. ทำเครื่องหมายในช่องนี้หากผู้สมัคร EWC อายุ 21 ปีขึ้นไปและต้องการรับบริการตรวจคัดกรองและวินิจฉัยมะเร็งปากมดลูก หรือหากผู้สมัคร EWC อายุ 40 ปีขึ้นไปและต้องการรับบริการตรวจคัดกรองและวินิจฉัยมะเร็งเต้านม
10. ทำเครื่องหมายในช่องนี้หากคุณให้ข้อมูลประกาศเกี่ยวกับหลักปฏิบัติด้านความเป็นส่วนตัวของ DHCS แก่ผู้สมัครแล้ว
11. ทำเครื่องหมายในช่องนี้หากคุณให้ข้อมูลประกาศเกี่ยวกับหลักปฏิบัติด้านความเป็นส่วนตัว การทบทวนระดับแรกและสิทธิในการพิจารณาตัวอย่างเป็นทางการ และประกาศเรื่องการไม่เลือกปฏิบัติ แก่ผู้สมัคร EWC แล้ว
12. ทำเครื่องหมายในช่องนี้หากคุณให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีรับประกันสุขภาพฟรีและในราคาประหยัดแก่ผู้สมัคร EWC แล้ว
13. ทำเครื่องหมายในช่องนี้หากผู้สมัคร EWC มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การมีสิทธิ์ของโครงการ EWC ทุกประการ
14. ทำเครื่องหมายในช่องนี้หากผู้สมัคร EWC ไม่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การมีสิทธิ์ของโครงการ EWC ทุกประการ
  - a. ให้คำแนะนำผู้สมัคร EWC ว่าหากพวกเขาไม่มีสิทธิ์รับบริการที่ครอบคลุมของโครงการ EWC อาจอุทธรณ์คำตัดสินได้
15. ทำเครื่องหมายในช่องนี้หากผู้สมัครมีสิทธิ์เข้าร่วมโครงการ EWC ทำเครื่องหมายในช่องนี้หาก PCP หรือเรื่องการใช้ยาสูบกับผู้สมัครแล้ว
16. ทำเครื่องหมายในช่องนี้หากคุณลงนามและระบุวันที่วันนี้ เขียนชื่อเต็มของคุณด้วยตัวบรรจงตัวพิมพ์ใหญ่ในบรรทัดถัดไป
17. ทำเครื่องหมายในช่องนี้หากคุณได้ลายมือชื่อ ข้อมูล และความยินยอมของผู้รับประโยชน์ที่ถูกต้องเหมาะสมแล้ว เพื่อพิจารณาว่าผู้รับประโยชน์โครงการ EWC รายนี้มีสิทธิ์ลงทะเบียนในโครงการ EWC และได้รับบริการที่ครอบคลุมหรือไม่
18. ทำเครื่องหมายในช่องนี้เพื่อระบุว่าคุณได้ลายมือชื่อ วันที่ คำนานหน้าชื่อ (ถ้ามี) และความยินยอมของผู้สมัคร EWC ตามที่กำหนดไว้ทั้งหมดแล้ว ผู้สมัครหรือผู้ได้รับอนุญาตให้ดำเนินการในนามของผู้สมัคร EWC ต้องลงลายมือชื่อและวันที่เป็นลายลักษณ์อักษร และจัดทำเป็นเอกสารด้วยตนเอง ด้วยวาจาหรือทางอิเล็กทรอนิกส์ตามที่ระบุไว้ในบรรทัดที่มีเลข 76 และ 77 กำกับ (หน้า 6)
19. ทำเครื่องหมายในช่องนี้หากคุณได้ลายมือชื่อของ PCP/เจ้าหน้าที่และวันที่มาแล้ว (หน้า 11, 12 จาก 13)
20. ทำเครื่องหมายในช่องนี้หากคุณได้เก็บและดูแลรักษาไว้ซึ่งสำเนาของใบสมัครในแฟ้มข้อมูลทางการแพทย์ของผู้สมัคร EWC