

Every Woman Counts (每个女性都很重要) 计划 – 受助人注册申请

感谢您对加州医疗保健服务部 (DHCS) 的“Every Woman Counts” (每个女性都很重要) (EWC) 计划的关注。EWC 为居住在加州的个人提供免费的乳腺癌和宫颈癌筛查和诊断服务。如果您需要治疗, EWC 家庭医生 (EWC PCP) 也可以帮助您加入 DHCS 乳腺癌和宫颈癌治疗计划。

要确定您获得 EWC 计划承保服务的资格, 必须填写本申请表的所有部分。申请人必须先加入 EWC 计划, 然后该计划才能支付任何计划涵盖的服务。如果申请人被认定有资格参加 EWC 计划, 则注册有效期为一年, 自本申请上提供签名和日期之日算起。一年后, 如果申请人希望继续接受 EWC 免费乳腺癌和宫颈癌筛查和诊断服务, 则必须在 EWC PCP 协助下重新注册。

EWC PCP、PCP 诊所工作人员或代表您行事的授权人员可以帮助您完成此申请。

- 第 1、2 和 3 页供您 (EWC 申请人) 阅读和保存。
- 必须填写第 4、5 和 6 页才能确定您是否符合资格。
- 第 7、8、9 和 10 页是 *表格使用说明* 完成第 4、5 和 6 页。
- 第 11-13 页由 *EWC PCP 供内部使用*。

隐私声明

此申请表将有助于确定您接受 EWC 计划承保服务的资格。您可以选择是否完成此申请。如果申请未完成, EWC 计划可能无法确定您是否有资格获得服务, 并且该计划可能会与您联系。您有权要求访问您的记录。您的医疗记录可能包含个人信息。如需了解更多信息和/或查看您的记录, 请通过以下方式联系 EWC 计划:

医疗保健服务部 (DHCS)
Benefits Division/Every Woman Counts Program
Attention: Division Chief
P.O. PO Box 997417, MS 4601
Sacramento, CA 95899-7417
(916) 449-5300

《收入和税法》第 30461.6(f) 和 (j) 节以及《健康和安全法》第 104150(b)、104162 和 131085 节授权 EWC 计划保留在此申请中收集的信息。我们必须根据《民法》第 1798.17 节向您提供本《隐私声明》。

Every Woman Counts (每个女性都很重要) 计划 – 受助人注册申请**EWC PCP 计划的一级审查和正式听证权**

EWC 计划将通知您是否有资格参加该计划。如果您不同意资格决定，您有权要求进行一级审查和/或正式听证会。此外，如果您不同意您正在接受的 EWC 计划承保服务，您有权进行一级审查和/或正式听证会。

您不得质疑用于做出资格决定的 EWC 计划资格标准。例如，如果您认为该决定不符合 EWC 计划资格标准，您可以要求进行一级审查和/或正式听证会。但如果您不同意 EWC 计划资格标准，您不得要求进行一级审查和/或正式听证会来尝试更改 EWC 计划资格标准。EWC 资格标准可在线获取。

如果您希望行使要求进行一级审查和/或正式听证会的权利，请提交一份书面请求，其中包括以下内容：

- 您的姓名、地址和电话号码。
- 您请求一级审查和/或正式听证会的原因。
- 为什么你认为这个决定是错误的。
- 如果您无法理解英语，请选择您的语言偏好。
- 您的授权代表的姓名、地址和电话号码（如果您选择使用）。

一级审查：一级审查的书面请求必须在您不同意的决定后 20 天内发送给 EWC 计划。请保留您的书面请求副本作为记录。EWC 计划将在收到您的请求后 30 天内回复。

邮寄您的一级审查请求

或

将您的一级审查请求通过电子邮件发送至：

医疗保健服务部 (DHCS)

Benefits Division/Every Woman Counts Program

Attention: Division Chief

P.O. PO Box 997417, MS 4601

Sacramento, CA 95899-7417

CancerDetection@dhcs.ca.gov

EWC 计划可能会与您联系以获取更多信息。这种联系可能通过电话、书面和/或电子方式进行。也可能联系 EWC PCP 以获取信息。

正式听证会：正式听证会的书面请求必须在您不同意决定后 90 天内发送至社会服务部。如果您有充分理由无法在 90 天内申请正式听证会，您仍然可以要求安排正式听证会。请保留您的书面请求副本作为记录。

邮寄您的正式听证会请求

California Department of Social Services

State Hearings Division

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

Sacramento, CA 94244-24

Every Woman Counts (每个女性都很重要) 计划 – 受助人注册申请**不歧视通知**

DHCS 遵守联邦和州民权法。DHCS 不会因性别、种族、肤色、宗教、血统、原有国籍、种族群体身份、年龄、精神残疾、身体残疾、医疗状况、遗传信息、婚姻状况、性别、性别认同或性取向等因素对他人进行非法歧视。DHCS 不会因性别、种族、肤色、宗教、血统、原有国籍、种族群体身份、年龄、精神残疾、身体残疾、医疗状况、遗传信息、婚姻状况、性别、性别认同或性取向等因素对他人进行非法歧视、排斥或区别对待。

为了有效沟通, DHCS

- 为符合资格的残疾人提供适当的援助和服务, 其中包括:
 - 符合资格的手语翻译
 - 盲文、大字体、音频和电子文档。
 - 让有言语、听力或视力障碍的人可以进行通信。
- 为英语非母语人员提供免费语言服务, 例如:
 - 符合资格的口译员
 - 其他语言版本的信息

如果需要这些服务, 请致电 DHCS 民权办公室, 电话号码: (916) 440-7370, #711 (加州中继), 或者发送电子邮件至 CivilRights@dhcs.ca.gov。

Every Woman Counts (每个女性都很重要) 计划 – 受助人注册申请**请介绍您自己**

¹名字 _____ ²中间名首字母 _____ ³姓氏 _____

⁴D 出生日期 (日/月/年) _____

⁵ 你的性别是什么? 女 男

(请勾选一项) 跨性别 (男变女) 跨性别 (女变男)

⁶ 您母亲出生时的姓氏 (婚前姓氏) _____

⁷ 地址 _____

⁸城市 _____ ⁹州 _____ ¹⁰ 邮政编码 _____

¹¹ 电话号码[(区号) 号码] _____

¹² 电子邮箱地址 _____

¹³S 社会保障号码 (如有, 则填写) _____

告诉我们您的家庭和总收入。**以下信息可帮助我们确定您是否有资格参加 EWC 计划。**

我们需要知道您的家庭/住户中的每个人在纳税前收到多少钱。如果您报税, 这就是您的“总收入”(税费和其他扣除额之前)。

¹⁴ 您的家庭/住户共有多少人居住? _____

¹⁵ 您的家庭总收入是多少。 \$ _____

现在让我们了解您的健康保险

¹⁶ 我没有健康保险。 ¹⁷ 我有健康保险或医疗保健计划, 但无法承担费用分摊、免赔额或自付额。

您需要哪些 EWC 服务? (请勾选所有适用项)

¹⁸ 您已年满 21 岁并想要接受宫颈癌筛查吗?

¹⁹ 您是否已年满 40 岁并想要接受乳腺癌筛查?

²⁰ 您的乳房有症状并需要进一步检查吗?

请勾选您的乳房有的以下症状:

²¹ 乳房的外观或感觉发生变化, 例如颜色、大小或形状的变化 ²⁴ 乳房出现肿块或硬结

²² 乳房组织肿胀或增厚 ²⁵ 乳头内陷

²³ 乳头有分泌物 ²⁶ 乳房或乳头疼痛

²⁷ 其他: _____

Every Woman Counts (每个女性都很重要) 计划 – 受助人注册申请

告诉我们您的烟草使用情况

28 你现在抽烟吗? 否 是

29 您现在使用其他烟草制品吗? 否 是。请解释: _____

告诉我们您的种族 (可选项且保密) : 请选择所有合适您的选项。

以下信息不会用于决定您的 EWC 计划是否合格。

30 西班牙裔或拉丁裔

31 美洲印第安人或阿拉斯加原住民

32 亚洲人 (请在下面具体说明)

33 亚裔印度人

34 柬埔寨人

35 华人

36 菲律宾人

37 苗族人

38 日本人

39 韩国人

40 老挝人

41 越南人

42 其他亚洲人: _____

43 黑人或非裔美国人

44 太平洋岛民 (请在下面具体说明)

45 关岛人

46 夏威夷人

47 萨摩亚人

48 其他太平洋岛民 _____

49 白人

50 其他: _____

51 不愿回答

告诉我们您的性别认同和性取向 (可选项且保密)。

以下信息不会用于决定您的 EWC 计划资格。

您的性别? (勾选最能描述您当前性别认同的框)。

52 女

53 男

54 跨性别 (男变女)

55 跨性别 (女变男)

56 非二元性别 (既不是女性也不是男性)

57 另一种性别认同 _____

您的原始出生证明上列出的性别是什么?

58 女

59 男

你认为自己是什么样的人?

60 直或异性恋

61 女同性恋或男同性恋

62 双性恋

63 酷儿

64 另一种性取向: _____

65 不详

Every Woman Counts (每个女性都很重要) 计划 – 受助人注册申请

声明 (请仔细阅读并在每一项上签上姓名首字母)

66 我了解, 通过亲自、口头或电子方式在本申请表上签名并注明日期, 我正在申请加入 EWC 计划 (政府资助的计划)。

67 我同意接受 EWC 计划提供的免费乳腺癌和/或宫颈癌筛查和诊断服务。

68 我了解本协议自我签署本申请之日起有效期一年。我必须每年完成一份新的申请才能加入 EWC 计划。

69 我了解我可以随时停止参加 EWC 计划。

70 如果我的健康保险信息和/或其他医疗保险有任何变化, 我将立即告知 EWC PCP。

71 我收到并阅读了 DHCS 《隐私惯例通知》 (单独的表格)。

72 我已收到《一级审查和正式听证权以及不歧视通知》 (附在本申请的第 1、2 和 3 页上)。

73 我已收到有关如何获得免费或低成本健康保险的信息 (单独的表格)。

74 我声明, 据我所知, 我在此申请中提供的信息是真实且正确的, 根据加州法律, 伪证罪将受处罚。我了解在此申请中提供虚假信息可能会影响我通过 EWC 计划获得癌症预防服务的资格。

75 你的签名 _____ 日期 _____

申请人的签名是否是通过口头同意授权的? 否 是

76 如果某人代表您行事, 请 (正楷填写) 姓名、与您的关系以及今天的日期。

姓名 _____ 关系 _____ 日期 _____

77 如果代表您行事的为 PCP 或 PCP 诊所工作人员 (正楷填写) 姓名、职位/头衔和日期。

姓名 _____ 关系 _____ 日期 _____

78 代表您的人的签名:

签名 _____ 日期 _____

Every Woman Counts (每个女性都很重要) 计划 – 受助人注册申请

填写此 EWC 接收者申请表的详细表格说明

(第 7 至第 10 页)

请介绍您自己

1. 写下您的名字。
2. 写下您的中间名的第一个字母。
3. 写下您的姓氏。
4. 写下你的生日。使用 2 个数字表示月份，使用 2 个数字表示日期，使用 4 个数字表示年份。例如，2001 年 1 月 1 日将为 01/01/2001。
5. 如果您的身体性别是女性：请勾选“女”，如果您是男性：请勾选“男”。如果您是跨性别男性变女性：勾选跨性别（男变女）。如果是跨性别女性变男性：勾选跨性别（女变男）。
6. 写下您母亲的婚前姓氏。这是她出生时的原始姓氏。
7. 写下街道号码和您居住地的名称。例如，123 Main Street。
8. 写出您居住的城市。
9. 写出您所居住的州。
10. 写下您居住地的邮政编码。
11. 写下您的电话号码。以三位数的区号开头，后跟 8 位数的电话号码。
12. 写下您的电子邮件地址
13. 如有，写下您的社会保障号码 (SSN)。您的 SSN 不会决定您的资格。

告诉我们您的家庭和总收入

14. 写下您的家庭/住户中居住的总人数。家庭/住户是由两个或两个以上因出生、婚姻或收养而有关系并且住在一起的人组成的群体。EWC 使用美国卫生与公众服务部 (HHS) 的联邦贫困线来确定收入资格，以计算您的贫困水平所有 EWC 受助人的家庭收入必须等于或低于 HHS 联邦贫困线的 200%。
15. 写下您的家庭/住户收到的总金额（税费和其他扣除额之前）。您的家庭/住户包括您在第 14 行输入的依靠该总金额生活的总人数。

现在让我们了解您的健康保险

16. 如果您没有任何健康保险，请勾选此框。
17. 如果您有健康保险或医疗保健计划但无法支付部分费用、免赔额和/或自付费用，请勾选此框。

您需要哪些 EWC 服务 (勾选所有适用项)

18. 如果您已年满 21 岁并希望接受宫颈癌筛查，请勾选此框。
19. 如果您年满 40 岁或以上并且想要接受乳腺癌筛查，请勾选此框。
20. 如果您的乳房有症状并且想要接受乳腺癌筛查服务，请勾选此框。

Every Woman Counts (每个女性都很重要) 计划 – 受助人注册申请

21. 如果您的乳房尺寸、颜色或形状发生变化, 请勾选此框。
22. 如果您的乳房组织有任何肿胀或增厚, 请勾选此框。
23. 如果您的乳头有任何分泌物, 请勾选此框。
24. 如果您感觉到乳房有肿块或硬结, 请勾选此框。
25. 如果您有乳头内陷, 请勾选此框
26. 如果您遇到乳房或乳头疼痛, 请勾选此框
27. 如果您的乳房有其他症状, 请勾选此框。写下您的症状。

告诉我们您的烟草使用情况

28. 如果您现在不吸烟, 请勾选“否”框。如果您吸烟, 请勾选“是”框。
29. 如果您不使用其他烟草制品, 请勾选“否”框。如果您确实使用其他烟草制品, 请勾选“是”框, 并写下您使用的烟草制品。

告诉我们您的种族

30. 如果您的种族全部或部分为西班牙裔或拉丁裔, 请勾选此框。
31. 如果您的种族全部或部分为美洲印第安人或阿拉斯加原住民, 请勾选此框。
32. 如果您的种族全部或部分为亚洲人, 请勾选此框。
33. 如果您的种族全部或部分为亚裔印度人, 请勾选此框。
34. 如果您的种族全部或部分为柬埔寨人, 请勾选此框。
35. 如果您的种族全部或部分为华人, 请勾选此框。
36. 如果您的种族全部或部分为菲律宾人, 请勾选此框。
37. 如果您的种族全部或部分为苗族, 请勾选此框。
38. 如果您的种族全部或部分为日本人, 请勾选此框。
39. 如果您的种族全部或部分为韩国人, 请勾选此框。
40. 如果您的种族全部或部分为老挝人, 请勾选此框。
41. 如果您的种族全部或部分为越南人, 请勾选此框。
42. 如果您的种族是另一亚洲种族的全部或一部分, 请勾选此框。写下你的种族。
43. 如果您的种族全部或部分为黑人或非裔美国人, 请勾选此框。
44. 如果您的种族全部或部分为太平洋岛民, 请勾选此框, 并注明。
45. 如果您的种族全部或部分为关岛人, 请勾选此框。
46. 如果您的种族全部或部分为夏威夷人, 请勾选此框。
47. 如果您的种族全部或部分为萨摩亚人, 请勾选此框。
48. 如果您的种族全部或部分为太平洋岛民, 请勾选此框, 并注明其他种族。

Every Woman Counts (每个女性都很重要) 计划 – 受助人注册申请

49. 如果您的种族全部或部分为白人，请勾选此框。
50. 如果您的种族是未列出的全部或部分种族，请勾选此框。写下您的种族。
51. 如果您不想说明您的种族，请勾选此框。

告诉我们您的性别认同和性取向 (可选且保密)

52. 如果您认为自己是女性，请勾选此框。
53. 如果您认为自己是男性，请勾选此框。
54. 如果您自认为是女性，但在出生时被识别为男性，请勾选此框。
55. 如果您自认为是男性，但在出生时被识别为女性，请勾选此框。
56. 如果您的性别认同是非二元的 (既不是女性也不是男性)，请勾选此框。
57. 如果适用，请勾选此框，并列出一个性别标识。
58. 如果您出生为女性，请勾选此框。
59. 如果您出生为男性，请勾选此框。
60. 如果您的性取向是直的或异性恋 (对异性有性吸引力)，请勾选此框。
61. 如果您的性取向是女同性恋或男同性恋 (对您同性的人有性吸引力)，请勾选此框。
62. 如果您的性取向是双性恋 (对男性和女性都具有性吸引力)，请勾选此框。
63. 如果您的性取向是酷儿 (不完全是异性恋)，请勾选此框。
64. 如果适用，请勾选此框并写下另一个性取向。
65. 如果您不知道自己的性取向，请勾选此框。

声明、填妥的申请表和患者同意书：姓名首字母和签名

66. 阅读句子并在横线上写下您的姓名首字母。您表示您了解您正在申请计划资格以参与 EWC 计划。
67. 阅读句子并在横线上写下您的姓名首字母。您表明您同意接受免费的 EWC 计划乳腺癌和宫颈癌筛查和诊断服务。
68. 阅读句子并在横线上写下您的姓名首字母。您表明您了解此参与 EWC 计划的协议自您签署本申请并注明日期之日起持续一年。12 个月后，您必须每年完成一次新的申请。
69. 阅读句子并在横线上写下您的姓名首字母。通过签名，您了解您可以随时停止参与 EWC 计划。
70. 阅读句子并在横线上写下您的姓名首字母。您表明，如果您的健康保险或其他医疗保险有任何变化，您将立即告知您的 EWC PCP。
71. 阅读句子并在横线上写下您的姓名首字母。您表明您已收到 DHCS 《隐私惯例通知》 (NPP 是一份单独的表格)。
72. 阅读该句子并在“您表明您已收到有关《一级审查和正式听证会权利以及不歧视通知》”的行上写下您的姓名首字母 (在本申请的第 1、2 和 3 页上注明)。

Every Woman Counts (每个女性都很重要) 计划 – 受助人注册申请

73. 阅读句子并在横线上写下您的姓名首字母。您表明您的 EWC PCP 已告知您如何获得免费或低成本健康保险。
74. 阅读第 66 句到第 74 句，并在每一行写下您的姓名首字母。通过签名，您证明，此申请所提供的全部信息据本人所知真实且正确。您还了解，在此申请表上提供虚假信息可能会影响您通过 EWC 计划接受乳腺癌和宫颈癌筛查和诊断服务的资格。
75. 写下 (**签名和日期**) 您的姓名和今天的日期。如果申请人提供口头同意，PCP 和/或诊所工作人员需要写下 (**正楷填写**) 申请人姓名并勾选“否”或“是”。
76. 写下 (**正楷填写**) 被授权代表您并协助您完成此申请的人员的姓名、日期和关系。
77. 写下 (**正楷填写**) 代表您并协助您完成本申请的 PCP 或 PCP 诊所工作人员的姓名 (包括职位/头衔) 和日期。
78. 写下第 77 或 78 行的人的 (**签名**) 并写下今天的日期。供 EWC 家庭医生 (PCP)填写

Every Woman Counts (每个女性都很重要) 计划 – 受助人注册申请**供 EWC 家庭医生 (PCP) 填写
仅供内部使用 (第 11 页至第 13 页)**

如果申请人代表根据申请人的口头答复而获得口头同意来填写申请表的每一栏。要求该个人/授权代表口头确认他们同意。

1. EWC 申请人姓名 (正楷填写) _____
2. 医疗记录号码 _____
3. 受助人 ID _____

资格标准住所

4. 住在加州

家庭收入

5. 家庭收入等于或低于 HHS 联邦贫困线的 200%。

健康保险

6. 没有保险 7. 无法支付部分费用、免赔额和/或共付额。

EWC 计划服务

8. 为任何年龄有症状、需要乳腺癌诊断的 EWC 申请人提供服务。
9. 需要在建议的服务年龄进行乳腺癌和/或宫颈癌筛查

我已向该 EWC 计划申请人提供以下信息:

10. 我已向 EWC 申请人提供 DHCS 《隐私惯例通知》
11. 我已向 EWC 申请人提供了 DHCS 《一级审查和正式听证权以及不歧视通知》
12. 我已向 EWC 申请人提供了有关如何获得免费且低成本的健康保险的信息。

资格决定:

13. 我确定 EWC 申请人符合所有 EWC 计划资格要求。
14. 我确定 EWC 申请人不符合 EWC 计划资格要求。

Every Woman Counts (每个女性都很重要) 计划 – 受助人注册申请

烟草使用 (如果符合 EWC 资格)

- 15.PCP 评估了申请人的烟草使用情况和状况：
 - 我确定申请人使用烟草制品，并向他们推荐适当的戒烟资源。我确保勾选“是”框。
 - 我确定申请人**不**吸烟，如果适用，勾选“否”框。
 - 如果申请人确实使用烟草制品，我会确定使用哪些具体制品。我确保写下所使用的具体烟草制品。
- 16.第 76、77 和 78 行已用正楷填写或签名并注明日期。(第 6 和第 12 页)
 - 在第 75 行 (第 8 页) 签名行写下申请人姓名和日期
 - 确定申请人的签名是否通过口头同意获得授权，并勾选第 75 行 (第 6 页) 中的“是”或“否”框。
 - 如果适用并且您是 PCP 诊所工作人员，请在第 76 和 17 行 (第 6 和 12 页) 上用正楷填写您的姓名、职位/头衔和日期
 - 如果您是 PCP，请在第 78 行和第 19 行 (第 6 页和第 12 页) 写下 (**正楷填写并签名**) 您的姓名和日期。
- 17.如果适用，请在第 76 行和第 17 行 (正楷填写) PCP 诊所工作人员姓名 (包括职位/头衔) 。

姓名 _____ 职位/头衔 _____ 日期 _____

- 18.我已该 EWC 申请人的所有适当的正楷填写的姓名、签名、头衔 (如果适用) 和日期，以开始确定计划资格并同意接受 EWC 临床服务。这包括第 76、77 和 78 行 (第 6 页) 提供的签名和日期。
- 19.EWC PCP 在此 DHCS 8699 表格上签名并注明日期以确认资格 (第 12 页，共 13 页) 。

PCP/工作人员签名 _____ 日期 _____

- 20.在 EWC 申请人/受助人医疗档案中放置并保留一份申请副本。

Every Woman Counts (每个女性都很重要) 计划 – 受助人注册申请**EWC 计划申请人信息**

1. 如果您填写 EWC 申请人姓名 (名字、中间名首字母、姓氏), 请勾选此框。
2. 如果您填写了 EWC 申请人的医疗记录号, 请勾选此框。
3. 如果您填写了 EWC 申请人分配的受助人 ID, 请勾选此框。
4. 如果 EWC 申请人居住在加州, 请勾选此框。
5. 如果 EWC 申请人的家庭收入等于或低于联邦贫困线的 200%, 请勾选此框。这是基于家庭/住户的人数。最新的卫生与公众服务联邦贫困线指南收录于 EWC 网站上: <https://dhcs.ca.gov/EWC>
6. 如果申请人没有保险 (没有健康保险), 请勾选此框。
7. 如果 EWC 申请人保险不足、有健康保险或医疗保健计划, 但无法支付部分费用、免赔额和/或自付费用, 请勾选此框。
8. 如果 EWC 申请人有乳腺癌症状并需要诊断服务, 请勾选此框。
9. 如果 EWC 申请人年满 21 岁并且需要宫颈癌筛查和诊断服务, 请勾选此框。或者, 如果 EWC 申请人年龄为 40 岁或以上, 并且需要乳腺癌筛查和诊断服务。
10. 如果您向申请人提供了 DHCS 《隐私惯例通知》, 请勾选此框。
11. 如果您向 EWC 申请人提供了《隐私惯例声明通知》、《一级审查和正式听证会权利和不歧视通知》请勾选此框。
12. 如果您向 EWC 申请人提供了有关如何获得免费和低成本医疗保险的信息, 请勾选此框。
13. 如果 EWC 申请人符合所有 EWC 计划资格标准, 请勾选此框。
14. 如果 EWC 申请人不符合所有 EWC 计划资格标准, 请勾选此框。
 - a. 如果 EWC 申请人没有资格获得 EWC 计划承保的服务, 请告知他们, 并且他们可以对决定提出上诉。
15. 如果申请人有资格参加 EWC 计划, 请勾选此框; 如果 PCP 与申请人讨论了烟草使用问题, 请勾选此框。
16. 如果您签署了自己的名字并注明了今天的日期, 请勾选此框。在下一行正楷填写您的全名。
17. 如果您已收集了适当的签名、数据和受助人同意书, 以确定该 EWC 计划受助人有资格加入 EWC 计划并获得计划涵盖的服务, 请勾选此框。
18. 勾选此框表示您已收集所有必需的签名、日期、头衔 (如果适用) 和 EWC 申请人同意。EWC 申请人的书面签名和日期必须由申请人或代表 EWC 申请人行事的授权人员亲自以口头或电子方式提供和记录, 如第 76 和 77 行 (第 6 页) 所示。
19. 如果您已在 (第 12 页, 共 13 页) 上添加了 PCP/工作人员签名和日期, 请勾选此框。
20. 如果您已在 EWC 申请人医疗档案中放置并保留本申请的副本, 请勾选此框。