

Every Woman Counts Program (すべての女性を大切にプログラム) - 受容者登録申請書

Department of Health Care Services (DHCS : カリフォルニア州医療サービス局) の「Every Woman Counts (EWC)」プログラムにご興味をお持ちいただき、ありがとうございます。EWC は、カリフォルニア在住の個人に無料の乳がんおよび子宮頸がんのスクリーニングおよび診断サービスを提供しています。治療が必要な場合は、EWC プライマリケア提供者 (EWC PCP) が、DHCS 乳がんおよび子宮頸がん治療プログラムへの登録をお手伝いします。

EWC プログラム対象サービスの資格の有無を判断するには、この申請書のすべてのセクションを完了する必要があります。プログラムの対象となるサービスの料金をプログラムから支払う前に、申請者は EWC プログラムに登録する必要があります。申請者が EWC プログラムの資格があると判断された場合、登録期間は、この申請書に署名と日付が記入された時点から 1 年間となります。1 年後に、申請者が EWC の無料の乳がんおよび子宮頸がんのスクリーニングおよび診断サービスの継続をご希望する場合は、EWC PCP に再登録する必要があります。

EWC PCP、PCP クリニックのスタッフ、またはあなたの代理を務める権限のある人が、この申請の記入完了を支援しても構いません。

- 第 1~3 ページは、あなた (EWC 申請者) がお読みになり保管するためのものです。
- 資格の有無を判断するには、第 4~6 ページに記入する必要があります。
- 第 7~10 ページは、第 4~7 ページの記入を完了するためのフォームの使用説明書です。
- 第 11~14 ページは、所内手続きのため EWC PCP によって記入され保管されます。

プライバシーに関する声明

この申請書は、EWC プログラム対象サービスを受ける資格の有無を判断するのに役立ちます。この申請を完了するかどうかは、あなたご自身の意思です。申請が完了していない場合、EWC プログラムは申請者がサービスを受ける資格があるかどうかを判断できず、プログラムから申請者に連絡する場合があります。あなたには申請者として、ご自身の記録にアクセスする権利があります。医療記録には個人情報が含まれる場合があります。詳細情報や記録を確認するには、以下の EWC プログラムにお問い合わせください。

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

歳入税法セクション 30461.6(f) および (j)、および健康安全法セクション 104150(b)、104162、および 131085 により、EWC プログラムがこの申請で収集された情報を保持することが承認されています。当局は、民法第 1798.17 条に基づいて、このプライバシーに関する声明を申請者に提供する必要があります。

Every Woman Counts Program (すべての女性を大切にプログラム) - 受容者登録申請書**Every Woman Counts (EWC) プログラムの第 1 レベルの審査と正式な聴聞権**

プログラムへの参加資格の有無は、EWC プログラムから通知されます。適格性の決定に同意できない場合は、第 1 レベルの審査および/または正式な聴聞を要求する権利があります。さらに、受けている EWC プログラム 対象サービスに同意しない場合は、第 1 レベルの審査および/または正式な聴聞を受ける権利があります。

資格の決定に使用される EWC プログラムの資格基準に異議を唱えることはできません。たとえば、その決定が EWC プログラムの資格基準と一致していないと思われる場合は、第 1 レベルの審査および/または正式な聴聞を要求することができます。ただし、EWC プログラムの資格基準に同意できない場合は、EWC プログラムの資格基準を変更するために第 1 レベルの審査や正式な聴聞を要求することはできません。EWC の資格基準はオンラインで入手できます。

第 1 レベルの審査および/または正式な聴聞を求める権利を行使したい場合は、以下を含む書面による要請を提出してください。

- あなたの氏名、住所、電話番号。
- 第 1 レベルの審査や正式な審問を要請する理由。
- 決定に誤りがあると信じる理由。
- 英語を理解するのが困難な場合の言語の選択。
- 承認した代理人を立てることを選択した場合は、その代理人の氏名、住所、および電話番号。

第 1 レベルの審査: 第 1 レベルの審査の書面による要請は、同意しない決定から 20 日以内に EWC プログラムに送付する必要があります。審査要請書のコピーは記録として保管してください。EWC プログラムは、審査要請書の受理から 30 日以内に対処します。

第 1 レベルの審査の要請は、郵送してください
Department of Health Care Services
Benefits Division/Every Woman Counts Program
Attention: Division Chief
P.O. Box 997417, MS 4601
Sacramento, CA 95899-7417

または 第 1 レベルの審査の要請を次の宛先にメールで送信してください。
CancerDetection@dhcs.ca.gov

EWC プログラムから詳細について連絡する場合があります。この連絡は、電話、書面、および/または電子的に行われる場合があります。EWC PCP に連絡して情報を求めることもできます。

正式な聴聞: 正式な聴聞の書面による要請は、同意しない決定から 90 日以内に Department of Social Services (社会福祉省) に送付する必要があります。90 日以内に正式な聴聞を申し立てることができなかった正当な理由がある場合は、正式な聴聞の日程を要請することができます。審査要請書のコピーは記録として保管してください。

正式な公聴会のリクエストを郵送先
California Department of Social Services
State Hearings Division
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-442
Sacramento, CA 94244-24

差別禁止の通知

DHCS は連邦および州の公民権法を遵守しています。DHCS は、性別、人種、肌の色、宗教、祖先、出身国、民族、年齢、精神障がい、身体障がい、医学的状态、遺伝情報、婚姻状態、性別、性同一性、性的指向に基づいて、人々を不当に差別しません。DHCS は、性別、人種、肌の色、宗教、祖先、出身国、民族、年齢、精神障がい、身体障がい、医学的状态、遺伝情報、婚姻状態、性別、性同一性、性的指向に基づいて、人々を不当に排除したり、異なった扱いをしたりしません。

効果的にコミュニケーションをとるために、DHCS は

- 資格のある障がいのある人に適切な援助とサービスを提供します。これには次のものが含まれます。
 - 有資格の手話通訳者
 - 点字、大きな活字、音声、電子文書。
 - 言語、聴覚、または視覚に障がいのある人がアクセスできるコミュニケーション手段。
- 英語を母国語としない方々に、以下のような無料の言語サービス。
 - 有資格の通訳
 - 他の言語で書かれた情報

これらのサービスが必要な場合は、DHCS Office of Civil Rights に電話 (916-440-7370、#711 (California State Relay) またはメール (CivilRights@dhcs.ca.gov) でご連絡ください。

Every Woman Counts Program (すべての女性を大切にプログラム) - 受容者登録申請書

あなたについて教えてください

¹ 名 (ファーストネーム) _____ ² ミドルネームのイニシャル _____ ³ 姓 (ラストネーム) _____

⁴ 生年月日 (MM/DD/YYYY) _____

⁵ あなたの性別は何ですか? (1つ選択してください)

女 男

トランスジェンダー (男性から女性へ) トランスジェンダー (女性から男性へ)

⁶ 母親の出生時の姓 (旧姓) _____

⁷ 住所 _____

⁸ 市 _____ ⁹ 州 _____ ¹⁰ 郵便番号 _____

¹¹ 電話番号[(市外局番)番号] _____

¹² メールアドレス _____

¹³ 社会保障番号 (お持ちの場合は記入してください) _____

あなたの家族/世帯構成員と総収入を教えてください。

以下の情報は、あなたが EWC プログラムの参加資格があるかどうかを判断するのに役立ちます。

税金をお支払いになる前に、あなたの家族/世帯構成員全員の収入を知る必要があります。税金を申告する場合、これはあなたの「総所得」(税金やその他の控除前)になります。

¹⁴ あなたの家族/世帯構成員の合計は何人ですか? _____

¹⁵ あなたの家族/世帯構成員の総収入はいくらですか \$ _____

健康保険について教えてください

¹⁶ 私は健康保険を持っています。 ¹⁷ 私は健康保険または医療プランに加入していますが、費用負担、控除、または自己負担金を支払う余裕がありません。

どのような EWC サービスが必要ですか? (該当するものをすべてお選びください)

¹⁸ あなたは 21 歳以上で、子宮頸がんの検査を希望しますか。

¹⁹ あなたは 40 歳以上で、乳がん検査を希望しますか。

²⁰ 乳房に症状があり、さらなる検査をご希望ですか。

以下の乳房の症状を確認してください。

²¹ 色、サイズ、形状の変化など、胸の外観や感触の変化 ²⁴ 胸にしこりまたは固いこぶがある

²² 乳房組織の腫れまたは肥厚 ²⁵ 反転した乳首

²³ 乳首からの分泌物 ²⁶ 乳房または乳首の痛み

²⁷ その他: _____

Every Woman Counts Program (すべての女性を大切にプログラム) - 受容者登録申請書

タバコ使用について教えてください

- 28 あなたはタバコを使用していますか。 いいえ はい
- 29 現在他のタバコ製品を使用していますか? いいえ はい具体的に説明してください:

**帰属民族性について教えてください (オプションかつ秘匿) : (該当するものをすべてお選びください)
 次の情報は、EWC プログラムの資格を決定するために使用されることはありません。**

- 30 ヒスパニックまたはラテン系
- 31 アメリカ先住民またはアラスカ先住民
- 32 アジア系 (以下に具体的に記入してください)
- 33 アジア系インド人 34 カンボジア人 35 中国人 36 フィリッピン人
- 37 ミャオ族 38 日本人 39 韓国人 40 ラオス人
- 41 ベトナム人 42 その他のアジア人:
- 43 黒人またはアフリカ系アメリカ人
- 44 太平洋諸島民 (以下に明記してください)
- 45 グアマニア人 46 ハワイアン 47 サモア人 48 他の太平洋島民:
- 49 白人
- 50 その他:
- 51 回答を控える

あなたの性自認と性的指向について教えてください (オプションかつ秘匿)。
以下の情報は、EWC プログラムの資格の有無を決定するために使用されることはありません。

あなたの性別は何ですか? (あなたの現在の性自認を最もよく表すボックスにチェックマークを入れてください)。

- 52 女性 53 男性
- 54 トランスジェンダー (男性から女性へ) 55 トランスジェンダー (女性から男性へ)
- 56 ノンバイナリー (女性でも男性でもない)
- 57 別の性自認

 あなたの元の出生証明書には性別が記載されていますか。 58 女性 59 男性

ご自身の性的指向は何ですか。

- 60 異性愛者または異性愛者 61 レズビアンまたはゲイ 62 バイセクシャル
- 63 クィア 64 別の性的指向: 65 分からない

Every Woman Counts Program (すべての女性を大切にプログラム) - 受容者登録申請書

宣言 (各項目をよく読んでイニシャルを入れてください)

66 私は、直接、口頭、または電子的にこの申請書に署名し日付を記入することにより、EWC プログラム (政府資金提供プログラム) に申請していることを理解しています。

67 私は、EWC プログラムが提供する無料の乳がんおよび/または子宮頸がんのスクリーニングおよび診断サービスを受けることに同意します。

68 この契約は、この申請書に署名した日から 1 年間有効であることを理解しています。EWC プログラムに年次登録するには、毎年新しい申請書を作成する必要があります。

69 EWC プログラムへの参加をいつでも中止できることを理解しています。

70 私の健康保険情報やその他の医療保険に変更があった場合は、すぐに EWC PCP に通知します。

71 DHCS のプライバシー慣行に関する通知 (別のフォーム) を受け取り、読みました。

72 私は、第 1 レベルの審査および正式な聴聞権、および差別禁止の通知 (この申請書の 1、2、および 3 ページに記載されています) を受け取りました。

73 無料または低額の健康保険を受ける方法 (別紙) の案内を受け取りました。

74 私は、カリフォルニア州法に基づいて偽証罪に処せられることを前提として、この申請書に提供した情報は私の知る限り真実であり、正しいことを宣言します。この申請に関して虚偽の情報を提供すると、EWC プログラムを通じてがん予防サービスを受ける資格に影響を及ぼす可能性があることを理解しています。

75 署名

日付

申請者の署名は口頭による同意によって承認されましたか。

 いいえ

 はい

76 代理人を立てている場合は、代理人氏名 (楷書)、申請者との関係、本日の日付。

氏名

関係

日付

77 代理人を立てている場合は、PCP または PCP クリニック スタッフの氏名 (楷書)、職責/職位、および日付。

氏名

関係

日付

78 代理人の署名:

署名

日付

Every Woman Counts Program (すべての女性を大切にプログラム) - 受容者登録申請書

この EWC 申請書に記入するための詳細なフォーム手順
(第 7~10 ページ)

あなたについて教えてください

1. あなたの名 (ファーストネーム) を記入します。
2. ミドルネームの最初の文字を記入します。
3. あなたの姓 (ラストネーム) を記入します。
4. あなたの生年月日を記入します。月には 2 つの数字、日には 2 つの数字、年には 4 つの数字を使用します。たとえば、2001 年 1 月 1 日は、01/01/2001 になります。
5. 身体的性別が女性の場合は「女性」にチェックマークを入れ、男性の場合は「男性」にチェックマークを入れてください。男性から女性へのトランスジェンダーの場合: トランスジェンダー (男性から女性) にチェックマークを入れてください。女性から男性へのトランスジェンダーの場合: トランスジェンダー (女性から男性) にチェックマークを入れます。
6. あなたの母親の旧姓を記入します。これはあなたの母親が生まれたときの姓です。
7. あなたが住んでいる場所の番地と名称を記入します。たとえば、123 Main Street などです。
8. あなたが住んでいる市名を記入します。
9. あなたが住んでいる州名を記入します。
10. あなたが住んでいる場所の郵便番号を記入します。
11. 3 桁の市外局番から始まり、8 桁の電話番号が続きます。
12. メールアドレスを記入してください。
13. 社会保障番号をお持ちの場合は、それを記入してください。社会保障番号では資格は決定されません。

あなたの家族/世帯構成員と総収入について教えてください

14. あなたの家族/世帯構成員の合計人数を記入してください。家族/世帯構成員とは、出生、結婚、または養子縁組によって血縁関係があり、一緒に住んでいる 2 人以上の人のグループです。EWC は、所得資格に関する U.S. Health and Human Services (HHS : 米国保健福祉省) の連邦貧困ガイドラインを使用して、貧困レベルを計算します。すべての EWC 受給者は、家族/世帯収入が HHS 連邦貧困ガイドラインの 200% 以下である必要があります。
15. あなたの家族/世帯構成員が受け取る合計金額 (税金やその他の控除が適用される前の) を記入します。あなたの家族/世帯構成員には、この合計金額で生活している 14 行目に入力した合計人数が含まれます。

健康保険について教えてください

16. 健康保険に加入していない場合は、このボックスにはチェックマークを入れてください。
17. 健康保険または医療プランに加入しているが、費用の一部、控除額、または自己負担金を支払うことができない場合は、このボックスにチェックマークを入れます。

どのような EWC サービスが必要ですか (該当するものをすべて選択してください)

18. あなたが 21 歳以上であり、子宮頸がんの検査を希望する場合は、このボックスにチェックマークを入れてください。
19. あなたが 40 歳以上であり、乳がんの検査を希望する場合は、このボックスにチェックマークを入れてください。
20. 乳房に症状があり、乳がん検診サービスを受けたい場合は、このボックスにチェックマークを入れてください。
21. 胸のサイズ、色、形が変化した場合は、このボックスにチェックマークを入れてください。

Every Woman Counts Program (すべての女性を大切にプログラム) - 受容者登録申請書

22. 乳房組織に腫れや肥厚がある場合は、このボックスにチェックマークを入れてください。
23. 乳首から分泌物がある場合は、このボックスにチェックマークを入れてください。
24. 胸にしこりや硬いこぶがあると感じられる場合は、このボックスにチェックマークを入れてください。
25. 反転乳首がある場合は、このボックスにチェックマークを入れてください。
26. 乳房または乳首の痛みがある場合は、このボックスにチェックマークを入れてください。
27. 乳房に他の症状がある場合は、このボックスにチェックマークを入れてください。あなたの症状 (複数可) を記入してください。

タバコの使用について教えてください

28. 現在タバコを吸わない場合は、「いいえ」ボックスにチェックマークを入れてください。タバコを吸う場合は、「はい」ボックスにチェックマークを入れてください。
29. 他のタバコ製品を使用しない場合は、「いいえ」ボックスにチェックマークを入れてください。他のタバコ製品を使用する場合は、「はい」ボックスにチェックを入れ、どのタバコ製品を使用するかを記入してください。

あなたの帰属民族について教えてください

30. あなたの帰属民族がすべて/一部がヒスパニック系またはラテン系である場合は、このボックスにチェックマークを入れてください。
31. あなたの帰属民族のすべて/一部がアメリカン・インディアンまたはアラスカ先住民である場合は、このボックスにチェックマークを入れてください。
32. あなたの帰属民族がすべて/一部がアジア人の場合は、このボックスにチェックマークを入れてください。
33. あなたの帰属民族がすべて/一部がアジア系インド人である場合は、このボックスにチェックマークを入れてください。
34. あなたの帰属民族がすべて/一部がカンボジア人である場合は、このボックスにチェックマークを入れてください。
35. あなたの帰属民族がすべて/一部が中国人である場合は、このボックスにチェックマークを入れてください。
36. あなたの帰属民族のすべて/一部がフィリピン人である場合は、このボックスにチェックマークを入れてください。
37. あなたの帰属民族のすべて/一部がモン族である場合は、このボックスにチェックマークを入れてください。
38. あなたの帰属民族のすべて/一部が日本人である場合は、このボックスにチェックマークを入れてください。
39. あなたの帰属民族がすべて/一部が韓国人である場合は、このボックスにチェックマークを入れてください。
40. あなたの帰属民族がすべて/一部がラオス人である場合は、このボックスにチェックマークを入れてください。
41. あなたの帰属民族がすべて/一部がベトナム人である場合は、このボックスにチェックマークを入れてください。
42. あなたの帰属民族のすべて/一部が別のアジア系民族である場合は、このボックスにチェックマークを入れてください。あなたの帰属民族を記入してください。
43. あなたの帰属民族のすべて/一部が黒人またはアフリカ系アメリカ人の場合は、このボックスにチェックマークを入れてください。
44. あなたの帰属民族がすべて/一部が太平洋諸島民である場合は、このボックスにチェックを入れ、その旨を明記してください。
45. あなたの帰属民族がすべて/一部がグアマニア人である場合は、このボックスにチェックマークを入れてください。

Every Woman Counts Program (すべての女性を大切にプログラム) - 受容者登録申請書

46. あなたの帰属民族がすべて/一部がハワイ人である場合は、このボックスにチェックマークを入れてください。
47. あなたの帰属民族がすべて/一部がサモア人である場合は、このボックスにチェックマークを入れてください。
48. あなたの帰属民族がすべて/一部が太平洋諸島民である場合、このボックスにチェックを入れ、その他を指定してください。
49. あなたの帰属民族がすべて/一部が白人の場合は、このボックスにチェックマークを入れてください。
50. あなたの帰属民族がリストにないレースのすべてまたは一部である場合は、このボックスにチェックマークを入れてください。あなたの帰属民族を記入してください。
51. 帰属民族を明らかにしたくない場合は、このボックスにチェックマークを入れてください。

あなたの性自認と性的指向について教えてください(オプションかつ秘匿)

52. あなたが女性であると認識している場合は、このボックスにチェックマークを入れてください。
53. あなたが男性であると認識している場合は、このボックスにチェックマークを入れてください。
54. 自分を女性であると認識しているが、出生時には男性として認識されていた場合は、このボックスにチェックマークを入れます。
55. 自分を男性であると認識しているが、出生時には女性として認識されていた場合は、このボックスにチェックマークを入れてください。
56. あなたの性自認がノンバイナリ (女性でも男性でもない) の場合は、このボックスにチェックマークを入れてください。
57. 該当する場合はこのボックスをオンにチェックマークを入れて、別の性別識別をリストします。
58. 女性として生まれた場合は、このボックスにチェックマークを入れてください。
59. 男性として生まれた場合は、このボックスにチェックマークを入れてください。
60. あなたの性的指向が異性愛者または異性愛者 (異性に性的魅力を感じる) の場合は、このボックスにチェックマークを入れてください。
61. あなたの性的指向がレズビアンまたはゲイ (あなたと同性的の人々に性的に惹かれる) の場合は、このボックスにチェックマークを入れてください。
62. あなたの性的指向がバイセクシュアル (男性と女性の両方に性的に惹かれる) の場合は、このボックスにチェックマークを入れてください。
63. あなたの性的指向がクイア (異性愛者だけではない) の場合は、このボックスにチェックマークを入れてください。
64. 該当する場合はこのボックスにチェックマークを入れ、別の性的指向を記入してください。
65. 自分の性的指向を知らない場合は、このボックスにチェックマークを入れてください。

宣言、完了した申請および患者の同意: イニシャルと署名

66. 文章をお読みになり、ご自身のイニシャルを記入します。あなたは、EWC プログラムに参加するためのプログラム資格を申請していることを理解していることとなります。
67. 文章をお読みになり、ご自身のイニシャルを記入します。あなたは、EWC プログラムの乳がんおよび子宮頸がんのスクリーニングおよび診断サービスを無料で受けることに同意したこととなります。
68. 文章をお読みになり、ご自身のイニシャルを記入します。あなたは、EWC プログラムに参加するためのこの契約が、この申請書に署名した日付を記入した時点から 1 年間有効であることを理解していることとなります。12 か月の期間後に毎年新しい申請を完了する必要があります。

Every Woman Counts Program (すべての女性を大切にプログラム) - 受容者登録申請書

69. 文章をお読みになり、ご自身のイニシャルを記入します。イニシャルを記入することで、EWC プログラムへの参加をいつでも中止できることを理解したものとみなされます。
70. 文章をお読みになり、ご自身のイニシャルを記入します。あなたは、健康保険やその他の医療保険に変更があった場合、すぐに EWC PCP に通知することを示しています。
71. 文章をお読みになり、ご自身のイニシャルを記入します。DHCS のプライバシー慣行に関する通知を受け取ったということになります (NPP は別のフォームです)。
72. 文章をお読みになり、イニシャルを記入します。あなたは、第 1 レベルの審査と正式な聴聞権、および差別禁止の通知 (この申請書の第 1~3 ページに示されています) に関する情報を受け取ったことになります。
73. 文章をお読みになり、ご自身のイニシャルを記入します。あなたは、EWC PCP から無料または低額の健康保険に加入する方法について通知を受け取ったことになります。
74. 第 66 行目から第 74 行目をお読みになり、各行にイニシャルを記入します。私は、私が提供した当該情報は知る限りにおいて、真実かつ正確であることを証明します。また、この申請書に虚偽の情報を提供すると、EWC プログラムを通じて乳がんおよび子宮頸がんのスクリーニングおよび診断サービスを受ける資格に影響を及ぼす可能性があることも理解します。
75. あなたの氏名と本日の日付 (署名と日付) を記入します。申請者が口頭で同意した場合、PCP および/またはクリニックのスタッフが申請者の氏名 (楷書) を記入して、「いいえ」または「はい」にチェックマークを入れる必要があります。
76. あなたに代行動する権限があり、この申請書の記入を支援してくれている人物の氏名、日付、続柄 (すべて楷書) を記入します。
77. PCP または PCP クリニック スタッフの名前 (職責/職位を含む) と、申請者の代行としてこの申請書の記入を支援してくれている人物の氏名と日付 (すべて楷書) を記入します。
78. 第 77 行目または第 78 行目に申請者本人の署名(サイン) と本日の日付を記入します。EWC プライマリケア提供者 (PCP) 向け

EWC プライマリケア提供者 (PCP) 向け
所内専用 (第 11~14 ページ)

口頭による同意を得た場合は、申請者の口頭での回答に基づいて、申請者に代わって申請書の各フィールドに記入します。個人/認定代理人に口頭で同意を確認するよう依頼してください。

1.EWC 申請者名 (楷書)

2.医療記録番号

3.受容者 ID

適格基準

居住地

4.カリフォルニア在住

世帯収入

5.家族/世帯収入が HHS の連邦貧困ガイドラインの 200%以下であること。

健康保険

6.無保険

7.費用の一部、控除額、または自己負担金を支払うことはできません。

EWC プログラムサービス

8.あらゆる年齢の症状のある EWC 申請者を対象とした必要なサービスである乳がんの診断。

9.サービスの推奨年齢で必要な、乳がんおよび/または子宮頸がんのスクリーニング。

この EWC プログラム申請者に次の情報を提供しました。

10.私は、EWC 申請者にプライバシー慣行に関する DHCS 内通知を提示しました。

11.私は、EWC 申請者に DHCS 第 1 レベルの審査と正式な聴聞権、および差別禁止の内容を通知しました。

12.私は、EWC 申請者に、無料または低額の健康保険に加入する方法に関する情報を提供しました。

資格の決定：

13.EWC 申請者は EWC プログラムの資格要件をすべて満たしていると判断しました。

14.EWC 申請者は EWC プログラムの資格要件を満たしていないと判断しました。

Every Woman Counts Program (すべての女性を大切にプログラム) - 受容者登録申請書タバコの使用 (EWC の対象となる場合)

- 15.PCP は申請者のタバコの使用と状況を次のように評価しました。
- 私は、申請者がタバコ製品を使用していると判断し、禁煙のための適切なリソースを紹介しました。「はい」ボックスがチェックされていることを確認しました。
- 申請者はタバコを吸わないと判断し、該当する場合は「いいえ」ボックスにチェックマークを入れます。
- 申請者がタバコ製品を使用する場合、具体的にどのような製品が使用されるかを判断しました。使用した具体的なタバコ製品を必ず記入するように申請者と確認しました。
- 16.第 76~78 行目は楷書または署名で記入され、日付が付けられています。(第 6 および第 12 ページ)
- 第 75 行目 (第 6 ページ) の署名欄に申請者の氏名と日付を記入します。
- 申請者の署名が口頭同意によって許可されたかどうかを確認し、第 75 行目 (第 6 ページ) に示される「はい」または「いいえ」のボックスにチェックマークを入れます。
- あなたが PCP クリニックのスタッフであり、該当する場合する場合は、第 76 行目と第 17 行目 (第 6 および第 12 ページ) にあなたの氏名、職責/職位、日付を楷書で記入してください。
- あなたが PCP のクリニックのスタッフである場合は、第 78 行目と第 19 行目 (第 6 および第 12 ページ) にあなたの氏名と日付を楷書で記入し署名してください。
- 17.該当する場合は、第 76 行目と第 17 行目に PCP クリニックのスタッフ名 (職責/職位を含む) を記入 (楷書) します。

氏名 _____ 職責/職位 _____ 日付 _____

- 18.私は、本 EWC 申請者がプログラムの適格性と同意を判断し、EWC の臨床サービスを受けるために必要な、適切な楷書での氏名、署名、職位 (該当する場合)、および日付をすべて入手しました。これには、第 76~78 行目 (第 6 ページ) に記載されている署名と日付が含まれます。
- 19.EWC PCP は、資格を確認するために、この DHCS 8699 フォームに署名し、日付を記入します (第 12/14 ページ)。

PCP/スタッフの署名 _____ 日付 _____

- 20.申請書のコピーを EWC 申請者/受容者の医療ファイルに保存して保管します。

Every Woman Counts Program (すべての女性を大切にプログラム) - 受容者登録申請書**EWC プログラム応募者情報**

1. EWC 申請者名 (ファーストネーム、ミドルネームのイニシャル、ラストネーム) を記入する場合は、このボックスにチェックマークを入れます。
2. EWC 申請者の医療記録番号を記入する場合は、このボックスにチェックマークを入れます。
3. EWC 申請者に割り当てられた受容者 ID を記入する場合は、このボックスをオンにします。
4. EWC 申請者がカリフォルニア州に在住している場合は、このボックスにチェックマークを入れます。
5. EWC 申請者の家族/世帯収入が連邦貧困ガイドラインの 200%以下である場合は、このボックスにチェックマークを入れます。これは家族/世帯構成員の人数に基づいています。現在の保健福祉サービス、連邦貧困ガイドラインは、EWC の Web サイトにあります。 <https://dhcs.ca.gov/EWC>
6. 申請者が無保険 (健康保険に加入していない) の場合は、このボックスにチェックマークを入れます。
7. EWC 申請者が十分な保険に加入していないか、健康保険または医療プランに加入しているが、費用の一部、免責金額、および/または自己負担金を支払うことができない場合は、このボックスにチェックマークを入れます。
8. EWC 申請者に乳がんの症状があり、診断サービスが必要な場合は、このボックスにチェックマークを入れます。
9. EWC 申請者の年齢が 21 歳以上であり、子宮頸がんのスクリーニングと診断サービスが必要な場合は、このボックスにチェックマークを入れます。または、EWC 申請者の年齢が 40 歳以上であり、乳がんのスクリーニングと診断サービスが必要な場合。
10. プライバシー慣行に関する DHCS 通知を申請者に提示した場合は、このボックスにチェックマークを入れます。
11. EWC 申請者にプライバシー慣行に関する声明、第 1 レベルの審査および正式な聴聞権に関する通知、および差別禁止に関する通知を与えた場合は、このボックスにチェックマークを入れます。
12. 無料または低額医療保険に加入する方法に関する情報を EWC 申請者に提供した場合は、このボックスにチェックマークを入れます。
13. EWC 申請者が EWC プログラムの資格基準をすべて満たしている場合は、このボックスにチェックマークを入れます。
14. EWC 申請者が EWC プログラムの資格基準をすべて満たしていない場合は、このボックスにチェックマークを入れます。
 - a. EWC 申請者に、EWC プログラム対象のサービスを受ける資格がない場合、決定に対して異議を申し立てることができることを伝えます。
15. 申請者が EWC プログラムの資格がある場合は、このボックスにチェックマークを入れます。PCP が申請者とタバコの使用について話し合った場合は、このボックスにチェックマークを入れます。
16. 自分の名前に署名し、今日の日付を入力した場合は、このボックスにチェックマークを入れます。次の行にあなたのフルネームを印刷します。
17. この EWC プログラム受容者が EWC プログラムに登録し、プログラム対象サービスを受ける資格があると判断するための適切な署名、データ、および受容者の同意を取得している場合は、このボックスにチェックマークを入れます。
18. 必要な署名、日付、職位 (該当する場合)、および EWC 申請者の同意をすべて取得していることを示すには、このボックスにチェックマークを入れます。EWC 申請者の書面による署名と日付は、第 76 行目と第 77 行目 (第 6 ページ) に示されているように、申請者または EWC 申請者の代理を務める権限のある人によって直接、口頭または電子的に提供され、文書化されなければなりません。

Every Woman Counts Program (すべての女性を大切にプログラム) - 受容者登録申請書

19. PCP/スタッフの署名と日付を含めた場合は、このボックスにチェックマークを入れます (第 12/14 ページ)。
20. この申請書のコピーを EWC 申請者医療ファイルに配置して維持している場合は、このボックスにチェックマークを入れます。