प्रत्येक महिला अहमियत रखती है कार्यक्रम - प्राप्तकर्ता नामांकन आवेदन

कैलिफोर्निया स्वास्थ्य देखभाल सेवा विभाग (DHCS), प्रत्येक महिला अहमियत रखती है (EWC) कार्यक्रम में आपकी रुचि के लिए धन्यवाद। EWC कैलिफ़ोर्निया में रहने वाले लोगों को निःशुल्क स्तन और सर्वाइकल कैंसर की जांच और निदान सेवाएँ प्रदान करता है। यदि आपको उपचार की आवश्यकता है, तो एक EWC प्राथमिक देखभाल प्रदाता (EWC PCP), आपको DHCS स्तन और सर्वाइकल कैंसर उपचार कार्यक्रम में नामांकन करवाने में भी मदद कर सकता है।

EWC कार्यक्रम में शामिल सेवाओं के लिए आपकी पात्रता निर्धारित करने के लिए, इस आवेदन के सभी अनुभागों को पूरा करना आवश्यक हैं। कार्यक्रम उसमें शामिल किसी भी सेवा के लिए भुगतान करे इससे पहले आवेदक को EWC कार्यक्रम में नामांकित होना आवश्यक हैं। यदि कोई आवेदक EWC कार्यक्रम के लिए पात्र पाया जाता है, तो नामांकन इस आवेदन पर हस्ताक्षर और तारीख प्रदान करने के समय से एक वर्ष के लिए होगा। एक वर्ष के बाद, यदि आवेदक EWC मुफ्त स्तन और सर्वाइकल कैंसर जांच और निदान सेवाएं प्राप्त करना जारी रखना चाहता है, तो उन्हें EWC PCP के साथ फिर से नामांकन करवाना होगा।

एक EWC PCP, PCP क्लिनिक स्टाफ या आपकी ओर से कार्य करने वाला कोई अधिकृत व्यक्ति इस आवेदन को पूरा करने में आपकी सहायता कर सकता है।

- पृष्ठ 1, 2, और 3 आपके (EWC आवेदक) के पढ़ने और आपके पास रखने के लिए हैं।
- यह निर्धारित करने के लिए कि आप पात्र हैं या नहीं, पृष्ठ 4, 5, और 6 को पूरा करना आवश्यक है।
- पृष्ठ 7, 8, 9, 10 और 11 पृष्ठ 4, 5, और 6 को पूरा करने के लिए*आपके उपयोग के लिए प्रपत्र निर्देश हैं*।
- पृष्ठ 12-15 पूरे हो गए हैं और आंतरिक उपयोग के लिए *EWC PCP के पास रखे गए हैं*।

गोपनीयता कथन

यह आवेदन EWC कार्यक्रम में शामिल सेवाओं को प्राप्त करने के लिए आपकी पात्रता निर्धारित करने में सहायता करेगा। इस आवेदन को पूरा करना आपकी पसंद है। यदि आवेदन पूरा नहीं हुआ है, तो EWC कार्यक्रम यह निर्धारित करने में सक्षम नहीं हो सकता है कि आप सेवाएं पाने के लिए योग्य हैं या नहीं और कार्यक्रम आपसे संपर्क कर सकता है या नहीं। आपको अपने रिकॉर्ड एक्सेस करने का अधिकार है। आपके मेडिकल रिकॉर्ड में व्यक्तिगत जानकारी हो सकती है। अधिक जानकारी के लिए, और/या अपने रिकॉर्ड की समीक्षा के लिए, कृपया EWC कार्यक्रम से यहां संपर्क करें:

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

राजस्व और कराधान संहिता धारा 30461.6(f) और (j), और स्वास्थ्य और सुरक्षा संहिता धारा 104150(b), 104162 और 131085 EWC कार्यक्रम को इस आवेदन पर एकत्रित जानकारी रखने के लिए अधिकृत करते हैं। हमें आपको नागरिक संहिता की धारा 1798.17 के तहत यह गोपनीयता कथन देना आवश्यक है।

प्रत्येक महिला अहमियत रखती है कार्यक्रम के लिए प्रथम स्तर की समीक्षा और औपचारिक सुनवाई के अधिकार

आप कार्यक्रम में भाग लेने के पात्र हैं या नहीं यह आपको EWC कार्यक्रम द्वारा सूचित किया जाएगा। यदि आप पात्रता निर्णय से सहमत नहीं हैं, तो आपको प्रथम स्तर की समीक्षा और/या औपचारिक सुनवाई के लिए पूछने का अधिकार है। इसके अलावा, यदि आप EWC कार्यक्रम में शामिल सेवाओं से असहमत हैं, तो आपको प्रथम स्तर की समीक्षा और/या औपचारिक सुनवाई का अधिकार है।

आप अपना पात्रता निर्णय लेने के लिए उपयोग किए जाने वाले EWC कार्यक्रम पात्रता मानदंड को चुनौती नहीं दे सकते। उदाहरण के लिए, यदि आपको लगता है कि निर्णय EWC कार्यक्रम पात्रता मानदंडों से मेल नहीं खाता है, तो आप प्रथम स्तर की समीक्षा और/या औपचारिक सुनवाई के लिए पूछ सकते हैं। अगर आप EWC कार्यक्रम पात्रता मानदंड से असहमत हैं, तो आप EWC कार्यक्रम पात्रता मानदंड को बदलने का प्रयास करने के लिए प्रथम स्तर की समीक्षा और/या औपचारिक सुनवाई की मांग नहीं कर सकते हैं। EWC पात्रता मानदंड ऑनलाइन उपलब्ध है।

अगर आप प्रथम स्तर की समीक्षा और/या औपचारिक सुनवाई के लिए पूछने के अपने अधिकार का प्रयोग करना चाहते हैं, तो कृपया एक लिखित अनुरोध सबमिट करें जिसमें निम्नलिखित शामिल हैं:

- आपका नाम, पता और टेलीफोन नंबर।
- कारण जिसके लिए आप प्रथम स्तर की समीक्षा और/या औपचारिक सुनवाई का अनुरोध कर रहे हैं।
- आपको एसा क्यों लगता हैं कि निर्णय गलत है।
- यदि आपको अंग्रेजी समझने में परेशानी होती है तो आपकी भाषा प्राथमिकता।
- यदि आप किसी अधिकृत प्रतिनिधि का उपयोग करना चुनते हैं तो उनका नाम, पता और टेलीफोन नंबर।

प्रथम स्तर की समीक्षा: प्रथम स्तर की समीक्षा के लिए लिखित अनुरोध उस निर्णय, जिससे आप असहमत हैं, लेने के 20 दिनों के भीतर EWC कार्यक्रम को भेजा जाना चाहिए। कृपया अपने रिकॉर्ड के लिए अपने लिखित अनुरोध की एक प्रति अपने पास रखें। EWC कार्यक्रम आपका अनुरोध प्राप्त होने के 30 दिनों के अंदर जवाब देगा।

प्रथम स्तरीय समीक्षा के लिए अपना अनुरोध मेल करें
Department of Health Care Services
Benefits Division/Every Woman Counts Program
Attention: Division Chief
P.O. Box 997417, MS 4601
Sacramento, CA 95899-7417

या

प्रथम स्तरीय समीक्षा के लिए अपना अनुरोध ईमेल करें:
CancerDetection@dhcs.ca.gov

अधिक जानकारी के लिए EWC कार्यक्रम आपसे संपर्क कर सकता है। यह संपर्क फ़ोन, लेखन और/या इलेक्ट्रॉनिक रूप से हो सकता है। जानकारी के लिए EWC PCP से भी संपर्क किया जा सकता है।

औपचारिक सुनवाई: जिस निर्णय से आप असहमत हैं उसके 90 दिनों के भीतर औपचारिक सुनवाई के लिए लिखित अनुरोध सामाजिक सेवा विभाग को भेजा जाना चाहिए। यदि आपके पास उचित कारण है कि जिसकी वजह से आप 90 दिनों के भीतर औपचारिक सुनवाई के लिए आवेदन नहीं कर पाए, तो भी आप औपचारिक सुनवाई निर्धारित करने के लिए पूछ सकते हैं। कृपया अपने रिकॉर्ड के लिए अपने लिखित अनुरोध की एक प्रति अपने पास रखें।

औपचारिक सुनवाई के लिए अपना अनुरोध मेल करें
California Department of Social Services
State Hearings Division
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-442
Sacramento, California 94244-24

भेदभाव न करने की सूचना

DHCS संघीय और राज्य नागरिक अधिकार कानूनों का अनुपालन करता है। DHCS लिंग, जाति, रंग, धर्म, वंश, राष्ट्रीय मूल, जातीय समूह की पहचान, उम्र, मानसिक विकलांगता, शारीरिक विकलांगता, चिकित्सा स्थिति, आनुवंशिक जानकारी, वैवाहिक स्थिति, लिंग, लिंग पहचान या यौन अभिमुखता के आधार पर गैरकानूनी रूप से भेदभाव नहीं करता है। लिंग, जाति, रंग, धर्म, वंश, राष्ट्रीय मूल, जातीय समूह की पहचान, आयु, मानसिक विकलांगता, शारीरिक विकलांगता, चिकित्सा स्थिति, आनुवंशिक जानकारी, वैवाहिक स्थिति, लिंग, लिंग पहचान या यौन अभिमुखता के आधार पर गैरकानूनी तरीके से लोगों को बाहर नहीं करता है या उनके साथ अलग व्यवहार नहीं करता है।

प्रभावी ढंग से संचार करने के लिए, DHCS

- योग्य विकलांग व्यक्तियों के लिए उचित सहायता और सेवाएँ प्रदान करता है, इसमें शामिल हैं:
  - योग्य सांकेतिक भाषा दुभाषिए
  - ब्रेल, बड़े प्रिंट, ऑडियो और इलेक्ट्रॉनिक रूप में दस्तावेज़।
  - संचार उन लोगों के लिए सुलभ है जो बोलने, सुनने या देखने में अक्षम हैं।
- उन लोगों को मुफ्त भाषा सेवाएं प्रदान करता है जिनकी प्राथमिक भाषा अंग्रेजी नहीं है, जैसे कि:
  - योग्य दुभाषिए
  - अन्य भाषाओं में लिखी गई जानकारी

यदि आपको ऊपर उल्लिखित सेवाओं की आवश्यकता है, तो कृपया DHCS नागरिक अधिकार कार्यालय से (916)440-7370, #711 (कैलिफ़ोर्निया स्टेट रिले) या ईमेल CivilRights@dhcs.ca.gov पर संपर्क करें।

प्रत्येक महिला अहमियत रखती है कार्यक्रम - प्राप्तकर्ता नामांकन आवेदन

हमें अपने बारे में बताइए

1पहला नाम ____________ 2मध्य नाम का प्रथम अक्षर ______ 3उपनाम ____________

4जन्म की तारीख (महीना/दिन/साल) ____________

5आपका लिंग क्या है? (एक पर निशान करें)
☐ महिला
☐ पुरुष
☐ ट्रांसजेंडर (पुरुष से महिला)
☐ ट्रांसजेंडर (महिला से पुरुष)

6जन्म के समय आपकी माँ का उपनाम (युवती के पिता के घर का नाम) ____________

7पता ____________

8शहर ____________ 9राज्य ______ 10ज़िप कोड ______

11टेलीफोन नंबर [(क्षेत्र कोड) नंबर] ____________

12मेल पता ____________

13सामाजिक सुरक्षा नंबर (यदि आपके पास कोई है तो सूचीबद्ध करें) ____________

हमें अपने परिवार/घर और कुल आय के बारे में बताएं। निम्नलिखित जानकारी हमें यह निर्णय लेने में मदद करती है कि आप EWC कार्यक्रम के लिए पात्र हैं।

हमें आप के कर चुकाने से पहले यह जानना होगा कि आपके परिवार/घर में प्रत्येक व्यक्ति को कितना पैसा मिलता है। यदि आप कर भरते हैं, तो यह आपकी "सकल आय" (कर और अन्य कटौतियों से पहले) है।

14आपके परिवार/घर में रहने वाले व्यक्तियों की कुल संख्या कितनी है? ____________

15आपके परिवार/घर की कुल आय कितनी है? $ ____________

आइए अब आपके स्वास्थ्य बीमा के बारे में जानते हैं

☐ 16मेरे पास स्वास्थ्य बीमा नहीं है।

☐ 17मेरे पास स्वास्थ्य बीमा या स्वास्थ्य देखभाल योजना है, लेकिन मैं लागत में हिस्सेदारी, कटौती योग्य या सह-भुगतान नहीं कर सकता।

आपको किन EWC सेवाओं की आवश्यकता है? (लागू होने वाले सभी पर निशान करें)

☐ 18आपकी उम्र 21 वर्ष या उससे ज्यादा है और आप सर्वाइकल कैंसर की जांच कराना चाहते हैं?

☐ 19आपकी उम्र 40 वर्ष या उससे ज्यादा है और आप स्तन कैंसर की जांच कराना चाहते हैं?

☐ 20आपके स्तन में कोई लक्षण हैं और आप आगे परीक्षण कराना चाहते हैं?

कृपया नीचे देखें कि आपके स्तनों में कौन से लक्षण हैं:

☐ 21आपके स्तन के रंगरूप या अहसास में बदलाव, जैसे रंग, कद या आकार में बदलाव

☐ 22आपके स्तन के ऊतकों में सूजन या उनका मोटा होना

☐ 23आपके निपल से स्राव

☐ 24आपके स्तन में गांठ या सख्त गांठ

☐ 25निपल का उलटा होना

☐ 26स्तन या निपल में दर्द

☐ 27अन्य: ____________

प्रत्येक महिला अहमियत रखती है कार्यक्रम - प्राप्तकर्ता नामांकन आवेदन

हमें अपने तम्बाकू के उपयोग के बारे में बताएं

28क्या अब आप तम्बाकू लेते हैं? ☐ नहीं ☐ हाँ

29क्या अब आप अन्य तम्बाकू उत्पादों का उपयोग करते हैं? ☐ नहीं ☐ हाँ। कृपया समझाएँ: ____________

हमें अपनी जाति के बारे में बताएं (वैकल्पिक और गोपनीय): कृपया उन सभी का चयन करें जो आप पर लागू होते हैं। आपके EWC कार्यक्रम के पात्र होने का निर्णय लेने के लिए निम्नलिखित जानकारी का उपयोग नहीं किया जाएगा।

☐ 30हिस्पैनिक या लैटिना

☐ 31अमेरिकी भारतीय या अलास्का मूल निवासी

☐ 32एशियाई (नीचे निर्दिष्ट करें)

☐ 33एशियाई भारतीय ☐ 34कम्बोडियन ☐ 35चीनी ☐ 36फिलिपिनो

☐ 37हमोंग ☐ 38जापानी ☐ 39कोरियाई ☐ 40लाओटियन

☐ 41वियतनामी ☐ 42अन्य एशियाई: ____________

☐ 43अश्वेत या अफ्रीकी अमेरिकी

☐ 44प्रशांत द्वीपवासी (नीचे निर्दिष्ट करें)

☐ 45गुमानियन ☐ 46हवाई ☐ 47सामोन ☐ 48अन्य प्रशांत द्वीपवासी: ____________

☐ 49सफ़ेद

☐ 50अन्य: ____________

☐ 51जवाब नहीं देना पसंद करते है

हमें अपनी लिंग पहचान और यौन अभिमुखता (वैकल्पिक और गोपनीय) के बारे में बताएं। आपकी EWCकार्यक्रम पात्रता के लिए निर्णय लेने के लिए निम्नलिखित जानकारी का उपयोग नहीं किया जाएगा।

आपका लिंग क्या है? (उस बॉक्स पर निशान करें जो आपकी वर्तमान लिंग पहचान का सबसे अच्छा वर्णन करता है)।

☐ 52महिला ☐ 53पुरुष

☐ 54ट्रांसजेंडर (पुरुष से महिला) ☐ 55ट्रांसजेंडर (महिला से पुरुष)

☐ 56गैर-बाइनरी (न तो महिला और न ही पुरुष)

☐ 57अन्य कोई लिंग पहचान ____________

आपके मूल जन्म प्रमाणपत्र पर कौन सा लिंग सूचीबद्ध है? ☐ 58महिला ☐ 59पुरुष

आप अपने बारे में क्या सोचते हैं?

☐ 60सीधा या विषमलैंगिक ☐ 61लेस्बियन या समलैंगिक ☐ 62उभयलिंगी

☐ 63विचित्र ☐ 64एक और यौन अभिमुखता: ____________ ☐ 65अज्ञात

घोषणाएं (कृपया ध्यान से पढ़ें और प्रत्येक आइटम पर आरंभिक हस्ताक्षर करें)

_______ 66 मुझे पता है कि इस आवेदन पर व्यक्तिगत रूप से, मौखिक रूप से या इलेक्ट्रॉनिक रूप से हस्ताक्षर करके और तारीख लीख के, मैं EWC कार्यक्रम (एक सरकारी वित्त पोषित कार्यक्रम) के लिए आवेदन कर रही हूं।

_______ 67 मैं EWC कार्यक्रम द्वारा निःशुल्क स्तन और/या सर्वाइकल कैंसर की जांच और निदान सेवाएं प्राप्त करने के लिए सहमति देती हूं।

_______ 68 मुझे पता है कि यह अनुबंध मेरे द्वारा इस आवेदन पर हस्ताक्षर करने की तारीख से एक वर्ष तक के लिए है। EWC कार्यक्रम में नामांकित होने के लिए मुझे हर साल एक नया आवेदन पूरा करना होगा।

_______ 69 मुझे पता है कि मैं किसी भी समय EWC कार्यक्रम में भाग लेना बंद कर सकती हूं।

_______ 70 यदि मेरी स्वास्थ्य बीमा जानकारी और/या अन्य चिकित्सा कवरेज में कोई बदलाव होता है, तो मैं EWC PCP को तुरंत बता दूंगी।

_______ 71 मैंने गोपनीयता प्रथाओं का DHCS नोटिस (अलग फॉर्म) प्राप्त किया और पढ़ा है।

_______ 72 मुझे प्रथम स्तर की समीक्षा और औपचारिक सुनवाई के अधिकार, और गैर-भेदभाव की सूचना (इस आवेदन के पृष्ठ 1, 2, और 3 पर प्रदान की गई) प्राप्त हुई है।

_______ 73 मुझे मुफ्त या कम लागत वाला स्वास्थ्य बीमा (अलग फॉर्म) कैसे प्राप्त करें, इसके बारे में जानकारी प्राप्त हुई है।

_______ 74 मैं कैलिफोर्निया राज्य के कानून के अंतर्गत झूठी गवाही के दंड के तहत घोषणा करती हूं कि इस आवेदन पर मैंने जो जानकारी प्रदान की है वह मेरी सर्वोत्तम जानकारी के अनुसार सत्य और सही है। मुझे पता है कि इस आवेदन पर गलत जानकारी देने से EWC कार्यक्रम के माध्यम से कैंसर रोकथाम सेवाएं प्राप्त करने की मेरी पात्रता प्रभावित हो सकती है।

75 आपके हस्ताक्षर ______________________ तारीख __________

क्या आवेदक के हस्ताक्षर मौखिक सहमति से अधिकृत थे? ☐ नहीं ☐ हाँ

76 यदि कोई व्यक्ति आपकी ओर से कार्य कर रहा है, (प्रिंट किया हुआ) नाम, आपसे संबंध और आज की तारीख।

नाम ______________ संबंध ______________ तारीख __________

77 यदि कोई व्यक्ति आपकी ओर से कार्य कर रहा है, तो PCP या PCP क्लिनिक स्टाफ (प्रिंट किया हुआ) का नाम, पद/शीर्षक और तारीख है।

नाम ______________ संबंध ______________ तारीख __________

78 आपकी ओर से कायर करने व्ले वयिक्त केहस्तर्क्षर:

हस्ताक्षर ______________________ तारीख __________

प्रत्येक महिला अहमियत रखती है कार्यक्रम - प्राप्तकर्ता नामांकन आवेदन

इस EWC प्राप्तकर्ता आवेदन को पूरा करने के लिए विस्तृत प्रपत्र निर्देश

(पेज 7 से 11 तक)

हमें अपने बारे में बताइए

1. अपना पहला नाम लिखें।
2. अपने मध्य नाम का पहला अक्षर लिखें।
3. अपना अंतिम नाम लिखें।
4. अपनी जन्मतारीख लिखें। महीने के लिए 2 अंक, दिन के लिए 2 अंक और वर्ष के लिए 4 अंक का प्रयोग करें। उदाहरण के लिए, 1 जनवरी 2001, 01/01/2001 होगा।
5. यदि आपका शारीरिक लिंग महिला है: महिला पर निशान करें, या यदि पुरुष है: पुरुष पर निशान करें। यदि, आप ट्रांसजेंडर पुरुष से महिला हैं: ट्रांसजेंडर (पुरुष से महिला) पर निशान करें। यदि यह ट्रांसजेंडर महिला से पुरुष है: ट्रांसजेंडर (महिला से पुरुष) पर निशान करें।
6. अपनी माँ का विवाहपूर्व का नाम लिखें। जब वह पैदा हुई थी तब यही उसका मूल उपनाम था।
7. आप जहां रहते हैं उसका सड़क नंबर और नाम लिखें। उदाहरण के लिए, 123 मेन स्ट्रीट।
8. आप जिस शहर में रहते हैं उसका नाम लिखें।
9. आप जिस राज्य में रहते हैं उसका नाम लिखें।
10. आप जहां रहते हैं वहां का ज़िप कोड लिखें।
11. अपना टेलीफ़ोन नंबर लिखें। क्षेत्र कोड के लिए तीन अंकों की संख्या से शुरुआत करें, उसके बाद 8 अंकों का फ़ोन नंबर डालें।
12. अपना ईमेल पता लिखें।
13. यदि आपके पास अपना सामाजिक सुरक्षा नंबर (SSN) है तो उसे लिखें। आपका SSN आपकी पात्रता का निर्धारण नहीं करेगा।

हमें अपने परिवार/घरेलू और सकल आय के बारे में बताएं

14. आपके परिवार/घर में रहने वाले व्यक्तियों की कुल संख्या लिखें। परिवार/घर दो या दो से अधिक व्यक्तियों का एक समूह है जो जन्म, विवाह या गोद लेने से संबंधित हैं और जो एक साथ रहते हैं। EWC आपके गरीबी स्तर की गणना करने के लिए आय पात्रता के लिए अमेरिकी स्वास्थ्य और मानव सेवा (HHS), संघीय गरीबी दिशानिर्देश का उपयोग करता है। सभी EWC प्राप्तकर्ताओं की पारिवारिक/घरेलू आय HHS संघीय गरीबी दिशानिर्देशों के 200 प्रतिशत या उससे कम होनी चाहिए।
15. आपके परिवार/घर को प्राप्त होने वाली कुल धनराशि लिखें (कर और अन्य कटौतियाँ लागू होने से पहले)। आपके परिवार/घर में पंक्ति 14 पर आपके द्वारा दर्ज किए गए व्यक्तियों की कुल संख्या शामिल है जो इस कुल धनराशि पर जीवन यापन कर रहे हैं।

आइए अब आपके स्वास्थ्य बीमा के बारे में जानते हैं

16. यदि आपके पास कोई स्वास्थ्य बीमा नहीं है तो इस बॉक्स पर निशान करें।
17. यदि आपके पास स्वास्थ्य बीमा, या स्वास्थ्य देखभाल योजना है, लेकिन आप लागत, कटौती योग्य या सह-भुगतान का हिस्सा नहीं दे सकते हैं तो इस बॉक्स पर निशान करें।

आपको कौन सी EWC सेवाओं की आवश्यकता है (जो भी लागू हो उस पर निशान करें)

18. यदि आपकी उम्र 21 वर्ष या उससे अधिक है और आप सर्वाइकल कैंसर की जांच कराना चाहते हैं तो इस बॉक्स पर निशान करें।
19. यदि आपकी उम्र 40 वर्ष या उससे अधिक है और आप स्तन कैंसर की जांच कराना चाहते हैं तो इस बॉक्स पर निशान करें।
20. यदि आपके स्तनों में लक्षण हैं और आप स्तन कैंसर के लिए जांच सेवाएँ प्राप्त करना चाहते हैं तो इस बॉक्स पर निशान करें।
21. यदि आपके स्तन का कद, रंग या आकार बदल गया है तो इस बॉक्स पर निशान करें।
22. यदि आपके स्तन के ऊतकों में कोई सूजन या मोटाई है तो इस बॉक्स पर निशान करें।
23. यदि आपके निपल से कोई स्त्राव हो रहा है तो इस बॉक्स पर निशान करें।
24. यदि आपके स्तनों में कोई गांठ या कठोर गांठ है जिसे आप महसूस कर सकते हैं तो इस बॉक्स पर निशान करें।
25. यदि आपका निपल उल्टा हो गया है तो इस बॉक्स पर निशान करें
26. यदि आप स्तन या निपल में दर्द का अनुभव कर रहे हैं तो इस बॉक्स पर निशान करें
27. यदि आपके स्तन में अन्य लक्षण हैं तो इस बॉक्स पर निशान करें। अपने लक्षण लिखें।

हमें अपने तम्बाकू के उपयोग के बारे में बताएं

28. यदि आप अब तम्बाकू का सेवन नहीं करते हैं, तो नहीं बॉक्स पर निशान करें। यदि आप तम्बाकू का सेवन करते हैं, तो हाँ बॉक्स पर निशान करें।
29. यदि आप अन्य तम्बाकू उत्पादों का उपयोग नहीं करते हैं, तो नहीं बॉक्स पर निशान करें। यदि आप अन्य तम्बाकू उत्पादों का उपयोग करते हैं, तो हाँ बॉक्स पर निशान करें और लिखें कि आप कौन से तम्बाकू उत्पादों का उपयोग करते हैं।

हमें अपनी जाति के बारे में बताएं

30. यदि आपकी जाति पूरी तरह या आंशिक रूप से हिस्पैनिक या लैटिना है तो इस बॉक्स पर निशान करें।
31. यदि आपकी जाति पूरी तरह या आंशिक रूप से अमेरिकी भारतीय या अलास्का मूल निवासी है तो इस बॉक्स पर निशान करें।
32. यदि आपकी जाति पूरी तरह या आंशिक रूप से एशियाई है तो इस बॉक्स पर निशान करें।
33. यदि आपकी जाति पूरी तरह या आंशिक रूप से एशियाई भारतीय है तो इस बॉक्स पर निशान करें।

34. यदि आपकी जाति पूरी तरह या आंशिक रूप से कम्बोडियन है तो इस बॉक्स पर निशान करें।
35. यदि आपकी जाति पूरी तरह या आंशिक रूप से चीनी है तो इस बॉक्स पर निशान करें।
36. यदि आपकी जाति पूरी तरह या आंशिक रूप से फिलिपिनो है तो इस बॉक्स पर निशान करें।
37. यदि आपकी जाति पूरी या आंशिक रूप से हमोंग है तो इस बॉक्स पर निशान करें।
38. यदि आपकी जाति पूरी या आंशिक रूप से जापानी है तो इस बॉक्स पर निशान करें।
39. यदि आपकी जाति पूरी तरह या आंशिक रूप से कोरियाई है तो इस बॉक्स पर निशान करें।
40. यदि आपकी जाति पूरी तरह या आंशिक रूप से लाओटियन है तो इस बॉक्स पर निशान करें।
41. यदि आपकी जाति पूरी तरह या आंशिक रूप से वियतनामी है तो इस बॉक्स पर निशान करें।
42. यदि आपकी जाति पूरी तरह या आंशिक रूप से अन्य एशियाई है तो इस बॉक्स पर निशान करें। अपनी जाति लिखें।
43. यदि आपकी जाति पूरी तरह या आंशिक रूप से अश्वेत या अफ़्रीकी अमेरिकी है तो इस बॉक्स पर निशान करें।
44. यदि आपकी जाति संपूर्ण या आंशिक रूप से प्रशांत द्वीप वासी है तो इस बॉक्स पर निशान करें और कृपया निर्दिष्ट करें।
45. यदि आपकी जाति पूरी तरह या आंशिक रूप से गुमानियन है तो इस बॉक्स पर निशान करें।
46. यदि आपकी जाति पूरी या आंशिक रूप से हवाईयन है तो इस बॉक्स पर निशान करें।
47. यदि आपकी जाति संपूर्ण या आंशिक सामोन है तो इस बॉक्स पर निशान करें।
48. यदि आपकी जाति पूरी तरह या आंशिक रूप से प्रशांत द्वीप वासी है तो इस बॉक्स पर निशान करें और कृपया अन्य निर्दिष्ट करें।
49. यदि आपकी जाति पूरी तरह या आंशिक रूप से श्वेत है तो इस बॉक्स पर निशान करें।
50. यदि आपकी जाति पूरी तरह या किसी जाती का हिस्सा सूचीबद्ध नहीं है, तो इस बॉक्स पर निशान करें। अपनी जाति लिखें।
51. यदि आप अपनी जाति नहीं बताना चाहते तो इस बॉक्स पर निशान करें।

हमें अपनी लिंग पहचान और यौन अभिमुखता के बारे में बताएं (वैकल्पिक और गोपनीय)

52. यदि आप अपनी पहचान महिला के रूप में करते हैं तो इस बॉक्स पर निशान करें।
53. यदि आप अपनी पहचान पुरुष के रूप में करते हैं तो इस बॉक्स पर निशान करें।
54. यदि आप अपनी पहचान महिला के रूप में करते हैं लेकिन जन्म के समय आपकी पहचान पुरुष के रूप में की गई थी तो इस बॉक्स पर निशान करें।
55. यदि आप अपनी पहचान पुरुष के रूप में करते हैं लेकिन जन्म के समय आपकी पहचान महिला के रूप में हुई थी तो इस बॉक्स पर निशान करें।
56. यदि आपकी लिंग पहचान गैर-बाइनरी (न तो महिला और न ही पुरुष) है, तो इस बॉक्स पर निशान करें।
57. यदि लागू हो तो इस बॉक्स पर निशान करें और किसी अन्य लिंग पहचान को सूचीबदध करें।

58. यदि आपका जन्म महिला पैदा हुए हैं तो इस बॉक्स पर निशान करें।
59. यदि आपका जन्म पुरुष के रूप में हुआ हैं तो इस बॉक्स पर निशान करें।
60. यदि आपकी यौन अभिमुखता विषमलैंगिक (विपरीत लिंग के लोगों के प्रति यौन रूप से आकर्षित) है तो इस बॉक्स पर निशान करें।
61. यदि आपकी यौन अभिमुखता लेस्बियन या समलैंगिक है (अपने ही लिंग के लोगों के प्रति यौन रूप से आकर्षित) तो इस बॉक्स पर निशान करें।
62. यदि आपकी यौन अभिमुखता उभयलिंगी (पुरुष और महिला दोनों के प्रति यौन रूप से आकर्षित) है तो इस बॉक्स पर निशान करें।
63. यदि आपकी यौन अभिमुखता विचित्र है (विशेष रूप से विषमलैंगिक नहीं) तो इस बॉक्स पर निशान करें।
64. यदि लागू हो तो इस बॉक्स बॉक्स पर निशान करें और कोई अन्य यौन अभिमुखता लिखें।
65. यदि आप अपना यौन अभिमुखता नहीं जानते हैं तो इस बॉक्स पर निशान करें।

घोषणाएँ, पूर्ण आवेदन और रोगी की सहमति: प्रथमाक्षर और हस्ताक्षर

66. वाक्य को पढ़ें और पंक्ति पर अपने नाम का पहला अक्षर लिखें। आप अपनी समझ का संकेत दे रहे हैं कि आप EWC कार्यक्रम में भाग लेने के लिए कार्यक्रम पात्रता के लिए आवेदन कर रहे हैं।
67. वाक्य को पढ़ें और पंक्ति पर अपने नाम का पहला अक्षर लिखें। आप संकेत दे रहे हैं कि आप निःशुल्क EWC कार्यक्रम स्तन और सर्वाइकल कैंसर जांच और निदान सेवाएं प्राप्त करने के लिए सहमति देते हैं।
68. वाक्य को पढ़ें और पंक्ति पर अपने नाम का पहला अक्षर लिखें। आप संकेत दे रहे हैं कि आप समझते हैं कि EWC कार्यक्रम में भाग लेने के लिए यह समझौता आपके द्वारा इस आवेदन पर हस्ताक्षर करने और तारीख लीखने के समय से एक वर्ष तक चलता है। आपको प्रत्येक वर्ष 12 महीने की अवधि के बाद एक नया आवेदन पूरा करना होगा।
69. वाक्य को पढ़ें और पंक्ति पर अपने नाम का पहला अक्षर लिखें। आरंभ करने से आप समझते हैं कि आप किसी भी समय EWC कार्यक्रम में भाग लेना बंद कर सकते हैं।
70. वाक्य को पढ़ें और पंक्ति पर अपने नाम का पहला अक्षर लिखें। आप संकेत दे रहे हैं कि यदि आपके स्वास्थ्य बीमा या अन्य चिकित्सा कवरेज में कोई बदलाव होता है तो आप अपने EWC PCP को तुरंत बताएंगे।
71. वाक्य को पढ़ें और पंक्ति पर अपने नाम का पहला अक्षर लिखें। आप संकेत दे रहे हैं कि आपको गोपनीयता प्रथाओं का DHCS नोटिस प्राप्त हुआ है (NPP एक अलग फॉर्म है)।
72. वाक्य पढ़ें और जिस पंक्ति में आप संकेत कर रहे हैं उस पर अपने नाम का पहला अक्षर लिखें कि आपको प्रथम स्तर की समीक्षा और औपचारिक सुनवाई के अधिकार और गैर-भेदभाव की सूचना (इस आवेदन के पृष्ठ 1, 2, और 3 पर दर्शाया गया है) के बारे में जानकारी प्राप्त हुई है।
73. वाक्य को पढ़ें और पंक्ति पर अपने नाम का पहला अक्षर लिखें। आप संकेत दे रहे हैं कि आपके EWC PCP ने आपको मुफ्त या कम लागत वाला स्वास्थ्य बीमा कैसे प्राप्त करें, इसकी जानकारी दी है।

74. वाक्य 66 से 74 तक पढ़ें और प्रत्येक पंक्ति पर अपने नाम का पहला अक्षर लिखें। आप घोषणा कर रहे हैं कि इस आवेदन पर दी गई जानकारी आपकी सर्वोत्तम जानकारी के अनुसार सत्य और सही है। आप यह भी समझते हैं कि इस आवेदन पर गलत जानकारी देने से EWC कार्यक्रम के माध्यम से स्तन और सर्वाइकल कैंसर की जांच और निदान सेवाएं प्राप्त करने की आपकी पात्रता प्रभावित हो सकती है।
75. अपना नाम और आज की तारीख (हस्ताक्षर और तारीख) लिखें। यदि आवेदक मौखिक सहमति प्रदान करता है, तो PCP और/या क्लिनिक स्टाफ को आवेदक का नाम लिखना (प्रिंट करना) और 'नहीं' या 'हां' पर निशान करना होगा।
76. उस व्यक्ति का नाम, तारीख और संबंध लिखें (प्रिंट करें) जो आपकी ओर से कार्य करने के लिए अधिकृत है और इस आवेदन को पूरा करने में आपकी सहायता कर रहा है।
77. उस व्यक्ति का PCP, या PCP क्लिनिक स्टाफ (पद/शीर्षक शामिल करें) और तारीख लिखें (प्रिंट करें), जो आपकी ओर से कार्य कर रहा है और इस आवेदन को पूरा करने में आपकी सहायता कर रहा है।
78. पंक्ति 77 या 78 से व्यक्ति का (हस्ताक्षर) करें और आज की तारीख लिखें। EWC प्राथमिक देखभाल प्रदाता (PCP) के लिए

प्रत्येक महिला अहमियत रखती है कार्यक्रम - प्राप्तकर्ता नामांकन आवेदन

EWC प्राथमिक देखभाल प्रदाता (PCP) के लिए

केवल आंतरिक उपयोग के लिए (पृष्ठ 15 से 19)

यदि मौखिक सहमति प्राप्त हो रही है, तो आवेदक की मौखिक प्रतिक्रियाओं के आधार पर, आवेदक की ओर से आवेदन के प्रत्येक क्षेत्र को पूरा करें। व्यक्ति/अधिकृत प्रतिनिधि को मौखिक रूप से उनकी सहमति स्वीकार करने के लिए पूछें।

☐ 1. EWC आवेदक का नाम (प्रिंट) ____________________

☐ 2. मेडिकल रिकॉर्ड नंबर ____________________

☐ 3. प्राप्तकर्ता ID ____________________

पात्रता मापदंड

निवास

☐ 4. कैलिफोर्निया में रहता है

घरेलू आय

☐ 5. परिवार/घरेलू आय HHS संघीय गरीबी दिशानिर्देशों के 200 प्रतिशत या उससे कम है।

स्वास्थ्य बीमा

☐ 6. बीमा रहित है ☐ 7. लागत का हिस्सा, कटौती योग्य, और या सह-भुगतान नहीं कर सकते।

EWC कार्यक्रम सेवाएँ

☐ 8. किसी भी उम्र में रोगसूचक EWC आवेदक के लिए स्तन कैंसर निदान सेवाओं की आवश्यकता है।

☐ 9. सेवा(ओं) के लिए अनुशंसित उम्र में स्तन और/या सर्वाइकल कैंसर की जांच की आवश्यकता है

मैंने इस EWC कार्यक्रम के आवेदक को निम्नलिखित जानकारी प्रदान की है:

☐ 10. मैंने EWC आवेदक को गोपनीयता प्रथाओं का डीएचसीएस नोटिस प्रदान किया है

☐ 11. मैंने EWC आवेदक को DHCS प्रथम स्तरीय समीक्षा और औपचारिक सुनवाई का अधिकार, और गैर-भेदभाव की सूचना दी है

☐ 12. मैंने EWC आवेदक को मुफ्त और कम लागत वाला स्वास्थ्य बीमा कैसे प्राप्त करें, इसके बारे में जानकारी प्रदान की है।

पात्रता निर्धारण:

☐ 13. मैंने निर्धारित किया है कि EWC आवेदक सभी EWC कार्यक्रम पात्रता आवश्यकताओं को पूरा करते है।

☐ 14. मैंने निर्धारित किया है कि EWC आवेदक EWC कार्यक्रम पात्रता आवश्यकताओं को पूरा नहीं करते है।

<u>तम्बाकू का उपयोग (यदि EWC के लिए पात्र है)</u>

- ☐ 15. PCP ने आवेदकों के तम्बाकू का उपयोग और स्थिति का आकलन किया:
  - ☐ मैंने यह निर्धारित किया है कि आवेदक तम्बाकू उत्पादों का उपयोग करता है और उन्हें उचित धूम्रपान समाप्ति संसाधनों के लिए संदर्भित किया गया है। मैंने सुनिश्चित किया है कि हाँ बॉक्स पर निशान किया गया है।
  - ☐ मैंने निर्धारित किया कि आवेदक तम्बाकू का धूम्रपान नहीं करता है, और यदि लागू हो तो नहीं बॉक्स पर निशान किया जाता है।
  - ☐ यदि आवेदक तम्बाकू उत्पादों का उपयोग करता है, तो मैंने निर्धारित किया है कि कौन से विशिष्ट उत्पादों का उपयोग किया जाता है। मैंने यह सुनिश्चित किया है कि उपयोग किए जाने वाले विशिष्ट तम्बाकू उत्पादों को लिखा जाए।
- ☐ 16. पंक्तियाँ 76, 77, और 78 मुद्रित या हस्ताक्षरित और दिनांकित की गई हैं। (पृष्ठ 6 और 13)
  - ☐ हस्ताक्षर पंक्ति 75 पर आवेदक का नाम और तारीख लिखें (पृष्ठ 6)
  - ☐ निर्धारित करें कि क्या आवेदक का हस्ताक्षर मौखिक सहमति के माध्यम से अधिकृत किया गया था और पंक्ति 75 (पृष्ठ 6) में शामिल हाँ या नहीं बॉक्स पर निशान करें।
  - ☐ यदि लागू हो और आप PCP क्लिनिक स्टाफ हैं, तो पंक्ति 76 और 17 पर अपना नाम, पद/शीर्षक और तारीख प्रिंट करें (पृष्ठ 6 और 13)
  - ☐ यदि आप एक PCP हैं, तो पंक्ति 78 और पंक्ति 19 (पृष्ठ 6 और 13) पर अपना नाम और तारीख (प्रिंट करें और हस्ताक्षर करें)।
- ☐ 17. यदि लागू हो, तो पंक्ति 76 और पंक्ति 17 पर PCP क्लिनिक स्टाफ का नाम (पद/शीर्षक शामिल करें) प्रिंट करें।

नाम ______________________ पद/शीर्षक ____________________ तारीख ____________

- ☐ 18. <u>मैंने इस EWC आवेदक के लिए EWC नैदानिक सेवाएं प्राप्त करने के लिए कार्यक्रम पात्रता और सहमति का निर्धारण शुरू करने के लिए सभी उपयुक्त प्रिंट किए हुए नाम, हस्ताक्षर, शीर्षक (यदि लागू हो) और तारीखें प्राप्त कर ली हैं।</u> इसमें पंक्ति 76, 77, और 78 (पृष्ठ 6) पर दिए गए हस्ताक्षर और तारीखें शामिल हैं।
- ☐ 19. पात्रता की पुष्टि के लिए EWC PCP इस DHCS 8699 फॉर्म पर हस्ताक्षर और तारीख डालें (पृष्ठ 13, कुल 15)।

PCP/स्टाफ के हस्ताक्षर ______________________________ तारीख ____________

- ☐ 20. आवेदन की एक प्रति EWC आवेदक/प्राप्तकतार मेडिकल फ़ाइल में रखें और बनाए रखें।

EWC कार्यक्रम के आवेदक के लिए सूचना

1. यदि आप EWC आवेदक का नाम (प्रथम, मध्य नाम का पहला अक्षर, अंतिम नाम) लिखते हैं तो इस बॉक्स पर निशान करें।
2. यदि आप EWC आवेदक मेडिकल रिकॉर्ड नंबर लिखते हैं तो इस बॉक्स पर निशान करें।
3. यदि आप EWC आवेदक को निर्दिष्ट प्राप्तकर्ता ID लिखते हैं तो इस बॉक्स पर निशान करें।
4. यदि EWC आवेदक कैलिफोर्निया में रहता है तो इस बॉक्स पर निशान करें।
5. यदि EWC आवेदक की परिवार/घरेलू आय संघीय गरीबी दिशानिर्देशों के 200 प्रतिशत या उससे कम है तो इस बॉक्स पर निशान करें। यह परिवार/घर में व्यक्तियों की संख्या पर आधारित है। वर्तमान स्वास्थ्य और मानव सेवा, संघीय गरीबी दिशानिर्देश EWC वेबसाइट पर स्थित हैं: https://dhcs.ca.gov/EWC
6. यदि आवेदक बीमाकृत नहीं है (उसके पास स्वास्थ्य बीमा नहीं है) तो इस बॉक्स पर निशान करें।
7. यदि EWC आवेदक का बीमा कम है, उसके पास स्वास्थ्य बीमा या स्वास्थ्य देखभाल योजना है, लेकिन वह लागत का एक हिस्सा, कटौती योग्य और/या सह-भुगतान नहीं कर सकता है, तो इस बॉक्स पर निशान करें।
8. यदि EWC आवेदक में स्तन कैंसर के लक्षण हैं और उसे नैदानिकसेवाओं की आवश्यकता है तो इस बॉक्स पर निशान करें।
9. यदि EWC आवेदक की उम्र 21 वर्ष या उससे अधिक है और उसे सर्वाइकल कैंसर की जांच और निदान सेवाओं की आवश्यकता है तो इस बॉक्स पर निशान करें। या यदि EWC आवेदक की उम्र 40 वर्ष या उससे अधिक है और उसे स्तन कैंसर की जांच और निदान सेवाओं की आवश्यकता है।
10. यदि आपने आवेदक को गोपनीयता प्रथाओं की DHCS सूचना प्रदान की है तो इस बॉक्स पर निशान करें।
11. यदि आपने EWC आवेदक को गोपनीयता प्रथाओं की सूचना, प्रथम स्तर की समीक्षा और औपचारिक सुनवाई के अधिकार, और गैर-भेदभाव की सूचना दी है, तो इस बॉक्स पर निशान करें।
12. यदि आपने EWC आवेदक को मुफ्त और कम लागत वाला स्वास्थ्य देखभाल बीमा प्राप्त करने के बारे में जानकारी दी है तो इस बॉक्स पर निशान करें।
13. यदि EWC आवेदक सभी EWC कार्यक्रम पात्रता मानदंडों को पूरा करता है तो इस बॉक्स पर निशान करें।
14. यदि EWC आवेदक सभी EWC कार्यक्रम पात्रता मानदंडों को पूरा नहीं करता है तो इस बॉक्स पर निशान करें।
    a. यदि EWC आवेदक EWC कार्यक्रम में शामिल सेवाएं प्राप्त करने के पात्र नहीं हैं तो उन्हें सलाह दें और वे निर्णय के खिलाफ अपील कर सकते हैं।
15. यदि आवेदक EWC कार्यक्रम के लिए पात्र है तो इस बॉक्स पर निशान करें, यदि PCP ने आवेदक के साथ तम्बाकू के उपयोग पर चर्चा की है तो इस बॉक्स पर निशान करें।

16. यदि आपने अपने नाम पर हस्ताक्षर किए हैं और आज की तारीख प्रदान की है तो इस बॉक्स पर निशान करें। अगली पंक्ति पर अपना पूरा नाम प्रिंट करें।
17. यदि आपने यह निर्धारित करने के लिए उचित हस्ताक्षर, डेटा और प्राप्तकर्ता की सहमति प्राप्त कर ली है कि यह EWC कार्यक्रम प्राप्तकर्ता EWC कार्यक्रम में नामांकन के लिए पात्र है और कार्यक्रम में शामिल सेवाएं प्राप्त करने के लिए पात्र है, तो इस बॉक्स पर निशान करें।
18. यह संकेत देने के लिए इस बॉक्स पर निशान करें कि आपने सभी आवश्यक हस्ताक्षर, दिनांक, शीर्षक (यदि लागू हो), और EWC आवेदक की सहमति प्राप्त कर ली है। EWC आवेदक के लिखित हस्ताक्षर और तारीख को आवेदक या EWC आवेदक की ओर से कार्य करने वाले अधिकृत व्यक्ति द्वारा व्यक्तिगत रूप से, मौखिक या इलेक्ट्रॉनिक रूप से प्रदान और दस्तावेजित किया जाना चाहिए, जैसा कि पंक्ति 76 और 77 (पृष्ठ 6) में दर्शाया गया है।
19. यदि आपने PCP/कर्मचारी हस्ताक्षर और तारीख शामिल किये है तो इस बॉक्स पर निशान करें (पृष्ठ 13, कुल 15)।
20. यदि आपने EWC आवेदक की मेडिकल फ़ाइल में इस आवेदन की एक प्रति रखी है और बनाए रखी है तो इस बॉक्स पर निशान करें।