



Department of Health Care Services (Департамент охорони здоров'я, DHCS)

ЗАЯВКА НА УЧАСТЬ У ПРОГРАМІ EVERY WOMAN COUNTS

Дякуємо за вашу зацікавленість у програмі Every Woman Counts (Кожна жінка на рахунку, EWC). У рамках програми EWC жінки, які проживають у Каліфорнії, мають можливість отримати безкоштовне проведення онкологічного скринінгу молочної залози та шийки матки.

Місія програми EWC — рятувати життя, запобігаючи раку молочної залози та шийки матки й зменшуючи наслідки цього захворювання. Це стає можливим завдяки навчання, виявленню хвороби на ранніх стадіях та діагностиці, що пропонує програма EWC. Програма EWC входить до компетенції Department of Health Care Services' Cancer Detection and Treatment Branch (Відділу виявлення та лікування раку).

Усі розділи цієї заявки є обов'язковими до заповнення, адже ми маємо вирішити, чи відповідаєте ви критеріям участі у програмі EWC.

Необхідно зареєструватися на участь до початку оплати пакета послуг за програмою EWC. Реєстрація дійсна протягом одного року, далі потрібна повторна реєстрація. Ви можете повторно зареєструватися в будь-якій установі з надання первинної медичної допомоги (Primary Care Provider, PCP), що є партнером програми EWC.

Примітка.

- Сторінки 1, 2 та 3 призначені для ознайомлення та залишаються у вас.
- Сторінки 4, 5 та 6 необхідно заповнити, щоб ми могли перевірити право на участь у програмі.
- На сторінках 7-10 наведені інструкції щодо заповнення сторінок 4, 5 та 6. В установі PCP, що є партнером програми EWC, також можна отримати допомогу стосовно заповнення заявки.
- Сторінки 11 і 12 призначені лише для використання установою PCP, що є партнером програми EWC.

Заява про конфіденційність

Ця заявка призначена для перевірки права на отримання послуг за програмою EWC. Заповнення цієї заявки здійснюється лише за вашою згодою. У разі незаповнення заявки ми не зможемо ухвалити рішення щодо того, чи маєте ви право на отримання відповідного обслуговування за програмою EWC. Ми можемо зв'язатися з вами, якщо заявку не буде заповнено.

Спеціалісти програми EWC можуть передавати вашу інформацію установі PCP, що є партнером програми EWC, та іншим установам федерального й місцевого рівня та рівня штату із законодавством.

Ви маєте право доступу до записів, що містять особисту інформацію, яку ми зберігаємо. Для отримання додаткової інформації або розгляду записів зверніться до офісу програми EWC за адресою:

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

CA Revenue and Taxation Code (Кодекс з питань податків і зборів штату Каліфорнія), розділи 30461.6(f) та (j), та CA Health and Safety Code (Кодекс з питань охорони здоров'я та безпеки штату Каліфорнія), розділи 104150(b), 104162, та 131085 надають дозвіл програмі EWC на зберігання інформації, що зібрана з цієї заявки. Ми повинні надати цю Заяву про конфіденційність відповідно до розділу 1798.17 CA Civil Code (Цивільного кодексу штату Каліфорнія).

ЗАЯВКА НА УЧАСТЬ У ПРОГРАМІ EVERY WOMAN COUNTS

Розгляд першого рівня та права на офіційний розгляд справи стосовно програми Every Woman Counts

Ви отримаєте повідомлення стосовно того, чи маєте ви право на участь у програмі EWC. Якщо ви не згодні з рішенням щодо відповідності вимогам, ви маєте право попросити про розгляд першого рівня та/або офіційний розгляд справи. Ви також маєте право на розгляд першого рівня та/або офіційний розгляд справи, якщо ви не згодні з послугами, що ви отримуєте за програмою EWC.

Ви не можете оскаржувати стандарти, що програма EWC використовує для ухвалення рішення про право на участь у програмі. Наприклад, якщо ви вважаєте, що рішення не відповідає стандартам програми EWC, ви можете попросити провести розгляд першого рівня та/або офіційний розгляд справи. Але якщо ви не згодні зі стандартами програми EWC, ви не можете просити проводити розгляд першого рівня та/або офіційний розгляд справи в спробі змінити стандарти програми EWC.

Якщо ви бажаєте скористатися правом подання запиту на розгляд першого рівня та/або офіційний розгляд справи, надішліть письмовий запит із зазначенням таких даних:

- ваше прізвище, ім'я, адреса та номер телефону;
- причина, з якої ви вимагаєте розгляду першого рівня або офіційного розгляду справи;
- чому ви вважаєте, що рішення неправильне;
- ваші побажання щодо мови, якщо маєте проблеми з розумінням англійської мови;
- ім'я, адреса та номер телефону уповноваженого представника, якщо ви вирішите скористатися його послугами.

Розгляд першого рівня. Письмовий запит на розгляд першого рівня необхідно надіслати до офісу програми EWC протягом 20 днів з моменту ухвалення рішення, з яким ви не згодні. Збережіть копію письмового запиту для особистого обліку. Фахівці програми EWC надішлють відповідь протягом 30 днів з моменту отримання запиту.

Поштова адреса для надсилання запиту стосовно розгляду першого рівня

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

АБО Електронна адреса для подання запиту стосовно розгляду першого рівня
CancerDetection@dhcs.ca.gov

Фахівці програми EWC можуть зв'язатися з вами по телефону або надіслати лист поштою для отримання додаткової інформації. Вони також можуть зв'язатися з установою PCP, що є партнером програми EWC.

Офіційний розгляд. Письмовий запит на проведення офіційного розгляду необхідно надіслати до Department of Social Services (Департаменту охорони здоров'я) протягом 90 днів з моменту ухвалення рішення, з яким ви не згодні. У разі наявності поважної причини, з якої ви не змогли подати запит на офіційний розгляд справи протягом 90 днів, ви маєте право попросити призначити офіційне засідання. Збережіть копію письмового запиту для особистого обліку.

Поштова адреса для надсилання запиту стосовно офіційного розгляду справи

Department of Social Services
State Hearings Division
P.O. Box 944243
Mail Station 9 – 17 – 37
Sacramento, CA 94244-2430

ЗАЯВКА НА УЧАСТЬ У ПРОГРАМІ EVERY WOMAN COUNTS

Повідомлення про недопущення дискримінації

DHCS (Департамент охорони здоров'я) дотримується чинних федеральних законів і законів штатів про цивільні права. DHCS не допускає незаконної дискримінації за ознаками статі, раси, кольору шкіри, релігії, походження, національності, належності до етнічних груп, віку, психічних або фізичних вад, стану здоров'я, генетичної інформації, сімейного стану, гендеру, гендерної ідентичності або сексуальної орієнтації. DHCS забороняє незаконно відмовляти людям або інакше поводитися з ними з причин їхньої статі, раси, кольору шкіри, релігії, походження, національності, належності до етнічних груп, віку, психічних або фізичних вад, стану здоров'я, генетичної інформації, сімейного стану, гендеру, гендерної ідентичності або сексуальної орієнтації.

DHCS

- Надає безкоштовні засоби та послуги людям з інвалідністю для ефективного спілкування з DHCS, зокрема, таке:
 - кваліфіковані сурдоперекладачі
 - письмова інформація в інших форматах, як-от великий шрифт, аудіоформат, зручні для використання електронні формати та інші формати
- Надає безкоштовні мовні послуги людям, чия основна мова не є англійською, наприклад:
 - послуги кваліфікованих перекладачів
 - інформацію, написану іншими мовами

Якщо ви бажаєте скористатися цими послугами, зателефонуйте до Office of Civil Rights (Управління з питань цивільних прав) за номером **1-916-440-7370**, 711 California State Relay (комутатор штату Каліфорнія) або надішліть електронний лист на адресу CivilRights@dhcs.ca.gov.

Якщо ви вважаєте, що DHCS не надав зазначених послуг, або ви зазнали дискримінації іншого роду за ознаками статі, раси, кольору шкіри, релігії, походження, національності, належності до етнічних груп, віку, психічних або фізичних вад, стану здоров'я, генетичної інформації, сімейного стану, гендеру, гендерної ідентичності або сексуальної орієнтації, ви можете подати скаргу за адресою Office of Civil Rights.

PO Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413
(916) 440-7370, 711 (комутатор штату Каліфорнія)
Електронна адреса: CivilRights@dhcs.ca.gov

Якщо вам потрібна допомога у поданні скарги, зверніться до Управління з питань цивільних прав. Форми скарг доступні за посиланням: http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

Якщо ви вважаєте, що зазнали дискримінації за ознакою раси, кольору шкіри, національності, віку, інвалідності чи статі, ви також можете подати скаргу про порушення цивільних прав до U.S. Department of Health and Human Services (Міністерства охорони здоров'я і соціальних служб США), Office of Civil Rights (Управління з питань цивільних прав). Також можливо подати скаргу в електронній формі через Office of Civil Rights Complaint Portal (інтернет-портал для подання скарг) <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> або поштою чи по телефону за адресою та номером:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019,
TTY (телетайп) 1-800-537-7697

Форму скарги можна отримати за посиланням:

<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

ЗАЯВКА НА УЧАСТЬ У ПРОГРАМІ
EVERY WOMAN COUNTS

Відомості про особу

1. Ім'я _____ 2. Друге ім'я (перша літера) _____ 3. Прізвище _____
4. Дата народження (місяць / день / рік) _____ / _____ / _____
5. Стать Жіноча Трансексуал: чоловік, який змінив стать на жіночу
 Чоловіча Трансексуал: жінка, яка змінила стать на чоловічу
6. Дівоче прізвище вашої матері (дошлюбне прізвище) _____
7. Адреса _____
8. Місто _____ 9. Штат _____ 10. Поштовий індекс _____
11. Номер телефону [(код регіону) номер] (_____) _____ - _____
12. Адреса електронної пошти _____
13. Номер соціального страхування. Вкажіть номер, за наявності _____ - _____ - _____

Нижченаведена інформація допоможе вирішити, чи маєте ви право на участь у програмі EWC. Відомості про сімейний дохід.

Ми маємо знати суму доходу до оподаткування кожного члена вашої сім'ї. Якщо ви подаєте податкову декларацію про доходи, ця сума вказана в рядку «Сукупний дохід».

14. Сімейний дохід (до оподаткування та інших утримань) в доларах США _____
15. Загальна кількість осіб, які живуть на цей дохід _____

Відомості про медичне страхування

16. У мене немає медичного страхування.
17. У мене є медичне страхування або план медичного обслуговування, але я не маю можливості сплачувати частку витрат (share-of-cost), додаткову плату (co-pay) або не можу дозволити собі наявну франшизу (deductible)
- Моє медичне страхування надає компанія 18. Medi-Cal 19. Назва страхування _____
20. Номер картки або поліса страхування _____
21. Частка витрат становить _____ доларів США за місяць.
22. Франшиза дорівнює _____ доларів США за рік.
23. Додаткова плата становить _____ доларів США за візит.

ЗАЯВКА НА УЧАСТЬ У ПРОГРАМІ EVERY WOMAN COUNTS

Яких послуг в рамках програми EWC ви потребуєте? (вказіть всі можливі варіанти)

Якщо у вас з'явилися певні симптоми стосовно молочних залоз, вкажіть їх:

24. Зміна зовнішнього вигляду груді (грудей), наприклад зміна кольору, розміру чи форми
25. Набряк або потовщення тканин груді (грудей)
26. Виділення з соска
27. Ущільнення або щільний вузол у груді (грудях)
28. Інше: _____
29. Вам виповнився 21 рік або більше, і ви зацікавлені в обстеженні на рак шийки матки?
30. Вам виповнився 40 років або більше, і ви зацікавлені в обстеженні на рак молочних залоз?

Відомості про паління

31. Ви палите? Ні Так
32. Чи споживаєте ви наразі тютюнові вироби? Ні Так; Якщо так, вкажіть, які саме: _____

Ця інформація є конфіденційною та використовуватиметься лише для забезпечення загального доступу до медичного обслуговування. Її не використовуватимуть для ухвалення рішення щодо права участі у програмі.

Відомості про расу

33. Ви маєте іспанське або латино-американське походження? Так Ні
Виберіть відповідний варіант:
34. Американські індіанці або корінний народ Аляски
35. Азіатське походження (вказіть нижче)
36. Індійське 37. Камбоджійське 38. Китайське 39. Філіппінське 40. Хмонг
41. Японське 42. Корейське 43. Лаоське 44. В'єтнамське
45. Інше азіатське походження _____
46. Афро-американське чи африканське походження
47. Уродженець островів Тихого Океану (вказіть нижче)
48. Гуамське 49. Гавайське походження 50. Уродженець островів Самоа
51. Уродженець інших островів Тихого Океану _____
52. Біла раса
53. Інше: _____ 54. Не бажаю відповідати

ЗАЯВКА НА УЧАСТЬ У ПРОГРАМІ EVERY WOMAN COUNTS

Нижченаведена інформація є конфіденційною. Цю інформацію не використовуватимуть для ухвалення рішення щодо права участі у програмі. Відомості про гендерну ідентичність або сексуальну орієнтацію (відповідати не обов'язково)

Ваша стать (вказіть варіант, що максимально точно визначає вашу поточну гендерну ідентичність)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 55. Жіноча | <input type="checkbox"/> 56. Трансгендер: чоловік, який змінив стать на жіночу |
| <input type="checkbox"/> 57. Чоловіча | <input type="checkbox"/> 58. Трансгендер: жінка, яка змінила стать на чоловічу |
| <input type="checkbox"/> 59. Небінарна особа | <input type="checkbox"/> 60. Інша гендерна ідентичність: _____ |

(яка не вважає себе ані чоловіком, ані жінкою)

Яка стать вказана у вашому свідоцтві про народження?

- | | |
|-------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 61. Жіноча | <input type="checkbox"/> 62. Чоловіча |
|-------------------------------------|---------------------------------------|

Ким ви себе вважаєте за гендером?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 63. Гетеросексуал | <input type="checkbox"/> 64. Лесбійка або гей |
| <input type="checkbox"/> 65. Бісексуал | <input type="checkbox"/> 66. Квір |
| <input type="checkbox"/> 67. Інша сексуальна орієнтація | <input type="checkbox"/> 68. Невідомо |

69. Офіційні заяви (ознайомтеся та поставте підпис під кожним пунктом)

- _____ Я розумію, що підписавши цю заявку, я подаю заявку на участь у програмі EWC, що фінансується за рахунок держави. Програма EWC оплачує послуги скринінгу на рак молочної залози та/або шийки матки, внаслідок чого можливе направлення на лікування.
- _____ Ця згода дійсна протягом ОДНОГО РОКУ з дати підписання. Я знаю, що я маю щороку заповнювати нову заявку на участь у програмі EWC.
- _____ Я розумію, що можу відмовитися від участі в програмі EWC у будь-який час.
- _____ Якщо я отримаю медичне страхування або інше покриття медичних послуг, я негайно повідомлю про це в PCP, що є партнером програми EWC.
- _____ Я отримала(-в) **Повідомлення DHCS про порядок використання конфіденційної інформації** (англ. Notice of Privacy Practices, NPP; не є частиною цієї заявки).
- _____ Я отримала(-в) **Заяву про конфіденційність, Розгляд першого рівня та Офіційний розгляд та Повідомлення про недопущення дискримінації** на сторінках 1, 2, та 3 цієї заявки.
- _____ Я отримала(-в) інформацію про **порядок отримання безкоштовного або недорогого страхування**.
- _____ Я заявляю, що інформація, надана на сторінках 4, 5 і 6, є правдивою й точною, наскільки мені відомо. Я розумію, що надання правдивої інформації в цій заявці може призвести до позбавлення права на участь у програмі EWC.
- _____ Я отримала(-в) допомогу щодо заповнення цієї заявки.

70. Ім'я особи, яка вам допомогла _____

71. Підпис особи, яка вам допомогла, у разі її наявності _____ 72. Дата _____

Підписи

73. Ваш підпис _____ 74. Дата _____

75. Особа, яка діє від імені заявника на участь у програмі EWC, якщо це застосовно _____ 76. Дата _____

**ЗАЯВКА НА УЧАСТЬ У ПРОГРАМІ
EVERY WOMAN COUNTS
ДЕТАЛЬНА ІНСТРУКЦІЯ ІЗ ЗАПОВНЕННЯ ФОРМИ
ЗАЯВКИ НА УЧАСТЬ У ПРОГРАМІ EWC НА СТОРІНКАХ 4–6**

Відомості про особу

1. Вкажіть ваше ім'я.
2. Вкажіть першу літеру вашого другого імені.
3. Вкажіть ваше прізвище.
4. Вкажіть дату вашого народження. Використовуйте 2 цифри для позначення місяця, 2 цифри для позначення дня та 4 цифри для позначення року. Наприклад, 1 січня 2001 року слід вказати як 01.01.2001.
5. Якщо ваша фізична стать жіноча, виберіть варіант «Жіноча». Якщо ви — трансексуал-чоловік, який змінив стать на жіночу, виберіть варіант «Трансексуал: чоловік, який змінив стать на жіночу». Якщо ви чоловічої статі, виберіть варіант «Чоловіча». Якщо ви — трансексуал-жінка, яка змінила стать на чоловічу, виберіть варіант «Трансексуал: жінка, яка змінила стать на чоловічу».
6. Вкажіть дівоче прізвище вашої матері (дошлюбне прізвище).
7. Вкажіть номер будинку та назву вулиць, де ви живете. Наприклад, 123, Мейн стріт.
8. Вкажіть назву міста / населеного пункту, в якому ви живете.
9. Вкажіть назву штату, в якому ви живете.
10. Вкажіть поштовий індекс району, в якому ви живете.
11. Вкажіть номер вашого телефону. Спочатку вкажіть три цифри коду регіону. Далі вкажіть номер телефону.
12. Вкажіть вашу електронну адресу.
13. Вкажіть номер соціального страхування, за наявності. Для участі у програмі EWC не обов'язково мати номер соціального страхування.

Відомості про сімейний дохід

14. Введіть загальну суму доходу, що отримують усі члени вашої родини, до сплати податків. Сума доходу, що особа отримує до сплати податків, також має назву «Сукупний дохід». Введіть загальний сукупний дохід для кожної особи, яка проживає в вашому домогосподарстві й отримує заробітну плату.
15. Вкажіть кількість людей, які живуть на дохід, суму якого ви ввели в рядку 14.

Відомості про медичне страхування

16. Поставте прапорець у цьому полі, якщо ви не маєте медичного страхування.
17. Поставте прапорець у цьому полі, якщо ви маєте медичне страхування або план медичного обслуговування.
18. Поставте прапорець у цьому полі, якщо ви маєте медичне страхування від Medi-Cal.
19. Поставте прапорець у цьому полі, якщо ви маєте медичне страхування не від Medi-Cal. Вкажіть назву страхової компанії, що надає вам послуги медичного страхування, або плану медичного обслуговування.
20. Вкажіть номер страхової картки Medi-Cal або номер полісу медичного страхування. Зазвичай цей номер вказаний на картці страхування.
21. Вкажіть розмір суми частки витрат Medi-Cal, яку ви повинні платити щомісяця у разі сплати частки витрат.

ЗАЯВКА НА УЧАСТЬ У ПРОГРАМІ EVERY WOMAN COUNTS

22. Вкажіть розмір річної франшизи за отримання послуг медичного страхування або за план медичного обслуговування, у разі наявності такої суми.
23. Вкажіть розмір суми додаткової плати за кожний візит до лікаря, що включений в перелік послуг вашого медичного страхування або план медичного обслуговування, у разі сплати додаткової плати.

Яких послуг в рамках програми EWC ви потребуєте? (вкажіть всі можливі варіанти)

24. Поставте прапорець у цьому полі, якщо змінився зовнішній вигляд вашої груді (грудей): колір, розмір чи форма.
25. Поставте прапорець у цьому полі, якщо наявний набряк або потовщення тканин вашої груді (грудей).
26. Поставте прапорець у цьому полі, якщо ви помітили виділення з соска.
27. Поставте прапорець у цьому полі, якщо ви відчули ущільнення або щільний вузол у груді (грудах).
28. Поставте прапорець у цьому полі, якщо наявні інші симптоми, пов'язані з вашою груддю (грудами). Опишіть симптом.
29. Поставте прапорець у цьому полі, якщо вам виповнився 21 рік або більше, і ви зацікавлені в обстеженні на рак шийки матки.
30. Поставте прапорець у цьому полі, якщо вам виповнився 40 років або більше, і ви зацікавлені в обстеженні на рак молочних залоз.

Відомості про паління

31. Якщо ви не палите, поставте прапорець у полі «Ні». Якщо ви палите, поставте прапорець у полі «Так».
32. Якщо ви не споживаєте інші тютюнові вироби, поставте прапорець у полі «Ні». Якщо ви споживаєте інші тютюнові вироби, поставте прапорець у полі «Так» і далі вкажіть, які саме тютюнові вироби ви споживаєте.

Відомості про расу

33. Якщо ви маєте іспанське або латиноамериканське походження, поставте прапорець у полі «Так». Якщо ви маєте не іспанське або латиноамериканське походження, поставте прапорець у полі «Ні».
34. Поставте прапорець у цьому полі, якщо ви повністю або частково маєте походження з американських індіанців або корінного народу Аляски.
35. Поставте прапорець у цьому полі, якщо ви повністю або частково маєте азіатське походження, і далі поставте прапорець у полі з регіоном Азії, що відповідає вашому походженню (поля 37-46).
36. Поставте прапорець у цьому полі, якщо ви повністю або частково маєте індійське походження.
37. Поставте прапорець у цьому полі, якщо ви повністю або частково маєте камбоджійське походження.
38. Поставте прапорець у цьому полі, якщо ви повністю або частково маєте китайське походження.
39. Поставте прапорець у цьому полі, якщо ви повністю або частково маєте філіппінське походження.

ЗАЯВКА НА УЧАСТЬ У ПРОГРАМІ

EVERY WOMAN COUNTS

40. Поставте прапорець у цьому полі, якщо ви повністю або частково маєте походження з народу Хмонг.
41. Поставте прапорець у цьому полі, якщо ви повністю або частково маєте японське походження.
42. Поставте прапорець у цьому полі, якщо ви повністю або частково маєте корейське походження.
43. Поставте прапорець у цьому полі, якщо ви повністю або частково маєте лаоське походження.
44. Поставте прапорець у цьому полі, якщо ви повністю або частково маєте в'єтнамське походження.
45. Поставте прапорець у цьому полі, якщо ви повністю або частково маєте інше азіатське походження. Далі вкажіть азіатське походження.
46. Поставте прапорець у цьому полі, якщо ви повністю або частково маєте афро-американське чи африканське походження.
47. Поставте прапорець у цьому полі, якщо ви повністю або частково маєте походження з островів Тихого Океану, і далі поставте прапорець у полі з островами Тихого Океану, що відповідають вашому походженню (поля 49–52).
48. Поставте прапорець у цьому полі, якщо ви повністю або частково маєте гуамське походження.
49. Поставте прапорець у цьому полі, якщо ви повністю або частково маєте гавайське походження.
50. Поставте прапорець у цьому полі, якщо ви повністю або частково маєте походження з островів Самоа.
51. Поставте прапорець у цьому полі, якщо ви повністю або частково маєте походження з інших островів Тихого Океану. Далі вкажіть відповідні острови Тихого Океану.
52. Поставте прапорець у цьому полі, якщо ви повністю або частково належите до білої раси.
53. Поставте прапорець у цьому полі, якщо ви повністю або частково належите до раси, що не вказана в переліку. Далі вкажіть расове походження.
54. Поставте прапорець у цьому полі, якщо ви не бажаєте вказувати ваше расове походження.

Відомості про гендерну ідентичність або сексуальну орієнтацію (відповідати не обов'язково)

55. Поставте прапорець у цьому полі, якщо ви ідентифікуєте себе як жінку.
56. Поставте прапорець у цьому полі, якщо ви ідентифікуєте себе як жінку, але при народженні вас ідентифікували як чоловіка.
57. Поставте прапорець у цьому полі, якщо ви ідентифікуєте себе як чоловіка.
58. Поставте прапорець у цьому полі, якщо ви ідентифікуєте себе як чоловіка, але при народженні вас ідентифікували як жінку.
59. Поставте прапорець у цьому полі, якщо ви не ідентифікуєте себе ні як жінку, ні як чоловіка.
60. Поставте прапорець у цьому полі, якщо ви ідентифікуєте себе за гендером, що не зазначений в переліку. Вкажіть такий гендер.
61. Поставте прапорець у цьому полі, якщо у вашому свідоцтві про народження вказана жіноча стать.

ЗАЯВКА НА УЧАСТЬ У ПРОГРАМІ EVERY WOMAN COUNTS

62. Поставте прапорець у цьому полі, якщо у вашому свідоцтві про народження вказана чоловіча стать.
63. Поставте прапорець у цьому полі, якщо за сексуальною орієнтацією ви є гетеросексуалом (вас сексуально приваблюють особи протилежної статі).
64. Поставте прапорець у цьому полі, якщо за сексуальною орієнтацією ви є лесбійкою чи геєм (вас сексуально приваблюють люди вашої статі).
65. Поставте прапорець у цьому полі, якщо за сексуальною орієнтацією ви є бісексуалом (вас сексуально приваблюють і чоловіки, і жінки).
66. Поставте прапорець у цьому полі, якщо за сексуальною орієнтацією ви є квіром (не виключно гетеросексуалом).
67. Поставте прапорець у цьому полі, якщо ваша сексуальна орієнтація не зазначена в цьому розділі.
68. Поставте прапорець у цьому полі, якщо ви не знаєте своєї сексуальної орієнтації.

Офіційні заяви

69. Вкажіть свої ініціали в кожному рядку після того, як ви його прочитаєте, і якщо ви погоджуєтеся з тим, що все, що в ньому сказано, відповідає дійсності.
70. Вкажіть прізвище та ім'я особи, яка допомогла вам заповнити цю заявку, якщо ви отримали таку допомогу.
71. Особа, яка допомогла вам заповнити цю заявку, має поставити підпис та вказати своє прізвище та ім'я.
72. Вкажіть сьогоднішню дату.
73. Разом з підписом вкажіть ваше ім'я та прізвище.
74. Вкажіть сьогоднішню дату.
75. Якщо інша особа діє від вашого імені (заявника на участь у програмі EWC) як уповноважений представник, така особа має поставити підпис та вказати своє прізвище та ім'я.
76. Вкажіть сьогоднішню дату.

ЗАЯВКА НА УЧАСТЬ У ПРОГРАМИ
EVERY WOMAN COUNTS
FOR OFFICE USE ONLY

EWC PROGRAM APPLICANT/RECIPIENT ELIGIBILITY VERIFICATION CHECKLIST

1. EWC Program Applicant/Recipient Name _____
2. Medical Record Number _____ 3. Recipient ID _____ 9 A _____

I have determined that this EWC program applicant/recipient meets the following eligibility criteria:

Residency

4. Lives in California

Household Income

5. Household Income is at or below 200% of the Federal Poverty Level. Please refer to the EWC Income Criteria on the EWC program website: <http://dhcs.ca.gov/EWC>

Health Insurance

6. Is uninsured
7. Is underinsured
8. Unmet share-of-cost
9. Co-payment(s)
10. Unmet deductible(s)

EWC program services

11. Needs breast cancer diagnostic services—symptomatic EWC program applicant/recipient, any age
12. Needs breast and/or cervical cancer screening and is the appropriate age for the service(s).

Tobacco Use

13. I have notified the PCP to assess the EWC program applicant/recipient's tobacco status, and to refer the EWC program applicant/recipient to tobacco cessation resources, as necessary.

I have provided this EWC program applicant/recipient with the following:

14. DHCS Notice of Privacy Practices.
15. Privacy Statement, First Level Review and Formal Hearing Rights, and Notice of Nondiscrimination: pages 1, 2 and 3 of the application.
16. Brochure about how to get free and low-cost health insurance.

17. Provider/Staff Signature _____ 18. Date _____

19. Print Name _____

ЗАЯВКА НА УЧАСТЬ У ПРОГРАМИ
EVERY WOMAN COUNTS

**DETAILED FORM INSTRUCTIONS FOR COMPLETING RECIPIENT
ELIGIBILITY VERIFICATION CHECKLIST ON PAGE 11**

EWC Program Applicant Information

1. Write the EWC program applicant/recipient's name as it is written on the DHCS 8699 (Rev. 1/19) application.
2. Write the EWC program applicant/recipient's Medical Record Number.
3. Write the EWC program applicant/recipient's assigned Recipient ID.
4. Check this box if the EWC program applicant/recipient lives in California.
5. Check this box if the EWC program applicant/recipient's household income is at or below 200% of the Federal Poverty Level based upon the number of people living in the household. The current Federal Poverty Guidelines to apply are on the EWC program website: (<http://dhcs.ca.gov/EWC>).
6. Check this box if the EWC program applicant/recipient is uninsured (does not have health insurance).
7. Check this box if the EWC program applicant/recipient is underinsured (has health insurance or a healthcare plan but cannot afford the share of cost, deductible or co-pay).
8. Check this box if the EWC program applicant/recipient has an unmet share-of-cost.
9. Check this box if the EWC program applicant/recipient must make co-payments for visits.
10. Check this box if the EWC program applicant/recipient has an unmet deductible(s).
11. Check this box if the EWC program applicant/recipient has breast cancer symptoms and needs diagnostic services.
12. Check this box if the woman EWC program applicant/recipient is over age 21 and needs cervical cancer screening and diagnostic services and / or if the EWC program applicant/recipient is over age 40 and needs breast cancer screening and diagnostic services.
13. Check this box if you alerted the PCP regarding the EWC program applicant/recipient's tobacco use.
14. Check this box if you gave the EWC program applicant/recipient a DHCS Notice of Privacy Practices.
15. Check this box if you gave the EWC program applicant/recipient the Privacy Statement, First Level Review and Formal Hearing Rights, and Notice of Nondiscrimination from the first three pages of the application.
16. Check this box if you gave the EWC program applicant/recipient information about how to get free and low-cost health insurance.
17. Sign your name.
18. Write today's date.
19. Print your full name.