

Chương Trình Every Woman Counts – Đơn Đăng Ký Người Thụ Hưởng

Cảm ơn quý vị đã quan tâm đến Chương Trình Every Woman Counts (EWC) của Bộ Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe California (DHCS). EWC cung cấp dịch vụ sàng lọc và chẩn đoán ung thư vú và cổ tử cung miễn phí cho các cá nhân sống ở California. Nếu quý vị cần điều trị, Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Chính của EWC (EWC PCP), cũng có thể giúp quý vị đăng ký vào Chương Trình Điều Trị Ung Thư Vú Và Cổ Tử Cung DHCS.

Để xác định khả năng đủ điều kiện của quý vị đối với các dịch vụ do Chương Trình EWC chi trả, quý vị phải hoàn thành tất cả các phần của đơn đăng ký này. Người nộp đơn phải được ghi danh vào Chương Trình EWC trước khi chương trình có thể thanh toán cho bất kỳ dịch vụ nào được chương trình bao trả. Nếu người nộp đơn được xét thấy đủ điều kiện tham gia Chương Trình EWC, thì thời gian tham gia chương trình sẽ dài một năm, kể từ thời điểm chữ ký và ngày được cung cấp trên đơn đăng ký này. Sau một năm, nếu người nộp đơn muốn tiếp tục nhận các dịch vụ chẩn đoán và sàng lọc ung thư vú và cổ tử cung miễn phí của EWC, họ phải đăng ký lại với PCP của EWC.

Một EWC PCP, Nhân Viên Phòng Khám PCP hoặc người được ủy quyền thay mặt quý vị có thể giúp quý vị hoàn thành đơn đăng ký này.

- Các trang 1, 2 và 3 dành cho quý vị (Người Đăng Ký EWC) đọc và lưu giữ.
- Các trang 4, 5 và 6 phải được hoàn thành để xác định xem quý vị có đủ điều kiện hay không.
- Trang 7, 8, 9 và 10 là *Mẫu Hướng Dẫn Sử Dụng* để hoàn thành các trang 4, 5 và 6.
- Các trang 11-14 được hoàn thành và lưu giữ bởi một *EWC PCP* để *sử dụng Nội Bộ*.

Tuyên Bố về Quyền Riêng Tư

Đơn đăng ký này sẽ hỗ trợ xác định khả năng đủ điều kiện của quý vị để nhận các dịch vụ do Chương Trình EWC chi trả. Hoàn thành đơn đăng ký này phụ thuộc vào lựa chọn của quý vị. Nếu đơn đăng ký không được hoàn thành, chương trình EWC có thể không xác định được liệu quý vị có đủ điều kiện nhận dịch vụ hay không và chương trình có thể liên hệ với quý vị. Quý vị có quyền truy cập vào hồ sơ của quý vị. Hồ sơ y tế của quý vị có thể chứa thông tin cá nhân. Để biết thêm thông tin và/hoặc xem lại hồ sơ của quý vị, vui lòng liên hệ với Chương Trình EWC tại:

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

Bộ Luật Thu Nhập và Thuế Vụ các đoạn 30461.6(f) và (j), và Bộ Luật Sức Khỏe và An Toàn các đoạn 104150(b), 104162, và 131085 cho phép Chương Trình EWC lưu giữ thông tin được thu thập trên đơn đăng ký này. Chúng tôi phải cung cấp cho quý vị Tuyên bố về Quyền Riêng tư này theo Bộ Luật Dân Sự đoạn 1798.17.

Chương Trình Every Woman Counts – Đơn Đăng Ký Người Thụ Hưởng**Quyền Tái Xét Cấp Độ Một và Điều Trần Chính Thức đối với Chương Trình Every Woman Counts**

Quý vị sẽ được Chương Trình EWC thông báo nếu quý vị đủ điều kiện hoặc không đủ điều kiện tham gia chương trình. Nếu quý vị không đồng ý với quyết định về khả năng hội đủ điều kiện, quý vị được quyền yêu cầu tái xét Cấp Độ Một và/hoặc một phiên điều trần chính thức. Ngoài ra, quý vị có quyền yêu cầu tái xét Cấp Độ Một và/hoặc phiên điều trần chính thức nếu quý vị không đồng ý với các dịch vụ được bao trả bởi Chương Trình EWC mà quý vị đang nhận.

Quý vị không được phản đối các tiêu chí hội đủ điều kiện của Chương Trình EWC, được sử dụng để đưa ra quyết định về khả năng đủ điều kiện của quý vị. Ví dụ, nếu quý vị cho rằng quyết định đó không phù hợp với tiêu chí hội đủ điều kiện của Chương Trình EWC, quý vị có thể yêu cầu tái xét Cấp Độ Một và/hoặc một phiên điều trần chính thức. Nhưng nếu quý vị không đồng ý với tiêu chí hội đủ điều kiện của chương trình EWC, quý vị không được yêu cầu tái xét cấp độ một và/hoặc phiên điều trần chính thức để cố gắng thay đổi tiêu chí hội đủ điều kiện của chương trình EWC. Tiêu chí hội đủ điều kiện EWC có sẵn trên mạng.

Nếu quý vị muốn thực hiện quyền yêu cầu Tái Xét Cấp Độ Một và/hoặc phiên điều trần chính thức, vui lòng gửi yêu cầu bằng văn bản bao gồm những nội dung sau:

- Tên, địa chỉ và số điện thoại của quý vị.
- Lý do tại sao quý vị yêu cầu tái xét cấp độ một và/hoặc phiên điều trần chính thức.
- Tại sao quý vị tin rằng quyết định đó là sai.
- Tùy chọn ngôn ngữ của quý vị nếu quý vị gặp khó khăn trong việc hiểu Tiếng Anh.
- Tên, địa chỉ và số điện thoại của người đại diện được ủy quyền của quý vị nếu quý vị chọn một người.

Tái Xét Cấp Độ Một: Yêu cầu tái xét cấp độ một bằng văn bản phải được gửi đến chương trình EWC trong vòng 20 ngày kể từ ngày ban hành quyết định mà quý vị không đồng ý. Vui lòng giữ một bản sao của văn bản yêu cầu trong hồ sơ của quý vị. Chương trình EWC sẽ phản hồi trong vòng 30 ngày kể từ ngày nhận được yêu cầu của quý vị.

Gửi thư yêu cầu Tái Xét Cấp Độ Một đến
Department of Health Care Services
Benefits Division/Every Woman
Counts Program
Attention: Division Chief
P.O. Box 997417, MS 4601
Sacramento, CA 95899-7417

HOẶC

Email yêu cầu Tái Xét Cấp Độ Một đến:
CancerDetection@dhcs.ca.gov

Chương trình EWC có thể liên hệ với quý vị để biết thêm thông tin. Việc liên hệ này có thể bằng điện thoại, văn bản và/hoặc qua đường điện tử. Quý vị cũng có thể liên hệ với EWC PCP để biết thông tin.

Chương Trình Every Woman Counts – Đơn Đăng Ký Người Thụ Hưởng

Điều Trần Chính Thức: Yêu cầu một buổi điều trần chính thức bằng văn bản phải được gửi đến Bộ Dịch Vụ Xã Hội trong vòng 90 ngày kể từ ngày ban hành quyết định mà quý vị không đồng ý. Nếu quý vị có lý do chính đáng tại sao quý vị không thể nộp đơn xin điều trần chính thức trong vòng 90 ngày, quý vị vẫn có thể yêu cầu sắp xếp một buổi điều trần chính thức. Vui lòng giữ một bản sao của văn bản yêu cầu trong hồ sơ của quý vị.

Gửi thư yêu cầu một phiên Điều Trần Chính Thức đến

California Department of Social Services

State Hearings Division

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

Sacramento, California 94244-24

Thông Báo Không Phân Biệt Đối Xử

DHCS tuân thủ luật dân quyền của liên bang và tiểu bang. DHCS không phân biệt trái pháp luật dựa trên giới tính, chủng tộc, màu da, tôn giáo, tổ tiên, quốc gia xuất thân, nhận diện dân tộc, tuổi tác, khuyết tật trí tuệ, khuyết tật thể chất, tình trạng y tế, thông tin mã gen, tình trạng hôn nhân, giới tính, nhận dạng giới tính hay xu hướng tính dục. DHCS không từ chối trái pháp luật hay đối xử với mọi người khác nhau do giới tính, chủng tộc, màu da, tôn giáo, tổ tiên, quốc gia xuất thân, nhận diện dân tộc, tuổi tác, khuyết tật trí tuệ, khuyết tật thể chất, tình trạng y tế, thông tin mã gen, tình trạng hôn nhân, giới tính, nhận dạng giới tính hay xu hướng tính dục.

Để giao tiếp hiệu quả, DHCS

- Cung cấp hỗ trợ và dịch vụ thích hợp cho những người khuyết tật đủ tiêu chuẩn, bao gồm:
 - Thông dịch viên ngôn ngữ ký hiệu có trình độ
 - Tài liệu bằng chữ nổi, chữ in khổ lớn, âm thanh và điện tử.
 - Các hình thức giao tiếp dễ tiếp cận với những người bị suy giảm khả năng nói, thính giác hoặc thị giác.
- Cung cấp dịch vụ chuyển ngữ miễn phí cho những người ngôn ngữ chính không phải là tiếng Anh, như:
 - Thông dịch viên có trình độ
 - Thông tin được viết bằng các ngôn ngữ khác

Nếu quý vị cần sử dụng các dịch vụ trên, vui lòng liên hệ với Văn Phòng Dân Quyền DHCS, theo số máy (916)440-7370, #711 (Dịch Vụ Chuyển Tiếp Tiểu Bang California) hoặc gửi email đến địa chỉ

CivilRights@dhcs.ca.gov.

Hãy chia sẻ với chúng tôi về Quý Vị

¹Tên _____ ²Chữ Đầu Tiên Của Tên Đệm _____ ³Họ _____
⁴Ngày Sinh (Tháng/Ngày/Năm) _____
⁵Giới tính của quý vị là gì? ☐ Nữ ☐ Nam
(đánh dấu vào một ô) ☐ Chuyển giới (nam thành nữ) ☐ Chuyển giới (nữ thành nam)
⁶Họ Của Mẹ Quý Vị khi sinh (Tên Thời Con Gái) _____
⁷Địa Chỉ _____
⁸Thành Phố _____ ⁹Tiểu Bang _____ ¹⁰Mã Bưu Chính _____
¹¹Số điện thoại [số (mã vùng)] _____
¹²Địa chỉ email _____
¹³Số An Sinh Xã Hội (Liệt kê nếu có) _____

**Hãy cho chúng tôi biết về Gia Đình/Hộ Gia Đình và Tổng Thu Nhập của quý vị.
Thông tin sau đây giúp chúng tôi quyết định xem quý vị có đủ điều kiện tham gia Chương
Trình EWC hay không.**

Chúng tôi cần biết mỗi người trong gia đình/hộ gia đình của quý vị nhận được bao nhiêu tiền trước khi đóng thuế. Nếu quý vị khai thuế thì đây là “tổng thu nhập” của quý vị (trước thuế và các khoản khấu trừ khác).

¹⁴Tổng số người sống trong gia đình/hộ gia đình của quý vị là bao nhiêu? _____
¹⁵Tổng thu nhập của gia đình/hộ gia đình quý vị là bao nhiêu \$ _____

Bây giờ hãy cho chúng tôi biết về bảo hiểm y tế của quý vị

☐ ¹⁶Tôi không có bảo hiểm y tế. ☐ ¹⁷Tôi có bảo hiểm y tế hoặc chương trình chăm sóc sức khỏe nhưng không đủ khả năng chi trả phần chia sẻ chi phí, khoản khấu trừ hoặc khoản đồng thanh toán.

Quý vị cần những dịch vụ EWC nào? (Đánh dấu tất cả các mục thích hợp)

☐ ¹⁸Quý vị từ 21 tuổi trở lên và muốn được tầm soát ung thư cổ tử cung?
☐ ¹⁹Quý vị từ 40 tuổi trở lên và muốn được tầm soát ung thư vú?
☐ ²⁰Quý vị có các triệu chứng ở (các) vú và muốn xét nghiệm thêm không?
Vui lòng kiểm tra các triệu chứng ở vú của quý vị dưới đây:
☐ ²¹Thay đổi về hình thức hoặc cảm giác ở (các) vú của quý vị, chẳng hạn như thay đổi màu sắc, kích thước hoặc hình dạng ☐ ²⁴Có cục u hoặc cục cứng ở ngực của quý vị
☐ ²²Sưng hoặc dày mô vú của quý vị ☐ ²⁵Tụt Núm Vú
☐ ²³Dịch tiết từ núm vú của quý vị ☐ ²⁶Đau Vú hoặc Đau Núm Vú
☐ ²⁷Khác: _____

Chương Trình Every Woman Counts – Đơn Đăng Ký Người Thụ Hưởng**Hãy cho chúng tôi biết về việc quý vị sử dụng thuốc lá**

²⁸Hiện tại quý vị có hút thuốc lá không? ☐ Không ☐ Có

²⁹Hiện tại quý vị có sử dụng các sản phẩm thuốc lá khác không? ☐ Không ☐ Có. Vui Lòng
Giải Thích: _____

**Hãy cho chúng tôi biết về chủng tộc của quý vị (Tùy Chọn và Bảo Mật): Vui lòng chọn tất cả các câu trả lời phù hợp với quý vị.
Thông tin sau sẽ KHÔNG được sử dụng để quyết định Chương Trình EWC của quý vị có đủ điều kiện hay không.**

- ☐ ³⁰Tây Ban Nha hoặc La-tinh
- ☐ ³¹Người Mỹ Bản Địa hoặc Alaska Bản Địa
- ☐ ³²Châu Á (X ghi rõ bên dưới)
- ☐ ³³Người Ấn Độ ☐ ³⁴Người Campuchia ☐ ³⁵Người Trung Quốc ☐ ³⁶Người Philippines
- ☐ ³⁷Người Hmông ☐ ³⁸Người Nhật ☐ ³⁹Người Hàn ☐ ⁴⁰Người Lào
- ☐ ⁴¹Người Việt Nam ☐ ⁴²Người Châu Á khác: _____
- ☐ ⁴³Người Da Đen hoặc Người Mỹ Gốc Phi
- ☐ ⁴⁴Người Đảo Thái Bình Dương (Xin ghi rõ bên dưới)
- ☐ ⁴⁵Người Guam ☐ ⁴⁶Người Hawaii ☐ ⁴⁷Người Samoa ☐ ⁴⁸Người Đảo Thái Bình Dương Khác: _____
- ☐ ⁴⁹Người Da Trắng
- ☐ ⁵⁰Khác: _____
- ☐ ⁵¹Không muốn trả lời

Hãy cho chúng tôi biết về Bản Dạng Giới và Xu Hướng Tính Dục của quý vị (Tùy Chọn và Bí Mật).

Thông tin sau sẽ KHÔNG được sử dụng để quyết định Chương Trình EWC của quý vị có đủ điều kiện hay không.

Vui lòng cho biết giới tính của quý vị? (đánh dấu vào ô mô tả chính xác nhất bản dạng giới hiện tại của quý vị).

- ☐ ⁵²Nữ ☐ ⁵³Nam
- ☐ ⁵⁴Chuyển giới (nam thành nữ) ☐ ⁵⁵Chuyển giới (nữ thành nam)
- ☐ ⁵⁶Phi Nhị Giới (không phải nữ cũng không phải nam)
- ☐ ⁵⁷Bản Dạng Giới Khác: _____

Giới Tính nào được ghi trên giấy khai sinh ban đầu của quý vị? ☐ ⁵⁸Nữ ☐ ⁵⁹Nam

Quý vị nghĩ gì về bản thân mình?

- ☐ ⁶⁰Đị tính hoặc thích người khác giới ☐ ⁶¹Đồng tính nữ hoặc đồng tính nam ☐ ⁶²Lưỡng tính
- ☐ ⁶³Người đa dạng tính dục ☐ ⁶⁴Xu Hướng Tính Dục: _____ ☐ ⁶⁵Không biết

Chương Trình Every Woman Counts – Đơn Đăng Ký Người Thụ Hưởng**Tuyên Bố (Xin đọc kỹ và ký tắt vào từng mục)**

66Tôi hiểu rằng bằng cách ký và ghi ngày vào đơn đăng ký này, dù trực tiếp, bằng lời nói hoặc bằng phương tiện điện tử, tôi đang đăng ký tham gia Chương Trình EWC (một chương trình do chính quyền tài trợ).

67Tôi đồng ý nhận các dịch vụ chẩn đoán và sàng lọc ung thư vú và/hoặc cổ tử cung miễn phí được cung cấp bởi Chương Trình EWC.

68Tôi hiểu rằng thỏa thuận này kéo dài MỘT NĂM kể từ ngày tôi ký đơn đăng ký này. Tôi phải hoàn thành đơn đăng ký mới mỗi năm để được đăng ký vào Chương Trình EWC.

69Tôi hiểu rằng tôi có thể ngừng tham gia Chương Trình EWC bất cứ lúc nào.

70Tôi sẽ thông báo cho EWC PCP ngay lập tức nếu có bất kỳ thay đổi nào về thông tin bảo hiểm y tế của tôi và/hoặc bảo hiểm y khoa khác.

71Tôi đã nhận và đọc Thông Báo về Thực Hành Quyền Riêng Tư của DHCS (mẫu riêng).

72Tôi đã nhận được Thông Báo Các Quyền Tái Xét Cấp Độ Một và Điều Trần Chính Thức cũng như Thông Báo Không Phân Biệt Đối Xử (được cung cấp trên trang 1, 2 và 3 của đơn đăng ký này).

73Tôi đã nhận được thông tin về cách nhận bảo hiểm y tế miễn phí hoặc chi phí thấp (mẫu riêng).

74Tôi tuyên bố chịu trách nhiệm nếu khai man theo quy định của pháp luật Tiểu Bang California rằng thông tin tôi cung cấp trong đơn đăng ký này là đúng sự thật và chính xác theo hiểu biết tốt nhất của tôi. Tôi hiểu rằng việc cung cấp thông tin sai lệch trong đơn đăng ký này có thể ảnh hưởng đến khả năng đủ điều kiện nhận các dịch vụ phòng ngừa ung thư của tôi thông qua Chương Trình EWC.

75 Chữ Ký Của Quý Vị _____ Ngày _____

Chữ ký của người nộp đơn có được chấp thuận thông qua đồng ý bằng lời nói không? ☐ Không ☐ Có

76Nếu một người đại diện cho quý vị, (VIẾT CHỮ IN) Tên, mối quan hệ với quý vị và đề ngày hôm nay.

Tên _____ Mối quan hệ _____ Ngày _____

77Nếu người đại diện cho quý vị là PCP hoặc Nhân Viên Phòng Khám PCP, xin (VIẾT CHỮ IN) Tên, Chức Vụ/Chức Danh của họ, và đề ngày tháng.

Tên _____ Mối quan hệ _____ Ngày _____

78Chữ ký của Người Đại Diện cho quý vị:

Chữ Ký _____ Ngày _____

Chương Trình Every Woman Counts – Đơn Đăng Ký Người Thụ Hưởng

HƯỚNG DẪN CHI TIẾT ĐỂ HOÀN THÀNH ĐƠN ĐĂNG KÝ NGƯỜI THỤ HƯỞNG EWC NÀY
(TRANG 7 ĐẾN 10)

Hãy chia sẻ với chúng tôi về quý vị

1. Viết Tên của quý vị.
2. Viết chữ cái đầu tiên trong Tên Đệm của quý vị.
3. Viết Họ của quý vị.
4. Viết ngày sinh của quý vị. Sử dụng 2 số cho tháng, 2 số cho ngày và 4 số cho năm. Ví dụ, Ngày 1 Tháng Giêng, 2001 sẽ là ngày 01/01/2001.
5. Nếu giới tính của quý vị là nữ: chọn nữ, hoặc nếu nam: chọn nam. Nếu quý vị là người chuyển giới từ nam sang nữ: đánh dấu vào phần chuyển giới (nam thành nữ). Nếu là chuyển giới từ nữ sang nam: đánh dấu vào phần chuyển giới (từ nữ thành nam).
6. Viết tên thời con gái của mẹ quý vị. Đây là họ gốc của bà ấy khi bà được sinh ra.
7. Viết số nhà và tên nơi quý vị sống. Ví dụ, 123 Main Street.
8. Viết thành phố quý vị đang sống.
9. Viết tiểu bang quý vị đang sống.
10. Viết mã bưu chính nơi quý vị sống.
11. Viết số điện thoại của quý vị. Bắt đầu bằng số có ba chữ số cho mã vùng, tiếp theo là số điện thoại có 8 chữ số.
12. Viết địa chỉ email của quý vị.
13. Viết Số An Sinh Xã Hội (SSN) của quý vị nếu có. SSN của quý vị sẽ không quyết định khả năng hội đủ điều kiện của quý vị.

Hãy cho chúng tôi biết về Gia Đình/Hộ Gia Đình và Tổng Thu Nhập của quý vị

14. Viết tổng số người sống trong Gia Đình/Hộ Gia Đình của quý vị. Một Gia Đình/Hộ Gia Đình là một nhóm gồm hai người trở lên có quan hệ huyết thống, hôn nhân hoặc nhận con nuôi và sống cùng nhau. EWC sử dụng Dịch Vụ Y Tế và Nhân Sinh Hoa Kỳ (HHS), Hướng Dẫn Chuẩn Nghèo Liên Bang, để xác định khả năng hội đủ điều kiện về thu nhập để tính mức nghèo khó của quý vị. Tất cả những người nhận EWC phải có thu nhập gia đình/hộ gia đình bằng hoặc thấp hơn 200 phần trăm Hướng Dẫn Chuẩn Nghèo Liên Bang của HHS.
15. Ghi tổng số tiền mà Gia Đình/Hộ Gia Đình quý vị nhận được (trước khi áp dụng thuế và các khoản khấu trừ khác). Gia Đình/Hộ Gia Đình của quý vị bao gồm tổng số người quý vị đã nhập ở dòng 14 đang sống bằng tổng số tiền này.

Bây giờ hãy cho chúng tôi biết về bảo hiểm y tế của quý vị

16. Đánh dấu vào ô này nếu quý vị không có bảo hiểm y tế.
17. Đánh dấu vào ô này nếu quý vị có bảo hiểm y tế hoặc chương trình chăm sóc sức khỏe nhưng không thể thanh toán một phần chi phí, khoản khấu trừ và/hoặc khoản đồng thanh toán.

Quý vị cần những dịch vụ EWC nào (Đánh dấu tất cả các mục thích hợp)

18. Đánh dấu vào ô này nếu quý vị từ 21 tuổi trở lên và muốn được tầm soát ung thư cổ tử cung.
19. Đánh dấu vào ô này nếu quý vị từ 40 tuổi trở lên và muốn được tầm soát ung thư vú.
20. Đánh dấu vào ô này nếu quý vị có các triệu chứng ở vú và muốn nhận các dịch vụ tầm soát ung thư vú.
21. Đánh dấu vào ô này nếu kích thước, màu sắc hoặc hình dạng vú của quý vị đã thay đổi.
22. Đánh dấu vào ô này nếu mô vú của quý vị bị sưng hoặc dày lên.

Chương Trình Every Woman Counts – Đơn Đăng Ký Người Thụ Hưởng

23. Đánh dấu vào ô này nếu có dịch tiết ra từ núm vú của quý vị.
24. Đánh dấu vào ô này nếu quý vị có thể sờ thấy một khối u hoặc cục cứng ở vú.
25. Đánh dấu vào ô này nếu quý vị bị Tụt Núm Vú
26. Đánh dấu vào ô này nếu quý vị đang bị Đau Vú hoặc Đau Núm Vú
27. Đánh dấu vào ô này nếu (các) vú của quý vị có (các) triệu chứng khác. Viết ra (các) triệu chứng của quý vị.

Hãy cho chúng tôi biết về việc quý vị sử dụng thuốc lá

28. Nếu hiện tại quý vị không hút thuốc lá, hãy đánh dấu vào ô KHÔNG. Nếu hiện tại quý vị hút thuốc lá, hãy đánh dấu vào ô CÓ.
29. Nếu quý vị không sử dụng các sản phẩm thuốc lá khác, hãy đánh dấu vào ô Không. Nếu quý vị sử dụng các sản phẩm thuốc lá khác, hãy đánh dấu vào ô Có và viết sản phẩm thuốc lá nào quý vị sử dụng.

Hãy cho chúng tôi biết về chủng tộc của quý vị

30. Đánh dấu vào ô này nếu chủng tộc của quý vị hoàn toàn hoặc một phần là Tây Ban Nha hoặc La-tinh.
31. Đánh dấu vào ô này nếu chủng tộc của quý vị hoàn toàn hoặc một phần là Người Mỹ Bản Địa hoặc Alaska Bản Địa.
32. Đánh dấu vào ô này nếu chủng tộc của quý vị hoàn toàn hoặc một phần là Châu Á.
33. Đánh dấu vào ô này nếu chủng tộc của quý vị hoàn toàn hoặc một phần là Người Ấn Độ.
34. Đánh dấu vào ô này nếu chủng tộc của quý vị hoàn toàn hoặc một phần là Người Campuchia.
35. Đánh dấu vào ô này nếu chủng tộc của quý vị hoàn toàn hoặc một phần là Người Trung Quốc.
36. Đánh dấu vào ô này nếu chủng tộc của quý vị hoàn toàn hoặc một phần là Người Philippines.
37. Đánh dấu vào ô này nếu chủng tộc của quý vị hoàn toàn hoặc một phần là Người Hmông.
38. Đánh dấu vào ô này nếu chủng tộc của quý vị hoàn toàn hoặc một phần là Người Nhật.
39. Đánh dấu vào ô này nếu chủng tộc của quý vị hoàn toàn hoặc một phần là Người Hàn.
40. Đánh dấu vào ô này nếu chủng tộc của quý vị hoàn toàn hoặc một phần là Người Lào.
41. Đánh dấu vào ô này nếu chủng tộc của quý vị hoàn toàn hoặc một phần là Người Việt Nam.
42. Đánh dấu vào ô này nếu chủng tộc của quý vị hoàn toàn hoặc một phần là Người Châu Á khác.
Xin ghi rõ chủng tộc của quý vị.
43. Đánh dấu vào ô này nếu chủng tộc của quý vị hoàn toàn hoặc một phần là Người Da Đen hoặc Người Mỹ Gốc Phi.
44. Đánh dấu vào ô này nếu chủng tộc của quý vị hoàn toàn hoặc một phần là Người Đảo Thái Bình Dương và xin ghi rõ.
45. Đánh dấu vào ô này nếu chủng tộc của quý vị hoàn toàn hoặc một phần là Người Guam.
46. Đánh dấu vào ô này nếu chủng tộc của quý vị hoàn toàn hoặc một phần là Người Hawaii.
47. Đánh dấu vào ô này nếu chủng tộc của quý vị hoàn toàn hoặc một phần là Người Samoa.
48. Đánh dấu vào ô này nếu chủng tộc của quý vị hoàn toàn hoặc một phần là Người Đảo Thái Bình Dương Khác và xin ghi rõ.
49. Đánh dấu vào ô này nếu chủng tộc của quý vị hoàn toàn hoặc một phần là Người Da Trắng.
50. Đánh dấu vào ô này nếu chủng tộc của quý vị là tất cả hoặc một phần của chủng tộc không được liệt kê. Xin ghi rõ chủng tộc của quý vị.
51. Đánh dấu vào ô này nếu quý vị không muốn nêu chủng tộc của mình.

Chương Trình Every Woman Counts – Đơn Đăng Ký Người Thụ Hưởng**Hãy cho chúng tôi biết về Bản Dạng Giới và Xu Hướng Tính Dục của quý vị (Tùy Chọn và Bí Mật)**

52. Đánh dấu vào ô này nếu quý vị xác định là nữ.
53. Đánh dấu vào ô này nếu quý vị xác định là nam.
54. Đánh dấu vào ô này nếu quý vị xác định là nữ nhưng khi sinh ra được xác định là nam.
55. Đánh dấu vào ô này nếu quý vị xác định là nam nhưng khi sinh ra được xác định là nữ.
56. Đánh dấu vào ô này nếu bản dạng giới của quý vị là phi nhị giới (không phải nữ cũng không phải nam).
57. Đánh dấu vào ô này nếu có và liệt kê một giới tính khác.
58. Đánh dấu vào ô này nếu quý vị sinh ra là nữ.
59. Đánh dấu vào ô này nếu quý vị sinh ra là nam.
60. Đánh dấu vào ô này nếu xu hướng tính dục của quý vị là dị tính hoặc thích người khác giới (bị thu hút về mặt tình dục bởi người khác giới).
61. Đánh dấu vào ô này nếu xu hướng tính dục của quý vị là Đồng tính nữ hoặc đồng tính nam (bị thu hút về mặt tình dục bởi những người cùng giới tính với quý vị).
62. Đánh dấu vào ô này nếu xu hướng tính dục của quý vị là lưỡng tính (bị thu hút về mặt tình dục đối với cả nam và nữ).
63. Đánh dấu vào ô này nếu xu hướng tính dục của quý vị là người đa dạng tính dục (không chỉ là thích người khác giới).
64. Đánh dấu vào ô này nếu có và viết xu hướng tính dục khác.
65. Đánh dấu vào ô này nếu quý vị không biết xu hướng tính dục của mình.

Tuyên bố, đơn đăng ký Đã Hoàn Thành và Chấp Thuận của Bệnh Nhân: Tên viết tắt và Chữ ký

66. Đọc câu này và ghi tên viết tắt của quý vị vào dòng. Quý vị đang thể hiện sự hiểu biết của mình rằng quý vị đang đăng ký để đủ điều kiện tham gia chương trình để tham gia Chương Trình EWC.
67. Đọc câu này và ghi tên viết tắt của quý vị vào dòng. Quý vị đang cho biết rằng quý vị đồng ý nhận các dịch vụ chẩn đoán và tầm soát ung thư vú và cổ tử cung miễn phí của Chương Trình EWC.
68. Đọc câu này và ghi tên viết tắt của quý vị vào dòng. Quý vị đang cho biết rằng quý vị hiểu rằng thỏa thuận tham gia Chương Trình EWC này kéo dài một năm kể từ thời điểm quý vị KÝ TÊN và ĐỀ NGÀY vào đơn đăng ký này. Quý vị phải hoàn thành đơn đăng ký mới mỗi năm sau khoảng thời gian 12 tháng.
69. Đọc câu này và ghi tên viết tắt của quý vị vào dòng. Bằng cách ký tên tắt, quý vị hiểu rằng quý vị có thể ngừng tham gia Chương Trình EWC bất cứ lúc nào.
70. Đọc câu này và ghi tên viết tắt của quý vị vào dòng. Quý vị đang cho biết rằng quý vị sẽ thông báo cho EWC PCP của mình ngay lập tức nếu có bất kỳ thay đổi nào đối với bảo hiểm y tế hoặc bảo hiểm y khoa khác của quý vị.
71. Đọc câu này và ghi tên viết tắt của quý vị vào dòng. Quý vị đang cho biết quý vị đã nhận được Thông Báo về Thực Hành Quyền Riêng Tư của DHCS (NPP là một biểu mẫu riêng).
72. Đọc câu này và ghi tên viết tắt của quý vị vào dòng. Quý vị cho biết rằng quý vị đã nhận được thông báo về Các Quyền Tái Xét Cấp Độ Một và Điều Trần Chính Thức cũng như Thông Báo Không Phân Biệt Đối Xử (được nêu ở trang 1, 2 và 3 của đơn đăng ký này).
73. Đọc câu này và ghi tên viết tắt của quý vị vào dòng. Quý vị đang cho biết rằng EWC PCP của quý vị đã thông báo cho quý vị về cách nhận bảo hiểm y tế miễn phí hoặc chi phí thấp.

Chương Trình Every Woman Counts – Đơn Đăng Ký Người Thụ Hưởng

74. Đọc các câu từ 66 đến 74 và viết tên viết tắt của quý vị vào mỗi dòng. Quý vị tuyên bố rằng thông tin được cung cấp trong đơn đăng ký này là đúng sự thật và chính xác theo sự hiểu biết tốt nhất của quý vị. Quý vị cũng hiểu rằng việc cung cấp thông tin sai lệch trong đơn đăng ký này có thể ảnh hưởng đến khả năng đủ điều kiện nhận các dịch vụ chẩn đoán và tầm soát ung thư vú và ung thư cổ tử cung thông qua Chương Trình EWC.
75. Viết (CHỮ KÝ và NGÀY) tên của quý vị và đề ngày hôm nay. Nếu người nộp đơn đồng ý bằng lời nói, PCP và/hoặc Nhân Viên Phòng Khám cần viết (CHỮ IN HOA) tên người nộp đơn và Đánh dấu KHÔNG hoặc CÓ.
76. Viết (CHỮ IN HOA) tên, ngày và mối quan hệ của người được ủy quyền hành động thay mặt quý vị và đang hỗ trợ quý vị hoàn thành đơn đăng ký này.
77. Viết (CHỮ IN HOA) tên của PCP hoặc Nhân Viên Phòng Khám PCP (bao gồm Chức Vụ/Chức Danh) và ngày tháng của người đại diện cho quý vị và đang hỗ trợ quý vị hoàn thành đơn đăng ký này.
78. Viết (KÝ TÊN) của người ở dòng 77 hoặc 78 và ghi ngày hôm nay. DÀNH CHO Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Chính (PCP) của EWC

Chương Trình Every Woman Counts – Đơn Đăng Ký Người Thụ Hưởng**DÀNH CHO Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Chính (PCP) của EWC
CHỈ DÀNH CHO SỬ DỤNG NỘI BỘ (TRANG 11 đến 14)**

Nếu có được sự đồng ý bằng lời nói, hãy thay mặt người nộp đơn điền vào từng trường của đơn đăng ký, dựa trên phản hồi bằng lời nói của người nộp đơn. Yêu cầu cá nhân/Người Đại Diện Được Ủy Quyền xác nhận sự đồng ý của họ bằng lời nói.

- ☐ 1. Tên Người Nộp Đơn EWC (IN HOA) _____
- ☐ 2. Số Hồ Sơ Bệnh Án _____
- ☐ 3. ID Người Thụ Hưởng _____

TIÊU CHÍ ĐIỀU KIỆN HỢI ĐỦNơi cư trú

- ☐ 4. Sống ở California

Thu Nhập Hộ Gia Đình

- ☐ 5. Thu nhập gia đình/hộ gia đình bằng hoặc thấp hơn 200 phần trăm Hướng Dẫn Chuẩn Nghèo Liên Bang của HHS.

Bảo Hiểm Y Tế

- ☐ 6. Không có bảo hiểm
- ☐ 7. KHÔNG thể trả một phần chi phí, khoản khấu trừ và/hoặc khoản đồng thanh toán.

Dịch vụ chương trình EWC

- ☐ 8. Cần các dịch vụ chẩn đoán ung thư vú cho người nộp đơn EWC có triệu chứng ở mọi lứa tuổi.
- ☐ 9. Cần tầm soát ung thư vú và/hoặc ung thư cổ tử cung ở độ tuổi được khuyến nghị cho (các) dịch vụ

Tôi đã cung cấp cho người đăng ký chương trình EWC này những thông tin sau:

- ☐ 10. Tôi đã cung cấp cho người nộp đơn EWC Thông Báo về Thực Hành Quyền Riêng Tư của DHCS
- ☐ 11. Tôi đã cung cấp cho người nộp đơn EWC Thông Báo Các Quyền Tái Xét Cấp Độ Một và Điều Trần Chính Thức của DHCS cũng như Thông Báo Không Phân Biệt Đối Xử
- ☐ 12. Tôi đã cung cấp cho người nộp đơn EWC thông tin về cách nhận bảo hiểm y tế miễn phí và chi phí thấp.

Xác Định Điều Kiện Hội Đủ:

- ☐ 13. Tôi xác định rằng người đăng ký EWC đáp ứng TẤT CẢ các yêu cầu về tính đủ điều kiện của chương trình EWC.
- ☐ 14. Tôi xác định rằng người đăng ký EWC KHÔNG đáp ứng các yêu cầu về tính đủ điều kiện của Chương Trình EWC.

Chương Trình Every Woman Counts – Đơn Đăng Ký Người Thụ HưởngSử Dụng Thuốc Lá (nếu đủ điều kiện tham gia EWC)

- ☐ 15. PCP thẩm định việc sử dụng thuốc lá và tình trạng của người nộp đơn:
- ☐ Tôi xác định người nộp đơn SỬ DỤNG các sản phẩm thuốc lá và giới thiệu họ đến các nguồn lực hỗ trợ cai thuốc lá thích hợp. Tôi đảm bảo rằng hộp CỐ đã được đánh dấu.
 - ☐ Tôi xác định rằng người nộp đơn KHÔNG hút thuốc lá và như vậy thì hộp Không được đánh dấu.
 - ☐ Nếu người nộp đơn sử dụng sản phẩm thuốc lá, tôi sẽ xác định sản phẩm cụ thể nào sẽ được sử dụng. Tôi đảm bảo rằng các sản phẩm thuốc lá cụ thể được sử dụng đã được ghi lại.
- ☐ 16. Các dòng 76, 77 và 78 đã được viết tên viết tắt hoặc ký tên và ghi ngày tháng. (Trang 6 và 12)
- ☐ Viết tên của người nộp đơn và ngày vào dòng chữ ký 75 (Trang 6)
 - ☐ Xác định xem chữ ký của người nộp đơn có được chấp thuận bằng lời nói hay không và đánh dấu CỐ hoặc KHÔNG Các Ô ở dòng 75 (Trang 6).
 - ☐ Nếu có và quý vị là Nhân Viên Phòng Khám PCP, VIẾT CHỮ IN HOA tên, Chức Vụ/Chức Danh của quý vị và đề ngày ở dòng 76 và 17 (Trang 6 và 12)
 - ☐ Nếu quý vị là PCP, hãy viết (CHỮ IN HOA và KÝ) tên của quý vị và đề ngày trên dòng 78 và dòng 19 (Trang 6 và 12).
- ☐ 17. Nếu có, viết (Chữ In Hoa) Tên Nhân Viên Phòng Khám PCP (Bao gồm Chức Vụ/Chức Danh) ở dòng 76 và dòng 17.

Tên _____ Chức Vụ/Chức Danh _____ Ngày _____

- ☐ 18. Tôi đã thu được tất cả tên in hoa thích hợp, chữ ký, chức danh (nếu có) và đề ngày cho người đăng ký EWC này để bắt đầu xác định tính đủ điều kiện của chương trình và chấp thuận, để nhận các dịch vụ lâm sàng của EWC. Bao gồm cả Chữ Ký và đề ngày ở dòng 76, 77 và 78 (Trang 6).
- ☐ 19. EWC PCP KÝ TÊN và ĐỀ NGÀY vào Biểu Mẫu DHCS 8699 này để xác nhận tính đủ điều kiện (Trang 12/14).

Chữ Ký Nhân Viên/PCP _____ Ngày _____

- ☐ 20. Đặt và lưu giữ một bản sao của đơn đăng ký trong Hồ Sơ Y Tế của Người Nộp Đơn/Người Nhận EWC.

Chương Trình Every Woman Counts – Đơn Đăng Ký Người Thụ Hưởng**Thông Tin Người Đăng Ký Chương Trình EWC**

1. Đánh dấu vào ô này nếu quý vị viết tên người nộp đơn EWC (Tên, Tên Đệm, Họ).
2. Đánh dấu vào ô này nếu quý vị viết Số Hồ Sơ Y Tế của người nộp đơn EWC.
3. Đánh dấu vào ô này nếu quý vị viết ID Người Thụ Hưởng mà người nộp đơn EWC được cấp.
4. Đánh dấu vào ô này nếu người nộp đơn EWC sống ở California.
5. Đánh dấu vào ô này nếu thu nhập Gia Đình/Hộ Gia Đình của người nộp đơn EWC bằng hoặc dưới 200 phần trăm Hướng Dẫn Chuẩn Nghèo Liên Bang. Đã dựa trên số người trong Gia Đình/Hộ Gia Đình. Các Dịch Vụ Y Tế và Nhân Sinh và Hướng Dẫn Chuẩn Nghèo Liên Bang hiện tại có trên trang web EWC: <https://dhcs.ca.gov/EWC>
6. Đánh dấu vào ô này nếu người nộp đơn không có bảo hiểm (không có bảo hiểm y tế).
7. Đánh dấu vào ô này nếu người nộp đơn EWC không được bảo hiểm đầy đủ, có bảo hiểm y tế hoặc chương trình chăm sóc sức khỏe nhưng không thể thanh toán một phần chi phí, khoản khấu trừ và/hoặc khoản đồng thanh toán.
8. Đánh dấu vào ô này nếu người nộp đơn EWC có các triệu chứng ung thư vú và cần các dịch vụ chẩn đoán.
9. Đánh dấu vào ô này nếu người nộp đơn EWC từ 21 tuổi trở lên và cần các dịch vụ chẩn đoán và tầm soát ung thư cổ tử cung. Hoặc nếu người nộp đơn EWC từ 40 tuổi trở lên và cần các dịch vụ chẩn đoán và tầm soát ung thư vú.
10. Đánh dấu vào ô này nếu quý vị đã cung cấp Thông Báo về Thực Hành Quyền Riêng Tư của DHCS cho người nộp đơn.
11. Đánh dấu vào ô này nếu quý vị đã cung cấp cho người nộp đơn EWC tuyên bố Thông Báo về Thực Hành Quyền Riêng Tư, Thông báo Quyền Tái Xét Cấp Độ Một và Điều Trần Chính Thức cũng như Thông Báo Không Phân Biệt Đối Xử.
12. Đánh dấu vào ô này nếu quý vị đã cung cấp cho người nộp đơn EWC thông tin về cách nhận bảo hiểm chăm sóc sức khỏe miễn phí và chi phí thấp.
13. Đánh dấu vào ô này nếu người đăng ký EWC đáp ứng tất cả các tiêu chí hội đủ điều kiện của Chương Trình EWC.
14. Đánh dấu vào ô này nếu người đăng ký EWC không đáp ứng tất cả các tiêu chí hội đủ điều kiện của Chương Trình EWC.
 - a. Thông báo cho người nộp đơn EWC nếu họ không đủ điều kiện nhận các dịch vụ do Chương Trình EWC chi trả và họ có thể kháng cáo quyết định.
15. Đánh dấu vào ô này nếu người nộp đơn đủ điều kiện tham gia Chương Trình EWC, đánh dấu vào ô này nếu PCP đã thảo luận về việc sử dụng thuốc lá với người nộp đơn.
16. Đánh dấu vào ô này nếu quý vị đã ký tên và đề ngày hôm nay. Viết in hoa tên đầy đủ của quý vị trên dòng tiếp theo.
17. Đánh dấu vào ô này nếu quý vị đã thu được chữ ký, dữ liệu và sự chấp thuận thích hợp của người nhận để xác định rằng người nhận chương trình EWC này có đủ điều kiện để đăng ký vào Chương Trình EWC và nhận các dịch vụ được chương trình chi trả hay không.
18. Đánh dấu vào ô này để biết rằng quý vị đã thu được tất cả chữ ký cần thiết, ngày, chức danh (nếu có) và sự chấp thuận của người nộp đơn EWC. Chữ ký viết tay và đề ngày của người nộp đơn EWC phải do người nộp đơn hoặc người được ủy quyền thay mặt cho người nộp đơn EWC ký và đề ngày trực tiếp, bằng lời nói hoặc điện tử, như được nêu ở dòng 76 và 77 (Trang 6).
19. Đánh dấu vào ô này nếu quý vị đã có Chữ Ký của Nhân Viên/PCP và ngày (Trang 12/14).

Chương Trình Every Woman Counts – Đơn Đăng Ký Người Thụ Hưởng

20. Đánh dấu vào ô này nếu quý vị đã đặt và lưu giữ một bản sao của đơn đăng ký này trong Hồ Sơ Y Tế của Người Nộp Đơn EWC.