

Programa Cada Mujer Cuenta - Solicitud de inscripción de beneficiarios

Gracias por su interés en el programa Cada Mujer Cuenta (EWC) del Departamento de Servicios de Salud de California (DHCS). El programa EWC ofrece servicios gratuitos de detección y diagnóstico de cáncer de mama y de cuello uterino a personas que viven en California. Si necesita tratamiento, un proveedor de atención primaria del EWC (PCP del EWC) también puede ayudarle a inscribirse en el Programa de Tratamiento de Cáncer de Mama y de Cuello Uterino del DHCS.

Para determinar su elegibilidad para los servicios que cubre el Programa EWC, se deben completar todas las secciones de esta solicitud. Un solicitante debe estar inscrito en el Programa EWC para que el programa pueda pagar cualquier servicio cubierto por el programa. Si se determina que un solicitante es elegible para el Programa EWC, la inscripción será por un año, a partir del momento en que se proporcione la firma y la fecha en esta solicitud. Después de un año, si la solicitante desea continuar recibiendo servicios gratuitos de detección y diagnóstico de cáncer de mama y de cuello uterino del EWC, debe volver a inscribirse con un proveedor de atención primaria del EWC.

Un proveedor de atención primaria del EWC, el personal de la clínica del proveedor de atención primaria o una persona autorizada que actúe en su nombre pueden ayudarle a completar esta solicitud.

- Las páginas 1, 2 y 3 son para que usted (el solicitante del EWC) las lea y las conserve.
- Debe completar las páginas 4, 5 y 6 para determinar si es elegible.
- Las páginas 7, 8 y 9 son *Instrucciones del formulario para su uso* para completar las páginas 4, 5 y 6.
- Las páginas 10 a 13 las completa y las conserva un proveedor de atención primaria *del EWC para uso interno*.

Declaración de privacidad

Esta solicitud le ayudará a determinar su elegibilidad para recibir los servicios que cubre el programa EWC. Es su elección completar esta solicitud. Si no se completa la solicitud, es posible que el programa EWC no pueda determinar si usted reúne los requisitos para recibir los servicios y el programa pueda comunicarse con usted. Tiene derecho a tener acceso a su historia clínica. Su historia clínica puede contener información personal. Para obtener más información y/o revisar su historia clínica, comuníquese con el programa EWC en:

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

Las secciones 30461.6(f) y (j) del Código de Ingresos e Impuestos y las secciones 104150(b), 104162 y 131085 del Código de Salud y Seguridad autorizan al Programa EWC a conservar la información recopilada en esta solicitud. Debemos brindarle esta Declaración de Privacidad en virtud de la sección 1798.17 del Código Civil.

Programa Cada Mujer Cuenta - Solicitud de inscripción de beneficiarios**Revisión de primera instancia y derechos de audiencia formal para el programa Cada Mujer Cuenta**

El programa EWC le informará si es o no elegible para participar en el programa. Si no está de acuerdo con la decisión de elegibilidad, tiene derecho a solicitar una revisión de primera instancia y/o una audiencia formal. Además, tiene derecho a una revisión de primera instancia y/o a una audiencia formal si no está de acuerdo con los servicios que está recibiendo y que están cubiertos por el Programa EWC.

No puede cuestionar los criterios de elegibilidad del Programa EWC utilizados para tomar su decisión de elegibilidad. Por ejemplo, si cree que la decisión no coincidió con los criterios de elegibilidad del Programa EWC, puede solicitar una revisión de primera instancia y/o una audiencia formal. Pero si no está de acuerdo con los criterios de elegibilidad del programa EWC, no puede solicitar una revisión de primera instancia y/o una audiencia formal para intentar cambiar los criterios de elegibilidad del programa EWC. Los criterios de elegibilidad del EWC están disponibles en línea.

Si desea ejercer su derecho a solicitar una revisión de primera instancia y/o una audiencia formal, envíe una solicitud por escrito que incluya lo siguiente:

- Su nombre, dirección y número de teléfono.
- El motivo por el cual solicita una revisión de primera instancia y/o audiencia formal.
- Por qué cree que la decisión es incorrecta.
- Su preferencia de idioma si tienes problemas para entender el inglés.
- El nombre, la dirección y el número de teléfono de su representante autorizado si decide utilizar uno.

Revisión de primera instancia: La solicitud por escrito para una revisión de primera instancia debe enviarse al programa EWC dentro de los 20 días posteriores a la decisión con la que no está de acuerdo. Conserve una copia del formulario de su solicitud por escrito para sus registros. El programa EWC responderá dentro de los 30 días posteriores a la recepción de su solicitud.

Envíe por correo su solicitud para una revisión de primera instancia

O

Envíe su solicitud de revisión de primera instancia por correo electrónico a:

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

CancerDetection@dhcs.ca.gov

El programa EWC puede comunicarse con usted para obtener más información. Este contacto podrá ser por teléfono, por escrito y/o medios electrónicos. También se puede comunicar con un proveedor de atención primaria del EWC para obtener información.

Programa Cada Mujer Cuenta - Solicitud de inscripción de beneficiarios**Cuéntenos acerca de usted**¹Nombre _____ ²Inicial del segundo nombre _____ ³Apellido _____⁴Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) _____

⁵¿Cuál es su sexo? ☐ Femenino ☐ Masculino
(marque uno) ☐ Transgénero (de masculino a femenino) ☐ Transgénero (de femenino a masculino)

⁶El apellido de su madre al nacer (apellido de soltera) _____⁷Dirección _____⁸Ciudad _____ ⁹Estado _____ ¹⁰Código postal _____¹¹Número de teléfono [número del (código de área)] _____¹²Dirección de correo electrónico _____¹³Número de Seguro Social (Especifique si tiene uno) _____**Cuéntenos sobre su familia/hogar y sus ingresos totales.****La siguiente información nos ayuda a decidir si usted es elegible para el programa EWC.**

Necesitamos saber cuánto dinero reciben todos los miembros de su familia/hogar antes de pagar impuestos. Si declara impuestos, este es su “ingreso bruto” (antes de impuestos y otras deducciones).

¹⁴¿Cuál es la cantidad total de personas que viven en su familia/hogar? _____¹⁵¿Cuál es el ingreso total de su familia/hogar? \$ _____**Ahora cuéntenos sobre su seguro médico**

☐ ¹⁶No tengo seguro médico. ☐ ¹⁷Tengo seguro médico o un plan de atención médica, pero no puedo pagar la parte del costo, el deducible o el copago.

¿Qué servicios del EWC necesita? (Marque todas las opciones que correspondan)☐ ¹⁸¿Tiene 21 años o más y desea hacerse una prueba de detección de cáncer de cuello uterino?☐ ¹⁹¿Tiene 40 años o más y desea hacerse una prueba de detección de cáncer de mama?☐ ²⁰¿Tiene síntomas en sus senos y desea realizar más pruebas?

Marque cuáles son los síntomas en su(s) seno(s) a continuación:

- | | |
|--|---|
| ☐ ²¹ Un cambio en la apariencia o sensación de sus senos, como cambio de color, tamaño o forma | ☐ ²⁴ Bulto o nudo duro en su(s) seno(s) |
| ☐ ²² Hinchazón o engrosamiento del tejido mamario | ☐ ²⁵ Pezón invertido |
| ☐ ²³ Secreción de su pezón | ☐ ²⁶ Dolor de mama o pezón |
| ☐ ²⁷ Otro: _____ | |

Programa Cada Mujer Cuenta - Solicitud de inscripción de beneficiarios

Audiencia formal: La solicitud por escrito para una audiencia formal debe enviarse al Departamento de Servicios Sociales dentro de los 90 días posteriores a la decisión con la que no está de acuerdo. Si tiene una buena causa por la cual no pudo solicitar una audiencia formal dentro de los 90 días, aún puede solicitar que se programe una audiencia formal. Conserve una copia del formulario de su solicitud por escrito para sus registros.

Envíe su solicitud para una audiencia formal por correo postal

California Department of Social Services

State Hearings Division

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

Sacramento, California 94244-24

Aviso de no discriminación

El DHCS cumple con las leyes federales y estatales sobre derechos civiles. El DHCS no discrimina ilegalmente por motivos de sexo, raza, color, religión, ascendencia, nacionalidad, identificación de grupo étnico, edad, discapacidad mental, discapacidad física, enfermedad, información genética, estado civil, género, identidad de género u orientación sexual. La DHCS no excluye ilegalmente a personas ni las trata de forma diferente por motivos de sexo, raza, color, religión, ascendencia, nacionalidad, identificación de grupo étnico, edad, discapacidad mental, discapacidad física, enfermedad, información genética, estado civil, género, identidad de género u orientación sexual.

Para comunicarse de manera efectiva, el DHCS

- Proporciona ayuda y servicios adecuados para personas con discapacidades que reúnen los requisitos, esto incluye:
 - Intérpretes calificados del lenguaje de señas;
 - Documentos en braille, con letra grande, audio y en formato electrónico;
 - Comunicaciones accesibles para personas con problemas de habla, audición o visión.
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a las personas cuya lengua materna no es el inglés, como por ejemplo:
 - Intérpretes calificados;
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita los servicios que se mencionan arriba, puede comunicarse con la Oficina de derechos civiles, al (916)440-7370, #711 (Retransmisión del estado de California) o por correo electrónico en

CivilRights@dhcs.ca.gov.

Programa Cada Mujer Cuenta - Solicitud de inscripción de beneficiarios**Cuéntenos sobre su consumo de tabaco**

²⁸ ¿Fuma tabaco ahora? ☐ No ☐ Sí

²⁹ ¿Utiliza otros productos de tabaco ahora? ☐ No ☐ Sí. Explique: _____

Cuéntenos sobre su raza (Opcional y confidencial): Seleccione todas las opciones que apliquen a usted.**La siguiente información NO se utilizará para decidir su elegibilidad para el programa EWC.**

☐ ³⁰ Hispano o latino

☐ ³¹ Nativo estadounidense o de Alaska

☐ ³² Asiático (Especifique a continuación)

☐ ³³ Indio asiático

☐ ³⁴ Camboyano

☐ ³⁵ Chino

☐ ³⁶ Filipino

☐ ³⁷ Hmong

☐ ³⁸ Japonés

☐ ³⁹ Coreano

☐ ⁴⁰ Laosiano

☐ ⁴¹ Vietnamita

☐ ⁴² Otros asiáticos: _____

☐ ⁴³ Negro o afroamericano

☐ ⁴⁴ Isleño del Pacífico (Especifique a continuación)

☐ ⁴⁵ Guameño

☐ ⁴⁶ Hawaiano

☐ ⁴⁷ Samoano

☐ ⁴⁸ Otros isleños del Pacífico: _____

☐ ⁴⁹ Blanco

☐ ⁵⁰ Otro: _____

☐ ⁵¹ Prefiero no responder

Cuéntenos sobre su identidad de género y orientación sexual (opcional y confidencial).**La siguiente información NO se utilizará para decidir su elegibilidad para el programa EWC.**

¿Cuál es su género? (marque la casilla que mejor describa su identidad de género actual).

☐ ⁵² Femenino

☐ ⁵³ Masculino

☐ ⁵⁴ Transgénero (de masculino a femenino)

☐ ⁵⁵ Transgénero (de femenino a masculino)

☐ ⁵⁶ No binario (ni femenino ni masculino)

☐ ⁵⁷ Otra identidad de género _____

¿Qué sexo se indica en su certificado de nacimiento original? ☐ ⁵⁸ Femenino ☐ ⁵⁹ Masculino

¿Cómo se considera usted?

☐ ⁶⁰ Heterosexual

☐ ⁶¹ Lesbiana o gay

☐ ⁶² Bisexual

☐ ⁶³ Queer

☐ ⁶⁴ Otra orientación sexual: _____

☐ ⁶⁵ Se desconoce

Declaraciones (Lea atentamente y ponga sus iniciales en cada elemento)

_____ ⁶⁶Entiendo que al firmar y fechar esta solicitud, ya sea en persona, en forma verbal o electrónica, estoy postulando al Programa EWC (un programa financiado por el gobierno).

_____ ⁶⁷Doy mi consentimiento para recibir servicios gratuitos de detección y diagnóstico de cáncer de mama y/o cuello uterino proporcionados por el programa EWC.

_____ ⁶⁸Entiendo que este acuerdo tiene una duración de UN AÑO a partir de la fecha en que firmo esta solicitud. Debo completar una nueva solicitud cada año para inscribirme en el programa EWC.

_____ ⁶⁹Entiendo que puedo dejar de participar en el programa EWC en cualquier momento.

_____ ⁷⁰Le informaré al proveedor de atención primaria del EWC de inmediato si hay algún cambio en la información de mi seguro médico y/u otra cobertura médica.

_____ ⁷¹Recibí y leí el Aviso de Prácticas de Privacidad del DHCS (formulario separado).

_____ ⁷²He recibido la Revisión de primera instancia y los Derechos de audiencia formal, y el Aviso de No Discriminación (que se encuentran en las páginas 1, 2 y 3 de esta solicitud).

_____ ⁷³He recibido información sobre cómo recibir seguro médico gratuito o de bajo costo (formulario separado).

_____ ⁷⁴Declaro bajo pena de perjurio según la ley del Estado de California que la información que he proporcionado en esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que proporcionar información falsa en esta solicitud puede afectar mi elegibilidad para recibir servicios de prevención del cáncer a través del Programa EWC.

⁷⁵Su firma _____ Fecha _____

¿La firma del solicitante fue autorizada mediante consentimiento verbal? ☐ No ☐ Sí

⁷⁶Si una persona actúa en su nombre, (escriba en letra de imprenta) Nombre, relación con usted y fecha de hoy.

Nombre	Relación	Fecha
_____	_____	_____

⁷⁷Si una persona actúa en su nombre, es el PCP o el personal de la clínica del PCP, Nombre, puesto/título y la fecha (en letra de imprenta).

Nombre	Relación	Fecha
_____	_____	_____

⁷⁸Firma de la persona que actúa en su nombre:

Firma	Fecha
_____	_____

Programa Cada Mujer Cuenta - Solicitud de inscripción de beneficiarios

INSTRUCCIONES DETALLADAS DEL FORMULARIO PARA COMPLETAR ESTA SOLICITUD DE BENEFICIARIO DE EWC (PÁGINAS 7 A 9)

Cuéntenos acerca de usted

1. Escriba su nombre.
2. Escriba la primera letra de su segundo nombre.
3. Escriba su apellido.
4. Escriba su fecha de nacimiento. Utilice 2 números para el mes, 2 números para el día y 4 números para el año. Por ejemplo, el 1 de enero de 2001 sería el 01/01/2001.
5. Si su sexo físico es femenino: marque femenino, o si es masculino: marque masculino. Si es transgénero de masculino a femenino: marque transgénero (de masculino a femenino). Si es transgénero de femenino a masculino: marque transgénero (de femenino a masculino).
6. Escriba el apellido de soltera de su madre. Este es su apellido original de cuando nació.
7. Escriba el número de la calle y el nombre del lugar donde vive. Por ejemplo, Calle principal 123.
8. Escriba la ciudad en la que vive.
9. Escriba el estado en el que vive.
10. Escriba el código postal del lugar donde vive.
11. Escriba su número de teléfono. Comience con un número de tres dígitos para el código de área, seguido de un número de teléfono de 8 dígitos.
12. Escriba su dirección de correo electrónico.
13. Escriba su Número de Seguro Social (SSN) si tiene uno. Su SSN no determinará su elegibilidad.

Cuéntenos sobre su familia/hogar y sus ingresos brutos

14. Anote la cantidad total de personas que viven en su familia/hogar. Una familia/hogar es un grupo de dos o más personas relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción y que viven juntas. El programa EWC utiliza las Pautas Federales de Pobreza del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de EE. UU. para determinar la elegibilidad de ingresos para calcular su nivel de pobreza. Todos los beneficiarios de EWC deben tener un ingreso familiar igual o inferior al 200 por ciento de las Pautas Federales de Pobreza del HHS.
15. Anote la cantidad total de dinero que recibe su Familia/Hogar (antes de que se apliquen impuestos y otras deducciones). Su Familia/Hogar incluye la cantidad total de personas que anotó en la línea 14 que viven con esta cantidad total de dinero.

Ahora cuéntenos sobre su seguro médico

16. Marque esta casilla si no tiene ningún seguro médico.
17. Marque esta casilla si tiene seguro médico o un plan de atención médica pero no puede pagar una parte del costo, un deducible o un copago.

¿Qué servicios de EWC necesita? (Marque todo lo que corresponda)

18. Marque esta casilla si tiene 21 años o más y desea hacerse una prueba de detección de cáncer de cuello uterino.
19. Marque esta casilla si tiene 40 años o más y desea hacerse una prueba de detección de cáncer de mama.
20. Marque esta casilla si tiene síntomas en sus senos y desea recibir servicios de detección de cáncer de mama.
21. Marque esta casilla si el tamaño, el color o la forma de sus senos ha cambiado.
22. Marque esta casilla si hay alguna hinchazón o engrosamiento del tejido mamario.
23. Marque esta casilla si sale alguna secreción del pezón.

Programa Cada Mujer Cuenta - Solicitud de inscripción de beneficiarios

24. Marque esta casilla si hay un bulto o un nudo duro en sus senos que pueda sentir.

25. Marque esta casilla si tiene un pezón invertido.

26. Marque esta casilla si tiene dolor en los senos o los pezones.

27. Marque esta casilla si sus senos tienen otros síntomas. Anote sus síntomas.

Cuéntenos sobre su consumo de tabaco

28. Si no fuma tabaco ahora, marque la casilla NO. Si fuma tabaco, marque la casilla SÍ.

29. Si no consume otros productos de tabaco, marque la casilla No. Si consume otros productos de tabaco, marque la casilla SÍ y escriba qué productos de tabaco consume.

Cuéntenos sobre su raza

30. Marque esta casilla si su raza es total o parcialmente hispana o latina.

31. Marque esta casilla si su raza es total o parcialmente nativa estadounidense o de Alaska.

32. Marque esta casilla si su raza es total o parcialmente asiática.

33. Marque esta casilla si su raza es total o parcialmente india asiática.

34. Marque esta casilla si su raza es total o parcialmente camboyana.

35. Marque esta casilla si su raza es total o parcialmente china.

36. Marque esta casilla si su raza es total o parcialmente filipina.

37. Marque esta casilla si su raza es total o parcialmente hmong.

38. Marque esta casilla si su raza es total o parcialmente japonesa.

39. Marque esta casilla si su raza es total o parcialmente coreana.

40. Marque esta casilla si su raza es total o parcialmente laosiana.

41. Marque esta casilla si su raza es total o parcialmente vietnamita.

42. Marque esta casilla si su raza es total o parcialmente otra raza asiática. Escriba su raza.

43. Marque esta casilla si su raza es total o parcialmente negra o afroamericana.

44. Marque esta casilla si su raza es total o parcialmente isleña del Pacífico y especifique.

45. Marque esta casilla si su raza es total o parcialmente guameña.

46. Marque esta casilla si su raza es total o parcialmente hawaiana.

47. Marque esta casilla si su raza es total o parcialmente samoana.

48. Marque esta casilla si su raza es total o parcialmente isleña del Pacífico y especifique otra.

49. Marque esta casilla si su raza es total o parcialmente blanca.

50. Marque esta casilla si su raza es total o parcialmente una raza que no aparece en la lista.
Escriba su raza.

51. Marque esta casilla si no desea indicar su raza.

Cuéntenos sobre su identidad de género y orientación sexual (Opcional y confidencial)

52. Marque esta casilla si se identifica como mujer.

53. Marque esta casilla si se identifica como hombre.

54. Marque esta casilla si se identifica como mujer pero se le identificó como hombre al nacer.

55. Marque esta casilla si se identifica como hombre pero se le identificó como mujer al nacer.

56. Marque esta casilla si su identidad de género es no binaria (ni femenina ni masculina).

57. Marque esta casilla si corresponde e indique otra identificación de género.

58. Marque esta casilla si nació mujer.

59. Marque esta casilla si nació hombre.

60. Marque esta casilla si su orientación sexual es heterosexual (atracción sexual por personas del sexo opuesto).

Programa Cada Mujer Cuenta - Solicitud de inscripción de beneficiarios

61. Marque esta casilla si su orientación sexual es lesbiana o *gay* (atracción sexual por personas del mismo sexo que usted).
62. Marque esta casilla si su orientación sexual es bisexual (se siente atraído sexualmente tanto por hombres como por mujeres).
63. Marque esta casilla si su orientación sexual es *queer* (no exclusivamente heterosexual).
64. Marque esta casilla si corresponde y escriba otra orientación sexual.
65. Marque esta casilla si no sabe cuál es su orientación sexual.

Declaraciones, solicitud completada y consentimiento del paciente: iniciales y firmas

66. Lea la oración y escriba sus iniciales en la línea. Usted indica que comprende que está solicitando la elegibilidad del programa para participar en el programa EWC.
67. Lea la oración y escriba sus iniciales en la línea. Usted indica que da su consentimiento para recibir servicios gratuitos de detección y diagnóstico de cáncer de mama y de cuello uterino del Programa EWC.
68. Lea la oración y escriba sus iniciales en la línea. Usted indica que comprende que este acuerdo para participar en el programa EWC tiene una duración de un año a partir del momento en que FIRMA y FECHA esta solicitud. Debe completar una nueva solicitud cada año después de un período de 12 meses.
69. Lea la oración y escriba sus iniciales en la línea. Al poner sus iniciales, usted comprende que puede dejar de participar en el programa EWC en cualquier momento.
70. Lea la oración y escriba sus iniciales en la línea. Usted indica que informará a su proveedor de atención primaria de EWC de inmediato si hay algún cambio en su seguro médico u otra cobertura médica.
71. Lea la oración y escriba sus iniciales en la línea. Usted indica que recibió un Aviso de Prácticas de Privacidad del DHCS (NPP, un formulario separado).
72. Lea la oración y escriba sus iniciales en la línea. Usted indica que ha recibido información sobre la Revisión de primera instancia y los Derechos de audiencia formal, y el Aviso de No Discriminación (que se indica en las páginas 1, 2 y 3 de esta solicitud).
73. Lea la oración y escriba sus iniciales en la línea. Usted indica que su proveedor de atención primaria de EWC le ha informado sobre cómo obtener un seguro médico gratuito o de bajo costo.
74. Lea las oraciones 66 a 74 y escriba sus iniciales en cada línea. Usted declara que la información brindada en esta solicitud es verdadera y correcta a su leal saber y entender. También comprende que proporcionar información falsa en esta solicitud puede afectar su elegibilidad para recibir servicios de diagnóstico y detección de cáncer de mama y de cuello uterino a través del programa EWC.
75. Escriba (FIRMA y FECHA) su nombre y la fecha de hoy. Si el solicitante brinda su consentimiento verbal, el proveedor de atención primaria y/o el personal de la clínica deben escribir (EN LETRA IMPRENTA) el nombre del solicitante y marcar NO o SÍ.
76. Escriba (EN LETRA IMPRENTA) el nombre, la fecha y la relación de la persona que está autorizada para actuar en su nombre y lo está ayudando a completar esta solicitud.
77. Escriba (EN LETRA IMPRENTA) el nombre del PCP o del personal de la clínica del PCP (incluya el puesto/título) y la fecha de la persona que actúa en su nombre y lo ayuda a completar esta solicitud.
78. Escriba (FIRMA) de la persona de la línea 77 o 78 y escriba la fecha de hoy. PARA el proveedor de atención primaria (PCP) de EWC

Programa Cada Mujer Cuenta - Solicitud de inscripción de beneficiarios**PARA el proveedor de atención primaria (PCP) de EWC****SOLO PARA USO INTERNO (PÁGINAS 11 a 13)**

Si obtiene el consentimiento verbal, complete cada campo de la solicitud, en nombre del solicitante, según las respuestas verbales del solicitante. Solicite que la persona/representante autorizado reconozca verbalmente su consentimiento.

☐ 1. Nombre del solicitante de EWC (EN LETRA IMPRENTA) _____☐ 2. Número de historia clínica _____☐ 3. Identificación del beneficiario _____**CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD**Residencia:☐ 4. Vive en CaliforniaIngreso familiar☐ 5. El ingreso familiar es igual o inferior al 200 por ciento de las Pautas Federales de Pobreza del HHS.Seguro médico☐ 6. No tiene seguro☐ 7. NO puede pagar una parte del costo, el deducible ni el copago.Servicios del programa EWC☐ 8. Necesita servicios de diagnóstico de cáncer de mama servicios para un solicitante de EWC sintomático de cualquier edad.☐ 9. Necesita exámenes de detección de cáncer de mama y/o cuello uterino, a la edad recomendada para el(los) servicio(s)He proporcionado a este solicitante del programa EWC la siguiente información:☐ 10. He proporcionado al solicitante de EWC un Aviso de Prácticas de Privacidad del DHCS.☐ 11. Entregué al solicitante de EWC una Revisión de primera instancia del DHCS, Derechos de audiencia formal y un Aviso de no discriminación.☐ 12. Proporcioné al solicitante de EWC información sobre cómo obtener un seguro médico gratuito y de bajo costo.Determinación de elegibilidad:☐ 13. He determinado que el solicitante de EWC cumple con TODOS los requisitos de elegibilidad del programa EWC.☐ 14. He determinado que el solicitante de EWC NO cumple con los requisitos de elegibilidad del Programa EWC.

Programa Cada Mujer Cuenta - Solicitud de inscripción de beneficiariosConsumo de tabaco (si es elegible para EWC)

- ☐ 15. El PCP evaluó el consumo de tabaco y la situación de los solicitantes:
- ☐ Determiné que el solicitante CONSUME productos de tabaco y lo remití a recursos apropiados para dejar de fumar. Me aseguré de que la casilla SÍ esté marcada.
 - ☐ Determiné que el solicitante NO fuma tabaco y, si corresponde, está marcada la casilla No.
 - ☐ Si el solicitante consume productos de tabaco, determiné qué productos específicos se consumen. Me aseguré de que se anotaran los productos de tabaco específicos consumidos.
- ☐ 16. Las líneas 76, 77 y 78 están escritas en letra imprenta o firmadas y fechadas. (Páginas 6 y 11)
- ☐ Escriba el nombre del solicitante y la fecha en la línea de firma 75 (Página 6).
 - ☐ Determine si la firma del solicitante fue autorizada mediante consentimiento verbal y marque las casillas SÍ o NO que se incluyen en la línea 75 (Página 6).
 - ☐ Si corresponde y usted es el personal de la clínica del PCP, escriba su nombre EN LETRA IMPRENTA, puesto/título y fecha en las líneas 76 y 17 (páginas 6 y 11).
 - ☐ Si es un PCP, escriba (EN LETRA IMPRENTA y FIRME) su nombre y fecha en la línea 78 y la línea 19 (páginas 6 y 11).
- ☐ 17. Si corresponde, (escriba en letra imprenta) el nombre del personal de la clínica del PCP (incluya puesto/título) en las líneas 76 y 17.

Nombre _____ Puesto/Título _____ Fecha _____

- ☐ 18. He obtenido todos los nombres correspondientes en letra de imprenta, firmas, títulos (si corresponde) y fechas para que este solicitante de EWC comience a determinar la elegibilidad y el consentimiento del programa para recibir los servicios clínicos de EWC. Esto incluye las firmas y fechas que se proporcionan en las líneas 76, 77 y 78 (página 6).
- ☐ 19. El PCP de EWC FIRMA y FECHA este formulario DHCS 8699 para confirmar la elegibilidad (Página 11 de 13).

Firma del PCP o del personal _____ Fecha _____

- ☐ 20. Incluya y conserve una copia de la solicitud en la historia clínica del solicitante/beneficiario de EWC.

Programa Cada Mujer Cuenta - Solicitud de inscripción de beneficiarios**Información del solicitante del programa EWC**

1. Marque esta casilla si escribe el nombre del solicitante del EWC (nombre, inicial del segundo nombre, apellido).
2. Marque esta casilla si escribe el número de historia clínica del solicitante de EWC.
3. Marque esta casilla si escribe el ID de beneficiario asignado al solicitante de EWC.
4. Marque esta casilla si el solicitante de EWC vive en California.
5. Marque esta casilla si el ingreso familiar del solicitante de EWC es igual o inferior al 200 por ciento de las Pautas Federales de Pobreza. Esto se basa en la cantidad de personas en la familia/hogar. Las Pautas Federales de Pobreza actuales del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) se encuentran en el sitio web de EWC: <https://dhcs.ca.gov/EWC>
6. Marque esta casilla si el solicitante no tiene cobertura (no tiene seguro médico).
7. Marque esta casilla si el solicitante de EWC tiene una cobertura insuficiente, tiene seguro médico o un plan de atención médica, pero no puede pagar una parte del costo, un deducible y/o un copago.
8. Marque esta casilla si el solicitante de EWC tiene síntomas de cáncer de mama y necesita servicios de diagnóstico.
9. Marque esta casilla si el solicitante de EWC tiene 21 años o más y necesita servicios de detección y diagnóstico de cáncer de cuello uterino. O si el solicitante de EWC tiene 40 años o más y necesita servicios de detección y diagnóstico de cáncer de mama.
10. Marque esta casilla si proporcionó un Aviso de Prácticas de Privacidad del DHCS al solicitante.
11. Marque esta casilla si le entregó al solicitante de EWC un Aviso de Prácticas de Privacidad, Derechos de revisión de primer nivel y audiencia formal, y Aviso de no discriminación.
12. Marque esta casilla si le proporcionó al solicitante de EWC información sobre cómo obtener un seguro médico gratuito y de bajo costo.
13. Marque esta casilla si el solicitante de EWC cumple con todos los criterios de elegibilidad del Programa EWC.
14. Marque esta casilla si el solicitante de EWC no cumple con todos los criterios de elegibilidad del Programa EWC.
 - a. Informe al solicitante de EWC si no es elegible para recibir los servicios cubiertos por el Programa EWC y que puede apelar la decisión.
15. Marque esta casilla si el solicitante es elegible para el programa EWC, marque esta casilla si el PCP habló sobre el consumo de tabaco con el solicitante.
16. Marque esta casilla si firmó con su nombre y proporciona la fecha de hoy. Escriba en letra de imprenta su nombre completo en la siguiente línea.
17. Marque esta casilla si ha obtenido las firmas, los datos y el consentimiento del beneficiario correspondientes para determinar que este beneficiario del programa EWC es elegible para inscribirse en el programa EWC y recibió los servicios cubiertos por el mismo.
18. Marque esta casilla para indicar que ha obtenido todas las firmas, fechas, títulos (si corresponde) requeridos y el consentimiento del solicitante de EWC. La firma escrita del solicitante de EWC y la fecha se deben proporcionar y documentar en persona, en forma verbal o electrónica, por el solicitante o la persona autorizada que actúa en nombre del solicitante de EWC, como se indica en las líneas 76 y 77 (Página 6).
19. Marque esta casilla si ha incluido la firma de un PCP o del personal y la fecha en (Página 11 de 13).

Programa Cada Mujer Cuenta - Solicitud de inscripción de beneficiarios

20. Marque esta casilla si ha incluido y conservado una copia de esta solicitud en la historia clínica del solicitante de EWC.