

از علاقه شما به برنامه Every Woman Counts (EWC) سازمان خدمات مراقبت های بهداشتی کالیفرنیا (DHCS) سپاسگزاریم. EWC خدمات غربالگری و تشخیص سرطان سینه و دهانه رحم را به افرادی ارائه می دهد که در کالیفرنیا زندگی می کنند. همچنین اگر به درمان نیاز دارید، یک ارائه دهنده خدمات مراقبتی اولیه (EWC PCP) EWC، می تواند به شما کمک کند تا در برنامه درمان سرطان پستان و دهانه رحم DHCS ثبت نام کنید.

به منظور تعیین صلاحیت شما برای خدمات تحت پوشش برنامه EWC، تمام بخش های این درخواست باید تکمیل شود. قبل از اینکه این برنامه بتواند هزینه هرگونه خدمات تحت پوشش برنامه را پرداخت کند، متقاضی باید در برنامه EWC ثبت نام کند. اگر تعیین شود که متقاضی واجد شرایط برنامه EWC است، ثبت نام به مدت یک سال از زمانی که این درخواست امضاء و تاریخ زده می شود، معتبر است. پس از یک سال، اگر متقاضی بخواهد به دریافت خدمات تشخیصی و غربالگری سرطان پستان و دهانه رحم رایگان EWC ادامه دهد، باید مجدداً نزد یک EWC PCP ثبت نام کند.

یک EWC PCP شامل کارکنان کلینیک PCP یا یک شخص مجاز است که از طرف شما اقدام می کند و ممکن است به شما در تکمیل این درخواست کمک کند.

- صفحات 1، 2، و 3 برای شما (متقاضی EWC) هستند تا آن ها را بخوانید و نزد خود نگه دارید.
- صفحات 4، 5 و 6 باید تکمیل شوند تا مشخص شود که آیا واجد شرایط هستید یا خیر.
- صفحات 7، 8، و 9 دستورالعمل های مربوط به فرم هستند که برای تکمیل صفحات 4، 5 و 6 باید استفاده کنید.
- صفحات 10-12 توسط یک EWC PCP برای استفاده داخلی تکمیل و نگهداری می شوند.

#### بیانیه حریم خصوصی

این درخواست به تعیین صلاحیت شما برای دریافت خدمات تحت پوشش برنامه EWC کمک می کند. تصمیم با شماست که این درخواست را تکمیل کنید. اگر درخواست تکمیل نشود، برنامه EWC نمی تواند تعیین کند که آیا شما واجد شرایط خدمات هستید یا خیر و ممکن است برنامه با شما تماس بگیرد. شما حق دارید به سوابق خود دسترسی داشته باشید. سوابق پزشکی شما می تواند حاوی اطلاعات شخصی باشد. برای کسب اطلاعات بیشتر و/یا بررسی سوابق خود، لطفاً با برنامه EWC به آدرس زیر تماس بگیرید:

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

بخش های 30461.6 (f) و (j) قوانین درآمد و مالیات، و بخش های 104162، 104150(b) و 131085 مجموعه قوانین ایمنی و سلامت به برنامه EWC اجازه می دهد اطلاعات جمع آوری شده در این درخواست را حفظ کند. ما باید این بیانیه حریم خصوصی را طبق بخش 1798.17 قانون مدنی به شما ارائه دهیم.

**بازبینی سطح اول و حقوق مربوط به دادرسی رسمی برای برنامه Every Woman Counts**

برنامه EWC به شما اطلاع خواهد داد که واجد شرایط شرکت در برنامه هستید یا خیر. اگر با تصمیم مربوط به صلاحیت موافق نیستید، این حق را دارید که برای بازبینی سطح اول و/یا جلسه دادرسی رسمی درخواست دهید. علاوه بر این، اگر با خدمات تحت پوشش برنامه EWC که دریافت می‌کنید مخالف هستید، حق دارید برای بازبینی سطح اول و/یا دادرسی رسمی درخواست دهید.

شما نمی‌توانید معیارهای صلاحیت برنامه EWC را که برای تصمیم‌گیری در مورد صلاحیت شما استفاده می‌شود، به چالش بکشید. برای مثال، اگر فکر می‌کنید که این تصمیم با معیارهای صلاحیت برنامه EWC مطابقت ندارد، می‌توانید برای بازبینی سطح اول و/یا جلسه دادرسی رسمی درخواست دهید. اما اگر با معیارهای صلاحیت برنامه EWC مخالف هستید، نباید به منظور تغییر معیارهای صلاحیت برنامه EWC برای بازبینی سطح اول و/یا دادرسی رسمی درخواست دهید. معیارهای صلاحیت EWC به صورت آنلاین در دسترس است.

اگر می‌خواهید از حق خود برای درخواست بازبینی سطح اول و/یا جلسه دادرسی رسمی استفاده کنید، لطفاً یک درخواست کتبی شامل موارد زیر ارسال کنید:

- نام، آدرس و شماره تلفن شما.
- دلیل درخواست شما برای بازبینی سطح اول و/یا جلسه دادرسی رسمی.
- چرا فکر می‌کنید این تصمیم اشتباه است.
- اگر درک زبان انگلیسی مشکل دارید، زبان دلخواه شما.
- نام، آدرس و شماره تلفن نماینده مجاز شما در صورت تصمیم به استفاده از آن.

**بازبینی سطح اول:** درخواست کتبی برای بازبینی سطح اول باید ظرف 20 روز پس از ابلاغ تصمیمی که شما با آن مخالف هستید به برنامه EWC ارسال شود. لطفاً یک کپی از درخواست کتبی خود را نزد خود نگه دارید. برنامه EWC ظرف 30 روز پس از دریافت درخواست شما پاسخ خواهد داد.

درخواست خود برای بازبینی سطح اول را به  
ایمیل زیر ارسال کنید:  
[CancerDetection@dhcs.ca.gov](mailto:CancerDetection@dhcs.ca.gov)

یا

درخواست خود برای بازبینی سطح اول را پست کنید  
Department of Health Care Services  
Benefits Division/Every Woman Counts Program  
Attention: Division Chief  
P.O. Box 997417, MS 4601  
Sacramento, CA 95899-7417

برنامه EWC ممکن است برای اطلاعات بیشتر با شما ارتباط برقرار کند. این ارتباط ممکن است به صورت تلفنی، کتبی و/یا الکترونیکی باشد. همچنین می‌توانید برای کسب اطلاعات با یک EWC PCP تماس بگیرید.

**دادرسی رسمی:** درخواست کتبی برای انجام دادرسی رسمی باید ظرف 90 روز پس از ابلاغ تصمیمی که شما با آن مخالف هستید به بخش خدمات اجتماعی ارسال شود. اگر دلیل موجهی دارید که نتوانستید ظرف 90 روز برای یک جلسه دادرسی رسمی درخواست دهید، همچنان می‌توانید درخواست کنید که جلسه دادرسی رسمی ترتیب داده شود. لطفاً یک کپی از درخواست کتبی خود را نزد خود نگه دارید.

درخواست خود برای دادرسی رسمی را پست کنید  
California Department of Social Services  
State Hearings Division  
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-442  
Sacramento, California 94244-24

### اطلاعیه عدم تبعیض

DHCS با قوانین حقوق مدنی فدرال و ایالتی مطابقت دارد. DHCS به طور غیرقانونی بر اساس جنس، نژاد، رنگ پوست، مذهب، تبار، ملیت، هویت گروه قومی، سن، ناتوانی ذهنی، ناتوانی جسمی، وضعیت پزشکی، اطلاعات ژنتیکی، وضعیت تأهل، جنسیت، هویت جنسیتی یا گرایش جنسی تبعیض قائل نمی‌شود. DHCS افراد را به طور غیرقانونی مستثنی نمی‌کند یا با آن‌ها به دلیل جنس، نژاد، رنگ پوست، مذهب، تبار، ملیت، قومیت، سن، ناتوانی ذهنی، ناتوانی جسمی، وضعیت پزشکی، اطلاعات ژنتیکی، وضعیت تأهل، جنسیت، هویت جنسیتی، یا گرایش جنسی رفتار متفاوتی ندارد.

برای برقراری ارتباط موثر، DHCS

- کمک‌ها و خدمات مناسب را به افراد دارای معلولیت واجد شرایط ارائه می‌دهد که شامل موارد زیر است:
  - مترجمان زبان اشاره واجد شرایط
  - اسناد به خط بریل، مطالب چاپ بزرگ، صوتی و الکترونیکی.
  - مکاتبات قابل دسترسی برای افرادی که دارای اختلالات گفتاری، شنوایی یا بینایی هستند.
- ارائه خدمات رایگان زبان مانند موارد زیر به افرادی که زبان اول آن‌ها انگلیسی نیست:
  - مترجمان واجد شرایط
  - اطلاعات کتبی به زبان‌های دیگر

اگر به خدمات مذکور نیاز دارید، لطفاً با دفتر حقوق مدنی DHCS به شماره #711، (916)440-7370 (رله ایالتی کالیفرنیا) تماس بگیرید یا به [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov) ایمیل بزنید.

درباره خودتان به ما بگویید

1 نام \_\_\_\_\_ نام میانی<sup>2</sup> \_\_\_\_\_ نام خانوادگی<sup>3</sup> \_\_\_\_\_  
4 تاریخ تولد (م/م/ر/ر/س/س/س/س) \_\_\_\_\_  
5 جنسیت شما چیست؟ زن  مرد   
(یک گزینه را علامت بزنید)  ترنسجندر (مرد به زن)  ترنسجندر (زن به مرد)  
6 نام خانوادگی مادر شما هنگام تولد (نام پیش از تاهل) \_\_\_\_\_  
7 آدرس \_\_\_\_\_  
8 شهر \_\_\_\_\_ ایالت<sup>9</sup> \_\_\_\_\_ کد پستی<sup>10</sup> \_\_\_\_\_  
11 شماره تلفن [شماره (کد ناحیه)] \_\_\_\_\_  
12 آدرس ایمیل \_\_\_\_\_  
13 شماره تامین اجتماعی (در صورت وجود آن را فهرست کنید) \_\_\_\_\_

درباره خانواده/خانوار و کل درآمد خود به ما بگویید.

اطلاعات زیر به ما کمک می کند تا در مورد صلاحیت شما برای برنامه EWC تصمیم بگیریم.

ما باید بدانیم که تمام افراد خانواده/خانوار شما قبل از پرداخت مالیات چقدر پول دریافت می کنند. اگر پرونده مالیاتی خود را ثبت کنید، این «درآمد ناخالص» شما (قبل از پرداخت مالیات و سایر کسورات) است.

14 تعداد کل افرادی که در خانواده/خانوار شما زندگی می کنند، چقدر است؟ \_\_\_\_\_  
15 کل درآمد خانواده/خانوار شما چقدر است \$ \_\_\_\_\_

اکنون در مورد بیمه درمانی خود به ما اطلاع دهید

16  بیمه درمانی ندارم.  17 من بیمه درمانی یا طرح مراقبت بهداشتی دارم اما نمی توانم سهم خود از هزینه خدمات، فرانشیز، یا پرداخت مشترک را پردازم.

به کدام خدمات EWC نیاز دارید؟ (تمام موارد مربوطه را علامت بزنید)

18  آیا شما 21 سال به بالا هستید و می خواهید از نظر سرطان دهانه رحم غربالگری شوید؟  
19  آیا شما 40 سال یا بیشتر دارید و می خواهید از نظر سرطان سینه غربالگری شوید؟  
20  آیا علائمی در سینه (های) خود دارید و می خواهید آزمایش بیشتری انجام دهید؟  
لطفاً در زیر علامت بزنید که کدام یک از علائم زیر را در پستان (های) خود دارید:  
21  تغییر در ظاهر یا حس سینه (های) شما، مانند تغییر رنگ، اندازه یا شکل  
22  تورم یا ضخیم شدن بافت سینه شما  
23  ترشح از نوک پستان  
24  توده یا غده سفت در سینه شما  
25  نوک پستان درون گشته  
26  درد در سینه یا نوک پستان  
27  سایر:

در مورد مصرف دخانیات به ما بگویید

- 28 آیا در حال حاضر سیگار می کشید؟  خیر  بله  
 29 آیا در حال حاضر از سایر محصولات دخانی استفاده می کنید؟  خیر  بله. لطفا توضیح دهید:

در مورد نژاد خود به ما بگویید (اختیاری و محرمانه): لطفاً تمام مواردی را که در مورد شما صادق است، انتخاب کنید. اطلاعات زیر برای تصمیم گیری در مورد واجد شرایط بودن شما برای برنامه EWC مورد استفاده قرار نمی گیرد.

- 30 هیسپانیک یا لاتین   
 31 سرخپوست آمریکایی و یا بومی آلاسکا   
 32 آسیایی (در زیر مشخص کنید)   
 33 هندی آسیایی   
 34 کامبوجی   
 35 چینی   
 36 فیلیپینی   
 37 همونگ   
 38 ژاپنی   
 39 کره ای   
 40 لائوتی   
 41 ویتنامی   
 42 سایر نژادهای آسیایی:   
 43 آمریکایی های آفریقایی تبار یا سیاهپوست   
 44 اهل جزایر پاسیفیک (در زیر مشخص کنید)   
 45 گوآمانیایی   
 46 هاوایی   
 47 ساموآیی   
 48 دیگر نژادهای جزایر پاسیفیک:   
 49 سفیدپوست   
 50 سایر:   
 51 ترجیح می دهم پاسخ ندهم

در مورد هویت جنسی و گرایش جنسی خود به ما بگویید (اختیاری و محرمانه). اطلاعات زیر برای تصمیم گیری در مورد واجد شرایط بودن شما برای برنامه EWC استفاده نخواهد شد.

جنسیت شما چیست؟ (کادری را علامت بزنید که هویت جنسیتی فعلی شما را بهتر توصیف می کند).

- 52 زن   
 53 مرد   
 54 ترنسجندر (مرد به زن)   
 55 ترنسجندر (زن به مرد)   
 56 غیر باینری (نه زن و نه مرد)   
 57 هویت جنسیتی دیگر

در شناسنامه اصلی شما چه جنسیتی درج شده است؟  زن  مرد

راجع به خودتان چه نظری دارید؟

- 60 استریت یا دگرجنس گرا   
 61 لذبین یا گی   
 62 دوجنس گرا   
 63 کوئیر   
 64 گرایش جنسی دیگر:   
 65 نامشخص

اطلاعیها (لطفاً هر مورد را با دقت بخوانید و حروف اول نام و نام خانوادگی خود را درج کنید)

<sup>66</sup> من درک می‌کنم که با امضا کردن و تاریخ زدن این درخواست، چه به صورت حضوری، چه شفاهی یا الکترونیکی، برای برنامه EWC (برنامه‌ای با بودجه دولتی) درخواست می‌دهم.

<sup>67</sup> من برای دریافت خدمات تشخیصی و غربالگری سرطان پستان و/یا دهانه رحم رایگان که در برنامه EWC ارائه می‌شود، رضایت می‌دهم.

<sup>68</sup> من می‌دانم که این توافقنامه از تاریخی که این درخواست را امضا می‌کنم تا یک سال معتبر است. من باید هر سال یک درخواست جدید تکمیل کنم تا در برنامه EWC ثبت نام کنم.

<sup>69</sup> می‌دانم که می‌توانم در هر زمانی شرکت در برنامه EWC را متوقف کنم.

<sup>70</sup> در صورت ایجاد هرگونه تغییر در اطلاعات بیمه درمانی و/یا سایر پوشش‌های پزشکی، فوراً به EWC PCP اطلاع خواهم داد.

<sup>71</sup> اطلاعات اقدامات حفظ حریم خصوصی DHCS (فرم جداگانه) را دریافت کرده‌ام و خوانده‌ام.

<sup>72</sup> من بازبینی سطح اول و حقوق مربوط به دادرسی رسمی و اطلاعاتی عدم تبعیض (ارائه شده در صفحات 1، 2 و 3 این درخواست) را دریافت کرده‌ام.

<sup>73</sup> من اطلاعاتی در مورد نحوه دریافت بیمه درمانی رایگان یا کم‌هزینه دریافت کرده‌ام (فرم جداگانه).

<sup>74</sup> من طبق قانون ایالت کالیفرنیا بر اساس مجازات شهادت دروغ اعلام می‌کنم که اطلاعاتی که در این درخواست ارائه کرده‌ام، تا جایی که می‌دانم درست و صحیح است. من می‌دانم که ارائه اطلاعات نادرست در این درخواست می‌تواند بر واجد شرایط بودن من برای دریافت خدمات پیشگیری از سرطان از طریق برنامه EWC تأثیر بگذارد.

تاریخ

امضای شما <sup>75</sup>

خیر  بله

آیا امضای متقاضی از طریق اعلام رضایت شفاهی مجاز بود؟

<sup>76</sup> اگر شخصی از طرف شما اقدام می‌کند، نام (با حروف خوانا و درشت)، نسبت با شما و تاریخ امروز را درج کنید.

تاریخ

نسبت

نام

<sup>77</sup> اگر شخصی از طرف شما اقدام می‌کند، ذکر کنید که آیا جزء PCP یا کارکنان کلینیک PCP است یا خیر و نام او (با حروف خوانا و درشت)، سمت/مقام و تاریخ را بنویسید.

تاریخ

نسبت

نام

<sup>78</sup> امضای شخصی که از طرف شما اقدام می‌کند:

تاریخ

امضاء

دستورالعمل‌های مربوط به فرم دقیق برای تکمیل درخواست گیرنده EWC  
(صفحات 7 تا 9)

### درباره خودتان به ما بگویید

1. نام خود را بنویسید.
2. حرف اول نام میانی خود را بنویسید.
3. نام خانوادگی خود را بنویسید.
4. تاریخ تولدتان را بنویسید. از 2 عدد برای ماه، 2 عدد برای روز و 4 عدد برای سال استفاده کنید. برای مثال، 1 ژانویه 2001، 2001/01/01 خواهد بود.
5. اگر جنسیت شما زن است: زن را علامت بزنید، یا اگر مرد هستید: مرد را علامت بزنید. اگر ترنسجنس مرد به زن هستید: گزینه ترنسجنس (مرد به زن) را علامت بزنید. اگر ترنسجنس زن به مرد هستید: گزینه ترنسجنس (زن به مرد) را علامت بزنید.
6. نام مادر خود قبل از ازدواج را وارد کنید. این نام خانوادگی اصلی او هنگام تولد است.
7. شماره خیابان و نام محل زندگی خود را بنویسید. مثلاً 123 Main Street.
8. شهری که در آن زندگی می‌کنید را بنویسید.
9. ایالتی را که در آن زندگی می‌کنید، بنویسید.
10. کد پستی محل زندگی خود را بنویسید.
11. شماره تلفن خود را بنویسید. با یک شماره سه رقمی برای کد منطقه شروع کنید و سپس یک شماره تلفن 8 رقمی را وارد کنید.
12. آدرس ایمیل خود را بنویسید.
13. شماره تامین اجتماعی (SSN) خود را در صورت وجود فهرست کنید. SSN شما واجد شرایط بودن شما را تعیین نمی‌کند.

### درباره خانواده/خانوار و کل درآمد ناخالص خود به ما بگویید

14. تعداد کل افراد ساکن در خانواده/خانوار خود را بنویسید. خانواده/خانوار گروهی متشکل از دو یا چند نفر است که از طریق تولد، ازدواج یا فرزندخواندگی نسبت فامیلی دارند و با هم زندگی می‌کنند. EWC از دستورالعمل‌های فقر فدرال سازمان خدمات بهداشتی و انسانی ایالات متحده (HHS) برای تعیین صلاحیت درآمد به منظور محاسبه سطح فقر متقاضی استفاده می‌کند. تمام دریافت‌کنندگان EWC باید درآمد خانواده/خانوار کمتر از 200 درصد دستورالعمل‌های فقر فدرال HHS داشته باشند.
15. کل مبلغی را که خانواده/خانوار شما دریافت می‌کند (قبل از پرداخت مالیات و سایر کسورات) بنویسید. خانواده/خانوار شما شامل تعداد کل افرادی است که در خط 14 وارد کرده‌اید و با کل این مقدار پول زندگی می‌کنند.

### اکنون در مورد بیمه درمانی خود به ما اطلاع دهید

16. اگر بیمه درمانی ندارید، این کادر را علامت بزنید.
17. اگر بیمه درمانی یا طرح مراقبت بهداشتی دارید اما نمی‌توانید سهم خود از هزینه خدمات، فرانشیز و یا پرداخت مشترک را بپردازید، این کادر را علامت بزنید.

### به کدام خدمات EWC نیاز دارید (تمام موارد مربوطه را علامت بزنید)

18. اگر 21 سال به بالا هستید و می‌خواهید از نظر سرطان دهانه رحم غربالگری شوید، این کادر را علامت بزنید.
19. اگر 40 سال به بالا هستید و می‌خواهید از نظر سرطان سینه غربالگری شوید، این کادر را علامت بزنید.
20. اگر علائمی در پستان خود دارید و مایل به دریافت خدمات غربالگری سرطان سینه هستید، این کادر را علامت بزنید.
21. اگر اندازه، رنگ یا شکل سینه(های) شما تغییر کرده است، این کادر را علامت بزنید.
22. در صورت وجود تورم یا ضخیم شدن بافت سینه‌تان، این کادر را علامت بزنید.
23. اگر ترشحاتی از نوک پستان شما خارج می‌شود، این کادر را علامت بزنید.
24. اگر یک توده یا غده سفت در سینه(های) شما وجود دارد که می‌توانید آن را احساس کنید، این کادر را علامت بزنید.
25. اگر دارای نوک پستان درون‌گشته هستید، این کادر را علامت بزنید.
26. اگر درد در سینه یا نوک پستان را تجربه می‌کنید، این کادر را علامت بزنید.
27. اگر پستان(های) شما دارای علائم دیگری است، این کادر را علامت بزنید. علائم خود را بنویسید.

**در مورد مصرف دخانیات به ما بگویید**

28. اگر در حال حاضر سیگار نمی‌کشید، کادر خیر را علامت بزنید. اگر سیگار می‌کشید، کادر بله را علامت بزنید.  
29. اگر در حال حاضر محصولات دخانی دیگری مصرف نمی‌کنید، کادر خیر را علامت بزنید. اگر از سایر محصولات دخانی استفاده می‌کنید، کادر بله را علامت بزنید و بنویسید که از کدام محصولات دخانی استفاده می‌کنید.

**در مورد نژاد خود به ما بگویید**

30. اگر نژاد شما به طور کامل یا نسبی هیسپانیک یا لاتین است، این کادر را علامت بزنید.  
31. اگر نژاد شما به طور کامل یا نسبی سرخپوست آمریکایی یا بومی آلاسکا است، این کادر را علامت بزنید.  
32. اگر نژاد شما به طور کامل یا نسبی آسیایی است، این کادر را علامت بزنید.  
33. اگر نژاد شما به طور کامل یا نسبی هندی آسیایی است، این کادر را علامت بزنید.  
34. اگر نژاد شما به طور کامل یا نسبی کامبوجی است، این کادر را علامت بزنید.  
35. اگر نژاد شما به طور کامل یا نسبی چینی است، این کادر را علامت بزنید.  
36. اگر نژاد شما به طور کامل یا نسبی فیلیپینی است، این کادر را علامت بزنید.  
37. اگر نژاد شما به طور کامل یا نسبی همونگ است، این کادر را علامت بزنید.  
38. اگر نژاد شما به طور کامل یا نسبی ژاپنی است، این کادر را علامت بزنید.  
39. اگر نژاد شما به طور کامل یا نسبی کره‌ای است، این کادر را علامت بزنید.  
40. اگر نژاد شما به طور کامل یا نسبی لائوتی است، این کادر را علامت بزنید.  
41. اگر نژاد شما به طور کامل یا نسبی ویتنامی است، این کادر را علامت بزنید.  
42. اگر نژاد شما به طور کامل یا نسبی سایر نژادهای آسیایی است، این کادر را علامت بزنید. نژاد خود را بنویسید.  
43. اگر نژاد شما به طور کامل یا نسبی آمریکایی‌های آفریقایی‌تبار یا سیاهپوست است، این کادر را علامت بزنید.  
44. اگر نژاد شما به طور کامل یا نسبی اهل جزایر پاسیفیک است، این کادر را علامت بزنید و توضیح دهید.  
45. اگر نژاد شما به طور کامل یا نسبی گوآمانیایی است، این کادر را علامت بزنید.  
46. اگر نژاد شما به طور کامل یا نسبی هاوایی است، این کادر را علامت بزنید.  
47. اگر نژاد شما به طور کامل یا نسبی ساموآیی است، این کادر را علامت بزنید.  
48. اگر نژاد شما به طور کامل یا نسبی اهل جزایر پاسیفیک است، این کادر را علامت بزنید و سایر موارد را توضیح دهید.  
49. اگر نژاد شما به طور کامل یا نسبی سفیدپوست است، این کادر را علامت بزنید.  
50. اگر نژاد شما به طور کامل یا نسبی در این فهرست نیست، این کادر را علامت بزنید. نژاد خود را بنویسید.  
51. اگر نمی‌خواهید نژاد خود را اعلام کنید، این کادر را علامت بزنید.

**در مورد هویت جنسی و گرایش جنسی خود به ما بگویید (اختیاری و محرمانه)**

52. اگر به عنوان یک زن شناسایی می‌شوید، این کادر را علامت بزنید.  
53. اگر به عنوان یک مرد شناسایی می‌شوید، این کادر را علامت بزنید.  
54. اگر به عنوان یک زن شناسایی می‌شوید اما در بدو تولد به عنوان یک مرد شناسایی شده بودید، این کادر را علامت بزنید.  
55. اگر به عنوان یک مرد شناخته می‌شوید اما در بدو تولد به عنوان یک زن شناسایی شده بودید، این کادر را علامت بزنید.  
56. اگر هویت جنسی شما غیرباینری است (نه زن و نه مرد) این کادر را علامت بزنید.  
57. در صورت لزوم، این کادر را علامت بزنید و هویت جنسیتی دیگر را فهرست کنید.  
58. اگر به عنوان یک زن متولد شده‌اید، این کادر را علامت بزنید.  
59. اگر به عنوان یک مرد متولد شده‌اید، این کادر را علامت بزنید.  
60. اگر گرایش جنسی شما استریت یا دگرجنس‌گرا است (از نظر جنسی جذب افراد جنس مخالف می‌شوید) این کادر را علامت بزنید.  
61. اگر گرایش جنسی شما لزبین یا همجنس‌گرا است (از نظر جنسی جذب افراد همجنس با خودتان می‌شوید) این کادر را علامت بزنید.  
62. اگر گرایش جنسی شما دوجنس‌گرا است (از نظر جنسی هم به مرد و هم به زن جذب می‌شوید) این کادر را علامت بزنید.



63. اگر گرایش جنسی شما کوئیر است (نه منحصرأ دگرجنس‌گرا) این کادر را علامت بزنید.  
64. در صورت لزوم، این کادر را علامت بزنید و هویت جنسیتی دیگر را فهرست کنید.  
65. اگر گرایش جنسی خود را نمی‌دانید، این کادر را علامت بزنید.

**اطلاعی‌ها، درخواست تکمیل شده و رضایت بیمار: حروف اول نام و امضاها**

66. جمله را بخوانید و حروف اول نام خود را در خط وارد کنید. شما نشان می‌دهید که می‌دانید برای تعیین صلاحیت جهت شرکت در برنامه EWC درخواست می‌کنید.
67. جمله را بخوانید و حروف اول نام خود را در خط وارد کنید. شما نشان می‌دهید که با دریافت رایگان غربالگری سرطان و سرطان دهانه رحم برنامه EWC و خدمات تشخیصی موافقت می‌کنید.
68. جمله را بخوانید و حروف اول نام خود را در خط وارد کنید. شما نشان می‌دهید که این توافقنامه برای شرکت در برنامه EWC از زمانی که این درخواست را امضاء کرده و آن را تاریخ می‌زنید، تا یک سال معتبر است. شما باید هر سال پس از یک دوره 12 ماهه درخواست جدیدی را تکمیل کنید.
69. جمله را بخوانید و حروف اول نام خود را در خط وارد کنید. شما می‌دانید که می‌توانید هر زمان که بخواهید شرکت در برنامه EWC را متوقف کنید.
70. جمله را بخوانید و حروف اول نام خود را در خط وارد کنید. شما نشان می‌دهید که در صورت وجود هرگونه تغییر در بیمه درمانیتان یا سایر پوشش‌های پزشکی، فوراً موضوع را به ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه EWC PCP اطلاع می‌دهید.
71. جمله را بخوانید و حروف اول نام خود را در خط وارد کنید. شما نشان می‌دهید که اطلاعی‌ها اقدامات حفظ حریم خصوصی DHCS را دریافت کرده‌اید (NPP یک فرم جداگانه است).
72. جمله را بخوانید و حروف اول نام خود را روی خط بنویسید. شما نشان می‌دهید که اطلاعاتی در مورد بازبینی سطح اول و حقوق مربوط به دادرسی رسمی و اطلاعی‌ها عدم تبعیض را (در صفحات 1، 2 و 3 این درخواست) دریافت کرده‌اید.
73. جمله را بخوانید و حروف اول نام خود را در خط وارد کنید. شما نشان می‌دهید که EWC PCP نحوه دریافت بیمه درمانی رایگان یا کم‌هزینه را به شما اطلاع داده است.
74. جملات 66 تا 74 را بخوانید و حروف اول نام خود را در هر خط وارد کنید. شما اعلام می‌کنید که اطلاعات ارائه شده در این درخواست تا جایی که می‌دانید درست و صحیح است. همچنین می‌دانید که ارائه اطلاعات نادرست در این درخواست می‌تواند بر واجد شرایط بودن شما برای دریافت خدمات تشخیصی و غربالگری سرطان سینه و دهانه رحم از طریق برنامه EWC تأثیر بگذارد.
75. نام خود و تاریخ امروز را بنویسید (امضاء کنید و تاریخ بزنید). اگر متقاضی رضایت شفاهی ارائه دهد، PCP و/یا کارکنان کلینیک باید نام متقاضیان را (با حروف خوانا و درشت) وارد کنند و گزینه بله یا خیر را علامت بزنند.
76. نام شخصی را که مجاز است از طرف شما اقدام کند و به شما در تکمیل این درخواست کمک می‌کند (با حروف خوانا و درشت) درج کنید، تاریخ بزنید و نسبت این فرد با خودتان را وارد کنید.
77. نام (و همچنین سمت/مقام) PCP یا کارکنان کلینیک PCP که مجاز است از طرف شما اقدام کند و به شما در تکمیل این درخواست کمک می‌کند (با حروف خوانا و درشت) درج کنید، تاریخ بزنید و نسبت این فرد با خودتان را وارد کنید.
78. در خط 77 یا 78 (امضای) شخص را درج کنید و تاریخ امروز را بنویسید. برای ارائه‌دهنده خدمات مراقبتی (PCP) اولیه EWC

برای ارائه دهنده خدمات مراقبتی (PCP) اولیه EWC  
فقط برای استفاده داخلی (صفحات 10 تا 12)

در صورت کسب رضایت شفاهی، بر اساس پاسخ های شفاهی متقاضی، هر قسمت از درخواست را از طرف متقاضی تکمیل کنید. از فرد/نماینده مجاز بخواهید که به طور شفاهی رضایت خود را تأیید کند.

1. نام متقاضی EWC (با حروف خوانا و درشت)

\_\_\_\_\_

2. شماره سوابق پزشکی

\_\_\_\_\_

3. شناسه گیرنده

\_\_\_\_\_

**معیارهای صلاحیت**

محل سکونت

4. در کالیفرنیا زندگی می کند

درآمد خانواده

5. درآمد خانواده/خانوار کمتر از 200 درصد دستورالعمل های فقر فدرال HHS است.

بیمه سلامت

6. بیمه ندارد

7. نمی تواند سهم خود از هزینه خدمات، فرانشیز، و یا پرداخت مشترک را بپردازد.

خدمات برنامه EWC

8. متقاضی EWC در هر سنی دارای علائم است و به خدمات تشخیصی سرطان سینه نیاز دارد.

9. در سن توصیه شده برای خدمات است و به غربالگری سرطان سینه و/یا دهانه رحم نیاز دارد

من اطلاعات زیر را به این متقاضی برنامه EWC ارائه کرده ام:

10. من به متقاضی EWC اطلاعیه اقدامات حفظ حریم خصوصی DHCS را ارائه کرده ام

11. من به متقاضی EWC اطلاعیه بازبینی سطح اول DHCS و حقوق مربوط به دادرسی رسمی و اطلاعیه عدم تبعیض را ارائه داده ام

12. من اطلاعاتی در مورد نحوه دریافت بیمه درمانی رایگان و کم هزینه به متقاضی EWC ارائه داده ام.

تعیین صلاحیت:

13. من تشخیص دادم که متقاضی EWC تمام شرایط صلاحیت برای برنامه EWC را برآورده می کند.

14. من تشخیص دادم که متقاضی EWC تمام شرایط صلاحیت برای برنامه EWC را برآورده نمی کند.

مصرف دخانیات (در صورتی که واجد شرایط EWC است)

15. PCP مصرف دخانیات و وضعیت متقاضیان را ارزیابی کرد:
- من تشخیص دادم که متقاضی از محصولات دخانی استفاده می‌کند و آن‌ها را به منابع مناسب ترک سیگار ارجاع دادم. من مطمئن شدم که کادر بله علامت زده شده است.
- من تشخیص دادم که متقاضی دخانیات مصرف نمی‌کند و در صورت لزوم، کادر خیر را علامت زده شده است.
- اگر متقاضی از محصولات دخانی استفاده می‌کند، من مشخص کردم که چه محصولات خاصی استفاده می‌شود. من مطمئن شدم که محصولات دخانی خاص مورد استفاده نوشته شده است.
16. نام فرد در سطرهای 76 و 77 و 78 درج یا امضاء و تاریخ‌گذاری شده است. (صفحات 6 و 11)
- نام متقاضیان و تاریخ را در خط درج امضا 75 وارد کنید (صفحه 6)
- مشخص کنید که امضای متقاضی از طریق اعلام رضایت شفاهی مجاز بوده است یا خیر و کادرهای بله یا خیر موجود در خط 75 (صفحه 6) را علامت بزنید.
- در صورت امکان و اگر جزء کارکنان کلینیک PCP هستید، نام خود و مقام/سمتتان را با حروف خوانا و درشت بنویسید و خط 76 و 17 را تاریخ بزنید (صفحه 6 و 11)
- اگر PCP هستید، نام خود و تاریخ را در خط 78 و خط 19 (صفحه 6 و 11) درج کنید (با حروف خوانا و درشت بنویسید و تاریخ بزنید).
17. در صورت وجود، نام کارکنان کلینیک PCP (شامل سمت/مقام) را (با خط خوانا و درشت) در خط 76 و خط 17 درج کنید.

نام \_\_\_\_\_ سمت/مقام \_\_\_\_\_ تاریخ \_\_\_\_\_

18. من تمام نام‌ها، امضاها، سمت‌ها (در صورت وجود) و تاریخ‌های مناسب را با حروف خوانا و درشت برای این متقاضی EWC درج کرده‌ام تا تعیین صلاحیت برای برنامه و کسب رضایت جهت دریافت خدمات بالینی EWC آغاز شود. این امر شامل امضاها و تاریخ‌های ارائه شده در خطوط 76، 77، و 78 (صفحه 6) می‌شود.
19. EWC PCP این فرم DHCS 8699 را برای تأیید صلاحیت، امضاء می‌کند و تاریخ می‌زند (صفحه 11 از 12).

امضاء کارمند/PCP \_\_\_\_\_ تاریخ \_\_\_\_\_

20. یک کپی از این درخواست را در پرونده پزشکی متقاضی/گیرنده EWC قرار دهید و نگهداری کنید.

اطلاعات متقاضی برنامه EWC

1. اگر نام متقاضی EWC را می نویسد (نام، نام میانی، نام خانوادگی)، این کادر را علامت بزنید.
2. اگر شماره پرونده پزشکی متقاضی EWC را می نویسد، این کادر را علامت بزنید.
3. اگر شناسه گیرنده اختصاص داده شده به متقاضی EWC را می نویسد، این کادر را علامت بزنید.
4. اگر متقاضی EWC در کالیفرنیا زندگی می کند، این کادر را علامت بزنید.
5. اگر درآمد خانوار/خانواده متقاضی EWC کمتر از 200 درصد دستورالعمل فقر فدرال است، این کادر را علامت بزنید. این میزان بر اساس تعداد افراد خانواده/خانوار است. دستورالعمل های جدید فقر فدرال وزارت بهداشت و خدمات انسانی در وبسایت EWC درج شده است: <https://dhcs.ca.gov/EWC>
6. اگر متقاضی بیمه نیست (بیمه درمانی ندارد) این کادر را علامت بزنید.
7. اگر متقاضی EWC از بیمه کامل برخوردار نیست، بیمه درمانی یا طرح مراقبت بهداشتی دارد، اما نمی تواند سهم خود از هزینه خدمات، فرانشیز، و یا پرداخت مشترک را بپردازد، این کادر را علامت بزنید.
8. اگر متقاضی EWC علائم سرطان سینه را دارد و به خدمات تشخیصی نیاز دارد، این کادر را علامت بزنید.
9. اگر متقاضی EWC 21 سال به بالا است و به خدمات تشخیصی و غربالگری سرطان دهانه رحم نیاز دارد، این کادر را علامت بزنید. یا اگر متقاضی EWC 40 سال به بالا است و به خدمات غربالگری و تشخیص سرطان پستان نیاز دارد، این کادر را علامت بزنید.
10. اگر شما اطلاعیه مربوط به اقدامات حفظ حریم خصوصی DHCS را به متقاضی ارائه داده اید، این کادر را علامت بزنید.
11. اگر شما به متقاضی EWC اظهارنامه مربوط به اطلاعیه حفظ حریم خصوصی، بازبینی سطح اول و حقوق مربوط به دادرسی رسمی و اطلاعیه عدم تبعیض را ارائه داده اید، این کادر را علامت بزنید.
12. اگر شما به متقاضی EWC اطلاعاتی در مورد نحوه دریافت بیمه مراقبت های بهداشتی رایگان و کم هزینه ارائه داده اید، این کادر را علامت بزنید.
13. اگر متقاضی EWC تمام معیارهای صلاحیت برای برنامه EWC را دارد، این کادر را علامت بزنید.
14. اگر متقاضی EWC تمام معیارهای صلاحیت برای برنامه EWC را ندارد، این کادر را علامت بزنید.
  - a. در صورتی که متقاضی EWC واجد شرایط دریافت خدمات تحت پوشش برنامه EWC نیست، موضوع را به او اطلاع دهید تا بتواند در مورد این تصمیم درخواست تجدیدنظر کند.
15. اگر متقاضی واجد شرایط برنامه EWC است، این کادر را علامت بزنید، اگر PCP درباره مصرف دخانیات با متقاضی صحبت کرده است، این کادر را علامت بزنید.
16. اگر شما امضا کرده اید و تاریخ امروز را درج کرده اید، این کادر را علامت بزنید. در خط بعدی نام و نام خانوادگی خود را با حروف خوانا و درشت بنویسید.
17. اگر شما امضاها، داده ها و رضایت گیرنده مناسب را به دست آورده اید، این کادر را علامت بزنید تا مشخص شود که این گیرنده برنامه EWC واجد شرایط ثبت نام در برنامه EWC و دریافت خدمات تحت پوشش برنامه است یا خیر.
18. این کادر را علامت بزنید تا نشان دهید که شما تمام امضاها، تاریخ ها، سمت ها (در صورت وجود) و رضایت متقاضی EWC را دریافت کرده اید. امضای کتبی متقاضی EWC و تاریخ باید توسط متقاضی یا شخص مجاز که از طرف متقاضی EWC عمل می کند، شخصاً، به صورت شفاهی یا الکترونیکی، همانطور که در خطوط 76 و 77 (صفحه 6) نشان داده شده است، ارائه و مستند شود.
19. اگر شما امضای یک PCP/کارکنان و تاریخ را (در صفحه 11 از 12) درج کرده اید، این کادر را علامت بزنید.
20. اگر شما یک نسخه از این درخواست را در پرونده پزشکی متقاضی EWC درج کرده اید، این کادر را علامت بزنید.