

## Every Woman Counts 프로그램 – 수혜자 등록 신청서

캘리포니아 보건부(DHCS)의 Every Woman Counts (EWC) 프로그램에 관심을 가져 주셔서 감사합니다. EWC 는 캘리포니아에 거주하는 개인에게 무료로 유방암 및 자궁경부암 검진 및 진단 서비스를 제공합니다. 치료가 필요한 경우 EWC 주치의(EWC PCP)가 보건부 유방암 및 자궁경부암 치료 프로그램 등록을 도와드릴 수도 있습니다.

EWC 프로그램 보장 서비스에 대한 귀하의 적격성 확인을 위해 본 신청서의 모든 섹션이 작성되어야 합니다. 프로그램에서 보장되는 서비스 비용을 EWC 프로그램이 지불하려면 먼저 신청자가 프로그램에 등록이 되어야 합니다. 신청자가 EWC 프로그램에 참여할 자격이 있는 것으로 확인되면 등록은 본 신청서에 서명과 날짜가 기재된 시점으로부터 1 년 동안 유지됩니다. 신청자가 1 년 후에도 EWC 무료 유방암 및 자궁경부암 검진 및 진단 서비스를 계속 받길 원한다면 EWC 주치를 통해 재등록해야 합니다.

EWC 주치의, 1 차 진료소 직원 또는 인가된 대리인이 귀하가 본 신청서를 작성하는 데 도움을 줄 수 있습니다.

- 1, 2, 3 페이지는 귀하(EWC 신청자)가 읽고 보관할 수 있습니다.
- 4, 5, 6 페이지는 작성되어 귀하의 자격 심사에 사용됩니다.
- 7, 8, 9, 10, 페이지는 4, 5, 6 페이지를 작성하는 데 사용되는 양식 사용 지침입니다.
- 11~13 페이지는 작성되어 EWC 주치의가 내부용으로 보관합니다.

### 개인정보 보호정책

본 신청서는 귀하가 EWC 프로그램 보장 서비스를 받을 수 있는 자격을 심사하는 데 참고됩니다. 본 신청서를 작성하는 것은 귀하의 선택입니다. 신청서가 작성되지 않을 경우 EWC 프로그램은 귀하의 서비스 자격 여부를 심사하지 못할 수 있으며, 프로그램에서 귀하에게 연락할 수도 있습니다. 귀하는 귀하의 기록을 열람할 권리가 있습니다. 귀하의 의료 기록에는 개인 정보가 포함될 수 있습니다. 더 자세한 정보 요청 및/또는 기록 검토를 원하신다면 다음 주소로 EWC 프로그램에 문의하십시오.

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

수입 및 과세법 30461.6(f)항 및 (j)항과 보건 및 안전법 104150(b)항, 104162 항 및 131085 항에 따라 EWC 프로그램은 본 신청서에서 수집된 정보를 보관할 수 있습니다. 민법 1798.17 항에 따라 귀하에게 본 개인정보 보호정책을 제공합니다.

## Every Woman Counts 프로그램 – 수혜자 등록 신청서

### Every Woman Counts 프로그램에 대한 1 단계 검토 및 정식 심리 권리

귀하의 프로그램 참여 자격 여부는 EWC 프로그램에서 안내해 드립니다. 자격 심사 결과에 동의하지 않는 경우, 귀하는 1 단계 검토 및/또는 정식 심리를 요청할 권리가 있습니다. 또한 귀하가 받고 있는 EWC 프로그램 보장 서비스에 동의하지 않는 경우 1 단계 검토 및/또는 정식 심리를 받을 권리가 있습니다.

귀하는 자격을 결정하는 데 사용된 EWC 프로그램 자격 기준에 이의를 제기할 수 없습니다. 예를 들어, 결정이 EWC 프로그램 자격 기준과 일치하지 않는다고 생각하는 경우 1 단계 검토 및/또는 정식 심리를 요청할 수 있습니다. 그러나 EWC 프로그램 자격 기준에 동의하지 않는 경우 EWC 프로그램 자격 기준을 변경하기 위한 1 단계 검토 및/또는 정식 심리를 요청할 수 없습니다. EWC 자격 기준은 온라인에서 확인할 수 있습니다.

1 단계 검토 및/또는 정식 심리 요청 권리를 행사하려면 다음 내용을 포함하여 서면 요청서를 제출하십시오.

- 귀하의 이름, 주소, 전화번호
- 1 단계 검토 및/또는 정식 심리를 요청하는 이유
- 결정이 틀렸다고 생각하는 이유
- 영어를 이해하는 데 어려움이 있는 경우 선호하는 언어
- 인가 대리인을 선임하기로 선택한 경우 해당 대리인의 이름, 주소, 전화번호

**1 단계 검토:** 귀하가 동의하지 않는 결정이 내려진 날로부터 20 일 이내에 1 단계 검토를 위한 서면 요청을 EWC 프로그램에 보내야 합니다. 기록용으로 귀하의 서면 요청 사본을 보관하십시오. EWC 프로그램은 귀하의 요청 접수 후 30 일 이내에 응답할 것입니다.

1 단계 검토 요청 우편으로 보내기

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

또는

1 단계 검토 요청 이메일로 보내기

[CancerDetection@dhcs.ca.gov](mailto:CancerDetection@dhcs.ca.gov)

세부 정보를 위해 EWC 프로그램에서 귀하에게 연락할 수도 있습니다. 해당 연락은 전화, 서면 및/또는 이메일로 이루어질 수 있습니다. 자세한 내용은 EWC 주치의에게 문의하십시오.

**정식 심리:** 정식 심리 서면 요청은 귀하가 동의하지 않는 결정이 내려진 날로부터 90 일 이내에 사회복지부에 보내야 합니다. 90 일 이내에 정식 심리를 신청할 수 없는 타당한 이유가 있는 경우, 기간이 지난 이후에도 정식 심리 일정을 요청할 수 있습니다. 기록용으로 귀하의 서면 요청 사본을 보관하십시오.

정식 심리 요청 우편으로 보내기

California Department of Social Services  
State Hearings Division  
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-442  
Sacramento, California 94244-24

**Every Woman Counts 프로그램 – 수혜자 등록 신청서****차별 금지 고지**

보건부는 연방 및 주 시민권법을 준수합니다. 보건부는 성별, 인종, 피부색, 종교, 선조, 민족 출신, 민족 정체성, 나이, 정신적 장애, 신체적 장애, 의학적 상태, 유전적 정보, 결혼 여부, 성, 성적체성, 성적 지향에 따라 사람을 불법 차별하지 않습니다. 보건부는 성별, 인종, 피부색, 종교, 선조, 민족 출신, 민족 정체성, 나이, 정신적 장애, 신체적 장애, 의학적 상태, 유전적 정보, 결혼 여부, 성, 성적체성, 성적 지향에 따라 사람을 불법적으로 배제하거나 다르게 대우하지 않습니다.

효과적인 의사소통을 위해 보건부는,

- 자격을 갖춘 장애인에게 다음과 같은 적절한 지원과 서비스를 제공합니다.
  - 자격이 있는 수화 통역관
  - 점자, 큰 활자, 오디오 및 전자 형식의 문서
  - 언어, 청각 또는 시각 장애가 있는 사람들이 이용할 수 있는 통신
- 사용하는 언어가 영어가 아닌 사람에게도 다음과 같은 언어 서비스를 무료로 제공합니다.
  - 자격이 있는 통역관
  - 다른 언어로 작성된 안내문

위에 나열된 서비스가 필요한 경우 보건부 민권담당국으로 (916) 440-7370, 711 번(캘리포니아주 전달) 또는 이메일 [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov) 로 연락해 주십시오.

**Every Woman Counts 프로그램 – 수혜자 등록 신청서**

**자기소개**

1 이름 \_\_\_\_\_ 2 중간 이니셜 \_\_\_\_\_ 3 성 \_\_\_\_\_

4 생년월일(월/일/년) \_\_\_\_\_

5 성별은 무엇입니까?  여성  남성  
 (한 곳에 표시)  트랜스젠더(남성에서 여성으로)  트랜스젠더(여성에서 남성으로)

6 출생 시 어머니의 성(결혼 전 성) \_\_\_\_\_

7 주소 \_\_\_\_\_

8 시 \_\_\_\_\_ 9 주 \_\_\_\_\_ 10 우편번호 \_\_\_\_\_

11 전화번호[(지역번호) 번호] \_\_\_\_\_

12 이메일 주소 \_\_\_\_\_

13 사회보장번호(있는 경우 기재) \_\_\_\_\_

**귀하의 가족/가구 및 총소득에 대해 알려주십시오.**

다음 정보는 귀하의 EWC 프로그램 참여 자격을 결정하는 데 도움이 됩니다.

귀하의 가족/가구 구성원 전체의 세금 납부 전 소득을 알아야 합니다. 세금을 신고하는 경우, 이는 '총소득'(세금 및 기타 공제 전)입니다.

14 귀하의 가족/가구의 총구성원은 몇 명입니까? \_\_\_\_\_

15 귀하의 가족/가구의 총소득은 얼마입니까? \$ \_\_\_\_\_

**귀하의 건강보험에 대해 알려주십시오.**

16 건강보험이 없습니다.  17 건강보험이나 의료 플랜이 있지만 비용 부담금, 공제액 또는 본인부담금을 감당할 수 없습니다.

**어떤 EWC 서비스가 필요합니까? (해당하는 모든 사항에 표시하십시오)**

18 21 세 이상이며 자궁경부암 검진을 받고 싶으십니까?

19 40 세 이상이며 유방암 검진을 받고 싶으십니까?

20 유방에 증상이 있으며 추가 검사를 원하십니까?

아래에서 유방의 증상을 표시하십시오.

<input type="checkbox"/> 21 색상, 크기 또는 모양의 변화와 같은 유방의 형태나 느낌의 변화	<input type="checkbox"/> 24 유방에 덩어리가 있거나 딱딱하게 뭉친 느낌
<input type="checkbox"/> 22 유방 조직이 붓거나 두꺼워진 증상	<input type="checkbox"/> 25 함몰된 유두
<input type="checkbox"/> 23 유두 분비물	<input type="checkbox"/> 26 유방 또는 유두 통증
<input type="checkbox"/> 27 기타: _____	

**Every Woman Counts 프로그램 – 수혜자 등록 신청서**

**흡연 여부를 알려주십시오.**

28 현재 담배를 피우십니까?  아니요  예

29 현재 다른 흡연 제품을 사용하십니까?  아니요  예. 설명해 주십시오. \_\_\_\_\_

**인종에 대해 알려주십시오(선택 및 기밀 사항). 해당되는 모든 사항을 선택하십시오.**

**다음 정보는 귀하의 EWC 프로그램 적격 여부를 결정하는 데 사용되지 않습니다.**

- 30 히스패닉 또는 라티나
- 31 아메리카 인디언 또는 알래스카 원주민
- 32 아시아인 (아래에 명시)
  - 33 인도인
  - 34 캄보디아인
  - 35 중국인
  - 36 필리핀인
  - 37 몽족
  - 38 일본인
  - 39 한국인
  - 40 라오스인
  - 41 베트남인
  - 42 기타 아시아인: \_\_\_\_\_
- 43 흑인 또는 아프리카계 미국인
- 44 태평양 제도민 (아래에 명시)
  - 45 괌 원주민
  - 46 하와이 원주민
  - 47 사모아인
  - 48 기타 태평양 제도민: \_\_\_\_\_
- 49 백인
- 50 기타: \_\_\_\_\_
- 51 대답하고 싶지 않음

**귀하의 성적체성 및 성적 지향에 대해 알려주십시오(선택 및 기밀 사항).**

**다음 정보는 귀하의 EWC 프로그램 적격 여부를 결정하는 데 사용되지 않습니다.**

귀하의 성별은 무엇입니까? (귀하의 현재 성적체성을 가장 잘 설명하는 확인란을 표시하십시오)

- 52 여성  53 남성
- 54 트랜스젠더 (남성에서 여성으로)  55 트랜스젠더 (여성에서 남성으로)
- 56 논바이너리 (여성도 남성도 아님)
- 57 기타 성적체성 \_\_\_\_\_

출생 증명서에는 어떤 성별이 기재되어 있습니까?  58 여성  59 남성

자신을 무엇이라고 생각합니까?

- 60 이성애자  61 레즈비언 또는 게이  62 양성애자
- 63 퀴어  64 기타 성적 지향: \_\_\_\_\_  65 알 수 없음

Every Woman Counts 프로그램 – 수혜자 등록 신청서

선언(신중하게 검토하고 각 항목에 이니셜을 기재해 주십시오)

66 본인은 직접, 구두 또는 전자적으로 본 신청서에 서명하고 날짜를 기재함으로써 EWC 프로그램(정부 지원 프로그램)에 지원한다는 것을 이해합니다.

67 본인은 EWC 프로그램이 제공하는 유방암 및/또는 자궁경부암 검진 및 진단 서비스를 무료로 받는 데 동의합니다.

68 본인은 본 계약이 신청서에 서명한 날로부터 1 년 동안 유지된다는 것을 이해합니다. EWC 프로그램에 등록하려면 매년 새로운 신청서를 작성해야 합니다.

69 본인은 언제든지 EWC 프로그램 참여를 중단할 수 있음을 이해합니다.

70 본인의 건강보험 정보 및/또는 기타 의료 보장에 변경 사항이 있을 경우 EWC 주치의에게 즉시 알려겠습니다.

71 본인은 보건부 개인정보 보호관행 안내문 (별도 양식)을 받고 읽었습니다.

72 본인은 1 단계 검토 및 정식 심리 권리와 차별 금지 고지 (본 신청서의 1, 2, 3 페이지에서 제공됨)를 받았습니다.

73 본인은 무료 또는 저가 건강보험 가입 방법에 대한 정보 (별도 양식)를 받았습니다.

74 본인은 캘리포니아 주법에 따라 위증 시 처벌을 받는다는 조건하에 본 신청서에 기입한 정보가 본인인 아는 한 사실이고 정확하다는 것을 선언합니다. 본인은 본 신청서에 허위 정보를 기재하면 EWC 프로그램을 통해 암 예방 서비스를 받을 수 있는 자격에 영향을 미칠 수 있음을 이해합니다.

75 서명 \_\_\_\_\_ 날짜 \_\_\_\_\_

신청인의 서명이 구두 동의를 통해 승인되었습니까?  아니요  예

76 대리인이 있다면 대리인의 (정자) 이름, 귀하와의 관계 및 오늘 날짜를 기재하십시오.

이름 \_\_\_\_\_ 관계 \_\_\_\_\_ 날짜 \_\_\_\_\_

77 주치의 또는 1 차 진료소 직원이 대리인일 경우 (정자) 이름, 직위/직책 및 날짜를 기재하십시오.

이름 \_\_\_\_\_ 관계 \_\_\_\_\_ 날짜 \_\_\_\_\_

78 대리인 서명:

서명 \_\_\_\_\_ 날짜 \_\_\_\_\_

**Every Woman Counts 프로그램 – 수혜자 등록 신청서**

EWC 수혜자 신청서 작성을 위한 세부 양식 지침

(7~10 페이지)

**자기소개**

1. 이름을 기재합니다.
2. 중간 이름의 첫 글자를 기재합니다.
3. 성을 기재합니다.
4. 생년월일을 기재합니다. 월에 2 자리 숫자, 일에 2 자리 숫자, 년도에 4 자리 숫자를 사용합니다. 예를 들어, 2001 년 1 월 1 일은 01/01/2001 이 됩니다.
5. 신체적 성별이 여성인 경우 여성, 남성인 경우 남성에 표시합니다. 남성에서 여성으로 전환한 트랜스젠더인 경우 트랜스젠더(남성에서 여성으로)를 선택합니다. 여성에서 남성으로 전환한 트랜스젠더인 경우 트랜스젠더(여성에서 남성으로)를 선택합니다.
6. 어머니의 결혼 전 성을 기재합니다. 어머니가 태어났을 때부터 사용한 원래 성입니다.
7. 거주지의 거리 번호 및 이름을 기재합니다. 예: 123 Main Street
8. 거주하는 도시를 기재합니다.
9. 거주하는 주를 기재합니다.
10. 거주하는 지역의 우편번호를 기재합니다.
11. 전화번호를 기재합니다. 지역번호 3 자리 숫자로 시작하고 그 뒤에 8 자리 전화번호가 위치합니다.
12. 이메일 주소를 기재합니다.
13. 사회보장번호(SSN)가 있는 경우 이를 기재합니다. SSN 은 귀하의 자격을 결정하지 않습니다.

**귀하의 가족/가구 및 총소득에 대해 알려주십시오**

14. 가족/가구의 총구성원 수를 기재합니다. 가족/가구는 출생, 결혼, 입양 등으로 연결되어 함께 거주하는 두 명 이상의 사람들로 구성된 그룹입니다. EWC 는 귀하의 빈곤선을 계산하기 위하여 소득 자격에 대해 미국 보건복지부(HHS), 연방 빈곤 기준을 사용합니다. 모든 EWC 수혜자는 가족/가구 소득이 HHS 연방 빈곤 기준의 200% 이하여야 합니다.
15. 가족/가구가 받는 총액(세금 및 기타 공제가 적용되기 전)을 기재합니다. 가족/가구에는 14 번에 입력한 총구성원 수가 포함되며 이들은 해당 총액으로 생활하는 사람들입니다.

**귀하의 건강보험에 대해 알려주십시오**

16. 건강보험이 없는 경우 이 확인란을 표시합니다.
17. 건강보험이나 의료 플랜이 있지만 비용 부담금, 공제액 및/또는 본인부담금을 지불할 수 없는 경우 이 확인란을 표시합니다.

## Every Woman Counts 프로그램 – 수혜자 등록 신청서

### 어떤 EWC 서비스가 필요합니까? (해당하는 모든 사항에 표시하십시오)

18. 귀하가 21 세 이상이고 자궁경부암 검진을 원하는 경우 이 확인란을 표시합니다.
19. 귀하가 40 세 이상이고 유방암 검진을 원하는 경우 이 확인란을 표시합니다.
20. 유방에 증상이 있고 유방암 검진 서비스를 원하는 경우 이 확인란을 표시합니다.
21. 유방 크기, 색상, 모양이 변화한 경우 이 확인란을 표시합니다.
22. 유방 조직이 붓거나 두꺼워진 경우 이 확인란을 표시합니다.
23. 유두에서 분비물이 나오는 경우 이 확인란을 표시합니다.
24. 유방에서 덩어리나 딱딱한 혹이 느껴지는 경우 이 확인란을 표시합니다.
25. 유두가 함몰된 경우 이 확인란을 표시합니다.
26. 유방이나 유두 통증이 있는 경우 이 확인란을 표시합니다.
27. 유방에 다른 증상이 있는 경우 이 확인란을 표시합니다. 증상을 기재합니다.

### 흡연 여부를 알려주십시오

28. 현재 담배를 피우지 않는 경우 '아니요' 확인란을 표시합니다. 담배를 피우는 경우 '예' 확인란을 표시합니다.
29. 다른 흡연 제품을 사용하지 않는 경우 '아니요' 확인란을 표시합니다. 다른 흡연 제품을 사용하는 경우 '예' 확인란을 선택하고, 어떤 제품을 사용하는지 기재합니다.

### 인종에 대해 알려주십시오

30. 귀하의 인종이 전체 또는 일부 히스패닉 또는 라티나인 경우 이 확인란을 표시합니다.
31. 귀하의 인종이 전체 또는 일부 아메리카 인디언 또는 알래스카 원주민인 경우 이 확인란을 표시합니다.
32. 귀하의 인종이 전체 또는 일부 아시아인인 경우 이 확인란을 표시합니다.
33. 귀하의 인종이 전체 또는 일부 인도인인 경우 이 확인란을 표시합니다.
34. 귀하의 인종이 전체 또는 일부 캄보디아인인 경우 이 확인란을 표시합니다.
35. 귀하의 인종이 전체 또는 일부 중국인인 경우 이 확인란을 표시합니다.
36. 귀하의 인종이 전체 또는 일부 필리핀인인 경우 이 확인란을 표시합니다.
37. 귀하의 인종이 전체 또는 일부 몽족인 경우 이 확인란을 표시합니다.
38. 귀하의 인종이 전체 또는 일부 일본인인 경우 이 확인란을 표시합니다.
39. 귀하의 인종이 전체 또는 일부 한국인인 경우 이 확인란을 표시합니다.
40. 귀하의 인종이 전체 또는 일부 라오스인인 경우 이 확인란을 표시합니다.
41. 귀하의 인종이 전체 또는 일부 베트남인인 경우 이 확인란을 표시합니다.
42. 귀하의 인종이 전체 또는 일부 기타 아시아인인 경우 이 확인란을 표시합니다. 귀하의 인종을 기재합니다.
43. 귀하의 인종이 전체 또는 일부 흑인 또는 아프리카계 미국인인 경우 이 확인란을 표시합니다.
44. 귀하의 인종이 전체 또는 일부 태평양 제도민인 경우 이 확인란을 표시하고 구체적인 내용을 기재합니다.
45. 귀하의 인종이 전체 또는 일부 괌 원주민인 경우 이 확인란을 표시합니다.



## Every Woman Counts 프로그램 – 수혜자 등록 신청서

- 46. 귀하의 인종이 전체 또는 일부 하와이 원주민인 경우 이 확인란을 표시합니다.
- 47. 귀하의 인종이 전체 또는 일부 사모아인인 경우 이 확인란을 표시합니다.
- 48. 귀하의 인종이 전체 또는 일부 태평양 제도민인 경우 이 확인란을 표시하고 기타 사항을 기재합니다.
- 49. 귀하의 인종이 전체 또는 일부 백인인 경우 이 확인란을 표시합니다.
- 50. 귀하의 인종이 전체 또는 일부 목록에 없는 인종인 경우 이 확인란을 표시합니다. 귀하의 인종을 기재합니다.
- 51. 인종을 밝히고 싶지 않은 경우 이 확인란을 표시합니다.

### 귀하의 성정체성 및 성적 지향에 대해 알려주십시오(선택 및 기밀 사항)

- 52. 본인을 여성으로 식별하는 경우 이 확인란을 표시합니다.
- 53. 본인을 남성으로 식별하는 경우 이 확인란을 표시합니다.
- 54. 본인을 여성으로 식별하지만 출생 시 남성으로 식별된 경우 이 확인란을 표시합니다.
- 55. 본인을 남성으로 식별하지만 출생 시 여성으로 식별된 경우 이 확인란을 표시합니다.
- 56. 귀하의 성정체성이 논바이너리(여성도 남성도 아님)인 경우 이 확인란을 표시합니다.
- 57. 해당되는 경우 이 확인란을 표시하고 다른 성별을 기재합니다.
- 58. 여성으로 태어난 경우 이 확인란을 표시합니다.
- 59. 남성으로 태어난 경우 이 확인란을 표시합니다.
- 60. 귀하의 성적 지향이 이성애자(이성에게 성적으로 끌림)인 경우 이 확인란을 표시합니다.
- 61. 귀하의 성적 지향이 레즈비언 또는 게이(동성에게 성적으로 끌림)인 경우 이 확인란을 표시합니다.
- 62. 귀하의 성적 지향이 양성애자(남성과 여성 모두에게 성적으로 끌림)인 경우 이 확인란을 표시합니다.
- 63. 귀하의 성적 지향이 퀴어(이성애자만이 아님)인 경우 이 확인란을 표시합니다.
- 64. 해당되는 경우 이 확인란을 표시하고 다른 성적 지향을 기재합니다.
- 65. 본인의 성적 지향을 모르는 경우 이 확인란을 표시합니다.

### 선언, 작성된 신청서 및 환자 동의: 이니셜 및 서명

- 66. 문장을 읽고 해당 줄에 이니셜을 기재합니다. 귀하는 EWC 프로그램에 참여하기 위해 프로그램 자격 심사에 신청한다는 점을 이해했음을 나타냅니다.
- 67. 문장을 읽고 해당 줄에 이니셜을 기재합니다. 귀하는 무료 EWC 프로그램 유방암 및 자궁경부암 검진 및 진단 서비스를 받는 데 동의함을 나타냅니다.
- 68. 문장을 읽고 해당 줄에 이니셜을 기재합니다. 귀하는 EWC 프로그램에 참여하기 위한 계약이 본 신청서에 서명하고 날짜를 기입한 날로부터 1년 동안 지속된다는 점을 이해했음을 나타냅니다. 12개월 이후에는 매년 새로운 신청서를 작성해야 합니다.
- 69. 문장을 읽고 해당 줄에 이니셜을 기재합니다. 이니셜을 기재함으로써 귀하는 언제든지 EWC 프로그램 참여를 중단할 수 있음을 이해합니다.

**Every Woman Counts 프로그램 – 수혜자 등록 신청서**

70. 문장을 읽고 해당 줄에 이니셜을 기재합니다. 귀하는 건강보험 또는 기타 의료 보장에 변경 사항이 있을 경우 EWC 주치의에게 즉시 알려겠다는 것을 나타냅니다.
71. 문장을 읽고 해당 줄에 이니셜을 기재합니다. 귀하는 보건부 개인정보 보호관행 안내문(NPP 는 별도의 양식임)을 받았음을 나타냅니다.
72. 문장을 읽고 해당 줄에 이니셜을 기재합니다. 귀하는 1 단계 검토 및 정식 심리 권리, 차별 금지 고지(본 신청서의 1, 2, 3 페이지에 표시됨)에 대한 정보를 받았음을 나타냅니다.
73. 문장을 읽고 해당 줄에 이니셜을 기재합니다. 귀하는 EWC 주치의로부터 무료 또는 저가 건강보험 가입 방법에 대한 정보를 받았음을 나타냅니다.
74. 66 번부터 74 번까지 문장을 읽고 각 줄에 이니셜을 기재합니다. 귀하는 본 신청서에 기입한 정보가 본인이 알고 있는 한 정확한 사실임을 선언합니다. 또한 귀하는 본 신청서에 허위 정보를 기재하면 EWC 프로그램을 통해 유방암 및 자궁경부암 검진 및 진단 서비스를 받을 자격에 영향을 미칠 수 있음을 이해합니다.
75. (서명 및 날짜) 귀하의 이름과 오늘 날짜를 기재합니다. 신청자가 구두로 동의하는 경우 주치의 및/또는 진료소 직원은 신청자의 이름을 (정자체로) 기재하고 '아니요' 또는 '예'를 표시해야 합니다.
76. 귀하를 대리할 권한이 있고 본 신청서 작성을 도와주는 사람의 이름, 날짜 및 관계를 (정자체로) 기재합니다.
77. 귀하를 대신하여 본 신청서 작성을 도와주는 주치의 또는 1 차 진료소 직원(직위/직책 포함)의 이름과 날짜를 (정자체로) 기재합니다.
78. 77 번 또는 78 번 사람의 (서명) 및 오늘 날짜를 기재합니다. EWC 주치의(PCP) 전용

**Every Woman Counts 프로그램 – 수혜자 등록 신청서****EWC 주치의(PCP) 전용****내부용(11~13 페이지)**

구두로 동의할 경우 신청자의 구두 응답에 따라 신청자를 대신하여 신청서의 각 항목을 작성합니다. 개인/위임 대리인에게 구두로 동의 여부를 확인하십시오.

1. EWC 신청자 이름(정자체)

2. 의료 기록 번호

3. 수혜자 ID

**자격 조건**거주

4. 캘리포니아 거주

가구 소득

5. 가족/가구 소득이 HHS 연방 빈곤 기준의 200% 이하입니다.

건강보험

6. 무보험

7. 비용 분담금, 공제액 및/또는 본인부담금을 지불할 수 없습니다.

EWC 프로그램 서비스

8. 모든 연령대의 유증상 EWC 신청자를 위한 유방암 진단 서비스가 필요합니다.

9. 서비스 권장 연령을 위한 유방암 및/또는 자궁경부암 검진이 필요합니다.

본인은 EWC 프로그램 신청자에게 다음 정보를 제공했습니다.

10. 본인은 EWC 신청자에게 보건부 개인정보 보호관행 안내문을 제공했습니다.

11. 본인은 EWC 신청자에게 보건부 1 단계 검토 및 정식 심리 권리와 차별 금지 고지를 제공했습니다.

12. 본인은 EWC 신청자에게 무료 및 저가 건강보험에 가입하는 방법에 대한 정보를 제공했습니다.

적격성 확인:

13. 본인은 EWC 신청자가 EWC 프로그램 자격 요건을 모두 충족하는 것을 확인했습니다.

14. 본인은 EWC 신청자가 EWC 프로그램 자격 요건을 충족하지 않는 것을 확인했습니다.

**Every Woman Counts 프로그램 – 수혜자 등록 신청서**

흡연(EWC 자격이 있는 경우)

- 15. 주치의는 신청자의 흡연 및 상태를 다음과 같이 평가했습니다.
  - 본인은 신청자가 흡연하는 것을 확인했으며 적절한 금연 자원을 소개했습니다. '예' 확인란을 표시했습니다.
  - 본인은 신청자가 흡연하지 않는 것을 확인했으며, 해당되는 경우 '아니요' 확인란을 표시했습니다.
  - 신청자가 흡연 제품을 사용하는 경우, 어떤 특정 제품을 사용하는지 확인했습니다. 본인은 사용된 특정 흡연 제품을 기록했습니다.
- 16. 76 번, 77 번, 78 번은 정자체로 작성되었거나 서명 및 날짜가 기재되어 있습니다. (6~12 페이지)
  - 75 번(6 페이지) 서명란에 신청자의 이름과 날짜를 기재합니다.
  - 신청자의 서명이 구두 동의를 통해 승인되었는지 확인하고 75 번(6 페이지)에 포함된 '예' 또는 '아니요' 확인란을 표시합니다.
  - 해당되며 귀하가 1 차 진료소 직원인 경우, 76 번과 17 번(6 페이지 및 12 페이지)에 귀하의 이름, 직위/직책 및 날짜를 정자로 기재합니다.
  - 귀하가 주치의인 경우, 78 번과 19 번(6 페이지 및 12 페이지)에 귀하의 이름과 날짜를 (정자 및 서명으로) 기재합니다.
- 17. 해당되는 경우, 76 번과 17 번에 (정자체로) 1 차 진료소 직원 이름(직위/직책 포함)을 기재합니다.

이름 \_\_\_\_\_ 직위/직책 \_\_\_\_\_ 날짜 \_\_\_\_\_

- 18. 본인은 EWC 신청자가 EWC 진료 서비스를 받기 위한 프로그램 자격 결정 및 동의에 필요한 정자 이름, 서명, 직위(해당되는 경우) 및 날짜를 모두 확보했습니다. 여기에는 76 번, 77 번, 78 번(6 페이지)에 제공된 서명과 날짜가 포함됩니다.
- 19. EWC 주치의는 자격 확인을 위해 DHCS 8699 양식에 서명하고 날짜를 기재합니다(12/13 페이지)

주치의/직원 서명 \_\_\_\_\_ 날짜 \_\_\_\_\_

- 20. EWC 신청자/수혜자 의료 파일에 신청서 사본을 보관합니다.

## Every Woman Counts 프로그램 – 수혜자 등록 신청서

### EWC 프로그램 신청자 정보

1. 귀하가 EWC 신청자 이름(이름, 중간 이니셜, 성)을 기재하는 경우 이 확인란을 표시합니다.
2. 귀하가 EWC 신청자의 의료 기록 번호를 기재하는 경우 이 확인란을 표시합니다.
3. 귀하가 EWC 신청자에게 지정된 수혜자 ID 를 기재하는 경우 이 확인란을 표시합니다.
4. EWC 신청자가 캘리포니아에 거주하는 경우 이 확인란을 표시합니다.
5. EWC 신청자의 가족/가구 소득이 연방 빈곤 기준의 200% 이하인 경우 이 확인란을 표시합니다. 이는 가족/가구의 구성원 수를 기준으로 합니다. 현재 보건복지부, 연방 빈곤 기준은 EWC 웹사이트에서 찾을 수 있습니다: <https://dhcs.ca.gov/EWC>
6. 신청자가 무보험자(건강보험 없음)인 경우 이 확인란을 표시합니다.
7. EWC 신청자가 보험이 부족하고, 건강보험이나 건강 관리 플랜에 가입되어 있지만 비용 부담금, 공제액 및/또는 본인부담금을 지불할 수 없는 경우 이 확인란을 표시합니다.
8. EWC 신청자에게 유방암 증상이 있으며 진단 서비스가 필요한 경우 이 확인란을 표시합니다.
9. EWC 신청자가 21 세 이상이며 자궁경부암 검진 및 진단 서비스가 필요한 경우 이 확인란을 표시합니다. 또는 EWC 신청자가 40 세 이상이며 유방암 검진 및 진단 서비스가 필요한 경우 이 확인란을 표시합니다.
10. 신청자에게 보건부 개인정보 보호관행 안내문을 제공한 경우 이 확인란을 표시합니다.
11. EWC 신청자에게 개인정보 보호관행 고지, 1 단계 검토 및 정식 심리 권리, 차별 금지 고지를 제공한 경우 이 확인란을 표시합니다.
12. EWC 신청자에게 무료 및 저가 의료 보험 가입 방법에 대한 정보를 제공한 경우 이 확인란을 표시합니다.
13. EWC 신청자가 EWC 프로그램 자격 기준을 모두 충족하는 경우 이 확인란을 표시합니다.
14. EWC 신청자가 EWC 프로그램 자격 기준을 모두 충족하지 않는 경우 이 확인란을 표시합니다.
  - a. EWC 신청자가 EWC 프로그램 보장 서비스를 받을 자격이 없는 경우 신청자에게 알려 결정에 대한 이의를 제기할 수 있도록 합니다.
15. 신청자가 EWC 프로그램에 대한 자격이 있는 경우 이 확인란을 표시하고, 주치의가 신청자와 흡연에 대해 상담한 경우 이 확인란을 표시합니다.
16. 귀하가 본인의 이름으로 서명하고 오늘 날짜를 기재한 경우 이 확인란을 표시합니다. 다음 줄에 귀하의 성명을 정자체로 기재합니다.
17. EWC 프로그램 수혜자가 EWC 프로그램에 등록하고 프로그램 보장 서비스를 받을 자격이 있는지 확인하기 위한 적절한 서명, 날짜 및 수혜자 동의를 얻은 경우 이 확인란을 표시합니다.
18. 필요한 서명, 날짜, 직위(해당되는 경우) 및 EWC 신청자 동의를 모두 얻었음을 나타내기 위해 이 확인란을 표시합니다. 76 번 및 77 번(6 페이지)에 표시된 대로 EWC 신청자의 서면 서명 및 날짜는 EWC 신청자 또는 신청자의 대리인이 직접, 구두 또는 전자적으로 제공해야 하며 문서화되어야 합니다.
19. (12/13 페이지)에 주치의/직원 서명 및 날짜를 기재한 경우 이 확인란을 표시합니다.
20. 본 신청서의 사본을 EWC 신청자 의료 파일에 보관한 경우 이 확인란을 표시합니다.