

State of California Department of Health Care Services

**Breast & Cervical Cancer Treatment Program (BCCTP)  
Application Information & Instructions for Providers**

**\*FOR PROVIDER/OFFICE USE ONLY\* (Rev. 12/2019)**

This checklist is to assist Every Woman Counts (EWC) & Family Planning Access, Care, and Treatment (FPACT) Enrolling Providers in determining if an individual is eligible to submit an application for a BCCTP program.

**1) Is this individual a California resident with the intent to stay?**

**No = cannot apply; Yes = continue to #2**

**2) Does this individual have gross income at or below the 200% FPL?**

**No = cannot apply; Yes = continue to #3**

- See the EWC or FPACT Income Criteria chart.
- All earned and unearned income (before any taxes, deductions, or expenses) is counted.
- Total number of persons counted in the household are applicant, spouse, and children under 21.
- If the child is not the biological child, applicant must be able to produce a legal document stating they are now responsible for the child.
- The income of elderly parents or relatives living in the home is not counted towards the applicant's income; they are also not counted in the household number regardless of inclusion for tax reporting.

**3) Does this person have a BCCTP qualifying diagnosis?**

**No = cannot apply; Yes = continue to #4**

- After log-in, see list of qualifying diagnoses on the drop down menu in the BCCTP on-line application.
- If a diagnosis is not on the drop-down list or is unclear, you may fax the pathology report to (916-440-5693) with questions or email the pathology report to [BCCTP@dhcs.ca.gov](mailto:BCCTP@dhcs.ca.gov), requesting to have the pathology report reviewed by a Medical Consultant. A BCCTP Eligibility Specialist will contact you with a response.

**4) Does this person already have full scope Medi-Cal benefits?**

**Yes = cannot apply; No = continue to #5**

- Individuals who have restricted scope emergency and pregnancy benefits, or Share of Cost (SOC) Medi-Cal benefits, are eligible to apply for BCCTP.

**5) Does this person have private insurance or Medicare? Yes/No = Can Apply**

- Individuals with private insurance or Medicare are eligible to apply for BCCTP if they meet the first four (4) requirements listed above.

**\*Submit an application only if the applicant meets the requirements in Questions 1 - 4.\***

**Note:** If a provider does not elect to process a BCCTP application for an individual that was screened elsewhere, refer the individual to apply for Medi-Cal in order to be referred to BCCTP. If the individual already has restricted or SOC Medi-Cal, they should contact their county eligibility worker and request to be referred to BCCTP. BCCTP will not accept county referral documents directly from the beneficiary or any medical provider.

**\*Prior to contacting BCCTP, please check the Medi-Cal database (MEDS) after 10 working days from application submission for case status.\***

### **Important information about Presumptive Eligibility (PE)**

Not all individuals will get immediate PE benefits. All applications submitted to BCCTP are considered for Federally-funded PE benefits. These benefits are temporary and date specific. PE benefits are approved until the end of the month following the application month. All applicants must apply for Medi-Cal in order to extend their benefits. Once the application is submitted to the county (via Internet, phone, or in-person), their PE benefits continue until the county completes a determination. Date specific means, that if continuing BCCTP benefits are denied, the eligibility is from the date applied to the date denied. Applicants determined eligible for PE will not receive benefits prior to their application date. Applicants denied PE benefits are evaluated for the BCCTP State-funded programs.

- If the applicant is approved for PE, inform them that they can get immediate care by using their confirmation document with their Beneficiary Identification Card number.
- Make the applicant aware of the requirement to apply for Medi-Cal and provide the “Directions to Apply for Medi-Cal” document. PE benefits will terminate the end of the month following the date their BCCTP application was submitted.
- Applicants meeting one or more of the following criteria will **not** receive Federally-funded PE benefits. Their completed/signed application should be forwarded to the BCCTP for evaluation for State-funded BCCTP benefits.
  - Age 65 or older.
  - Have other comprehensive coverage (Medicare, or private insurance).
  - Have received PE benefits within the last 12 months (hospital emergency or pregnancy).
  - Are already identified in the Medi-Cal database as having unsatisfactory immigration status.
- Inform the applicant that they are not guaranteed State-funded BCCTP benefits until the final BCCTP determination is processed.

### **BCCTP Requirement: Applying for Medi-Cal**

**ALL applicants that have not had a Medi-Cal determination within the last 30 days must apply for and receive an eligibility decision before BCCTP will make a final determination.**

- Applicants that currently have active restricted scope Medi-Cal do not need to reapply.
- Enrolling Providers should not wait until the county makes a decision to submit a BCCTP application.
- Do not send individuals to apply for Medi-Cal if they did not meet the first four (4) requirements as indicated on the opposite page.

**Note:** *If you have any questions or require corrections to the application after submitting, please contact BCCTP via email ([BCCTP@dhcs.ca.gov](mailto:BCCTP@dhcs.ca.gov)), or fax (916) 440-5693; BCCTP will make all edits/corrections. Do not submit multiple applications for the same person, unless a BCCTP staff has instructed you to do so.*

# ANG MEDI-CAL NA APLIKASYONG WORKSHEET PARA SA PROGRAMANG PAGGAMOT NG KANSER SA SUSO AT CERVIX

Pakisagutan ang mga sumusunod na tanong sa Ingles, kailanman posible.

1. Ito ay isang aplikasyon sa Medi-Cal para sa agarang mga serbisyo sa pag-aalaga ng kalusugan para sa buwang ito at sa susunod na buwan. Gusto mo rin bang gamitin ang aplikasyong ito para makakuha ng patuloy na pagsaklaw sa Medi-Cal? Oo Hindi

(Bilugan ang isa)

Hindi sapat ang nilalamang impormasyon ng aplikasyong ito para malaman kung nararapat ka sa ilalim ng anumang programang Medi-Cal. Gagamitin ang aplikasyong ito para malaman kung nararapat ka sa Medi-Cal sa ilalim lamang ng mga patakaran ng BCCTP. Kung sa palagay mo ay nararapat ka sa Medi-Cal para sa mga ibang dahilan maliban sa iyong diyagnosis sa suso o cervix na pre-cancerous/kanser, mangyaring makipag-ugnay sa mga panlipunang serbisyo ng county mo at magsumite ng buong aplikasyon sa Medi-Cal. May karapatan kang magsumite ng aplikasyon sa lokal mong tanggapan ng mga panlipunang serbisyo ng county para malaman kung nararapat ka sa anumang ibang programa ng Medi-Cal.

2. Nagkaroon ka ba ng mga medikal na gastos sa loob 3 buwan bago ang buwan kung kailan ka nag-apply para sa BCCTP at gusto mo bang bayaran ng Medi-Cal ang mga gastos na iyon? Oo Hindi

(Bilugan ang isa)

## State of California Benefits Identification Card (Kard ng Pagkakakilanlan sa Benepisyo sa Estado ng California):

3. Mayroon ka bang State of California Benefits Identification Card (Kard ng Pagkakakilanlan sa Benepisyo sa Estado ng California)?

Mayroon Wala  
(Bilugan ang isa)

4. Pakilista ang numero ng iyong BIC (Kung nasa iyo ito) \_\_\_\_\_

## Impormasyon sa Pagkakakilanlan

Kung gumamit ka lang ng isang pangalan, tsekan ang kahon at ilagay ang simbolo ng numero (#) sa espasyo sa Unang Pangalan at ilagay ang pangalan mo sa espasyo sa Apelyido.

5. Apelyido: \_\_\_\_\_  
6. Unang Pangalan: \_\_\_\_\_  
7. Gitnang Pangalan: \_\_\_\_\_  
8. Palayaw: \_\_\_\_\_  
9. Social Security Number (Numero ng Panlipunang Seguridad): \_\_\_\_\_

Kailangan ang Social Security Number (Numero ng Panlipunang Seguridad) para makatanggap ng buong benepisyo ng Medi-Cal, Kung wala ka nito ngayon, maaari ka ngayong mag-apply at ibigay sa amin ang numero sa loob 60 araw o kung hindi ka nakadokumentong imigrante, maaari kang makakuha ng paggamot sa kanser sa suso at cervix at mga pang-emerhensiyang serbisyo nang walang Social Security Number (Numero ng Panlipunang Seguridad).

10. Kasarian: Lalaki Babae  
(Bilugan ang isa)

Tingnan ang susunod na pahina

11. Petsa ng Kapanganakan: \_\_\_\_\_
12. Lugar kung saan Pinanganak: \_\_\_\_\_  
 Bansa kung saan Pinanganak: (Kung pinanganak ka sa California) \_\_\_\_\_  
 Estado ng Kapanganakan:  
 (Kung hindi ka pinanganak sa county ng California ) \_\_\_\_\_  
 Bansa kung saan Pinanganak: (Kung hindi ka pinanganak sa USA) \_\_\_\_\_  
 Mamamayan ng U.S., Nasyonal o naturalized na mamamayan? Oo Hindi  
(Bilugan ang Isa)

Ang mga imigranteng nakatutugon sa lahat ng mga inaatas sa imigrasyon ay maaaring patuloy na makakuha ng buong benepisyo ng Medi-Cal. Ang mga walang dokumentasyong imigrante ay maaaring makakuha ng paggamot at mga pang-emerhensiyang serbisyo para sa Kanser sa Suso at Cervix.

13. Etnikong Pangkat: (Opsiyonal) \_\_\_\_\_

**Impormasyon sa Address:**

Dapat ay residente ka ng State of California (Estado ng California). Kung wala kang tirahan, tsekan ang kahon sa dulo ng linya. Kumpletuhin ang seksiyon ng Address ng Tirahan (ang pangkalahatang lokasyon ng kalye ay dapat ilagay sa Address ng Kalye). At, kumpletuhin din ang Seksiyon ng Address sa Koreo.

14. Address ng Tirahan:  
 C/O: \_\_\_\_\_  
 Address ng Kalye: \_\_\_\_\_  
 Lungsod: \_\_\_\_\_  
 Estado: \_\_\_\_\_  
 Zip Code: \_\_\_\_\_  
 Bansang Tinitirhan: \_\_\_\_\_

15. Address ng Koreo: (Kung iba sa iyong Address ng Tirahan)  
 C/O: \_\_\_\_\_  
 Address ng Kalye: \_\_\_\_\_  
 Lungsod: \_\_\_\_\_  
 Estado: \_\_\_\_\_  
 Zip Code: \_\_\_\_\_  
 Bansang Tinitirhan: \_\_\_\_\_

16. Impormasyon sa Pakikipag-ugnay:  
 Ano ang pinakamahusay na paraan para kontakin ka? \_\_\_\_\_  
 Email Address: \_\_\_\_\_  
 Ano ang pinakamabuting oras para tumawag? \_\_\_\_\_  
 Numero ng Telepono 1: \_\_\_\_\_  
 Numero ng Telepono 2: \_\_\_\_\_  
 Numero ng Telepono 3: \_\_\_\_\_  
 Sinasalitang Wika: \_\_\_\_\_  
 Nakasulat na Wika: \_\_\_\_\_

**Impormasyon sa Pagsaklaw ng Medicare:**

17. Mayroon ka bang Medicare Part A (Medicare na Bahagi A) (Inpatient)? Mayroon    Wala  
(Bilugan ang Isa)
18. Mayroon ka bang Medicare Part B (Medicare na Bahagi B) (Outpatient)? Mayroon    Wala  
(Bilugan ang Isa)
19. Naka-enroll ka ba sa isang Medicare HMO (HMO ng Medicare)? Oo    Hindi  
(Bilugan ang Isa)
20. Mayroon ka bang Medicare Part D (Medicare na Bahagi D) (Mga De-resetang Gamot)? Mayroon    Wala  
(Bilugan ang Isa)
21. Numero ng Paghabol sa Pangkalusugang Seguro: \_\_\_\_\_

**Ibang Impormasyon sa Pangkalusugang Seguro:**

22. Mayroon ka bang ibang komprehensibong medikal na pagsaklaw? Mayroon    Wala  
(Bilugan ang Isa)
23. Kung Mayroon, tukuyin ang Kompanya ng Pangkalusugang Seguro:  
\_\_\_\_\_
24. Numero ng Pangunahing Subscriber/Miyembro: \_\_\_\_\_
25. Mayroon ka bang anumang kabahagi sa bayad, premium, o makakaltas? Mayroon    Wala  
(Bilugan ang Isa)

Tingnan ang susunod na pahina

### **Abiso sa Pagiging Kumpidensiyal ng Medi-Cal**

Ang binigay na impormasyon sa aplikasyong ito ay pribado at kumpidensiyal sa ilalim ng Kodigo ng Kapakanan at Mga Institusyon 14100.2 (Welfare and Institutions Code 14100.2).

Ang impormasyon ay maaring isiwalat lamang alinsunod sa mga batas.

### **Mga Karapatan, Responsibilidad at Deklarasyon ng Medi-Cal**

#### **May karapatan ako na:**

- Matrato nang makatarungan at patas anuman ang aking lahi, kulay, relihiyon, pambansang pinagmulan, kasarian, edad o mga pulitikal na paniniwala.
- Humingi ng tagapagsaling-wika.
- Humingi ng makatarungang pagdinig kapag humiling ako ng patuloy na Medi-Cal at sa palagay ko ang pagpasya sa aking Medi-Cal na kaso ay hindi patas o mali. Dapat akong humingi ng pagdinig sa loob ng 90 araw mula sa petsa ng pagpapadala sa akin sa koreo ng Abiso sa Pagkilos (Notice of Action (NOA)). Para malaman ang tungkol sa mga makatarungang pagdinig ng Medi-Cal, tumawag nang toll-free, 1-800-952-5253.
- Repasuhin ang mga patakaran at manwal ng Medi-Cal na programa.

#### **May responsibilidad akong:**

- lulat ang anumang mga pagbabago sa loob ng 10 araw sa impormasyong ibibigay ko sa aplikasyong ito.
- Ipaalam sa lokal na tanggapan ng kapakanan kung ang miyembro ng pamilya, na mayroon ding Medi-Cal, ay nag-apply para

sa mga benepisyo sa kapansanan; ay nasa pampublikong institusyon; o nakakakuha ng medikal na pag-aalaga para sa anumang aksidente o pinsalang dulot ng ibang tao.

- Makipagtulungan kapag nirepaso ang kaso ko.
- Magtalaga ng mga karapatan sa medikal na suporta sa Estado ng California.
- Magtalaga ng mga karapatan sa ikatlong partidong medikal na suporta sa Estado ng California.

#### **Nauunawaan ko na:**

- Bilang kundisyon sa pagiging nararapat sa Medi-Cal, lahat ng mga karapatan sa medikal na suporta ay awtomatikong itinatalaga sa Estado ng California.
- Kung sadya akong hindi magbigay ng mga kailangang katotohanan, o kung nagbigay ako ng mga hindi totoong katotohanan, nauunawaan ko na maaaring tanggihan o tapusin ang mga benepisyo at maaaring iatas ang pagsasauli ng bayad. Maaari rin akong imbestigahan sa panloloko.
- Ang mga taong ina-apply ko ay hindi nakakulong sa piitan, kulungan o anumang ibang correctional na pasilidad.
- Makalipas ang pagkamatay ko, may karapatan ang Estadong humingi ng pagbabalik ng bayad mula sa estet ko para sa lahat ng mga benepisyong Medi-Cal na natanggap ko makalipas ang edad na 55 maliban kung may naulila akong asawa, (mga) menor-de-edad na anak, bulag o permanente at ganap na may kapansanang (mga) anak.
- Kung na-admit ako sa pasilidad ng nursing at wala akong layuning bumalik sa aking tahanan, maaaring magpataw ang Estado ng lien laban sa aking pag-aari.

**Abiso sa Pagkapribado ng Medi-Cal**

Ang Batas sa mga Kasanayan sa Impormasyon ng 1977 at ang Batas Pederal sa Pagkapribado ay nag-aatas sa Kagawaran ng mga Serbisyo sa Pag-aalaga ng Kalusugan (Department of Health Care Services) na magbigay ng sumusunod na impormasyon:

Ang Kodigo ng Kapakanan at mga Institusyon Seksiyon 14011 at mga regulasyon sa Titulo 22, CCR (Welfare and Institutions Code Section 14011 and Regulations in Title 22, CCR), ay nag-aatas sa mga aplikante para sa programang Medi-Cal na magbigay ng impormasyon sa pagiging nararapat na hiniling sa aplikasyong ito.

Maaaring ibahagi ang impormasyong ito sa mga ahensiyang pederal, estado at lokal para sa layunin ng pagpapatotoo sa pagiging nararapat at sa mga ibang layunin na kaugnay ng administrasyon ng programang Medi-Cal, kabilang ang kumpirmasyon sa INS ng katayuan sa imigrasyon lang ng mga taong naglalayon sa ganap na saklaw ng mga benepisyong Medi-Cal. (Sinasabi ng batas pederal na hindi magagamit ng INS ang impormasyon para sa anumang ibang bagay maliban sa mga kaso ng panloloko). Gagamitin ang impormasyon para iproseso ang mga paghabol at gumawa ng mga Card ng Pagkilala sa mga Benepisyong (Benefits

Identification Cards (BICs)). Ang kabiguang maglaan ng inaatasa na impormasyon ay maaaring magresulta sa pagtanggap ng aplikasyon.

Ang impormasyong inaatasa ng form na ito ay mandatory, maliban sa impormasyon sa etnisidad, at anumang ibang bagay na minarkahan bilang boluntaryo o opsiyonal. Ang mga Numero ng Social Security ay inaatasa ng Seksiyong 1137(a)(1) ng Batas ng Social Security at ng Kodigo ng Kapakanan at Mga Institusyon Seksiyon 14011.2 (Welfare and Institutions Code 14100.2), malibang kung nag-a-apply para lang sa kanser sa suso at cervix at mga benepisyong kaugay lang ng emerhensiya o pagbubuntis.

**Ang indibiduwal ay may karapatang maka-access sa mga talaang naglalaman ng kanyang personal na impormasyong minementina ng Kagawaran ng mga Serbisyo sa Pag-aalaga ng Kalusugan.**  
.....  
**Kontakin ang lokal mong tanggapan para sa kapakanan upang hilingin ang mga talaan mo kung hindi ka nasasaklawan ng Programa sa Paggamot ng Kanser sa Suso at Cervix.**

**Pakisama ang form na ito na may nilagdaang pormal na aplikasyon at ipadala sa koreo sa: Dept. of Health Care Services, Medi-Cal Eligibility Division, B.C.C.T.P., MS 4611, P.O. Box 997417, Sacramento, CA 95899-7417**

NAME	APPLICATION TRACKING NUMBER
------	-----------------------------

### **Sino ang maaaring lumagda ng aplikasyong ito?**

- Ang taong gusto ng Medi-Cal, o ang asawa ng taong gusto ng Medi-Cal
- Ang tagakonserba, tagapagsagawang tagapag-alaga, o tagapagbigay ng pag-aalaga ng bata na gusto ng Medi-Cal
- Taong kumikilos para sa taong gusto ng Medi-Cal kung ang tao ay walang kakayahan, nasa comatose na kalagayan o nagdurusa sa kawalan ng ala-ala at walang asawa, tagapag-alaga o tagagawa
- Mga taong nasa 14 hanggang 21 taong gulang na hindi nakatira kasama ng kanilang magulang, tagapagbigay ng pag-aalagang kamag-anak o foster na magulang at nag-a-apply para sa sarili nila

### **Para sa impormasyon tungkol sa alinman sa mga sumusunod na programa, tsekan ang (mga) kahon sa ibaba at padadalhan ka ng impormasyon. Tingnan ang website ng Medi-Cal, [www.dhcs.ca.gov](http://www.dhcs.ca.gov)**

- Programa para sa Serbisyong Personal na Pag-aalaga (Personal Care Service Program (PCSP)). Isang programa para sa nasa-tahanang pag-aalaga.
- Access para sa mga Sanggol at Ina (Access for Infants, and Mothers (AIM)). Isang programa para tulungan ang mga buntis na kababaihan na may katamtamang kita na makakuha ng pag-aalaga sa kalusugan.
- Programang Nutrisyon para sa Kababaihan, mga Sanggol at mga Bata (Woman, Infants and Children Nutrition Program (WIC)). Isang nutrisyong programa para sa mga buntis at kapapanganak pa lang na kababaihan at mga batang wala pa sa 5 taong gulang.
- Pagpaplano ng Pamilya.
- Programa sa Kalusugan at Kapansana ng Bata (Child Health and Disability Program (CHDP)). Pang-iwas na pag-aalaga sa kalusugan ng mga bata at kabataan. Gusto mo bang isangguni ang iyong mga anak o ang kabataan sa programang CHDP?  Oo  Hindi



## LAGDA AT SERTIPIKASYON

Dinedeklara ko sa ilalim ng multa ng pagsisinungaling sa ilalim ng mga batas ng Estado ng California na ang mga sagot na binigay ko sa aplikasyong ito at mga binigay na mga dokumento ay tama at totoo sa pinakabuti kong kaalaman at paniniwala.

Dinedeklara ko na aking nabasa at nauunawaan ang mga tagubilin sa aplikasyon, mga deklarasyon at lahat ng impormasyong naka-print sa aplikasyong ito.

---

Lagda	Petsa
-------	-------

---

Lagda ng Saksi (Kung lumagda ng marka ang tao)	Petsa
--	-------

---

Lagda ng taong tumutulong sa Aplikanteng punan ang form	Numero ng Telepono	Relasyon sa Aplikante	Petsa
---	--------------------	-----------------------	-------

---

Lagda ng taong kumikilos para sa Aplikante/benepisyaryo	Numero ng Telepono	Relasyon sa Aplikante	Petsa
---	--------------------	-----------------------	-------

**Pakisama ang form na ito kasama ng nilagdaang pormal na aplikasyon at ipadala sa koreo sa:  
Dept. of Health Care Services, Medi-Cal Eligibility Division, B.C.C.T.P., MS 4611,  
P.O. Box 997417, Sacramento, CA 95899-7417**

NAME	APPLICATION TRACKING NUMBER
------	-----------------------------