

برنامج "كل امرأة مهمة" – طلب تسجيل المستلم

نشكرك على اهتمامك ببرنامج "كل امرأة مهمة" (EWC) التابع لقسم خدمات الرعاية الصحية في كاليفورنيا (DHCS). يوفر برنامج "كل امرأة مهمة" (EWC) فحوصات مجانية للكشف عن سرطان الثدي وعنق الرحم وخدمات التشخيص للأشخاص الذين يعيشون في كاليفورنيا. إذا كنت بحاجة لعلاج، يمكن لمقدم الرعاية الصحية الأولية من برنامج "كل امرأة مهمة" (EWC) (طبيب الرعاية الأولية لبرنامج EWC) مساعدتك أيضاً في التسجيل في برنامج علاج سرطان الثدي وعنق الرحم في قسم خدمات الرعاية الصحية DHCS.

لتحديد أهليتك للخدمات التي يغطيها برنامج "كل امرأة مهمة" (EWC)، يجب عليك إكمال جميع أقسام هذا الطلب. يجب على المتقدم التسجيل في برنامج "كل امرأة مهمة" (EWC) قبل أن يتمكن البرنامج من الدفع لأي خدمات يغطيها البرنامج. إذا وُجد أن المتقدم غير مؤهل لبرنامج "كل امرأة مهمة" (EWC)، سيكون التسجيل لمدة سنة واحدة، من وقت التوقيع والتاريخ المقدم في هذا الطلب. بعد سنة واحدة، إذا أراد المتقدم الاستمرار في تلقي فحوصات الكشف عن سرطان الثدي وعنق الرحم وخدمات التشخيص مجاناً في برنامج "كل امرأة مهمة" (EWC)، سيتوجب عليهم إعادة التسجيل مع طبيب الرعاية الأولية لبرنامج EWC.

قد يساعدك طبيب الرعاية الأولية لبرنامج EWC أو طاقم عيادة PCP أو أي شخص مخول بالعمل نيابة عنك في إكمال هذا الطلب.

- الصفحات 1 و2 و3 من أجل (المتقدم لبرنامج "كل امرأة مهمة" (EWC) للقراءة والاحتفاظ به.
- الصفحات 4 و5 و6 يجب أن يتم إكمالهم لتحديد أهليتك.
- صفحات 7 و8 و9 تحتوي على تعليمات استكمال الاستمارة لمساعدتك في ملء الصفحات 4 و5 و6.
- الصفحات من 10 إلى 12 يتم ملؤها بواسطة طبيب الرعاية الأولية لبرنامج EWC ويتم الاحتفاظ بها للاستخدام الداخلي.

بيان الخصوصية

سوف يساعد هذا الطلب في تحديد أهليتك لتلقي الخدمات التي يغطيها برنامج "كل امرأة مهمة" (EWC). هذا اختيارك لإكمال هذا الطلب. إذا لم يتم إكمال الطلب، فقد لا يتمكن برنامج "كل امرأة مهمة" (EWC) من تحديد إذا كنت مؤهلاً للحصول على الخدمات وقد يتواصل معك البرنامج. لديك الحق في الوصول إلى سجلاتك. يمكن أن يحتوي تقريرك الطبي على معلومات شخصية. للحصول على مزيد من المعلومات، و/أو عرض سجلاتك، يُرجي التواصل مع برنامج "كل امرأة مهمة" (EWC) على:

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

تُفوض أقسام قانون الإيرادات والضرائب 30461.6 (f) و (j) وأقسام قانون الصحة والسلامة 104150 (b) و 104162 و 131085 برنامج "كل امرأة مهمة" (EWC) للاحتفاظ بالمعلومات التي تم جمعها في هذا الطلب. يجب علينا تزويدك ببيان الخصوصية هذا بموجب القسم 1798.17 من القانون المدني.

مراجعة المستوى الأول وحقوق جلسة الاستماع الرسمية لبرنامج "كل امرأة مهمة"

سوف يتم إبلاغك بواسطة برنامج "كل امرأة مهمة" (EWC)، عما إذا كنت مؤهلاً للمشاركة في البرنامج أم لا. في حال عدم موافقتك على قرار الأهلية، يحق لك طلب مراجعة من المستوى الأول و/أو جلسة استماع رسمية. بالإضافة إلى ذلك، يحق لك الحصول على مراجعة من المستوى الأول و/أو جلسة استماع رسمية في حالة عدم موافقتك على الخدمات المقدمة من برنامج "كل امرأة مهمة" (EWC) التي تتلقاها.

قد لا يمكنك الطعن في معايير الأهلية لبرنامج "كل امرأة مهمة" (EWC)، المستخدمة لاتخاذ قرار أهليتك. على سبيل المثال، إذا كنت تعتقد أن القرار لا يتوافق مع معايير الأهلية لبرنامج "كل امرأة مهمة" (EWC)، يمكنك طلب مراجعة المستوى الأول و/أو جلسة الاستماع الرسمية. ولكن إذا كنت غير موافق على معايير الأهلية لبرنامج "كل امرأة مهمة" (EWC)، فلا يمكنك طلب مراجعة المستوى الأول و/أو جلسة الاستماع الرسمية لتحاول تغيير معايير الأهلية لبرنامج "كل امرأة مهمة" (EWC). معايير الأهلية لبرنامج "كل امرأة مهمة" (EWC) متاح عبر الإنترنت.

إذا كنت ترغب في ممارسة حقوقك في طلب مراجعة من المستوى الأول و/أو جلسة استماع رسمية، فيرجى تقديم طلب كتابي يتضمن ما يلي:

- اسمك والعنوان ورقم الهاتف المحمول.
- سبب طلبك لمراجعة أولية و/أو جلسة استماع رسمية.
- لماذا تعتقد أن القرار خاطيء.
- تفضيلاتك للغة إذا كان لديك مشكلة في فهم الإنجليزية.
- الاسم والعنوان ورقم الهاتف المحمول لممتلك المخول إذا اخترت استخدام واحد.

مراجعة المستوى الأول: يجب إرسال الطلب الكتابي لمراجعة المستوى الأول إلى برنامج "كل امرأة مهمة" (EWC) خلال 20 يومًا من تاريخ القرار الذي لا توافق عليه. يُرجى الاحتفاظ بنسخة من الطلب الكتابي الخاص بك للرجوع إليها مستقبلاً. سوف يستجيب برنامج الدورة خلال 30 يومًا من استلام طلبك.

أرسل طلبك للحصول على مراجعة المستوى الأول إلى:
CancerDetection@dhcs.ca.gov

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

قد يتواصل معك برنامج "كل امرأة مهمة" (EWC) للحصول على مزيد من المعلومات. قد يكون هذا التواصل عن طريق الهاتف، كتابيًا و/أو إلكترونيًا. ويمكن أيضًا التواصل مع طبيب الرعاية الأولية لبرنامج EWC للحصول على معلومات.

جلسة الاستماع الرسمية: يجب إرسال الطلب الكتابي لجلسة الاستماع الرسمية إلى قسم الخدمات الاجتماعية خلال 90 يومًا من القرار الذي لا توافق عليه. إذا كان لديك سبب جيد لعدم تمكنك من تقديم طلب عقد جلسة استماع رسمية خلال 90 يومًا، مازال يمكنك طلب تحديد موعد جلسة استماع رسمية. يُرجى الاحتفاظ بنسخة من الطلب الكتابي الخاص بك للرجوع إليها مستقبلاً.

أرسل طلبك لعقد جلسة استماع رسمية
California Department of Social Services
State Hearings Division
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-442
Sacramento, California 94244-24

إشعار عدم التمييز

يمتثل DHCS لقوانين الحقوق المدنية والولائية والفيدرالية. لا تميز DHCS بشكل غير قانوني على أساس الجنس أو العرق أو اللون أو الدين أو الأصل القومي أو الهوية العرقية أو العمر أو الإعاقة العقلية أو الإعاقة الجسدية أو الحالة الطبية أو المعلومات الوراثية أو الحالة الاجتماعية أو الجنس أو الهوية الجنسية أو التوجه الجنسي. لا تستبعد DHCS بشكل غير قانوني الناس أو تعاملهم بشكل مختلف على أساس الجنس أو العرق أو اللون أو الدين أو الأصل القومي أو الهوية العرقية أو العمر أو الإعاقة العقلية أو الإعاقة الجسدية أو الحالة الطبية أو المعلومات الوراثية أو الحالة الاجتماعية أو الجنس أو الهوية الجنسية أو التوجه الجنسي.

للتواصل بشكل فعال, DHCS

- يقدم المساعدات والخدمات المناسبة للأشخاص ذوي الإعاقة المؤهلين، وذلك يتضمن:
 - مترجمي لغة إشارة مؤهلين
 - مستندات بطريقة برايل، وطباعة كبيرة، وصوتية، وإلكترونية.
 - إمكانية التواصل مع الأشخاص الذين يعانون من إعاقات في الكلام، والسمع أو الرؤية.
- يوفر خدمات لغوية مجانية للأشخاص الذين لغتهم الأساسية ليست الإنجليزية، مثل:
 - المترجمون الفوريون المؤهلون
 - معلومات مكتوبة بلغات أخرى

إذا كنت بحاجة إلى الخدمات المذكورة أعلاه، فيرجي الاتصال بمكتب الحقوق المدنية لـ DHCS, على (916)440-7370, #711 (California State Relay) أو عبر البريد الإلكتروني

CivilRights@dhcs.ca.gov.

أخبرنا عنك

1 الاسم الأول _____ 2 الاسم الأوسط _____ 3 الاسم الأخير _____

4 تاريخ الميلاد (يوم/شهر/سنة) _____

5 ما هو جنسك؟ أنثى ذكر

(حدد واحد) متحول جنسيًا (ذكر إلى أنثى) متحولة جنسيًا (أنثى إلى ذكر)

6 الاسم الأخير لوالدتك عند الولادة (الاسم قبل الزواج) _____

7 العنوان _____

8 المدينة _____ 9 الولاية _____ 10 الرمز البريدي _____

11 رقم الهاتف المحمول [رقم (رمز المنطقة)] _____

12 عنوان البريد الإلكتروني _____

13 رقم الضمان الاجتماعي (أدرج إذا كان لديك واحد) _____

أخبرنا عن عائلتك/أسرتك وإجمالي الدخل.

تساعدنا المعلومات التالية في تحديد ما إذا كنت مؤهلاً لبرنامج "كل امرأة مهمة" (EWC).

نحتاج أن نعلم مقدار المال الذي يتلقاه كل شخص في عائلتك/أسرتك قبل دفع الضرائب. إذا كنت تدفع الضرائب، فهذا "دخلك الإجمالي" (قبل الضرائب وأي خصومات).

14 ما هو العدد الإجمالي للأشخاص الذين يعيشون في عائلتك/أسرتك؟ _____

15 ما هو الدخل الإجمالي لعائلتك/أسرتك _____ دولار

أخبرنا الآن عن تأمينك الصحي

لا أملك تأمين صحي. لدي تأمين صحي أو خطة رعاية صحية ولكن لا يمكنني تحمل حصة التكلفة، والخصومات، أو الدفع المشترك.

ما هي خدمات برنامج الدورة التي تحتاجها؟ (ضع علامة على كل ما ينطبق)

هل تبلغين من العمر 21 عامًا أو أكبر وترغبين في إجراء فحص سرطان عنق الرحم؟

هل تبلغين من العمر 40 عامًا أو أكبر وتريدين إجراء فحص سرطان الثدي؟

هل لديك أعراض في الثدي (ثدييك) وتريدين المزيد من الاختبارات؟

يُرجى تحديد الأعراض التي في الثدي (ثدييك) بالأسفل:

21 تغيير في شكل أو ملمس الثدي (ثدييك)، مثل تغير اللون والحجم أو الشكل

22 تورم أو سماكة أنسجة الثدي (ثدييك)

23 إفرازات من حلمة الثدي

24 تورم أو كتلة صلبة في الثدي (ثدييك)

25 حلمة مقلوبة

26 ألم في الثدي أو الحلمة

27 غير ذلك:

أخبرنا عن استخدامك للتبغ

28 هل تدخن تبغ الآن؟

لا نعم

29 هل تستخدم أي منتجات تبغ أخرى الآن؟

لا نعم. يُرجي التوضيح:

أخبرنا عن عرقك (اختياري وسري): يُرجي اختيار كل ما ينطبق عليك.
 لن يتم استخدام المعلومات التالية لتقرير أهليتك لبرنامج "كل امرأة مهمة" (EWC).

30 إسباني أو لاتيني 31 المواطن الأمريكي الأصلي أو سكان ألاسكا الأصليين 32 آسيوي (حدد أدناه) 36 فلبيني 35 صيني 34 كمبودي 33 آسيوي هندي 40 لاوس 39 كوري 38 ياباني 37 همونغ 42 آسيويون آخرون: 41 فيتنامي 43 أمريكي أسود أو إفريقي 44 سكان جزر المحيط الهادئ (حدد أدناه) 48 سكان جزر المحيط الهادئ الآخرون: 47 ساموا 46 هاواي 45 غوامانيان 49 أبيض 50 غير ذلك: 51 أفضل عدم الإجابة

أخبرنا عن هويتك الجنسية وتوجهك الجنسي (اختياري وسري).

لن يتم استخدام المعلومات التالية لتقرير أهليتك لبرنامج الدورة.

ما هو جنسك؟ (حدد المربع الذي يصف هويتك الجنسية الحالية بشكل أفضل).

52 أنثى 53 ذكر 55 متحولة جنسياً (أنثى إلى ذكر) 54 متحول جنسياً (ذكر إلى أنثى) 56 غير ثنائي (لا أنثى ولا ذكر) 57 هوية جنسية أخرى 59 ذكر 58 أنثى

ما هو الجنس المدرج في شهادة الميلاد الأصلية الخاصة بك؟

ماذا تعتقد عن نفسك؟

62 ثنائية الجنس 61 مثلية أو مثلي الجنس 60 مستقيم أو من جنسين مختلفين 65 غير معروف 64 توجه جنسي آخر: 63 شاذ

تصريحات (يرجى قراءة كل بند بعناية والتوقيع عليه)

66 أفهم أنه بتوقيع وتأريخ هذا الطلب، سواء شخصيًا، شفهيًا، أو إلكترونيًا، فإنني أقدم طلبًا لبرنامج "كل امرأة مهمة" (EWC) (برنامج ممول من الحكومة).

67 أوافق على تلقي فحوصات مجانية لسرطان الثدي و/أو عنق الرحم وخدمات تشخيص يقدمها برنامج "كل امرأة مهمة" (EWC).

68 أفهم أن هذا الاتفاق يستمر لمدة عام من تاريخ توقيعي لهذا الطلب. يجب أن أكمل طلبًا جديدًا كل عام لأكون مسجلًا في برنامج "كل امرأة مهمة" (EWC).

69 أدرك أنه يمكنني التوقف عن المشاركة في برنامج "كل امرأة مهمة" (EWC) في أي وقت.

70 سأخبر مقدم الرعاية الأولية لبرنامج الدورة PCP على الفور، إذا كان هناك أي تغييرات في معلومات تأميني الصحي و/أو التغطيات الطبية الأخرى.

71 لقد تلقيت وقرأت إشعار DHCS لممارسات الخصوصية (نموذج منفصل).

72 لقد تلقيت مراجعة المستوى الأول وحقوق جلسة الاستماع الرسمية، وإشعار عدم التمييز (المتوفر في الصفحات 1 و2 و3 من هذا الطلب).

73 لقد تلقيت معلومات عن كيفية تلقي تأمين صحي بتكاليف منخفضة أو مجاني (نموذج منفصل).

74 أصرح تحت طائلة العقوبة على الحنث باليمين وفقًا لقوانين ولاية كاليفورنيا بأن المعلومات التي قدمتها في هذا الطلب صحيحة ودقيقة حسب علمي. أدرك أن إعطاء معلومات خاطئة في هذا الطلب يمكن أن يؤثر على أهليتي لتلقي خدمات مكافحة السرطان خلال برنامج "كل امرأة مهمة" (EWC).

75 توقيعك

التاريخ

نعم لا

هل تم تفويض توقيع مقدم الطلب من خلال الموافقة الشفهية؟

76 إذا كان شخص ما يتصرف بالنيابة عنك، (قومي بطباعة) الاسم، وعلاقته بك وتاريخ اليوم.

الاسم

العلاقة

التاريخ

77 إذا كان شخص ما يتصرف بالنيابة عنك، فقومي بكتابة اسم طبيب الرعاية الأولية أو طاقم عيادة الرعاية الأولية PCP، (قومي بطباعة) الاسم، والمنصب/اللقب، والتاريخ.

الاسم

العلاقة

التاريخ

78 توقيع الشخص الذي يتصرف نيابة عنك:

التوقيع

التاريخ

برنامج "كل امرأة مهمة" – طلب تسجيل المستلم

تعليمات النموذج التفصيلية لإكمال طلب المستفيد من هذا البرنامج الدورة
(الصفحة 7 من 9)

أخبرنا عنك

1. اكتب اسمك الأول.
2. اكتب الحرف الأول من اسمك الأوسط.
3. اكتب اسمك الأخير.
4. اكتب تاريخ ميلادك. استخدم رقمين من الشهر، رقمين من اليوم، و4 أرقام من السنة. على سبيل المثال، 1 يناير 2001، سيكون 2001/01/01.
5. إذا كان جنسك الجسدي هو أنثى: حدد أنثى، أو إذا كان رجلاً: حدد رجلاً. إذا كنت ذكر متحول جنسي إلى أنثى: حدد "متحول جنسي" (ذكر إلى أنثى). إذا كانت أنثى متحولة جنسيًا إلى ذكر: حدد "متحولة جنسيًا" (أنثى إلى ذكر).
6. اكتب اسم والدتك قبل الزواج. هذا هو اسمها الأخير الأصلي عندما ولدت.
7. اكتب رقم الشارع، واسم المكان الذي تعيش فيه. على سبيل المثال، 123 الشارع الرئيسي.
8. اكتب المدينة التي تعيش بها.
9. اكتب الولاية التي تعيش بها.
10. اكتب الرمز البريدي للمكان الذي تعيش به.
11. اكتب رقم هاتفك المحمول. ابدأ برقم مكون من ثلاثة أرقام لرمز المنطقة، يليه رقم هاتف مكون من 8 أرقام.
12. اكتب عنوان البريد الإلكتروني الخاص بك.
13. اكتب رقم الضمان الاجتماعي (SSN) إذا كان لديك واحد. سوف يحدد رقم الضمان الاجتماعي الخاص بك (SSN) أهليتك.

أخبرنا عن عائلتك/أسرتك وإجمالي الدخل

14. اكتب العدد الإجمالي للأشخاص الذين يعيشون في عائلتك/أسرتك. العائلة/الأسرة هي مجموعة من شخصين أو أكثر مرتبطين بالولادة، أو الزواج، أو التبني و يعيشون معًا. يستعين برنامج EWC بإرشادات الفقر الفيدرالية لوزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية (HHS) لحساب مستوى دخلك وتحديد أهليتك للحصول على المساعدة. يجب أن يكون دخل الأسرة/المعيشة لجميع مستفيدي برنامج EWC أقل من أو يساوي 200% من إرشادات الفقر الفيدرالية التي تحددها وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية (HHS).
15. قم بكتابة المبلغ الإجمالي للمال الذي تتلقاه عائلتك/أسرتك (قبل تطبيق الضرائب والخصومات الأخرى). تتضمن عائلتك/أسرتك العدد الإجمالي للأشخاص الذين أدخلتهم على السطر 14 والذين يعيشون على هذا المبلغ الإجمالي من المال.

أخبرنا الآن عن تأمينك الصحي

16. حدد هذا المربع، إذا لم يكن لديك أي تأمين صحي.
17. حدد هذا المربع، إذا كان لديك تأمين صحي أو خطة رعاية صحية ولكن لا يمكنك دفع حصة التكلفة، والخصومات، أو الدفع المشترك.

ما هي خدمات برنامج EWC التي تحتاجها (حدد كل ما ينطبق)

18. حدد هذا المربع، إذا كنت تبلغين من العمر 21 عامًا أو أكبر وتريدين إجراء فحص سرطان عنق الرحم.
19. حدد هذا المربع، إذا كنت تبلغين من العمر 40 عامًا أو أكبر وتريدين إجراء فحص سرطان الثدي.
20. حدد هذا المربع، إذا كان لديك أعراض في الثدي وتريدين تلقي خدمات الفحص لسرطان الثدي.
21. حدد هذا المربع، إذا كان هناك تغير في شكل ثديك (تدييك)، أو لونه أو حجمه.
22. حدد هذا المربع، إذا كان هناك أي تورم أو سماكة في أنسجة ثديك (تدييك).
23. حدد هذا المربع، إذا كان هناك أي إفرازات من حلمتك.
24. حدد هذا المربع، إذا كان هناك ورم أو كتلة صلبة في ثديك (تدييك) يمكنك الشعور بها.
25. حدد هذا المربع، إذا كان لديك حلمة مقلوبة.
26. حدد هذا المربع، إذا كنت تعانين من ألم في الحلمة أو الثدي.
27. حدد هذا المربع، إذا كان لديك عرض (أعراض) أخرى في ثديك (تدييك). اکتبي العرض (الأعراض) الخاصة بك.

أخبرينا عن استخدامك للتبغ

28. إذا لم تكن تدخنين تبغ الآن، حددي المربع "لا". إذا كنت تدخنين تبغ الآن، حددي المربع "نعم".
29. إذا لم تكن تستخدمين أي منتجات تبغ أخرى، حددي المربع "لا". إذا كنت تستخدمين أي منتجات تبغ أخرى، حددي المربع "نعم"، واكتبي أنواع التبغ التي تستخدمينها.

أخبرينا عن عرقك

30. حددي هذا المربع، إذا كان عرقك إسبانيًا أو لاتينيًا بالكامل أو جزئيًا.
31. حددي هذا المربع، إذا كان عرقك أمريكي هندي أو من سكان ألاسكا الأصليين بالكامل أو جزئيًا.
32. حددي هذا المربع، إذا كان عرقك آسيويًا بالكامل أو جزئيًا.
33. حددي هذا المربع، إذا كان عرقك آسيوي هندي بالكامل أو جزئيًا.
34. حددي هذا المربع، إذا كان عرقك كمبودي بالكامل أو جزئيًا.
35. حددي هذا المربع، إذا كان عرقك صيني بالكامل أو جزئيًا.
36. حددي هذا المربع، إذا كان عرقك فلبيني بالكامل أو جزئيًا.
37. حددي هذا المربع، إذا كان عرقك همونغ بالكامل أو جزئيًا.
38. حددي هذا المربع، إذا كان عرقك ياباني بالكامل أو جزئيًا.
39. حددي هذا المربع، إذا كان عرقك كوري بالكامل أو جزئيًا.
40. حددي هذا المربع، إذا كان عرقك لاوس بالكامل أو جزئيًا.
41. حددي هذا المربع، إذا كان عرقك فيتنامي بالكامل أو جزئيًا.
42. حددي هذا المربع، إذا كان عرقك عرق آسيوي آخر بالكامل أو جزئيًا. اكتبي عرقك.
43. حددي هذا المربع، إذا كان عرقك أمريكي أسود أو إفريقي بالكامل أو جزئيًا.
44. حددي هذا المربع، إذا كان عرقك من سكان جزر المحيط الهادئ بالكامل أو جزئيًا ويُرجي التحديد.
45. حددي هذا المربع، إذا كان عرقك غوامانيان بالكامل أو جزئيًا.
46. حددي هذا المربع، إذا كان عرقك هاواي بالكامل أو جزئيًا.
47. حددي هذا المربع، إذا كان عرقك ساموا بالكامل أو جزئيًا.
48. حددي هذا المربع، إذا كان عرقك من سكان جزر المحيط الهادئ بالكامل أو جزئيًا ويُرجي تحديد الآخر.
49. حددي هذا المربع، إذا كان عرقك أبيض بالكامل أو جزئيًا.
50. حددي هذا المربع، إذا كان عرقك، عرق غير مدرج بالكامل أو جزئيًا. اكتبي عرقك.
51. حددي هذا المربع، إذا لم ترغب في تحديد عرقك.

أخبرينا عن هويتك الجنسية وتوجهك الجنسي (اختياري وسري)

52. حددي هذا المربع، إذا كنت تحدد أنك أنثى.
53. حدد هذا المربع، إذا كنت تحدد أنك ذكر.
54. حددي هذا المربع، إن كنت تشعرين بأنك أنثى رغم تصنيفك ذكرًا عند الولادة.
55. حدد هذا المربع، إن كنت تشعر أنك رجل رغم تصنيفك أنثى عند الولادة.
56. حدد هذا المربع، إذا كان جنسك يُعرف على أنه غير ثنائي (لا أنثى ولا ذكر).
57. حدد هذا المربع، إن أمكن، وأدرج هوية جنسية أخرى.
58. حددي هذا المربع، إذا ولدت على أنك أنثى.
59. حدد هذا المربع، إذا ولدت على أنك ذكر.
60. حدد هذا المربع، إذا كان توجهك الجنسي مستقيم أو من جنسين مختلفين (تتجذب جنسيًا إلى أشخاص من الجنس الآخر).
61. حدد هذا المربع، إذا كان توجهك الجنسي مثلية أو مثلي (تتجذب جنسيًا إلى أشخاص من نفس جنسك).
62. حدد هذا المربع، إذا كان توجهك الجنسي ثنائي الجنس (تتجذب جنسيًا إلى كل من الذكر والأنثى).
63. حدد هذا المربع، إذا كان توجهك الجنسي شاذ (لا يقتصر على الجنسين المختلفين).
64. حدد هذا المربع، إن أمكن، واكتب توجه جنسي آخر.

برنامج "كل امرأة مهمة" – طلب تسجيل المستلم

65. حدد هذا المربع، إذا كنت لا تعرف توجهك الجنسي.

تصريحات، طلب مكتمل وموافقة المريض: الأحرف الأولى والتوقعات

66. اقرأ الجملة واكتب أحرف اسمك الأولى على السطر. بإقرارك بهذا، فإنك تفهم أنك تتقدم بطلب للحصول على أهلية المشاركة في برنامج EWC.

67. اقرأ الجملة واكتب أحرف اسمك الأولى على السطر. أنت تشير إلى موافقتك لتلقي فحوصات سرطان الثدي وعنق الرحم وخدمات التشخيص المجانية من برنامج EWC.

68. اقرأ الجملة واكتب أحرف اسمك الأولى على السطر. أنت تشير إلى فهمك لهذا الاتفاق للمشاركة في برنامج EWC، الذي يستمر لمدة عام من تاريخ توقيعك وتاريخ هذا الطلب. يجب عليك إكمال طلب جديد كل عام بعد مدة 12 شهرًا.

69. اقرأ الجملة واكتب أحرف اسمك الأولى على السطر. بإمضائك تفهم أنك يمكنك التوقف عن المشاركة في برنامج "كل يوم امرأة مهمة" (EWC) في أي وقت.

70. اقرأ الجملة واكتب أحرف اسمك الأولى على السطر. أنت تشير أنك ستخبر مقدم الرعاية الأولية لبرنامج طبيب الرعاية الأولية لبرنامج EWC على الفور، إذا كان هناك أي تغييرات في معلومات تأمينك الصحي و/أو التغطيات الصحية الأخرى.

71. اقرأ الجملة واكتب أحرف اسمك الأولى على السطر. أنت تشير أنك تلقيت إشعارًا من DHCS لممارسات الخصوصية (NPP) هو نموذج منفصل).

72. اقرأ الجملة واكتب أحرف اسمك الأولى على السطر. فيعني هذا أنك قد تلقيت المعلومات حول حقوق المراجعة الأولية وجلسة الاستماع الرسمية وإشعار عدم التمييز (الموضحة في الصفحات 1 و2 و3 من هذا الطلب).

73. اقرأ الجملة واكتب أحرف اسمك الأولى على السطر. أنت تشير أن مقدم الرعاية الأولية لبرنامج طبيب الرعاية الأولية لبرنامج EWC الخاص بك قد أبلغك عن كيفية الحصول على تأمين صحي مجاني أو بتكلفة منخفضة.

74. اقرأ الجمل من 66 حتى 74 واكتب أحرف اسمك الأولى على كل سطر. أنت تُصرِّح بأن المعلومات الواردة في هذا الطلب صحيحة ودقيقة على حد علمك. كما تدركين أن تقديم معلومات غير صحيحة في هذا الطلب قد يؤثر على أهليتك للحصول على خدمات فحص وتشخيص سرطان الثدي وسرطان عنق الرحم من خلال برنامج EWC.

75. اكتب (التوقيع والتاريخ) اسمك وتاريخ اليوم. إذا أعطى المتقدم بالطلب موافقة شفوية، يجب على طبيب الرعاية الأولية و/أو موظفي العيادة كتابة اسم المتقدم بالطلب (مطبوع) واختيار "لا" أو "نعم".

76. اكتب اسم (مطبوع) وتاريخ وعلاقة الشخص المفوض بالتصرف نيابة عنك ويساعدك في إكمال هذا الطلب.

77. اكتب اسم طبيب الرعاية الأولية (مطبوع)، أو موظف عيادة الرعاية الأولية PCP (بما في ذلك الوظيفة / اللقب)، وتاريخ الشخص الذي يتصرف نيابة عنك ويساعدك في إكمال هذا الطلب.

78. اكتب (توقيع) الشخص من السطر 77 أو 78 واكتب تاريخ اليوم. بالنسبة لمقدمي الرعاية الأولية (PCP) في برنامج الدورة

برنامج "كل امرأة مهمة" – طلب تسجيل المستلم

بالنسبة لمقدمي الرعاية الأولية (PCP) في برنامج الدورة
للاستخدام الداخلي فقط (صفحة 10 من 12)

إذا تم الحصول على الموافقة الشفهية، قم بإكمال كل حقل في الطلب بالنيابة عن المتقدم بالطلب، بناءً على ردود المتقدم بالطلب الشفهية. اطلب من الفرد/الممثل المفوض الاعتراف شفهيًا بموافقتهم.

1. اسم المتقدم بالطلب لبرنامج "كل امرأة مهمة"
(EWC) (مطبوع)

2. رقم السجل الطبي

3. هوية المستلم

معايير الأهلية

السكن

4. يعيش في كاليفورنيا

دخل الأسرة

5. يجب ألا يتجاوز دخل الأسرة/المعيشة 200% من إرشادات الفقر الفيدرالية الصادرة عن وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية (HHS).

التأمين الصحي

6. غير مؤمن عليه
7. لا يستطيع دفع حصة التكاليف، أو خصومات أو دفع مشترك.

خدمات برنامج EWC

8. تحتاج خدمات تشخيص سرطان الثدي للمتقدمين بالطلب لبرنامج EWC الذين يعانون من أعراض في أي عمر.

9. تحتاج إلى فحوصات سرطان عنق الرحم و/أو الثدي، في العمر الموصي به للخدمة (الخدمات)

لقد قدمت للمتقدم بطلب لبرنامج EWC المعلومات التالية:

10. لقد قدمت للمتقدم بطلب لبرنامج EWC إشعار DHCS لممارسات الخصوصية

11. لقد أعطيت للمتقدم بطلب لبرنامج الدورة مراجعة المستوى الأول وحقوق جلسة الاستماع الرسمية وإشعار عدم التمييز الخاص بـ DHCS

12. لقد قدمت للمتقدم بطلب لبرنامج EWC المعلومات عن كيفية الحصول على تأمين منخفض التكلفة ومجاني.

تحديد الأهلية:

13. لقد حددت أن المتقدم بطلب لبرنامج EWC يلبي جميع متطلبات الأهلية لبرنامج الدورة .

14. لقد حددت أن المتقدم بطلب لبرنامج EWC لا يلبي جميع متطلبات الأهلية لبرنامج الدورة .

استخدام التبغ (إذا كان موهلاً لبرنامج EWC)

15. تم تقييم استخدام المتقدمين بالطلب للتبغ وحالتهم من قبل طبيب الرعاية الأولية:
- لقد حددت استخدام المتقدمين بالطلب لمنتجات التبغ وتحويلهم إلى موارد الإقلاع عن التدخين المناسبة. تأكدت أن مربع "نعم" تم تحديده.
- بعد التأكد، وجدت أن المتقدم لا يدخن التبغ، وعليه تم وضع علامة في خانة لا، إن وجدت.
- إذا كان المتقدم بالطلب يستخدم منتجات التبغ، لقد حددت ما هي المنتجات المحددة التي يتم استخدامها. تأكدت من أن منتجات التبغ المحددة التي يتم استخدامها تم كتابتها.
16. السطور 76 و 77 و 78 تم طباعتهم أو توقيعهم وتاريخهم. (صفحة 6 من 11)
- اكتب اسم المتقدمين بالطلب والتاريخ على سطر التوقيع 75 (صفحة 6)
- حدد ما إذا كان توقيع المتقدم بالطلب قد تم تفويضه من قبل الموافقة الشفهية وقم بتحديد المربعات "نعم" أو "لا" الموجودة على السطر 75 (صفحة 6).
- إذا كان ذلك ينطبق عليك، وأنت من موظفي عيادة الرعاية الأولية PCP، اطبع اسمك، ومنصبك/ لقبك، والتاريخ على السطرين 76 و 17 (الصفحتان 6 و 11).
- إذا كنت مقدم رعاية أولية PCP، اكتب (اطبع ووقع) اسمك والتاريخ على السطر 78 والسطر 19 (الصفحتان 6 و 11).
17. إذا أمكن، (اطبع) اسم موظف عيادة الرعاية الأولية PCP (مع تضمين المنصب/ اللقب) على السطر 76 والسطر 17.

الاسم _____ المنصب/ اللقب _____ التاريخ _____

18. لقد حصلت على جميع الأسماء المطبوعة والتوقيعات والألقاب (إن أمكن) والتواريخ للمتقدم بطلب لبرنامج الدورة هذا لبدء تحديد أهلية البرنامج والموافقة على تلقي الخدمات السريرية برنامج الدورة. هذا يتضمن التوقيعات والتواريخ الواردة في الأسطر 76 و 77 و 78 (صفحة 6).
19. يجب على طبيب الرعاية الأولية لبرنامج EWC التوقيع وتاريخ نموذج DHCS 8699 هذا لتأكيد الأهلية (الصفحة 11 من 12).

توقيع موظف/طبيب الرعاية الأولية _____ التاريخ _____

20. ضع نسخة من الطلب في الملف الطبي لمتقدم/متلقي الطلب لبرنامج EWC واحتفظ بها.

1. حدد هذا المربع، إذا كتبت اسم المتقدم بطلب لبرنامج EWC (الأول، الحرف الأول من الاسم الأوسط، الأخير)
2. حدد هذا المربع، إذا كتبت رقم السجل الطبي للمتقدم بطلب لبرنامج EWC.
3. حدد هذا المربع، إذا كتبت معرف المستلم المخصص للمتقدم بطلب لبرنامج EWC.
4. حدد هذا المربع، إذا كان المتقدم بطلب لبرنامج الدورة يعيش في كاليفورنيا.
5. حدد هذا المربع، إذا كان الدخل العائلي/ الأسري للمتقدم بطلب لبرنامج الدورة عند أو أقل من 200 في المائة لارشادات الفقر الفيدرالية. هذا يعتمد على عدد الأشخاص في العائلة/ الأسرة. تتوفر إرشادات الفقر الفيدرالية الحالية للخدمات الصحية والإنسانية على موقع برنامج الدورة: <https://dhcs.ca.gov/EWC>
6. حدد هذا المربع، إذا كان المتقدم بالطلب غير مؤمن عليه (ليس لديه تأمين صحي).
7. حدد هذا المربع، إذا كان المتقدم بطلب لبرنامج الدورة غير مؤمن عليه، أي لديه تأمين صحي أو خطة رعاية صحية ولكن لا يمكنه دفع حصة التكلفة، والخصومات، أو الدفع المشترك.
8. حدد هذا المربع، إذا كان المتقدم بطلب لبرنامج الدورة لديه أعراض سرطان الثدي ويحتاج خدمات تشخيص.
9. حدد هذا المربع، إذا كان عمر المتقدم بطلب لبرنامج الدورة هو 21 سنة أو أكثر ويحتاج إلى فحوصات سرطان عنق الرحم وخدمات التشخيص. أو إذا كان عمر المتقدم بطلب لبرنامج الدورة هو 40 سنة أو أكثر ويحتاج إلى فحوصات سرطان الثدي وخدمات التشخيص.
10. حدد هذا المربع، إذا كنت قدمت إشعار DHCS لممارسات الخصوصية للمتقدم بالطلب.
11. حدد هذا المربع، إذا كنت أعطيت للمتقدم بطلب لبرنامج الدورة إشعار لبيان ممارسة الخصوصية، ومراجعة المستوى الأول وحقوق جلسة الاستماع الرسمية وإشعار عدم التمييز.
12. حدد هذا المربع، إذا كنت أعطيت للمتقدم بطلب لبرنامج الدورة معلومات عن كيفية الحصول على تأمين رعاية صحية منخفض التكلفة ومجاني.
13. حدد هذا المربع، إذا كان المتقدم بطلب لبرنامج الدورة يلبي معايير الأهلية لبرنامج الدورة .
14. حدد هذا المربع، إذا كان المتقدم بطلب لبرنامج الدورة لا يلبي معايير الأهلية لبرنامج الدورة .
 - a. أبلغ المتقدم بطلب لبرنامج الدورة إذا كان غير مؤهل لتلقي الخدمات التي يغطيها برنامج الدورة، مع إتاحة الفرصة له للطعن في القرار.
15. حدد هذا المربع، إذا كان المتقدم بطلب لبرنامج الدورة مؤهلاً، حدد هذا المربع إذا كان طبيب الرعاية الأولية ناقش استخدام التبغ مع المتقدم بالطلب.
16. حدد هذا المربع، إذا قمت بتوقيع اسمك وتقديم تاريخ اليوم. اطبع اسمك بالكامل على السطر التالي.
17. حدد هذا المربع، إذا حصلت على التوقيعات المناسبة، والبيانات، وموافقة المستلم لتحديد أن مستلم برنامج الدورة مؤهل للتسجيل في برنامج الدورة وتلقي الخدمات التي يغطيها البرنامج.
18. حدد هذا المربع للإشارة أنك حصلت على جميع التوقيعات المطلوبة، والتواريخ، والألقاب (إن أمكن)، وموافقة المتقدم بطلب لبرنامج الدورة. يجب تقديم وتوثيق توقيع المتقدم بطلب لبرنامج الدورة كتابياً والتاريخ، شخصياً أو شفهيًا أو إلكترونيًا بواسطة المتقدم بالطلب أو الشخص المفوض للتصرف بالنيابة عن المتقدم بطلب لبرنامج الدورة، كما هو موضح على السطر 76 و 77 (صفحة 6).
19. حدد هذا المربع، إذا كنت قد أضفت توقيع طبيب الرعاية الأولية/الموظف والتاريخ على (الصفحة 11 من 12).
20. حدد هذا المربع، إذا قمت بوضع نسخة من هذا الطلب في الملف الطبي للمتقدم بطلب لبرنامج الدورة وقمت بالحفاظ عليها.