

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, 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), 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.*

유방암 및 자궁 경부암 치료 프로그램 MEDI-CAL 신청서

가능하시면 영어로 다음 질문에 답하십시오.

1. 이번 달과 다음 달에 즉시 의료 보험 보상을 받을 수 있는 Medi-Cal 신청서입니다. 이 신청서를 사용하여 Medi-Cal 보험 보상을 계속 받으시겠습니까? 예 아니요
(하나에 동그라미)

이 신청서는 귀하가 다른 Medi-Cal 프로그램의 수혜 자격이 있는 경우 결정에 필요한 정보가 충분하지 않습니다.

이 신청서는 귀하가 BCCTP규칙 하에서 만 Medi-Cal을 받을 자격이 있는지를 결정하는 데 사용됩니다. 유방암 또는 자궁 경부 전암 / 암 진단 이외의 다른 이유로 Medi-Cal 자격이 있다고 생각하는 경우 카운티 사회 복지 사무실에 연락하여 Medi-Cal 신청서 전체를 제출하십시오. 귀하는 지역 카운티 사회 복지 사무소에 신청서를 제출하여 귀하가 다른 Medi-Cal 프로그램의 수혜 자격이 있는지 여부를 결정할 수 있는 권리가 있습니다.

2. BCCTP 를 신청한 달 이전 3 개월 이내에 의료비를 지불했었고 귀하는 Medi-Cal 이 그 비용을 지불하기를 원합니까? 예 아니요
(하나에 동그라미)

State of California Benefits Identification Card: (캘리포니아 주 혜택 신분증)

3. State of California Benefits Identification Card (캘리포니아 주 혜택 신분증) 을 가지고 있습니까? 예 아니요
(하나에 동그라미)
4. 귀하의 BIC 번호를 기재하십시오(가지고 있는 경우) _____

신분 정보:

하나의 이름 만 사용하는 경우, 확인란을 체크 하고 첫 번째 이름 공간에 숫자 기호 (#)를 넣고 성에 대한 공간에만 이름을 입력하십시오.

5. 성: _____
6. 이름: _____
7. 중간 이름: _____
8. 명칭: _____
9. Social Security Number (사회 보장 번호): _____

Social Security Number (사회 보장 번호)는 Medi-Cal 혜택을 완전히 받기 위해 필요합니다. 지금 당장 가지고 있지 않은 분은 60 일 이내에 신청할 수 있습니다. 또는 서류 미비 이민자인 경우 Social Security Number (사회 보장 번호)없이 유방암과 자궁암 치료 및 응급 서비스를 받을 수 있습니다.

10. 성별: 남성 여성
(하나에 동그라미)
11. 생년월일: _____
12. 출생지: _____
출생 카운티: (California (캘리포니아) 에서 태어난 경우) _____
출생 국: (California (캘리포니아) 카운티에서 태어나지 않은 경우) _____
출생 국가: (미국에서 태어나지 않은 경우) _____

다음 페이지 보십시오

미국 시민, 국민 또는 귀화 시민?

예 아니요
(하나에 동그라미)

모든 이민 요건을 충족시키는 이민자들은 완전한 Medi-Cal 혜택을 계속 받을 수 있습니다. 서류 미비 이민자는 유방암 및 자궁 경부암 치료 및 응급 서비스를 받을 수 있습니다.

13. 인종 그룹: (선택 사항) _____

주소 정보:

귀하는 반드시 State of California(캘리포니아 주)에 거주해야 합니다. 거주 할 곳이 없다면, 라인 끝의 확인란을 체크하십시오. 전체 거주지 주소 섹션 (일반 거리 위치는 거리 주소에 입력해야 합니다). 또한, 우편 주소 섹션을 작성하십시오.

14. 거주지 주소:

C/O: _____
거리 주소: _____
시: _____
주: _____
우편 번호: _____
카운티 거주: _____

15. 메일 주소: (거주지 주소와 다른 경우)

C/O: _____
거리 주소: _____
시: _____
주: _____
우편 번호: _____
카운티 거주: _____

16. 연락처:

귀하를 연락할 수 있는 가장 좋은 방법은 무엇입니까? _____
이메일 주소: _____
귀하에게 전화할 수 있는 가장 좋은 시간은 언제입니까? _____
전화 번호 1: _____
전화 번호 2: _____
전화 번호 3: _____
사용 언어: _____
쓰는 언어: _____

메디 케어 보험 보상 범위 정보:

17. Medicare Part A (메디케어 파트A) (입원 환자) 가 있습니까?

예 아니요
(하나에 동그라미)

18. Medicare Part B (메디케어 파트B) (외래 환자) 가 있습니까?

예 아니요
(하나에 동그라미)

19. Medicare HMO (메디 케어 HMO)에 등록되어 있습니까?

예 아니요
(하나에 동그라미)

다음 페이지 보십시오

Medicare Part D (메디케어 파트D)(처방약)가 있습니까??

예 아니요
(하나에 동그라미)

20. 건강 보험 청구 번호: _____

기타 건강 보험 정보:

21. 다른 종합 의료 혜택이 있습니까?

예 아니요
(하나에 동그라미)

22. 예, 건강 보험 회사 확인: _____

23. 주요 가입자/ 회원 번호: _____

24. 공동 지불금, 보험료 또는 공제액이 있습니까?

예 아니요
(하나에 동그라미)

다음 페이지 보십시오

Medi-Cal 비밀준수 통보

본 신청에 제공된 정보는 복지 및 사회 제도 법 14100.2 하에서 개인적이며,

비밀인 것으로 간주됩니다.

Medi-Cal 권리, 책임 및 선언

본인은 다음의 권리가 있습니다.

- 본인의 인종, 피부색, 종교, 출신 국가, 성별, 연령 또는 정치적 신념과 관계없이 공정하고 평등하게 대우받을 권리.
- 통역사를 요청할 권리.
- Medi-Cal을 계속 받을 것을 요청하는데 본인의 Medi-Cal 케이스에 대한 결정이 불공평하거나 잘못되었다고 생각하는 경우, 공정한 심리를 요청할 권리, 본인은 “결정 통”를 받은 후 반드시 90일 이내에 심리를 요청해야 합니다. Medi-Cal 공정 심리에 관한 정보가 필요한 경우, 1-800-952-5253번으로 전화하십시오.
- Medi-Cal 프로그램의 규칙과 안내서를 검토할 권리.

본인은 다음의 책임이 있습니다.

- 이 신청서에 제공하는 정보의 변화가 있는 경우 10일 이내에 보고할 책임.
- Medi-Cal을 받는 가족 구성원이 장애 혜택을 신청하거나, 공공 기관에 있거나, 또는 타인으로 인해 초래된 사고나 상해에 대해 의학적 치료를 받는 경우, 지역 복지 사무실에 알릴 책임.
- 본인의 케이스가 검토되는 경우 협조할 책임.
- 의학적 지원에 대한 권리를 캘리포니아주에 양도할 책임.
- 제삼자 지원에 대한 권리를 캘리포니아주에 양도할 책임.

본인은 다음을 이해합니다.

- Medi-Cal 자격요건의 조건으로, 의료 지원에 대한 모든 권리가 캘리포니아 주로 자동적으로 양도된다는 것.
- 본인이 의도적으로 필요한 사실을 제공하지 않거나, 거짓된 사실을 제공하는 경우, 혜택이 거부되거나 종결될 수 있고 받은 혜택에 대해 돌려주어야 할 수 있다는 것을 이해합니다. 또한 본인은 사기 행위에 대한 조사를 받을 수 있습니다.
- 본인이 신청하는 사람들이 감옥, 교도소 또는

- 기타 교도소 시설에 있지 않다는 것.
- 본인의 사망 후, 주정부는 본인에게 생존한 배우자, 미성년 아동(들), 앞을 볼 수 없거나 완전 영구 장애인 아동(들)이 있지 않는 한, 본인이 만 55세가 된 후 받은 모든 Medi-Cal 혜택에 대해 돌려받기 위한 시도를 할 권리가 있습니다.
- 본인이 요양시설에 수용되어 있고 집으로 돌아갈 의사가 전혀 없는 경우, 주 정부는 본인의 재산에 대해 선취 특권을 부과할 수 있습니다.

Medi-Cal 프라이버시 통보

1977년의 정보 실시법과 연방 사생활 법은 건강 서비스국이 다음의 정보를 제공하도록 요구하고 있습니다. 복지 및 사회제도 법 14011조와 제22편 CCR 규정은 Medi-Cal 프로그램 신청자들이 이 신청서에 요청된 자격 정보를 제공할 것을 요구함.

이 정보는 Medi-Cal의 모든 혜택을 받기를 원하는 사람들에게 한해서 INS에 이민자 지위를 확인하는 것을 포함하는 자격요건의 확인을 위한 목적과 Medi-Cal 프로그램의 관리와 관련된 기타 목적을 위해 연방, 주 및 지역 기관과 공유될 수 있습니다. (연방법은 INS가 정보를 사기에 대한 사례가 아닌 한 다른 목적으로 이용할 수 없도록 하고 있습니다.) 정보는 보상 청구를 처리하고 혜택 신분증명 카드 (BICs)를 만드는 데 사용됩니다. 필요한 정보를 제공하지 않는 경우, 신청이 거부될 수 있습니다.

본 신청서에서 요구되는 정보에 대한 제공은 인종에 관해 정보와 자발적 또는 선택이라고 표시된 그 외 항목들 이외에는 의무적입니다. 유방암과 자궁경부암과 응급사태 또는 임신과 관련된 혜택만을 신청하지 않는 한, 사회 보장법 제 1137(a)(1)과 복지 및 사회제도 법 14011.2에 따라 사회보장 번호(“소셜 시큐리티”)를 제공해야 합니다.

개인은 건강 서비스국이 관리하는 자신의 개인 정보가 포함된 기록을 이용할 권리가 있습니다.

.....

유방암 및 자궁경부암 치료 프로그램의 보상을 받지 않는 경우, 기록을 요청하려면 지역 복지 사무실로 연락하십시오.

이 양식을 서명된 공식 신청서와 함께 다음으로 우송하십시오.

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
------	-----------------------------

이 신청서에 서명할 수 있는 사람은?

- Medi-Cal을 원하는 사람이나 Medi-Cal을 원하는 사람의 배우자
- Medi-Cal을 원하는 아동의 보호자나 후견인 유언 집행자 또는 이 아동을 돌보는 사람
- Medi-Cal을 원하는 사람이 무능력자이거나, 혼수상태이거나 기억상실증을 앓고 있고 배우자, 보호자, 후견인 또는 유언집행자가 없는 경우, 이 사람을 대행하는 사람
- 부모나 돌봐주는 친척 또는 기타 양부모와 함께 살고 있지 않고 본인을 위해서 신청하는 만 14세에서 21세의 연령자

다음 프로그램들에 관한 정보가 필요한 경우, 아래의 상자(들)에 체크하시면 정보를 보내드립니다. Medi-Cal의 웹 사이트 www.dhcs.ca.gov를 참조하십시오.

- 개인 치료 서비스 프로그램(PCSP), 가정 내 치료 프로그램.
- 유아와 엄마를 위한 이용기회(AIM), 중간 정도의 소득이 있는 임신 여성을 돕기 위한 프로그램.
- 여성, 유아 및 아동 영양 프로그램 (WIC), 임신부와 출산을 한 여성과 만 5세 이하의 아동을 위한 영양 프로그램.
- 가족계획
- 아동 건강과 장애 프로그램 (CHDP), 아동과 청소년을 위한 예방 건강관리, 귀하의 아동과 청소년이 CHDP 프로그램의 추천을 받기를 원하십니까? 예 아니오

서명 및 증명

본인은 캘리포니아 주법 하의 위증죄의 처벌 하에서 본인이 이 신청서에 제공한 대답과 제출한 서류들이 본인이 알고 믿는 한 정확하며 거짓이 없다는 것을 선언합니다.

본인은 신청서 작성방법과 진술 및 이 신청서에 인쇄된 모든 정보를 읽고 이해했다는 것을 선언합니다.

서명 날짜

증인 서명 (X표와 함께 서명한 경우) 날짜

신청서 작성을 도와주는 사람의 서명	전화번호	신청자와의 관계	날짜
---------------------	------	----------	----

신청인/수혜자를 대행하는 사람의 서명	전화번호	신청자와의 관계	날짜
----------------------	------	----------	----

이 양식을 서명된 공식 신청서와 함께 다음으로 우송하십시오.

**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
------	-----------------------------