

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.*

برنامج علاج سرطان الثدي وعنق الرحم بيان استمارة طلب الحصول على برنامج MEDI-CAL

يرجى الإجابة على الأسئلة التالية باللغة الإنجليزية، كلما أمكن ذلك.

1. هذه هي استمارة طلب الحصول على برنامج Medi-Cal لخدمات الرعاية الصحية الفورية لهذا الشهر والشهر القادم. هل ترغبين أيضاً في استخدام استمارة الطلب هذه لمواصلة الحصول على تغطية برنامج Medi-Cal؟
نعم لا
(يرجى وضع دائرة على إجابة واحدة)

لا تحتوي استمارة الطلب هذه على معلومات كافية لتحديد ما إذا كنت مؤهلة بموجب أي برنامج Medi-Cal آخر. وسيتم استخدام استمارة الطلب هذه لتحديد ما إذا كنت مؤهلة للحصول على برنامج Medi-Cal فقط بموجب قواعد BCCTP. إذا كنت تعتقدين أنك مؤهلة للحصول على برنامج Medi-Cal لأسباب أخرى إلى جانب تشخيص سرطان الثدي أو سرطان عنق الرحم أو الأورام المسببة لأي منهما، يرجى الاتصال بمكتب الخدمات الاجتماعية لديك وتقديم استمارة طلب البيانات للحصول على برنامج Medi-Cal كاملة. لديك الحق في تقديم استمارة طلب في مكتب الخدمات الاجتماعية المحلي في المقاطعة لديك لتحديد ما إذا كنت مؤهلة للحصول على أي برنامج Medi-Cal آخر.

2. هل كانت لديك أي نفقات طبية خلال الـ 3 أشهر السابقة للشهر الذي تقدمت فيه بطلب للحصول على برنامج BCCTP وهل تريد من Medi-Cal دفع تكاليف هذه النفقات؟
نعم لا
(يرجى وضع دائرة على إجابة واحدة)

State of California Benefits Identification Card (بطاقة تحديد المزايا المستحقة الخاصة بولاية كاليفورنيا):

3. هل تتوفر لديك State of California Benefits Identification Card (بطاقة تحديد المزايا المستحقة الخاصة بولاية كاليفورنيا)؟
نعم لا
(يرجى وضع دائرة على إجابة واحدة)

4. يرجى ادراج رقم بطاقة BIC الخاصة بك (إذا كانت متوفرة لديك)

معلومات تحديد الهوية:

إذا كنت تستخدمين اسماً واحداً فقط، فيرجى تحديد مربع الاختيار ثم وضع علامة الأرقام (#) في المساحة المخصصة للاسم الأول وإدخال اسمك في المساحة المخصصة لاسم العائلة.

5. اسم العائلة: _____

6. الاسم الأول: _____

7. الاسم الأوسط: _____

8. اللقب: _____

9. Social Security Number (رقم التأمين الاجتماعي): _____

يلزم توافر Social Security Number (رقم التأمين الاجتماعي) ليتسنى الحصول على المزايا الكاملة لبرنامج Medi-Cal إذا لم يكن يتوافر لديك رقمًا الآن، يمكنك التقديم الآن ومنحنا الرقم في غضون 60 يوماً أو إذا كنت مهاجرة غير شرعية، فيمكنك الحصول على علاج سرطان الثدي وعنق الرحم وخدمات الطوارئ دون تقديم Social Security Number (رقم التأمين الاجتماعي).

10. الجنس: ذكر أنثى
(يرجى وضع دائرة على إجابة واحدة)

11. تاريخ الميلاد: _____

12. محل الميلاد: _____

مقاطعة الميلاد: (إذا كنت من مواليد California "كاليفورنيا") _____

ولاية الميلاد: (إذا لم تكن من مواليد إحدى مقاطعات ولاية California "كاليفورنيا") _____

دولة الميلاد: (إذا لم تكن من مواليد الولايات المتحدة الأمريكية) _____

انظر الصفحة التالية

هل أنت مواطنة أمريكية أو مواطنة وطنية أو متجنسة؟

لا نعم
(يرجى وضع دائرة على إجابة واحدة)

يمكن للمهاجرين المستوفين لجميع متطلبات الهجرة الحصول على المزايا لبرنامج Medi-Cal الكاملة. يمكن للمهاجرين غير الشرعيين (ليس لديهم أوراق رسمية) الحصول على علاج سرطان الثدي وسرطان عنق الرحم وخدمات الطوارئ.

13. المجموعة العرقية:(اختيارية)

معلومات العنوان:

يجب أن تكون مقيماً في State of California (ولاية كاليفورنيا). وإذا لم يكن لديك مكان للعيش فيه، فيرجى تحديد مربع الاختيار الموجود في نهاية السطر. أكمل البيانات الواردة بقسم عنوان الإقامة (ينبغي إدخال موقع الشارع العمومي في عنوان الشارع). وأكمل أيضاً بيانات قسم العنوان البريدي.

14. عنوان الإقامة:

C/O:

عنوان الشارع:

المدينة:

الولاية:

الرمز البريدي:

مقاطعة الإقامة:

15. العنوان البريدي:(إذا كان مختلفاً عن عنوان إقامتك)

C/O:

عنوان الشارع:

المدينة:

الولاية:

الرمز البريدي:

مقاطعة الإقامة:

16. معلومات الاتصال:

ما هي أفضل طريقة للاتصال بك؟

عنوان Email:

ما هو أفضل وقت للاتصال بك؟

رقم الهاتف 1:

رقم الهاتف 2:

رقم الهاتف 3:

اللغة التي تتحدثها:

اللغة التي تكتب بها:

معلومات التغطية بالرعاية Medicare:

17. هل تتمتع ببرنامج Medicare Part A "الرعاية الطبية الجزء (أ)" (مريض داخلي)؟
لا نعم
(يرجى وضع دائرة على إجابة واحدة)

18. هل تتمتع ببرنامج Medicare Part B "الرعاية الطبية الجزء (ب)" (مريض خارجي)؟
لا نعم
(يرجى وضع دائرة على إجابة واحدة)

انظر الصفحة التالية

19. هل أنت مسجل لدى Medicare HMO (منظمات الحفاظ على الصحة ورعايتها طبيًا)؟
لا نعم
(يرجى وضع دائرة على إجابة واحدة)

20. هل تتمتع ببرنامج Medicare Part D "الرعاية الطبية الجزء (د)" (العقاقير الطبية)؟
لا نعم
(يرجى وضع دائرة على إجابة واحدة)

21. رقم مطالبة التأمين الصحي: _____

معلومات التأمين الصحي الأخرى:

22. هل تتمتع بأي تغطية طبية شاملة أخرى؟
لا نعم
(يرجى وضع دائرة على إجابة واحدة)

23. إذا كانت إجابتك "نعم"، حدد شركة التأمين الصحي: _____

24. المشترك الرئيسي/رقم العضو: _____

25. هل توجد لديك أي دفعات مال مشتركة أو أقساط أو خصومات؟
لا نعم
(يرجى وضع دائرة على إجابة واحدة)

انظر الصفحة التالية

ممتلكاتي لجميع فوائد Medi-Cal التي أحصل عليها بعد سن 55 إلا إذا كان لدي زوج (ه) بقيد الحياة، طفل (أطفال) قصر، طفل (أطفال) كفيفين أو مصابين بإعاقة دائمة أو كاملة. • إذا كنت تقدمت لمؤسسة ترميض وليس لدي نية للعودة لوطني، فإن الولاية يمكن أن تحجز على ممتلكاتي.

إخطار Medi-Cal للخصوصية

قانون ممارسات المعلومات لعام 1977 وقانون الخصوصية الفيدرالي يلزمان إدارة خدمات الرعاية الصحية Department of Health Care Services بتقديم المعلومات التالية:

القسم 14011 بقانون الرفاهية والمؤسسات، وقواعد المادة 22 للالتزام والتعاون والاستشفاء تلزم المتقدمين لبرنامج Medi-Cal بتقديم معلومات استيفاء الشروط المطلوبة في هذه الاستمارة.

هذه المعلومات قابلة للمشاركة مع الوكالات المحلية والتابعة للولاية والفيدرالية بغرض التحقق من انطباق الشروط ولأغراض أخرى متعلقة بإدارة برنامج Medi-Cal وتشمل التأكيد مع دائرة الهجرة والجنسية بالولايات المتحدة (INS) لموقف الهجرة فقط للأشخاص الذين يسعون لكامل نطاق فوائد Medi-Cal. (ينص القانون الفيدرالي على أن دائرة الهجرة والجنسية بالولايات المتحدة (INS) ليس باستطاعتها استخدام هذه المعلومات إلا في حالات الغش). سيتم استخدام المعلومات لمعالجة الطلبات وعمل بطاقات هوية الفوائد. الإخفاق في تقديم المعلومات المطلوبة ربما يتسبب في رفض الطلب.

المعلومات المطلوبة في هذه الاستمارة إجبارية، باستثناء معلومات العرق وأي بند آخر أمامه علامة "طوعي" أو "اختياري". أرقام الضمان الاجتماعي التي يطلبها قسم 1137 (أ) (1) من قانون الضمان الاجتماعي ويطلبها القسم 14011.2 من قانون الرفاهية والمؤسسات، إلا إذا كنت متقدماً فقط للفوائد المتعلقة بسرطان الثدي وسرطان عنق الرحم أو الفوائد المتعلقة بالطوارئ أو الحمل.

للفرد الحق في الحصول على السجلات التي تحتوي معلوماته/معلوماتها الشخصية والتي تحفظها إدارة خدمات الرعاية الصحية

.....
أتصل بمكتب ال Welfare المحلي لطلب سجلاتك إذا لم تكن لديك تأمين صحي عن طريق برنامج علاج سرطان الثدي وسرطان عنق الرحم.

إخطار Medi-Cal للسرية
المعلومات المعطاة في هذا الطلب هي معلومات خاصة وسرية وخاضعة لقانون Welfare & Institutions Code رقم 14100.2
لن يتم الإفشاء عن المعلومات إلا وفقاً لتلك القوانين

حقوق ومسئوليات وإقرارات Medi-Cal:

لدي الحق في:

- أن تتم معاملتي بطريقة عادلة وبمساواة بغض النظر عن العرق، اللون، الدين، الموطن الأصلي، الجنس، السن، أو المعتقدات السياسية.
- طلب مترجم فوري.
- طلب عقد جلسة استماع عادلة إذا تقدمت لبرنامج Medi-Cal مستمر و ظننت أنه تم اتخاذ قرار غير عادل أو خاطيء بشأن حالتي في Medi-Cal. يجب أن أطلب عقد جلسة استماع خلال 90 يوم من تاريخ إرسال أخطار اتخاذ الإجراء لي. للمزيد عن جلسات الاستماع العادلة لـ Medi-Cal برجاء الاتصال بالرقم المجاني 1-800-952-5253.
- مراجعة أدلة وقواعد برنامج Medi-Cal.

أنا مسئول عن:

- الإبلاغ عن أي تغيرات خلال 10 أيام بشأن المعلومات التي قدمتها في هذه الطلب.
- السماح بالمكتب المحلي لل Welfare بمعرفة إذا كان أحد أفراد العائلة، والذي لديه أيضاً Medi-Cal، يتقدم لفوائد الإعاقة في مؤسسة عامة أو يحصل على رعاية طبية بسبب حادث أو إصابة سببها له شخص آخر.
- التعاون إذا ما تم فحص حالتي.
- التقدم للحقوق للدعم الطبي لولاية كاليفورنيا.
- التقدم للحقوق لحساب الغير للدعم الطبي لولاية كاليفورنيا.

أنا أعلم أن:

- كشرط للحصول على برنامج Medi-Cal، يتم العهد بجميع حقوق الرعاية الطبية تلقائياً لولاية كاليفورنيا.
- إذا تعمدت عدم إعطاء الحقائق المطلوبة، أو إذا أعطيت حقائق كاذبة، أعلم أنه قد أحرمت من الفوائد أو قد يتم إنهاؤها و يطلب مني إعادة سداد الرسوم. يمكن أيضاً التحقيق معي بتهمة الغش.
- الأشخاص الذين أتقدم بطلباتهم ليسوا بالمعتقل أو السجن أو أية إصلاحية.
- بعد وفاتي، للولاية الحق في طلب إعادة سداد الرسوم من

برجاء إرفاق هذه الاستمارة مع الطلب الرسمي الموقع و إرسالها إلي:

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

من يمكنه توقيع هذا الطلب؟

- الشخص الذي يرغب في الحصول على Medi-Cal، أو الزوج(ة).
- الوصي أو منفذ الوصية أو القائم برعاية الطفل الذي يرغب في الحصول على Medi-Cal.
- شخص ينوب عن الشخص الذي يرغب في الحصول على Medi-Cal عندما يكون غير مؤهلاً قانونياً، في حالة فقدان للوعي، أو يعاني من فقدان الذاكرة ولا يوجد له زوج(ة) أو وصي أو منفذ للوصية.
- الأشخاص في سن 14 إلى 21 الذين لا يعيشون مع آبائهم أو الأقرباء القائمون بالرعاية أو الأباء بالتبني والذين يتقدمون لأنفسهم.

لمزيد من المعلومات عن أي من البرامج التالية، برجاء وضع علامة داخل المربع بالأسفل و سوف يتم إرسال المعلومات إليك.
برجاء زيارة موقع Medi-Cal الإلكتروني www.dhcs.ca.gov

- برنامج خدمات الرعاية الشخصية (PCSP). برنامج للرعاية المنزلية.
- برنامج الأطفال والأمهات (AIM). برنامج يساعد الحوامل ذوات الدخل المتوسط على الحصول على الرعاية الصحية.
- برنامج التغذية الخاص بالمرأة والنساء والأطفال (WIC). برنامج تغذية للحوامل والسيدات في مرحلة ما بعد الولادة والأطفال دون سن الخامسة.
- تنظيم الأسرة.
- برنامج صحة الطفل والإعاقة (CHDP). رعاية صحية وقائية للأطفال والشباب.
هل ترغب في أن يتم إلحاق أطفالك أو الشباب ببرنامج CHDP؟ نعم لا

التوقيع و التصديق

أعلن هنا وأنا أعلم عقوبة الحنث باليمين وفق قوانين ولاية كاليفورنيا بأن الإجابات التي أعطيتها في هذا الطلب، والوثائق التي أعطيتها سليمة و صادقة لأقصى حدود معرفتي وإيماني.
أعلن أنني قرأت وفهمت معلومات وتصريحات الطلب وجميع المعلومات المطبوعة في هذا الطب.

التوقيع التاريخ

توقيع الشاهد (إذا وقع شخص بعلامة) التاريخ

توقيع الشخص الذي ساعد المتقدم في ملء الاستمارة رقم الهاتف الصلة بالمتقدم التاريخ

توقيع الشخص الذي أناب عن المتقدم/المنتفع رقم الهاتف الصلة بالمتقدم التاريخ

برجاء إرفاق هذه الاستمارة مع الطلب الرسمي الموقع و إرسالها إلي:

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