

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.*

**ԿՐԾՔԱԳԵՂՁԻ ԵՎ ԱՐԳԱՆԴԻ ՎՋԻԿԻ ՔԱՂՑԿԵՂԻ ԲՈՒԺՄԱՆ ԾՐԱԳՐԻ
ՀԱՄԱՐ «MEDI-CAL»-Ի ՄԻՋՈՑՈՎ ԴԻՄԵԼՈՒ ՀԱՐՑԱԹԵՐԹԻԿ**

Խնդրում ենք պատասխանել հետևյալ հարցերին անգլերենով, որտեղ որ դա հնարավոր է:

1. Սա «Medi-Cal»-ի դիմում է՝ այս ամիս և հաջորդ ամիս անհապաղ առողջապահական ծառայություններ ստանալու համար: Դուք ցանկանում եք այս դիմումի օգնությամբ նաև «Medi-Cal»-ի մշտական ապահովագրություն ստանալ:
Այո Ոչ
(Շրջանակի մեջ առեք մեկը)

Այս դիմումի ձևը բավականաչափ տեղեկություններ չի պարունակում, որպեսզի հնարավոր լինի որոշել, թե արդյոք Դուք իրավունակ եք «Medi-Cal»-ի որևէ այլ ծրագրի համար: Այս դիմումի օգնությամբ կորոշվի, թե արդյոք Դուք իրավունակ եք «Medi-Cal»-ի համար՝ BCCTP-ի կանոնների համաձայն: Եթե կարծում եք, որ Դուք իրավունակ եք «Medi-Cal»-ի համար՝ կրծքագեղձի կամ արգանդի վզիկի քաղցկեղի կամ նախաքաղցկեղային ախտորոշումից տարբեր որևէ այլ պատճառով, խնդրում ենք դիմել Ձեր շրջանի սոցիալական ծառայությունների գրասենյակ և «Medi-Cal»-ի ամբողջական դիմում ներկայացնել: Դուք իրավունք ունեք դիմում ներկայացնելու Ձեր շրջանի սոցիալական ծառայությունների գրասենյակ՝ պարզելու համար, թե արդյոք Դուք իրավունակ եք «Medi-Cal»-ի որևէ այլ ծրագրի համար:

2. Դուք BCCTP-ի համար դիմելու ամսվան նախորդած 3 ամիսների ընթացքում բժշկական ծախսեր կատարել եք և ցանկանում եք, որ «Medi-Cal»-ը վճարի այդ ծախսերը:
Այո Ոչ
(Շրջանակի մեջ առեք մեկը)

State of California Benefits Identification Card (Կալիֆոռնիա նահանգի նպաստառուի ինքնության քարտ)

3. Դուք State of California Benefits Identification Card (Կալիֆոռնիա նահանգի նպաստառուի ինքնության քարտ) ունե՞ք:
Այո Ոչ
(Շրջանակի մեջ առեք մեկը)

4. Խնդրում ենք նշել Ձեր BIC-ի համարը (եթե ունեք): _____

Անձնական տվյալներ՝

Եթե Դուք միայն անուն եք օգտագործում (առանց ազգանվան), ապա նշան դրեք այս վանդակում և վանդակահիշ (#)՝ անվան տողում, իսկ անունը նշեք ազգանվան տողում:

- 5. Ազգանունը՝ _____
- 6. Անունը՝ _____
- 7. Միջին անունը՝ _____
- 8. Անունը որով Ձեզ դիմում են՝ _____

Տե՛ս հաջորդ էջը

9. Social Security Number (Սոցիալական ապահովության համարը) _____
Social Security Number-ը (Սոցիալական ապահովության համարը) անհրաժեշտ է «Medi-Cal»-ի ամբողջական նպաստներ ստանալու համար: Եթե այժմ Դուք սոցիալական ապահովության համար չունեք, ապա կարող եք հիմա դիմել դրա համար և 60 օրվա ընթացքում մեզ տրամադրել համարը կամ, եթե Դուք անփաստաթուղթ ներգաղթող եք, կարող եք կրծքագեղձի և արգանդի վզիկի քաղցկեղից բուժում և շտապ օգնության ծառայություններ ստանալ՝ առանց Social Security Number-ի (Սոցիալական ապահովության համարի):

10. Սեռը՝ _____ Արական Իգական
(Շրջանակի մեջ առեք մեկը)

11. Ծննդյան ամսաթիվը՝ _____

12. Ծննդավայրը՝ _____
Ծննդյան շրջանը՝ (Եթե California-ում (Կալիֆոռնիայում) եք ծնվել) _____
Ծննդյան նահանգը՝ (Եթե California-ի (Կալիֆոռնիայի) նահանգներում չեք ծնվել) _____

Ծննդյան երկիրը՝ (Եթե ԱՄՆ-ում չեք ծնվել) _____

Դուք ԱՄՆ քաղաքացի, հպատակ կամ հպատակագրված քաղաքացի եք:
_____ Այո Ոչ
(Շրջանակի մեջ առեք մեկը)

Ներգաղթի վերաբերյալ բոլոր պահանջները բավարարող ներգաղթողները կարող են «Medi-Cal»-ի մշտական ամբողջական նպաստներ ստանալ: Անփաստաթուղթ ներգաղթողները կարող են կրծքագեղձի և արգանդի վզիկի քաղցկեղից բուժում և շտապ օգնության ծառայություններ ստանալ:

13. Էթնիկական խումբը՝ (կամընտրական) _____

Հասցեն՝

Դուք պետք է State of California-ի (Կալիֆոռնիա նահանգի) բնակիչ լինեք: Եթե Դուք ապրելու տեղ չունեք, նշան դրեք այս տողի վերջում գտնվող վանդակում: Լրացրեք «Բնակության հասցեն» բաժինը (փողոցի գտնվելու վայրը պետք է նշվի «Փողոցի հասցեն» տողում)՝ Լրացրեք նաև «Փոստային հասցեն» բաժինը:

14. Բնակության հասցեն՝
C/O՝ _____
Փողոցի հասցեն՝ _____
Քաղաքը՝ _____
Նահանգը՝ _____
Փոստային դասիչը՝ _____
Բնակության շրջանը՝ _____

Տե՛ս հաջորդ էջը

15. Փոստային հասցեն՝ (Եթե բնակության հասցեից տարբեր է)
 C/O՝ _____
 Փողոցի հասցեն՝ _____
 Քաղաքը՝ _____
 Նահանգը՝ _____
 Փոստային դասիչը՝ _____
 Բնակության շրջանը՝ _____

16. Կոնտակտային տվյալները՝
 Ո՞րն է Ձեզ հետ կապ հաստատելու լավագույն եղանակը: _____
 Email-ի հասցեն՝ _____
 Ո՞րն է Ձեզ զանգահարելու ամենահարմար ժամանակը: _____
 Հեռախոսի համար 1՝ _____
 Հեռախոսի համար 2՝ _____
 Հեռախոսի համար 3՝ _____
 Ո՞ր լեզվով եք խոսում՝ _____
 Ո՞ր լեզվով եք գրում՝ _____

Տեղեկություններ «Medicare»-ի ապահովագրության վերաբերյալ՝

17. Դուք Medicare Part Էյ («Մեդիքեյր» Էյ մաս) (ստացիոնար) ունե՞ք: Այո Ոչ
 (Շրջանակի մեջ առեք մեկը)
18. Դուք Medicare Part Բի («Մեդիքեյր» Բի մաս) (երթևեկ) ունե՞ք: Այո Ոչ
 (Շրջանակի մեջ առեք մեկը)
19. Դուք Medicare HMO-ում («Մեդիքեյր» առողջության կառավարման կազմակերպությունում) ընդգրկվա՞ծ եք: Այո Ոչ
 Շրջանակի մեջ առեք մեկը
20. Դուք Medicare Part Դի («Մեդիքեյր» Դի մաս) (դեղատոմսային դեղեր) ունե՞ք: Այո Ոչ
 (Շրջանակի մեջ առեք մեկը)
21. Առողջության ապահովագրության հայցի համարը՝ _____

Տեղեկություններ առողջության այլ ապահովագրության մասին՝

22. Դուք որևէ այլ համակողմանի բժշկական ապահովագրություն ունե՞ք: Այո Ոչ
 (Շրջանակի մեջ առեք մեկը)
23. Եթե այո, նշեք առողջության ապահովագրության այդ ընկերության անվանումը:

24. Գլխավոր բաժանորդագրվողի/անդամի համարը՝ _____
25. Դուք համավճարումներ, ապահովագրական ամսեվճարներ կամ չապահովագրված մասին վճարումներ կատարում եք: Այո Ոչ
 (Շրջանակի մեջ առեք մեկը)

Տես հաջորդ էջը

**Medi-Cal-ի Գաղտնիության
Ծանուցագիր**

Այս դիմումնագրում ներկայացված տեղեկությունը անձնական է և գաղտնի՝ Վելֆերի և Հիմնարկությունների Օրինագրքի (Welfare and Institutions Code) 14100.2 օրենքի համաձայն:

Տեղեկությունը կբացահայտվի միայն այդ օրենքների տեղեկությունների համաձայն:

**Medi-Cal-ի Իրավունքներ,
Պատասխանատվություններ և
Հայտարարություններ**

Ես իրավունք ունեմ՝

- Արդար և հավասար դարմանումի անկախաբար իմ ցեղից, գույնից կրոնքից, ազգային ծագումից, սեռից, տարիքից կամ քաղաքական համոզումներից:
- Թարգմանիչ խնդրելու:
- Արդար ունկնդրություն խնդրելու՝ եթե խնդրեմ շարունակվող Medi-Cal և գտնեմ, որ Medi-Cal-ի իմ գործի կապակցությամբ տրված ինչ-որ որոշում գտնեմ անարդար է կամ սխալ: Արդար ունկնդրություն խնդրելու՝ եթե խնդրեմ շարունակվող Medi-Cal և գտնեմ, որ Medi-Cal-ի իմ գործի կապակցությամբ տրված ինչ-որ որոշում գտնեմ անարդար է կամ սխալ: Հարկավոր է, որ ունկնդրություն խնդրեմ Գործողության Ծանուցագիր ստանալուց հետո 90 օրերի ընթացքում: Medi-Cal-ի արդար ունկնդրությունների մասին տեղեկության համար, անվճար հեռախոսեք 1-800-952-5253 համարով:
- Medi-Cal-ի ծրագրի կանոնների և ուղեցույցների վերանայման:

Ես պատասխանատվություն ունեմ՝

- Այս դիմումնագրով ներկայացված տեղեկությունների հետ կապված փոփոխությունները տեղեկագրել 10 օրերի ընթացքում:
- Վելֆերի տեղական գրասենյակին տեղեկացնել՝ եթե ընտանիքի

անդամներից մեկը որը նույնպես ունի Medi-Cal, դիմում է անկարողության նպաստների, գտնվում է հանրային հիմնարկում, կամ բժշկական խնամք է ստանում մեկ ուրիշի կողմից պատճառված ցանկացած արկածի կամ վնասվածքի համար:

- Համագործակցել՝ իմ գործը վերանայվելու դեպքում:
- Բժշկական նեցուկի իրավունքներ նշանակել Քալիֆորնիա նահանգին:
- Երրորդ կողմի բժշկական նեցուկի իրավունքները նշանակել Քալիֆորնիա նահանգին:

նահանգին:

- Որպես Medi-Cal-ին պատշաճելու պայման, բժշկական նեցուկի բոլոր իրավունքները մեքենականորեն նշանակվում են Քալիֆորնիա նահանգին:
- Եթե ես դիտումնավոր կերպով թաքցնում եմ անհրաժեշտ տվյալներ, կամ ներկայացնում եմ սխալ տվյալներ, հասկանում եմ, որ նպաստները կարող են մերժվել կամ դադարեցվել, և վճարում կարող է պահանջվել: Հնարավոր է նաև, որ ես հետաքննության ենթարկվեմ խարդախության համար:
- Անձերը, որոնց համար դիմում եմ, չեն գտնվում բանտում կամ որեէ այլ ուղղիչ հաստատությունում:
- Իմ մահից հետո, նահանգը իռավասու է իմ ունեցվածքից վերավճարում հետապնդել բոլոր Medi-Cal-ի նպաստների համար, որ ստացել եմ 55 տարեկանից հետո, բացի եթե ունեմ վերապրող կողակից, դեռատի երեխա(ներ), կույր կամ մնայուն և վերջնականապես անկարող երեխա(ներ):
- Եթե ես ընդունվեմ մի հիվանդապահական հաստատություն և նպատակ չունեմ իմ բնակարանը վերադառնալ, նահանգը կարող է իմ ստացվածքի դեմ կալանք պարտադրել:

Ո՛վ է կարող ստորագրել այս դիմումնագիրը:

- Medi-Cal ցանկացող անձը կամ Մըդի-Կալ ցանկացող անձի կողակիցը
- Medi-Cal ցանկացող երեխայի խնամակալը, գործադիր խնամակալը, կամ խնամատարը,
- Medi-Cal ցանկացող անձի փոխարեն գոծող անձը, երբ ցանկացողը անկարող է մահաբունի է մատնված, կամ տառապում է հիշողության կողակից, պահպանիչ, խնամակալ, կամ խնամատար
- 14-ից 21 տարեկան անձեր, ովքեր չեն բնակվում իրենց ծնողների, Խնամատար ազգականի, կամ խորթ ծնողի հետ և ովքեր դիմում են անձամբ

Հետեյալ ծրագրերից ցանկացածի մասին տեղեկություն ստանալու համար նշեք ներքեի քառակուսին(երը) և տեղեկությունը կուղարկվի ձեզ: Դիմեք Medi-Cal-ի ուստայնէջին (վեբսայդ)՝ www.dhcs.ca.gov

- Անձնական Խնամքի Ծառայության Ծրագիր(PCSP): Տնային Խնամքի ծրագիր:
- Մանուկների և Մայրերի համար Մուտք(AIM): Չափավոր եկամտով հղի կանանց օգնող ծրագիր՝ առողջապահական խնամք ստանալու համար:
- Կանանց, Մանուկների և երեխաների Սննդի Ծրագիր(WIC): Սննդի ծրագիր հղի և ծննդաբերությունից նոր ազատված կանանց, ինչպես նաև 5-ից նվազ տարիք ունեցող երեխաների համար:
- Ընտանիքի Ծրագրավորում
- Երեխայի Առողջության և Անկարողության Ծրագիր(CHDP): Կանխարգելիչ առողջապահական խնամք՝ երեխաների և երիտասարդների համար: Ցանկանում էք, որ ձեր երեխաները կամ երիտասարդները հանձնարարվեն CHDP ծրագրին: Այո ոչ

ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ Ե ՎԱՎԵՐԱՑՈՒՄ:

Քալիֆորնիա նահանգի օրենքների նախատեսած Խարդախության պատժի գիտակցությամբ հայտարարում եմ, որ այս դիմումնագրում իմ տված պատասխանները ե իմ ներկայացրած փաստաթղթերը ճշգրիտ ե ճշմարիտ են՝ որքան որ քաջատեղյակ եմ ե համոզված:

Հայտարարում եմ, որ կարդացել ե հասկացել եմ դիմումնագրի ցուցմունքները, հայտարարությունները, ինչպես նաե այս դիմումնագրի վրա տպագրված բոլոր տեղեկությունները:

Ստորագրություն Թվական

Վկայի Ստորագրություն (Եթե անձը ստորագրել է նշանով) Թվական

Դիմորդին՝ դիմումնագիրը Հեռախոսի համարը Դիմորդի հետ կապը Թվական
լրացնելիս օգնած անձի ստորագրությունը

Դիմորդի/նպաստավորվողի Հեռախոսի համարը Դիմորդի հետ կապը Թվական
փոխարեն գործող անձի ստորագրությունը

Խնդրվում է, այս էջը կցելով պաշտոնական դիմումնագրին, ուղարկեք հետևյալ հասցեին-

**Dept. of Health Services, Medi-Cal Eligibility Branch, B.C.C.T.P., MS 4611,
P.O. Box 997417, Sacramento, CA 95899-7417**

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