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.*

乳腺癌和宮頸癌治療計畫 MEDI-CAL 申請工作表

請盡可能用英語回答以下問題。

1. 這是Medi-Cal 申請表用於本月和下月的即時醫療服務。您是否也想用此申請表持續獲得 Medi-Cal 保險？ 是 否 (圈選一項)

   此申請所含資訊不足以決定您是否符合任何其他 Medi-Cal 計畫的資格。此申請僅用於決定您是否符合 BCCTP 規則下的 Medi-Cal 資格。若您認為除乳腺或宮頸癌前病變/癌症診斷外的其他原因，您有資格獲得 Medi-Cal，請聯絡您所在縣社會服務辦公室並提交完整的 Medi-Cal 申請。您有權在您所在縣社會服務辦公室提交申請，以確定您是否有資格於任何其他 Medi-Cal 計畫。

2. 您在申請 BCCTP 之前的 3 個月內是否產生過醫療費用，您是否希望 Medi-Cal 支付這些費用？ 是 否 (圈選一項)

State of California Benefits Identification Card（加州福利識別卡）：

3. 您是否擁有 State of California Benefits Identification Card（加州福利識別卡）？ 是 否 (圈選一項)
4. 請列出您的 BIC 號碼（若有）__________

身份資訊：

若您僅使用一個名字，請勾選該方框，您只需在名字的空格中輸入一個數位記號 (#)，然後在姓氏的空格中輸入您的名字。 ☐

5. 姓氏：__________
6. 名字：__________
7. 中名：__________
8. 稱謂：__________
9. Social Security Number（社會安全號碼）：__________

   獲得全額的 Medi-Cal 福利需要 Social Security Number（社會安全號碼）。若您現在沒有，您可立即申請並在 60 天內向我們提供，或者若您是無證移民，您可獲得乳腺癌和宮頸癌治療和緊急服務，而無需 Social Security Number（社會安全號碼）。

10. 性別： 男 女 (圈選一項)
11. 出生日期：__________
12. 出生地：__________
    出生縣：(若您出生於 California（加州）) __________
    出生州：(若您並非出生於 California（加州）的一個縣) __________
    出生國：(若您並非出生於美國) __________

見下一頁

是否為美國公民、美國國民或入籍公民？ 是 否 (圈選一項)

符合所有移民要求的移民永續獲得全額 Medi-Cal 福利。無證移民可獲得乳腺癌和宮頸癌治療與急救服務。

13. 民族：(可選) ________________

位址資訊：

您必須是一名 State of California（加州）居民。若您沒有居住地，請勾選該行末尾的方框。填寫居住位址部分（一般街道位置應輸入街道位址）。此外，請填寫郵寄位址部分。 ☐

14. 居住地址：
    - C/O: ________________
    - 街道地址：________________
    - 城市：________________
    - 州：________________
    - 郵遞區號：________________
    - 居住縣：________________

15. 郵寄地址：(若與居住地址不同)
    - C/O: ________________
    - 街道地址：________________
    - 城市：________________
    - 州：________________
    - 郵遞區號：________________
    - 居住縣：________________

16. 聯絡資訊：
    - 聯絡您的最佳方式是什麼？________________
    - Email 地址：________________
    - 致電的最佳時間是什麼時候？________________
    - 電話號碼 1：________________
    - 電話號碼 2：________________
    - 電話號碼 3：________________
    - 口語：________________
    - 書面語：________________

Medicare 保險資訊：

17. 您是否參加了 Medicare Part A（醫療保險 A 部分）(住院患者)？ 是 否 (圈選一項)

18. 您是否參加了 Medicare Part B（醫療保險 B 部分）(門診患者)？ 是 否 (圈選一項)

19. 您是否註冊了 Medicare HMO（醫療保險保健組織）？ 是 否 (圈選一項)

見下一頁

20. 您是否參加了 Medicare Part D（醫療保險 D 部分）（處方藥）？ 是　否（圈選一項）

21. 健康保險索賠號碼：________________

其他健康保險資訊：

22. 您是否有了其他綜合醫療保險？ 是　否（圈選一項）

23. 若為是，請確認健康保險公司：________________

24. 主要認購者/保戶號碼：________________

25. 您是否有任何共付額、保險費或自付額？ 是　否（圈選一項）

見下一頁

Medi-Cal 保密聲明

根據福利及制度法（Welfare and Institutions Code）14100.2 的規定，這份申請表所提供的資料是 私人資料並絕對得以保密。

這些資料只會在符合這些法律規定情形下才會公開。

Medi-Cal 的權利，責任與聲明：

我有權利：

- 不論我的種族，膚色，宗教，原國籍，性別，年齡或政治信仰為何，皆應受到平等，公平的對待。
- 可要求獲得口譯員協助。
- 如果我要求繼續享有 Medi-Cal，但認為本人的 Medi-Cal 申請案決定不公平或有錯誤，可要求進行公平的聽證。我必須在收到「Notice of Action」90 天內提出要求聽證。請撥免費電話 1-800-952-5253 獲得有關 Medi-Cal 公平聽證的詳情。
- 查閱 Medi-Cal 計劃規則及手冊。

我有責任：

- 本申請表上所填寫的資料如有變動，在10天內通知有關部門。
- 如有任何接受 Medi-Cal 的家人申請殘障福利，住進政府資助的醫療機構，或因他人造成的意外或傷害而獲得醫療支付，我有責任通知區內的福利辦事處。
- 在審查我的申請時予以合作。
- 申請可以得到的收入。
- 將醫療提供的權利指定給加洲政府。

我明白：

- 取得 Medi-Cal 資格的條件要求之一是，所有醫療提供的權利皆自動指定給加洲政府。
- 如果我蓄意不提供需要的資料，或給予不真實的資料，我了解福利可能會因此受拒或終止，而且我可能被要求就已為我支付的醫療費用付款。我也可能被調查是否犯有詐欺罪。
- 我代申請的人不在看守所，監獄或其他感化機構中。
- 在我過世之後，加洲政府有權要求以我的遺產為我於 55 歲以後所接受的 Medi-Cal 福利付款，除非我仍有配偶活著，有未成年子女，失明或永久性和完全殘障的子女。
- 如果我住進養老院無意再反回家中居住，加洲政府可對我的財產施加留置權（Impose a lien）。

Medi-Cal 隱私權須知

1977 年資料運用法案（The Information Practices Act of 1977）以及聯邦隱私權法案（Federal Private Act）要求健康服務部提供下述聲明：

福利與機構法規 14011 節以及 CCR 第 22 條。要求 Medi-Cal 申請人必須提供申請表上要求的有關申請資格的資料。

這些資料可能會與聯邦，州與當地政府機構在為確認申請資格以及為了執行 Medi-Cal 時分享，包括向移民局確認移民身份，但只有申請 Medi-Cal 最高福利範圍者才適用。（聯邦法律規定，移民局不可將獲得的資料用於其他用途，唯一例外為調查詐欺。）獲得的資料將用於審理福利申報和製作福利卡（BIC）。如不提供資料可能導致申請受拒。

除了種族背景資料或其他標示為自願提供或可填可不填的資料之外，本表要求的資料必須全部提供。除非只申請乳癌與子宮頸癌福利或與急診，懷孕有關福利，否則根據社會安全法案(Social Security Act)1137(a)(1) 節以及福利與機構法規 14011.2節要求，必須提供社會安全號碼。

每一個人都有權利取得加州衛生部 (Department of Health Services)所保持的其個人資料記錄。

未參加乳癌與子宮頸癌福利治療計劃者，調取其個人記錄請與當地的福利辦事處聯繫。

請將此表與已簽名的正式申請表一同寄至：
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

誰可以在申請表上簽名？

- 要獲得 Medi-Cal 之人士或其配偶
- 要獲得 Medi-Cal 之人士若為孩童，其福利監督員，法定監護人或看管人可以在表上簽名
- 需要獲得 Medi-Cal 之人士若自身無行為能力，陷入昏迷或患失憶症，且無配偶，福利監督員，法定監護人或遺囑執行人可代簽，則可由其他人代簽
- 14 歲至 21 歲，不與父母，看管的親戚或養父母同住而需要為自己申請之人士可以在本表上簽名

如對下列任何計劃有興趣，請在下面方格中打勾。我們會將資料寄給您。也可造訪 Medi-Cal 網站 www.dhcs.ca.gov查閱資料。

☐ Personal Care Service Program (個人看護服務計劃，PCSP), 這是一項家中看護計劃。

☐ Access for Infant and Mothers (嬰兒與母親保健，AIM)，協助中等收入的懷孕婦女獲得醫療保健。

☐ Woman,Infants and Children Nutrition Program (婦女及嬰幼兒營養計劃,WIC)，補充懷孕和產後婦女以及 5 歲以下孩童的營養。

☐ Family Planning (家庭計劃)

☐ Child Health and Disability Program (兒童健康與殘障計劃，CHDP)，提供兒童及青少年預防保健。您希望家中的未成年子女加入 CHDP 計劃嗎？☐ 是 ☐ 否

簽名與證明

本人在此聲明，申請表上填寫的內容以及所提供的文件，就本人所知及所信，皆為正確且真實，如非屬實將願意受加州法律做偽證之制裁。

本人在此聲明，本人已閱讀並了解申請說明。聲明以及申請表上的所有資訊。

簽名 日期

證人簽名 (如申請人以符號簽名時做則要求證人簽名) 日期

協助申請人填寫表格者簽名 電話號碼 與申請人關係 日期

申請人，受益人代理人簽名 電話號碼 與申請人關係 日期

請將此表與已簽名的正式申請表一同寄至：
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