

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.*

کاربرگ تقاضای MEDI-CAL برای برنامه درمان سرطان سینه و دهانه رحم

لطفاً به سوالات ذیل هر زمان که امکانپذیر باشد، به انگلیسی پاسخ دهید.

1. این یک فرم تقاضای Medi-Cal برای خدمات مراقبت بهداشتی فوری برای این ماه و ماه آینده است. آیا همچنین مایل هستید برای دریافت پوشش مداوم Medi-Cal از این فرم تقاضا استفاده نمایید؟
بله خیر
(دور یکی دایره بکشید)

این فرم تقاضا برای تعیین اینکه آیا شما برای هر گونه برنامه دیگر Medi-Cal واجد شرایط هستید، حاوی اطلاعات کافی نیست. از این فرم تقاضا صرفاً برای تعیین اینکه آیا برای Medi-Cal تحت قوانین BCCTP واجد شرایط هستید استفاده خواهد شد. اگر معتقدید که به دلایل دیگری به غیر از تشخیص پیش سرطانی/سرطان سینه یا دهانه رحم برای Medi-Cal واجد شرایط هستید، لطفاً با دفتر خدمات اجتماعی کانتی تان تماس بگیرید و یک فرم تقاضای Medi-Cal کامل ارائه دهید. جهت تعیین اینکه آیا برای هر برنامه دیگر Medi-Cal واجد شرایط هستید، شما حق دارید یک فرم تقاضا در دفتر خدمات اجتماعی کانتی محل تان ارائه نمایید.

2. آیا طی 3 ماه قبل از اینکه برای BCCTP تقاضا ارائه دهید، هزینه های پزشکی داشتید و می خواهید که Medi-Cal برای آن هزینه ها پرداخت نماید؟
بله خیر
(دور یکی دایره بکشید)

State of California Benefits Identification Card (کارت شناسایی مزایای ایالت کالیفرنیا):

3. آیا یک State of California Benefits Identification Card (کارت شناسایی مزایای ایالت کالیفرنیا) دارید؟
بله خیر
(دور یکی دایره بکشید)

4. لطفاً شماره کارت شناسایی مزایای تان را درج کنید (اگر در دسترس است) _____

اطلاعات تعیین هویت:

اگر فقط از یک اسم استفاده می کنید، مربع را علامت بزنید و فقط یک علامت شماره (#) در فضای مربوط به نام کوچک بگذارید و نام تان را در فضای مربوط به نام خانوادگی بنویسید.

نام خانوادگی: _____

6. نام کوچک: _____

7. نام میانی: _____

8. لقب: _____

9. Social Security Number (شماره بیمه اجتماعی): _____

برای دریافت مزایای کامل Medi-Cal، یک Social Security Number (شماره بیمه اجتماعی) لازم است. اگر در حال حاضر آنرا ندارید، می توانید الان تقاضا نمایید و شماره آنرا طی 60 روز به ما بدهید یا اگر یک مهاجر فاقد مدارک هستید، می توانید بدون Social Security Number (شماره بیمه اجتماعی) درمان سرطان سینه و دهانه رحم و خدمات اورژانسی دریافت نمایید.

10. جنسیت: _____
مرد زن
(دور یکی دایره بکشید)

11. تاریخ تولد: _____

12. محل تولد: _____

کانتی محل تولد: (اگر در California کالیفرنیا متولد شده باشید) _____
ایالت محل تولد: (اگر در یک کانتی California کالیفرنیا متولد نشده باشید) _____
کشور محل تولد: (اگر در ایالت متحده آمریکا متولد نشده باشید) _____

به صفحه بعد رجوع کنید

شهروند، تبعه و یا شهروند از طریق اعطای تابعیت آمریکا؟

بله خیر
(دور یکی دایره بکشید)

مهاجرینی که تمامی شرایط لازم مهاجرت را برآورده می کنند ممکن از مزایای مداوم کامل Medi-Cal بهره مند شوند.
مهاجرین فاقد مدارک می توانند از درمان سرطان سینه و دهانه رحم و خدمات اورژانسی بهره مند شوند.

13. قومیت: (اختیاری)

اطلاعات مربوط به آدرس:

شما باید ساکن State of California (ایالت کالیفرنیا) باشید. اگر بی خانمان هستید، مربعی که در انتهای خط قرار دارد را علامت بزنید. بخش مربوط به آدرس محل سکونت را پر کنید (محل کلی خیابان باید در قسمت آدرس خیابان درج شود). همچنین، قسمت آدرس پستی را پر کنید.

14. آدرس محل اقامت:

C/O:

آدرس خیابان:

شهر:

ایالت:

کد پستی:

کانتی محل اقامت:

15. آدرس پستی: (در صورتیکه از آدرس محل اقامت تان متفاوت باشد)

C/O:

آدرس خیابان:

شهر:

ایالت:

کد پستی:

کانتی محل اقامت:

16. اطلاعات تماس:

بهترین روش برای تماس با شما کدام است؟

آدرس Email:

بهترین زمان برای تماس با شما کدام است؟

شماره تلفن 1:

شماره تلفن 2:

شماره تلفن 3:

زبانی که به آن صحبت می کنید:

زبان نوشتاری شما:

اطلاعات مربوط به پوشش Medicare:

17. آیا Medicare Part A (قسمت A مدیکر) (بستری) را دارید؟

بله خیر
(دور یکی دایره بکشید)

18. آیا Medicare Part B (قسمت B مدیکر) (سرپایی) را دارید؟

بله خیر
(دور یکی دایره بکشید)

به صفحه بعد مراجعه کنید

19. آیا در Medicare HMO (مدیکر اچ ام او) ثبت نام هستید؟

بله خیر
(دور یکی دایره بکشید)

20. آیا Medicare Part D (قسمت D مدیکر) را دارید (داروهای نسخه ای)؟

بله خیر
(دور یکی دایره بکشید)

21. شماره درخواست یا مطالبه بیمه بهداشتی: _____

اطلاعات مربوط به سایر بیمه های بهداشتی:

22. آیا پوشش کامل پزشکی دیگری دارید؟

بله خیر
(دور یکی دایره بکشید)

23. اگر بلی، نام شرکت بیمه بهداشتی را بنویسید: _____

24. مشترک اصلی/شماره عضو: _____

بله خیر
(دور یکی دایره بکشید)

25. آیا پرداخت مشترک، حق بیمه، یا کاهشی دارید؟

به صفحه بعد مراجعه کنید

اعلامیه محرمانه بودن Medi-Cal
اطلاعات ارائه داده شده در این تقاضانامه بر اساس قانون
1400.2 نهاد های رفاه
(Welfare and Institutions Code 14100.2)
محرمانه میباشند.
این اطلاعات فقط بر اساس آن قوانین و آگزار میشوند.

حقوق، مسئولیت ها و اعلامیه های Medi-Cal

من حق دارم که:

- منصفانه و بدون در نظر داشتن نژاد، رنگ پوست، مذهب، اصل ملیت، جنسیت، سن یا گرایش سیاسی بتساوی با من رفتار شود.
- برای مترجم درخواست کنم.
- درخواست جلسه استماع عادلانه در مورد Medi-Cal جاری را بکنم و فکر کنم که تصمیم اتخاذ شده در مورد پرونده Medi-Cal من منصفانه نیست یا اشتباه میباشد. من باید درخواست جلسه استماع را در عرض 90 روز پس از اینکه نامه اعلامیه به اقدام (Notice of Action) را دریافت کنم، ارائه دهم. جهت کسب جلسه استماع عادلانه Medi-Cal با شماره تلفن رایگان 1-800-952-5253 تماس بگیرم.
- قوانین و کتابچه های اطلاعاتی Medi-Cal را مرور کنم.

من نسبت به نکات زیر مسئولیت دارم:

- هر نوع تغییری را در مورد اطلاعاتی که در این تقاضانامه ارائه دهم، گزارش دهم.

- اگر عضو خانواده ای برای مزایای از کار افتادگی تقاضا کند، در نهاد اجتماعی باشد، یا مراقبت پزشکی به جهت تصادفی یا صدمه ای که توسط شخص دیگری رُخ داده باشد دریافت کند، اداره محلی رفاه خود را مطلع سازم.
- در صورتی که پرونده من تحت مرور قرار بگیرد، همکاری نمایم.
- واگذاری حقوق برای حمایت پزشکی به ایالت کالیفرنیا.
- واگذاری حقوق حمایت پزشکی شخص ثالث به ایالت کالیفرنیا.

من متوجه هستم که:

- به عنوان شرط واجد شرایط بودن Medi-Cal، تمام حقوق حمایت پزشکی به طور اتوماتیک به ایالت کالیفرنیا واگذار میشود.
- اگر عمداً اطلاعات پزشکی را ارائه ندهم، یا اطلاعات نادرست ارائه بدهم، متوجه هستم که ارائه مزایا ممکن است که رد شوند و بازپرداختی لازم باشد. ممکن است که من برای کلاهبرداری تحت بازجوئی قرار بگیرم.
- اشخاصی که برایشان تقاضا میکنم در بازداشتگاه، زندان یا در تسهیلات تأدیبی نباشند.
- پس از فوت من، ایالت حق دارد که بازپرداختی را از ماترک من برای تمام مزایای Medi-Cal را که دریافت کرده ام پس از سن 55 سالگی دریافت کند، مگر اینکه همسر، فرزند(ان) صغیر، نابینا یا فرزند(ان) کاملاً از کار افتاده یا از کار افتاده دائم بازمانده داشته باشم.
- اگر به تسهیلات پرستاری پذیرفته شوم و هیچ قصدی برای برگشت به خانه نداشته باشم، ایالت ممکن است که در مقابل ملک (اموال) من اقدام به عمل حق حبس مال بکند.

اعلامیه محرمانه بودن Medi-Cal

قانون اجرای اطلاعات 1977 و قانون اجرای اطلاعات دولت فدرال، اداره خدمات بهداشت – درمان را ملزم میدارد که اطلاعات زیر را در دسترس بگذارد:

قانون نهادها و رفاه بخش 14011 و مقررات در عنوان 22, CCR (Welfare and Institutions Code Section 14011 and regulations in Title 22, CCR,) مقرر میدارد که متقاضیان برنامه Medi-Cal اطلاعات درخواست شده برای واجد شرایط بودن در این تقاضانامه را ارائه بدهند.

این اطلاعات ممکن است که با سازمانهای دولت فدرال، ایالت و محلی بمنظور تأیید واجد شرایط بودن و بمنظورهای دیگر مربوط به مدیریت برنامه Medi-Cal در میان گذاشته شود، از جمله تأیید وضعیت با اداره مهاجرت و تابعیت INS و فقط آن افرادی که درخواست Medi-Cal کامل را میکنند. (قانون دولت فدرال مقرر میدارد که INS نمیتواند از این اطلاعات غیر از در موارد کلاهبرداری استفاده کند). از این اطلاعات برای به جریان انداختن ادعاها و تشخیص هویت کارت مزایا

(Benefits Identification Cards-BICs) استفاده میشود. کوتاهی در ارائه دادن اطلاعات لازم ممکن است که به رد تقاضا منجر شود.

اطلاعات درخواست شده توسط این فرم اجباری میباشد، غیر از اطلاعات در مورد قومیت، و هر قلم اطلاعات دیگری که با کلمه داوطلبانه یا انتخابی مشخص شده باشد. شماره سوشل سکیوریتی طبق قانون سوشل سکیوریتی قسمت (a) (1) 1137 و قانون رفاه و نهادها قسمت 11041.2 مقرر شده است، غیر از در موارد فقط درخواست مزایای مربوط به سرطان سینه (پستان) و رحم و موارد اورژانس یا حاملگی.

یک شخص حق دسترسی به پرونده که دارای اطلاعات شخصی خود میباشد و در اداره خدمات بهداشت و درمان میباشد، را دارد

.....
اگر توسط برنامه درمان سرطان سینه (پستان) و رحم تحت پوشش نمیباشید برای درخواست پرونده خود با اداری رفاه محلی خود تماس بگیرید.

لطفاً این فرم را با تقاضا نامه رسمی امضاء شده ضمیمه کرده و به آدرس زیر پست کنید:

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

چه کسی میتواند این تقاضا نامه را امضاء کند؟

- شخصی که Medi-Cal میخواهد، یا همسر شخصی که Medi-Cal میخواهد.
- امین، قیم وصی، یا مراقبت دهنده شخصی که Medi-Cal میخواهد.
- کسی که در قبال شخصی که Medi-Cal میخواهد و دارای صلاحیت قانونی نباشد، در وضع اغماء باشد، یا از بیماری فراموشی رنج ببرد و همسر، امین، قیم یا وصی نداشته باشد، عمل کند.
- اشخاصی که بین 14 تا 21 سال باشند که با والدین، مراقبت دهنده خویشاوند یا والد رضائی خود زندگی نمیکنند و برای خود اقدام میکنند.

برای کسب اطلاعات در مورد هر کدام از برنامه های زیر، خانه (های) زیر را علامت بگذارید تا اطلاعات برای شما ارسال گردد. به وب سایت Medi-Cal به www.dhcs.ca.gov مراجعه کنید

- برنامه خدمات مراقبت شخصی (Personal Care Service Program – PCSP). برنامه ای برای مراقبت در خانه.
- دست یابی برای نوزادان و مادران (Access for Infants and Mothers – AIM). برنامه ای برای کمک مراقبت بهداشتی-درمانی به زنان حامله با درآمد متعادل.
- برنامه تغذیه برای زنان، نوزادان (Woman, Infants and Children Nutrition Program – WIC). برنامه تغذیه برای زنان حامله و پس از دوران حاملگی و اطفال زیر سن 5 سال.
- برنامه ریزی خانواده.
- برنامه بهداشتی-درمانی کودک و از کار افتادگی (Child Health and Disability Program – CHDP). بهداشت-درمان پیشگیرانه برای کودکان و نوجوانان. آیا میخواهید که فرزندان یا نوجوانان شما به برنامه CHDP معرفی شوند؟ آری خیر

امضاء و گواهی

طبق قانون مجازات شهادت دروغ ایالت کالیفرنیا، پاسخهایی را که در این تقاضانامه ارائه داده ام و مدارکی را که داده ام تا حد آگاهی و باور خود صحیح و درست میباشد.

من اعلام میدارم که دستورات، اعلامیه ها، و تمام اطلاعات چاپ شده در این تقاضانامه را خوانده و فهمیده ام.

امضاء _____ تاریخ _____

امضاء شاهد (اگر شخص با علامت امضاء کرده باشد) _____ تاریخ _____

امضاء شخصی که به متقاضی برای تکمیل تقاضانامه کمک میکند شماره تلفن _____ نسبت او به متقاضی _____ تاریخ _____

امضاء شخصی که در قبال متقاضی / ذینفع عمل میکند شماره تلفن _____ نسبت او به متقاضی _____ تاریخ _____

لطفاً این فرم را با تقاضا نامه رسمی امضاء شده ضمیمه کرده و به آدرس زیر پست کنید:

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