

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.*

ПРОГРАММА ЛЕЧЕНИЯ РАКА ГРУДИ И ШЕЙКИ МАТКИ ФОРМА ЗАЯВЛЕНИЯ MEDI-CAL

Пожалуйста, по возможности ответьте на следующие вопросы на английском языке.

1. Это – заявление Medi-Cal для незамедлительного получения медицинского обслуживания в этом месяце и в следующем месяце. Хотите ли Вы также использовать это заявление для получения Продолжающийся медицинского страхования Medi-Cal? Да Нет
(Обведите один ответ)

Это заявление не содержит достаточно информации для решения о том, соответствуете ли Вы требованиям согласно правилам какой-либо другой программы Medi-Cal. Это заявление будет использоваться для решения о том, соответствуете ли Вы требованиям для Medi-Cal только согласно правилам ВССТР. Если Вы считаете, что Вы соответствуете требованиям для Medi-Cal по другим причинам, помимо Вашего диагноза предракового состояния/рака груди или шейки матки, пожалуйста, свяжитесь с Вашим окружным офисом по вопросам социального обеспечения и подайте полное заявление Medi-Cal. У Вас есть право подать заявление в Вашем местном окружном офисе по вопросам социального обеспечения для принятия решения о том, соответствуете ли Вы требованиям какой-либо другой программы Medi-Cal.

2. Были ли у Вас медицинские расходы в течение 3 месяцев до месяца, когда Вы подали заявление на ВССТР, и хотите ли Вы, чтобы программа Medi-Cal оплатила эти расходы? Да Нет
(Обведите один ответ)

State of California Benefits Identification Card (Идентификационная карта для получения льгот Штата Калифорния):

3. Есть ли у Вас State of California Benefits Identification Card (Идентификационная карта для получения льгот Штата Калифорния)? Да Нет
(Обведите один ответ)
4. Пожалуйста, укажите номер Вашей карты VIC (если у Вас есть карта)
-

Идентификационная информация:

Если Вы используете только одно имя, отметьте поле и просто поставьте знак решетки (#) в месте, отведенном для имени, и укажите Ваше имя в отведенном, месте для фамилии.

5. Фамилия: _____
6. Имя: _____
7. Среднее имя: _____
8. Обращение: _____
9. Social Security Number (Номер социального обеспечения): _____

Social Security Number (Номер социального обеспечения) требуется для получения льгот Medi-Cal в полном объеме. Если у Вас нет этого номера сейчас, Вы можете подать заявление сейчас и предоставить нам номер в течение 60 дней, или если Вы – нелегальный иммигрант, Вы можете получать услуги лечения рака груди и шейки матки и услуги неотложной медицинской помощи без Social Security Number (Номер социального обеспечения).

См. следующую страницу

10. Пол: Мужской Женский
(Обведите один ответ)

11. Дата рождения: _____

12. Место рождения: _____

Округ рождения: (Если Вы родились в California (Калифорния)) _____

Штат рождения: (Если Вы родились не в округе California (Калифорния)) _____

Страна рождения: (Если Вы родились не в США) _____

Гражданин, подданный или натурализованный гражданин США? Да Нет
(Обведите один ответ)

Иммигранты, которые соответствуют всем иммиграционным требованиям, могут получать постоянные льготы Medi-Cal в полном объеме. Нелегальные иммигранты могут получать услуги лечения рака груди и шейки матки и услуги неотложной медицинской помощи.

13. Этническая группа: (Не обязательно) _____

Информация об адресе:

Вы должны проживать в State of California (Штат Калифорния). Если у Вас нет места проживания, отметьте поле в конце строки. Заполните раздел «Адрес проживания» (в строке «Адрес и номер дома» нужно указать общее местонахождение улицы). Заполните также раздел «Почтовый адрес».

14. Адрес проживания:

С/О: _____

Улица и номер дома: _____

Город: _____

Штат: _____

Индекс: _____

Округ проживания: _____

15. Почтовый адрес: (Если отличается от Вашего адреса проживания)

С/О: _____

Улица и номер дома: _____

Город: _____

Штат: _____

Индекс: _____

Округ проживания: _____

16. Контактная информация:

Как лучше всего связаться с Вами? _____

Email адрес: _____

В какое время лучше всего звонить Вам? _____

Номер телефона 1: _____

Номер телефона 2: _____

Номер телефона 3: _____

Устный язык: _____

Письменный язык: _____

См. следующую страницу

Информация о страховании Medicare:

17. Есть ли у Вас страхование Medicare Part A (Медикэр, Часть А) (Стационарные услуги)?
Да Нет
(Обведите один ответ)
18. Есть ли у Вас страхование Medicare Part B (Медикэр, Часть В) (Амбулаторные услуги)?
Да Нет
(Обведите один ответ)
19. Зарегистрированы ли Вы в Medicare HMO (Организация медицинского обеспечения Медикэр)?
Да Нет
(Обведите один ответ)
20. Есть ли у Вас страхование Medicare Part D (Медикэр, Часть D) (лекарства по рецепту)?
Да Нет
(Обведите один ответ)
21. Номер страховой претензии по медицинскому страхованию:

Другая информация о медицинском страховании:

22. Есть ли у Вас комплексное медицинское страхование?
Да Нет
(Обведите один ответ)
23. Если Да, укажите медицинскую страховую компанию: _____
24. Номер основного пользователя/участника: _____
25. Есть ли у Вас дополнительные платы, страховые взносы или вычеты?
Да Нет
(Обведите один ответ)

См. следующую страницу

Уведомление о конфиденциальности Medi-Cal

Информация, предоставленная в настоящем заявлении, является конфиденциальной и не подлежащей разглашению в соответствии с Кодексом учреждений социального обеспечения 14100.2.

Эта информация может быть разглашена лишь в соответствии с данным законом.

Права, обязанности и принципы Medi-Cal

Я имею право:

- На равноправное и справедливое отношение к себе независимо от моей расовой принадлежности, цвета кожи, вероисповедания, национального происхождения, пола, возраста или политических убеждений.
- Просить предоставления услуг переводчика.
- Просить объективного пересмотра моей просьбы о предоставлении услуг Medi-Cal без перерывов, если я считаю, что решение, принято по моему делу в Меди-сал, является неверным или несправедливым. Я должен обратиться с просьбой о пересмотре в течении 90 дней после получения мною "Извещения о решении" (Notice of action). Для получения информации о правилах пересмотра дел в Medi-Cal звоните бесплатно по телефону 1-800952-5253.
- Ознакомиться с правилами и инструкциями программы Medi-Cal.

Я обязан:

- Сообщать о любых изменениях в информации, предоставленной в данном заявлении, в течении 10 дней.
- Сообщать в местную службу социального обеспечения о случаях, когда член моей

семьи, также пользующийся Medi-Cal, подает заявление на пособие по инвалидности; находится в общественном учреждении или получает медицинскую помощь вследствие несчастного случая или травмы, причиненных другим лицом.

- Сотрудничать в рассмотрении моего дела.
- Передать права на оказание медицинских услуг штату Калифорния.
- Передать права на оказание медицинских услуг третьим лицам штата Калифорния.

Я знаю, что:

- Условием моего соответствия требованиям Меди-сал является автоматическая передача прав на оказание медицинских услуг штату Калифорния.
- Если я умышленно не предоставляю необходимой информации или предоставляю ложную информацию, мне могут отказать в получении льгот, прекратить их предоставление и потребовать возместить стоимость предоставленных услуг. Меня могут также привлечь к ответственности за обман.
- Лица, указанные мною в заявлении, не находятся в заключении, тюрьме или в любом другом исправительном учреждении.
- После моей смерти штат имеет право требовать возмещение стоимости всех услуг Medi-Cal, полученных мною после достижения возраста 55 лет, из моего наследства, если у меня не остается супруга(и), несовершеннолетних детей, слепых детей или детей, имеющих полную постоянную инвалидность.
- Если меня помещают в медицинское учреждение для ухода, и у меня нет намерения возвращаться в свой дом, штат имеет право наложить арест на мою собственность.

Уведомление о прайвеси в отношении Медисал

Закон об информации 1977 г. и Федеральный закон о прайвеси требуют от Министерства здравоохранения предоставления следующей информации: по Кодексу учреждений социального обеспечения, пункт 14011, и согласно положения Титула 22, ССР, и требуют, чтобы лица, подающие заявление на программу Медисал, предоставляли в своем заявлении информацию, позволяющую определить их соответствие требованиям программы.

Эта информация может быть передана федеральным агентствам, агентствам штата и местным агентствам с целью подтверждения соответствия требованиям, а также в других целях, связанных с реализацией программы Медицал, включая подтверждение иммиграционного статуса через Службу иммиграции и натурализации (INS) только для лиц, обращающихся за предоставлением полного спектра услуг Медисал (согласно федеральному закону, Служба иммиграции и натурализации не может использовать данную информацию для каких-либо целей, кроме рассмотрения случаев обмана). Данная информация будет использована для обработки заявлений и изготовления личных

карточек (BIC). Непредоставление требуемой информации может привести к отклонению заявления.

Информация, требуемая в данном бланке, является обязательной, исключая информацию об этническом происхождении, а также других пунктов, где есть отметка «по желанию» или «по выбору». Номера в системе социального страхования требуются в соответствии с пунктом 1137(a)(1) Закона о социальном страховании и пунктом 14011.2 Кодекса учреждений социального обеспечения, кроме случаев, когда обращение связано исключительно со льготаму для лечения рака груди и шейки матки, экстренными случаями или беременностью.

Каждый гражданин имеет право доступа к делу с его личной информацией, хранящемуся в Министерстве здравоохранения.
.....
Для получения доступа к своему делу свяжитесь с сотрудником местного органа социального обеспечения, если на вас не распространяется Программа лечения рака груди и шейки матки.

Приложите данную анкету к подписанному официальному заявлению и отправте по адресу:

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

Кто может подписать данное заявление?

- Лицо, желающее пользоваться услугами Medi-Cal, или супруг(а) лица, желающего пользоваться услугами Medi-Cal
- Попечитель, опекун или лицо, осуществляющее уход за ребенком, желающим пользоваться услугами Medi-Cal
- Лицо, действующее по поручению желающего пользоваться услугами Medi-Cal, если последний недееспособен, находится в состоянии комы или страдает амнезией, в случае, если у него нет супруга, поручителя, опекуна или душеприказчика
- Лица, в возрасте от 14 до 21 год, проживающие отдельно от родителей, родственника-опекуна или приемных родителей, которые подадут заявление от собственного имени

Чтобы получить информацию о любой из нижеследующих программ, отметьте нужную клеточку(и), и информация будет выслана вам. Обращайтесь также на сайт Медисал в Интернете по адресу www.dhcs.ca.gov

- Программа персонального ухода (PCSP). Программа ухода на дому.
- Программа для матери и ребенка(AIM). Программа помощи беременным женщинам со средним доходом в получении медицинской помощи.
- Программа питания женщин, младенцев и детей (WIC). Программа питания для беременных женщин и молодых матерей, а также детей до 5 лет.
- Программа планирования семьи.
- Программа охраны здоровья детей (CHDP). Профилактическая медицинская помощь детям и подросткам. Хотите ли вы, чтобы ваших детей направили на программу CHDP?
 Да Нет

ПОДПИСЬ И ЗАВЕРЕНИЕ

Я настоящим заявляю, зная об ответственности за лжесвидетельство перед законом штата Калифорния, что, насколько мне известно, ответы, данные мною в настоящем заявлении, а также предоставленные документы являются верными и подлинными.

Я настоящим заявляю, что я прочел и понял инструкцию к заявлению, мои заверения, а также все сведения, содержащиеся в данном заявлении.

Подпись заявителя Дата

Witness Signature (если заявитель не умеет писать) Дата

Подпись лица, оказывавшего заявителю помощь в заполнении бланка заявления	номер телефона	Характер взаимоотношений с заявителем (родственник, друг, сосед)	Дата
---	----------------	--	------

Подпись лица, оказывавшего заявителю помощь в заполнении бланка заявления	номер телефона	Характер взаимоотношений с заявителем (родственник, друг, сосед)	Дата
---	----------------	--	------

Приложите данную анкету к подписанному официальному заявлению и отправьте по адресу:

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