

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.*

ĐƠN ĐĂNG KÝ MEDI-CAL TRONG CHƯƠNG TRÌNH ĐIỀU TRỊ UNG THƯ VÚ VÀ UNG THƯ CỔ TỬ CUNG

Vui lòng trả lời các câu hỏi sau bằng tiếng anh, bất cứ khi nào có thể.

1. Đây là đơn Medi-Cal để nhận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe ngay lập tức cho tháng này và tháng sau. Quý vị có muốn sử dụng đơn đăng ký này để tiếp tục hưởng bảo hiểm sức khỏe Medi-Cal không?

Có Không
(Khoanh Tròn Một Lựa Chọn)

Đơn đăng ký này không bao gồm đầy đủ thông tin để xác định xem quý vị có đủ điều kiện tham gia bất kỳ chương trình Medi-Cal nào khác không. Đơn đăng ký này sẽ được sử dụng để xác định xem quý vị có đủ điều kiện hưởng Medi-Cal chỉ theo quy tắc BCCTP hay không. Nếu quý vị cho rằng quý vị đủ điều kiện hưởng Medi-Cal vì các lý do khác ngoài lý do đã được chẩn đoán bị tiền ung thư/ ung thư vú hoặc cổ tử cung, vui lòng liên hệ văn phòng dịch vụ xã hội tại quận của quý vị và nộp đơn đăng ký Medi-Cal đã điền đầy đủ thông tin. Quý vị có quyền nộp đơn đăng ký tại văn phòng dịch vụ xã hội của quận địa phương của quý vị để xem quý vị có đủ điều kiện hưởng bất kỳ chương trình Medi-Cal nào khác không.

2. Quý vị có chi trả chi phí y tế nào trong vòng 3 tháng trước khi quý vị nộp đơn đăng ký cho BCCTP hay chưa và quý vị có muốn Medi-Cal thanh toán cho những khoản chi phí đó không?

Có Không
(Khoanh Tròn Một Lựa Chọn)

State of California Benefits Identification Card (Thẻ Nhận Dạng Phúc Lợi Tiểu Bang California):

3. Quý vị có State of California Benefits Identification Card (Thẻ Nhận Dạng Phúc Lợi Tiểu Bang California) không?

Có Không
(Khoanh Tròn Một Lựa Chọn)

4. Vui lòng ghi số BIC của quý vị (nếu có) _____

Thông Tin Xác Minh:

Nếu quý vị chỉ sử dụng một tên, đánh dấu vào ô và chỉ ghi ký hiệu số (#) vào khoảng trống ở phần Tên và nhập tên quý vị vào khoảng trống ở phần Họ.

5. Họ: _____

6. Tên: _____

7. Tên Đệm: _____

8. Danh Xưng: _____

9. Social Security Number (Số An Sinh Xã Hội): _____

Bắt buộc phải nhập Social Security Number (Số An Sinh Xã Hội) để hưởng đầy đủ phúc lợi Medi-Cal. Nếu hiện tại quý vị không có số này, quý vị có thể xin cấp bây giờ và cung cấp cho chúng tôi trong vòng 60 ngày hoặc nếu quý vị là người nhập cư không có giấy tờ thì quý vị có thể nhận điều trị ung thư vú và ung thư cổ tử cung và các dịch vụ cấp cứu mà không cần Social Security Number (Số An Sinh Xã Hội).

10. Giới Tính: _____ Nam _____ Nữ
(Khoanh Tròn Một Lựa Chọn)

11. Ngày Sinh: _____

Xem trang tiếp theo

12. Nơi Sinh: _____
Sinh tại Quận: (Nếu quý vị được sinh ra ở California) _____
Sinh tại Tiểu Bang: (Nếu quý vị được sinh ra ở một quận không thuộc California)

Sinh tại Quốc Gia: (Nếu quý vị không được sinh ra ở Hoa Kỳ) _____

Quý vị là Công Dân, Người Mang Quốc Tịch hoặc công dân nhập quốc tịch Hoa Kỳ? Có Không
(Khoanh Tròn Một Lựa Chọn)

Người nhập cư đáp ứng tất cả các yêu cầu nhập cư có thể tiếp tục hưởng đầy đủ phúc lợi Medi-Cal. Người nhập cư không có giấy tờ có thể nhận điều trị Ung Thư Vú và Ung Thư Cổ Tử Cung và các dịch vụ cấp cứu.

13. Nhóm Dân Tộc: (Không Bắt Buộc) _____

Thông Tin Địa Chỉ:

Quý vị phải là một cư dân của State of California (Tiểu Bang California). Nếu quý vị không có một nơi để sinh sống, đánh dấu vào ô ở cuối dòng. Điền đầy đủ mục địa chỉ nơi cư trú (cần nhập vị trí đường phố nói chung vào mục Địa Chỉ Đường Phố). Đồng thời quý vị hãy hoàn thành Mục Địa Chỉ Gửi Thư.

14. Địa Chỉ Cư Trú:
C/O: _____
Địa Chỉ Đường Phố: _____
Thành Phố: _____
Tiểu Bang: _____
Mã số vùng: _____
Quận Cư Trú: _____

15. Địa Chỉ Gửi Thư: (Nếu khác Địa Chỉ Cư Trú của quý vị)
C/O: _____
Địa Chỉ Đường Phố: _____
Thành Phố: _____
Tiểu Bang: _____
Mã số vùng: _____
Quận Cư Trú: _____

16. Thông Tin Liên Lạc:
Cách tốt nhất để liên lạc với quý vị là gì? _____
Địa Chỉ Email: _____
Khi nào là thời gian tốt nhất để gọi điện thoại cho quý vị? _____
Số Điện Thoại 1: _____
Số Điện Thoại 2: _____
Số Điện Thoại 3: _____
Ngôn Ngữ Nói: _____
Ngôn Ngữ Viết: _____

Xem trang tiếp theo

Thông Tin về bảo hiểm Medicare:

17. Quý vị có Medicare Part A (Medicare Phần A) (dành cho Bệnh Nhân Nội Trú) không? Có Không
(Khoanh Tròn Một Lựa Chọn)
18. Quý vị có Medicare Part B (Medicare Phần B) (dành cho Bệnh Nhân Ngoại Trú) không? Có Không
(Khoanh Tròn Một Lựa Chọn)
19. Quý vị có được ghi danh vào Medicare HMO (Tổ Chức Duy Trì Sức Khỏe Medicare) không? Có Không
(Khoanh Tròn Một Lựa Chọn)
20. Quý vị có Medicare Part D (Medicare Phần D) (Thuốc Theo Toa) không? Có Không
(Khoanh Tròn Một Lựa Chọn)
21. Số Yêu Cầu Bảo Hiểm Y Tế: _____

Thông Tin Bảo Hiểm Y Tế Khác:

22. Quý vị có bảo hiểm y tế toàn diện khác không? Có Không
(Khoanh Tròn Một Lựa Chọn)
23. Nếu Có, ghi rõ Công Ty Bảo Hiểm Y Tế: _____
24. Số Người Đăng Ký/Hội Viên Chính _____
25. Quý vị có bất kỳ khoản đồng thanh toán, phí bảo hiểm, hoặc khoản khấu trừ nào không? Có Không
(Khoanh Tròn Một Lựa Chọn)
- Xem trang tiếp theo

Thông Báo Về Sự Bảo Mật Hồ Sơ Y Tế

Thông tin cung cấp trong đơn này có tính cách riêng tư và được bảo mật chiếu theo Luật Số 14100.2 về Phúc Lợi Xã Hội và Các Định Chế phục vụ.

Thông này chỉ được tiết lộ theo sự quy định của luật lệ nêu trên.

Quyền Lợi, Trách Nhiệm và Các Thông Báo Về Trợ Cấp Y Tế Medi-Cal

Tôi có quyền:

- Được đối xử công bình và bình đẳng bất kể chủng tộc, màu da, tôn giáo, nguồn gốc quốc gia, giới tính, tuổi tác, hay quan điểm chánh trị của tôi.
- Yêu cầu một thông dịch viên.
- Yêu cầu một buổi điều trần nếu tôi muốn trợ cấp y tế Medi-cal tiếp tục và nghĩa rằng sự quyết định của sở xã hội về hồ sơ của tôi là không công bình và sai lầm. Tôi phải yêu cầu buổi điều trần trong vòng 90 ngày sau khi nhận được thư thông báo về quyết định này (Notice of Action). Muốn biết cách xin điều trần về Medi-Cal, gọi số miễn phí 1-800-952-5253.
- Được xem các luật lệ và quy định về chương trình trợ cấp y tế Medi-Cal

Tôi có trách nhiệm phải:

- Thông báo trong vòng 10 ngày bất cứ những thay đổi thông tin nào đã kê khai trong đơn xin.
- Báo cho văn phòng xã hội địa phương biết nếu có thân nhân nào trong gia đình, đang có trợ cấp y tế Medi-Cal, nộp đơn xin tiền bệnh; đang

ở trong cách trung tâm công cộng; hay đang được chăm sóc y tế vì bất cứ những tai nạn hay thương tật nào do người khác gây nên.

- Hợp tác nếu hồ sơ của tôi đang được kiểm tra.
- Ủy thác quyền lợi được cung cấp y tế cho Tiểu Bang California
- Ủy thác quyền lợi được cung cấp y tế cho Tiểu Bang California.

Tôi hiểu rằng:

- Như là một điều kiện để được hợp lệ hưởng trợ cấp y tế Medi-Cal, tất cả quyền lợi được cung cấp y tế tự động được ủy thác cho Tiểu Bang California.
- Nếu tôi cố ý không cung cấp những sự kiện cần thiết, hay cung cấp những sự kiện không đúng với sự thật, tôi hiểu rằng phúc lợi của tôi có thể bị khước từ hay chaasm dứt và có thể bị yêu cầu phải hoàn lại chi phí. Tôi cũng có thể bị điều tra về sự gian lận.
- Người mà tôi đang làm đơn xin trợ cấp không đang ở trong tù, nhà giam, hay trong bất cứ trung tâm cải huấn nào.
- Sau khi tôi chết, tiểu bang có quyền truy tìm sự bồi hoàn tiền từ các di sản của tôi về tất cả những phúc lợi y tế Medi-Cal mà tôi đã hưởng sau 55 tuổi trừ phi tôi có người phối ngẫu còn sống, con nhỏ, con bị mù hoặc tàn phế thường trực và hoàn toàn.
- Nếu tôi được nhận vào trung tâm dưỡng lão và tôi không có ý định trở về nhà, Tiểu Bang có thể đặt một món nợ lên trên tài sản của tôi.

Thông Báo Về Trợ Cấp Y Tế Medi-Cal Riêng Tư Cá Nhân

Đạo Luật Sử Dụng Thông Tin năm 1977 và Đạo Luật Liên Bang Bảo Mật Thông Tin đòi hỏi rằng Bộ Y Tế phải cung cấp thông tin sau đây: Mục 14011 Luật Xã Hội và Các Định Chế Thi Hành và các quy định trong Điều 22, CCR, đòi hỏi những người nộp đơn xin trợ cấp y tế Medi-Cal phải cung cấp các thông tin đòi hỏi trong đơn xin để được xét đơn.

Thông tin này có thể được chia sẻ với các cơ quan liên bang, tiểu bang và địa phương nhằm mục đích xác nhận tính cách hợp lệ và những mục đích khác liên quan đến việc quản trị chương rình trợ cấp y tế

Medi-Cal, kể cả sự xác nhận của cơ quan INS về tình trạng di trú của những người nào muốn xin trợ cấp y tế Medi-Cal toàn phần mà thôi. (Luật liên bang nói rằng cơ quan INS không thể sử dụng thông tin này vì bất cứ mục đích nào khác ngoại trừ những hồ sơ gian lận.) Thông tin này được sử dụng để giải quyết các hóa đơn thanh

toán tiền và để cấp thẻ Chứng Nhận Hưởng Medi-Cal (BICs). Không cung cấp thông tin đòi hỏi có thể bị bác đơn xin trợ cấp.

Thông tin đòi hỏi trong đơn này là bắt buộc, ngoại trừ thông tin về chủng tộc, và bất cứ những mục nào có ghi chú tự nguyện trả lời hoặc muốn trả lời hay không cũng được. Số An Sinh Xã Hội được đòi hỏi theo Mục 1137 (a)(1) của Đạo Luật An Sinh Xã Hội và Luật Xã Hội và các Định Chế Thi Hành Mục 14011.2. trừ phi chỉ xin cho trường hợp bị ung thư ngực và tử cung và trường hợp cấp cứu hay đang mang thai mà thôi.

Ai cũng có quyền xem hồ sơ cá nhân của mình đang được Bộ Y Tế quản trị.
.....
Liên lạc với văn phòng xã hội địa phương để yêu cầu xem hồ sơ của mình nếu quý vị không nằm trong Chương Trình Chữa Trị Ung Thư Ngực Và Tử Cung.

**Vui lòng gửi kèm bản này cùng với đơn xin chánh thức đã ký tên về địa chỉ:
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
------	-----------------------------

Ai có thể ký tên vào đơn này?

- Người muốn xin trợ cấp y tế Medi-Cal, hay người hôn phối của người muốn xin trợ cấp y tế Medi-Cal.
- Người trông nom, người bảo hộ, hay người chăm sóc đứa trẻ cần trợ cấp y tế Medi-Cal
- Người đại diện cho người muốn xin trợ cấp y tế Medi-Cal khi người này bị bắt lức, trong tình trạng hôn mê, hay đang bị bệnh mất trí nhớ và không có người phối ngẫu, người trông nom hay người bảo hộ
- Những người từ 14 đến 21 tuổi không sống chung với cha mẹ, thân nhân chăm sóc hay cha mẹ nuôi và tự xin trợ cấp này cho chính mình

Muốn biết thêm chi tiết về bất cứ chương trình nào sau đây, đánh dấu vào (các) ô thích hợp, và chúng tôi sẽ gửi thông tin đến cho quý vị. Xem trang website Medi-Cal, www.dhcs.ca.gov

- Chương Trình Chăm Sóc Cá Nhân (PCSP). Một chương trình chăm sóc tại gia.
- Chương trình cho trẻ em và người mẹ (AIM). Một chương trình giúp cho phụ nữ mang thai có lợi tức trung bình nhận được chăm sóc y tế.
- Chương Trình Bông Sữa (WIC). Một chương trình dinh dưỡng cho phụ nữ mang thai và sau khi sanh con và trẻ em dưới 5 tuổi.
- Kế hoạch Hóa Gia Đình
- Chương Trình Chăm sóc và Ngừa Tàn Tật Cho Trẻ Em (CHDP). Chăm sóc phòng ngừa cho trẻ em và thiếu niên. Quý vị có muốn giới thiệu con em của quý vị đến chương trình CHDP không?
 Muốn Không

CHỮ KÝ VÀ XÁC NHẬN.

Tôi ký tên dưới đây xác nhận rằng tôi chịu trách nhiệm trước pháp luật của Tiểu Bang California về tội man khai nếu tôi trả lời các câu hỏi trong đơn xin, và cung cấp tin tức trong các tài liệu đã nộp không đúng với sự thật với tất cả sự hiểu biết và tin tưởng của tôi.

Tôi xác nhận rằng tôi đã đọc và hiểu các hướng dẫn cách điền đơn, các thông báo, và tất cả tin tức nêu trong đơn này.

Chữ Ký Ngày

Chữ Ký của Người Chứng (Nếu không ký được) Ngày

Chữ Ký của Người giúp điền đơn Số Điện Thoại Liên hệ Ngày

Chữ Ký của Người đại diện đương Số Điện Thoại Liên hệ Ngày
đơn/người xin

**Vui lòng gửi kèm bản này này cùng với đơn xin chánh thức đã ký tên về địa chỉ:
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
------	-----------------------------