

The Breast and Cervical Cancer Treatment Program

MEDI-CAL 申請

請填寫以下所有欄位以協助我們處理您的申請。僅提供此表格中特別要求的個人信息，避免包含任何未要求的額外詳細資訊。

1. 此表格用於申請本月和下個月的即時 Medi-Cal 醫療保健服務。您是否還想使用此應用程式透過 Breast and Cervical Cancer Treatment Program (BCCTP) 獲得持續的 Medi-Cal 保險？

是 否

註：您必須在當地縣社會服務辦公室申請 Medi-Cal 才能繼續享受 BCCTP 福利。這是因為您需要接受所有福利的評估。如果您已在這申請日期前的 45 個日曆日內提交了 Medi-Cal 申請，則無需向縣提出申請。

2. 您在過去三個 (3) 個月內是否有需要協助支付的醫療費用？

是 否

Medi-Cal 卡

3. 您是否有 Medi-Cal 卡，也稱為 "Benefits Identification Card" (BIC)？

是 否

如果 "是"，您卡的號碼是什麼？

申請人資訊

4. 名字	5. 姓氏	6. 中間名字	7. 後綴 (Jr.、Sr.、III)
8. Social Security number			
Medi-Cal 福利不需要 Social Security number。如果您現在沒有，稍後再申請，則必須在收到號碼後 60 天內提供給我們。			
9. 性別 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性		10. 出生日期 (月月/日日/年年年年)	
11. 出生縣 (如果在 California)		12. 出生州	

家庭住址

13. <input type="checkbox"/> 如果無家可歸，請勾選方塊，並告訴我們以下「郵寄地址」中任何書面信件的寄送地點。			
代收人 (C/O)			
街道地址			
城市	州	郵遞區號	您居住的縣
14. 郵寄地址 (如果與家庭住址不同)			
城市	州	郵遞區號	您居住的縣

聯絡資訊

15. 什麼是最好的方式聯絡您？			<input type="checkbox"/> 郵件	<input type="checkbox"/> 電話	<input type="checkbox"/> 電子郵件
電子郵件 地址					
家裡電話號碼	最佳通話時間	可以留言嗎？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
留言電話	最佳通話時間	可以留言嗎？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
手機號碼	最佳通話時間	可以留言嗎？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
首選口語			首選書寫語言		

其他健康保險資訊

16. 您是否有其他綜合醫療保險包括 Medicare ?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
17. 如果是，請指出健康保險公司：選擇所有適用項。	
<input type="checkbox"/> Military Benefits Comprehensive	
<input type="checkbox"/> Medicare Part C (Advantage)	
<input type="checkbox"/> Medicare 假釋犯	
<input type="checkbox"/> PPO/PHP/HMO/EPO	
<input type="checkbox"/> 多種綜合計劃	
<input type="checkbox"/> Kaiser	
<input type="checkbox"/> 任何未列的公司 (包括多項保險)	
18. 您是否有 Medicare Part A (住院) ?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
19. 您是否有 Medicare Part B (門診) ?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
20. 您是否有 Medicare Part D (處方藥保險) ?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

家庭資訊

21. 您是否懷孕？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果是，您預計會生幾個孩子？ _____
22. 您家有多少名家庭成員？ _____ 其中包括您 (BCCTP 申請人)、與您同住的 <u>21 歲以下</u> 受撫養子女以及您的配偶。
23. 您的 每月 家庭稅前收入是多少？

以下列出您的家庭成員。

姓名 (名字和姓氏)	出生日期	與您的關係 (例如配偶、子女)	他們的每月總收入 (稅前) 是多少 ?

替代格式

24. 您是否需要其他格式的資訊? (可選) 是 否

如果是, 請選擇一種格式類型。

- 大字體
- 音訊電子格式
- 資料電子格式
- 盲文
- 縣級支持
- 音訊電子格式 (受密碼保護)
- 資料電子格式 (受密碼保護)

請將此簽署的表格與申請表一起提交。

申請人姓名	Tracking number
-------	-----------------

誰可以簽署此申請？

- 申請人或其配偶。年滿 21 歲及以上的申請人可自行申請。如果申請人年齡在 18 歲至 21 歲之間，並且與父母或監護人同住，則必須由父母或監護人為其申請。
- 需要 Medi-Cal 的申請人的保護人或監護執行人。
- 當申請人無法處理個人事務、昏迷且沒有配偶、保護人、監護人、執行人或授權代表時，由其代理申請人事務。

被任命為授權代表的個人同意向申請人或會員提供書面揭露，並遵守所有管理授權代表的州和聯邦法律。這些包括但不限於有關資訊隱私的法律、禁止重新分配提供者索賠的規則以及利益衝突。

這些州和聯邦法律賦予我們收集和保留申請資訊的權利：42 Code of Federal Regulations § 435.907

The Health Insurance Portability and Accountability Act, Section 262(a), 42 U.S.C., Section 290dd-2 (42 CFR Part 2) and state law, including Civil Code, Section 56.10(b), Welfare and Institutions Code, Section 10850.

根據 CA Civil Code § 1798.17，我們必須向您提供本隱私權聲明。請參閱 dhcs.ca.gov 上的 DHCS 隱私權慣例通知。

California Code, Welfare and Institution Code – WIC § 14011. 2

簽名和認證

我聲明，根據 California 法律，我願意根據偽證處罰規定，在此申請中給出的答案和提供的文件為正確無訛，且盡我所知。我聲明我已閱讀並理解申請說明、我的權利和責任以及本申請表上印刷的所有資訊。

申請人的簽名	日期
申請人的代理人或授權代表的簽名	日期
與申請人的關係	電話號碼

Medi-Cal 保密和揭露通知根據 Welfare and Institutions Code 14100.2·本申請中提供的資訊屬於私人和保密資訊。

任何已知或可預見的資訊揭露·包括向其他州機構、聯邦政府或執法部門的揭露·包括根據 Civil Code 1798.24 第 (e) 款或 (f) 款進行的資訊揭露。

當我申請 Medi-Cal 時我有哪些權利？

- 無論種族、膚色、原國籍、宗教、年齡、性別、性取向、性別認同、婚姻狀況、政治信仰、退伍軍人身份或殘疾如何·您都有權獲得公正和平等的待遇。
- 如果您認為 Medi-Cal 計劃歧視您或未能提供州和聯邦法律所要求的合理便利·您有權提出投訴·您可以致電 Department of Health Care Services (DHCS) 民權辦公室進行投訴·電話：1-916-440-7370 (TTY: 1-916-440-7399) 或造訪以下網站：
<https://www.dhcs.ca.gov/Documents/1044-DHCS-DISCRIMINATION-COMPLAINT-FORM.pdf>
- 您有權接受評估以確定您是否有資格參加任何 Medi-Cal 計劃。
- 您有權獲得有關 Medi-Cal 計劃的資訊並獲得申請 Medi-Cal 的協助。
- 如果您在申請 Medi-Cal 時需要協助·有疑問或在說、讀或理解英語方面有困難·您有權獲得口譯員的協助。
- 如果您在申請月份之前的三個月內接受了健康服務·您有權接受評估·以確定您是否符合 Medi-Cal 支付這些服務的資格·這被稱為追溯資格。

- 您有權以書面形式獲悉您是否有資格享受 Medi-Cal 或您的資格狀態是否有任何變更。
- 您可以透過以下方式申請聽證
 - 1) 聯絡就近的縣社服務辦公室；
 - 2) 致電 Department of Social Services : 1-855-795-0634 或 TDD 1-800-952-8349 ; 或者
 - 3) 以書面形式向您所在縣的社會服務辦公室提出請求·您可以填寫《行動通知》(form NA Back 9) 的背面部分來要求聽證·並將表格或其他書面請求發送到最近的縣社會服務辦公室·您可透過您所在縣的社會服務辦公室或以下網址取得表格：
<https://www.cdss.ca.gov/Portals/9/Additional-Resources/Forms-and-Brochures/NABack9.pdf?ver=2022-05-16-155918-390>
- 如果您對當地縣社會服務辦公室、DHCS 或 Covered California 的決定不滿意·您有權要求州聽證會·但與 Health Insurance Premium Payment (HIPP) 計劃相關的決定除外·HIPP 並非一項福利計劃；因此·HIPP 沒有上訴權。
- 如果您希望舉行州聽證會來對該決定提出上訴·則必須在收到或郵寄行動通知 (NOA) 之日起 **90 天內** 提出申請。
- 如果您沒有收到 NOA·您必須在發現您不滿意的行動或不作為之日起 **90 天內** 要求舉行聽證會·除非不作為是由於延遲確定您的 Medi-Cal 福利申請造成的。

- 您有權查看您的 Medi-Cal 文件以及所有用於決定您是否有資格獲得 Medi-Cal 的 Medi-Cal 計劃規則和法規手冊。

如果我獲得 Medi-Cal，我的責任是什麼？ 當發生以下任何變更時，您必須在變更發生後的 10 天內通知 BCCTP：

- 您或您家中的家庭成員的收入有變。無論收入增加或減少、開始或停止，這都適用。這包括來自 Social Security Administration (SSA) 的收入、貸款、和解金、就業、失業和任何其他來源的收入。
- 您變得身體或精神殘疾。
- 您向 SSA、Veterans Administration 或 Railroad Retirement 申請或領取殘障福利。
- 您正在申請或獲得 Medi-Cal，並且公民身份或移民身份有變。
- 您的健康保險承保有變。
- 如果您不提供必要的資訊或提供您知道是虛假的信息，您的 Medi-Cal 福利可能會被拒絕或停止。您的案件也可能因涉嫌詐欺而受到調查。
- 要了解有關您的隱私權和 Medi-Cal 的更多信息，請參閱 Department of Health Care Services 隱私權慣例通知網頁。您可在以下網址找到：
www.dhcs.ca.gov/formsandpubs/laws/priv/Pages/NoticeofPrivacyPractices.aspx

您還必須：

- 當被要求時，請提供證明，證明您是加州居民。
- 申請 Medi-Cal 時請聲明您的公民或移民身分。
- 為任何申請 Medi-Cal 福利的人提供 Social Security Number (SSN)。

- 如果您是美國公民、美國國民或具有令人滿意的移民身份的人，則必須提供 SSN。如果您沒有，您必須申請 SSN，並在申請後 60 天內將該號碼提供給縣社會服務辦公室。
- 您可以從縣社會服務工作者獲得申請 SSN 的協助。
- 您必須與 Social Security Administration (SSA) 合作解決出現的任何問題，否則您的 Medi-Cal 將被拒絕或停止。
- 如果您符合資格，請申請 Medicare。
- 失明、殘疾、患有末期腎病或年齡在 64 歲 9 個月以上的個人有資格享受 Medicare。您有責任告知您的醫療保健提供者您同時擁有 Medi-Cal 和 Medicare 保險。
- 向縣社會服務辦公室和醫療保健提供者報告您擁有或有權使用的任何醫療保險或保險，包括 Medicare。如果您故意不提供這些信息，您的提供者可能會向您收取費用，並且您會被視為犯罪。
- 您了解：
- 如果您不提供必要的資訊或提供您知道是虛假的信息，您的 Medi-Cal 福利可能會被拒絕或停止。您的案件也可能因涉嫌詐欺而受到調查。
- 如果您沒有立即報告個人資訊的變更並收到您不符合資格的 Medi-Cal 福利，您可能需要償還 DHCS。
- 您或任何接受 Medi-Cal 的家庭成員不得接受其他州的公共援助。當您申請 Medi-Cal 時，我們會對您進行評估，以確定您是否有資格參加其他醫療援助計劃，包括 HIPP Program。

個人有權查閱由Department of Health Care Services 保存的包含其個人資訊的記錄。

Department of Health Care Services 關於個人資訊的政策可在該部門的隱私權慣例通知網頁上線上查閱

<https://www.dhcs.ca.gov/formsandpubs/laws/priv/Pages/NoticeofPrivacyPractices.aspx>

以及隱私權政策聲明網頁：

<https://www.dhcs.ca.gov/pages/privacy.aspx>

如果您沒有參加 Breast and Cervical Cancer Treatment Program，請聯絡您當地的福利辦公室索取您的記錄。

如果您想存取 DHCS 內的記錄，請聯絡 BCCTP 尋求協助。

Breast and Cervical Cancer Treatment Program

P.O. Box 997417, MS 4611

Sacramento, CA 95899-7417

電話：(800) 824-0088

電子郵件：BCCTP@dhcs.ca.gov

傳真：(916) 440-5693

如果您需要 Medi-Cal 申請表的副本，請聯絡您申請福利的縣。若要尋找您當地的縣辦公室，請聯絡 Medi-Cal (電話：1-800-541-5554) 或造訪縣辦公室網頁：

<https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx>