

Programa de Tratamiento del Cáncer de Seno y Cáncer Cervical

Solicitud de MEDI-CAL

Complete todos los espacios a continuación son para ayudarnos a procesar su solicitud.

Proporcione únicamente la información personal solicitada específicamente en este formulario y evite incluir cualquier detalle adicional no solicitado.

1. Este formulario es para solicitar servicios inmediatos de atención de salud de Medi-Cal para este mes y el mes que viene.

¿Desea también utilizar esta solicitud para obtener cobertura continua de Medi-Cal a través del Programa de Tratamiento del Cáncer de Seno y Cervical (BCCTP)? Si No

Nota: Debe solicitar Medi-Cal en la oficina local de servicios sociales del condado para continuar recibiendo los beneficios del BCCTP. Esto se debe a que necesita ser evaluado para todos los beneficios. No es necesario que presente la solicitud en el condado si ha presentado una solicitud de Medi-Cal en los últimos 45 días calendario a partir de esta fecha de solicitud.

2. ¿Ha tenido algún gasto médico en los últimos tres (3) meses para el cual necesita ayuda pagar?

☐ Si ☐ No

Tarjeta de Medi-Cal

3. Tiene una tarjeta de Medi-Cal, también llamada «tarjeta de identificación de beneficios» (BIC)? ☐ Si ☐ No

Si es así, ¿cuál es el número de su tarjeta?

Información del Solicitante

4. Nombre	5. Apellido	6. Segundo nombre	7. Sufijo (Jr, Sr, III)
8. Número de Seguro Social <i>No es necesario tener un número de Seguro Social para recibir los beneficios. Si no lo tiene ahora y lo solicita más adelante, deberá facilitarnos el número en un plazo de 60 días desde que lo reciba.</i>			
9. Sexo ☐ Masculino Femenino		10. Fecha de nacimiento (MM/DD/YYYY)	
11. Condado de nacimiento (si es California)		12. Estado de nacimiento	

Dirección de Casa

13. ☐ Si se trata de una persona sin hogar, marque la casilla e indíquenos dónde enviar la correspondencia escrita en la "Dirección postal" más abajo

Al cuidado de (C/O)

Dirección de la calle

Ciudad

Estado

Código postal

Condado donde vive

14. Dirección postal (si es diferente de la dirección de casa)

Ciudad

Estado

Código postal

Condado donde vive

Información de contacto

15.Cuál es la mejor manera de contactarle? ☐ Correo ☐ Teléfono ☐ Email

Correo electrónico

Teléfono de casa

Hora disponible

Está bien dejar un mensaje Si No

Teléfono para mensajes

Hora disponible

Está bien dejar un mensaje Si No

Teléfono móvil

Hora disponible

Está bien dejar un mensaje Si No

Idioma preferido

Idioma escrito preferido

Información sobre otros seguros de salud

16. Tiene otra cobertura médica, incluido Medicare?	☐ Si ☐ No
17. En caso de que sí, identifique la compañía de seguro médico(s): Seleccione todo lo que aplique.	
☐ Beneficios Militares	
☐ Medicare Parte C (Advantage)	
☐ Medicare en libertad condicional	
☐ PPO/PHP/HMO/EPO	
☐ Múltiples planes Integrales	
☐ Kaiser	
☐ Cualquier compañía que no esté incluida en la lista (incluso cobertura múltiple)	
18. Tiene Medicare Parte A (Hospital)?	☐ Si ☐ No
19. Tiene Medicare Parte B (Ambulatorio)?	☐ Si ☐ No
20. Tiene Medicare Parte D (Cobertura de medicamentos prescritos)?	☐ Si ☐ No

Información sobre el hogar

21. Está embarazada? ☐ Si ☐ No En caso de que sí, ¿cuántos bebés espera? _____
22. Cuántos miembros de la familia viven en su casa? _____ <i>Esto incluye a usted (aplicante del BCCTP), a los hijos menores de 21 años a su cargo que vivan con usted y a su cónyuge.</i>
23. Cuántos son los ingresos mensuales de su hogar antes de los impuestos?

Enumere los miembros de su familia.

Nombre (Nombre y apellido)	Fecha de Nacimiento	Relación con usted (ej: cónyuge, hijo)	Su ingreso mensual en bruto (antes de impuestos)?

Formas alternativas

24. ¿Necesita información en un formato alternativo? (opcional) ☐ Sí ☐ No

En caso de que sí, seleccione el tipo de formato

- ☐ Letra grande
- ☐ Formato electrónico de audio
- ☐ Formato electrónico de datos
- ☐ Braille
- ☐ Apoyo del condado
- ☐ Formato electrónico de audio (protegido por contraseña)
- ☐ Formato electrónico de datos (protegido por contraseña)

Incluya este formulario firmado con la solicitud

Nombre del Solicitante	Tracking number
------------------------	-----------------

Quién puede firmar esta solicitud?

- El solicitante o su cónyuge. Los solicitantes mayores de 21 años pueden presentar la solicitud por sí solos. Si el aplicante tiene entre 18 y 21 años de edad y vive con su padre, madre o tutor, este último deberá presentar la solicitud en su nombre.
- El tutor o guardián del solicitante que necesita Medi-Cal.
- Persona que actúa en nombre del solicitante cuando la persona es incapaz de ocuparse de sus asuntos personales, está en coma y no tiene cónyuge, tutor, guardián, ejecutor o representante autorizado

La persona designada como representante autorizado se compromete a informar por escrito al aplicante y a obedecer todas las leyes estatales y federales que rigen a los representantes autorizados. Entre ellas se incluyen las leyes sobre privacidad de la información, las normas contra la reasignación de reclamaciones de proveedores y los conflictos de intereses.

Estas leyes estatales y federales nos dan derecho a recopilar y conservar la información de la solicitud: 42 Código de Reglamentos Federales § 435.907.

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico, Sección 262(a), 42 U.S.C., Sección 290dd-2 (42 CFR Parte 2) y la legislación estatal, incluido el Código Civil, Sección 56.10(b), Código de Bienestar e Instituciones, Sección 10850.

Debemos proporcionarle esta Declaración de Privacidad según el Código Civil de California § 1798.17. Consulte el Aviso de Prácticas de Privacidad de DHCS en dhcs.ca.gov.

Código de California, Código de Bienestar e Instituciones – WIC § 14011. 2

Firma y certificación

Declaro bajo pena de perjurio conforme a las leyes del Estado de California que las respuestas que he dado en esta solicitud y los documentos entregados son correctos y verdaderos a mi leal saber y entender. Declaro que he leído y comprendido las instrucciones de la solicitud, mis derechos y responsabilidades, y toda la información impresa en este formulario.

Firma del solicitante		Fecha
Firma de persona que actúa en nombre del solicitante/representante autorizado		Fecha
Relación con el solicitante	Número de teléfono	

Aviso de confidencialidad y divulgación de Medi-Cal

La información proporcionada en esta solicitud es privada y confidencial según el Código de Bienestar e Instituciones 14100.2. Cualquier divulgación conocida o previsible que se pueda hacer de la información, incluidas las divulgaciones a otras agencias estatales, el gobierno federal o las fuerzas del orden, incluidas las divulgaciones de la información que se puedan hacer de conformidad con la subdivisión (e) o (f) del Código Civil 1798.24.

¿Cuáles son mis derechos cuando solicito Medi-Cal?

- Usted tiene derecho a un trato justo e igualitario, independientemente de su raza, color, nacionalidad, religión, edad, sexo, orientación sexual, identidad de género, estado civil, creencia política, condición de veterano o discapacidad.
- Usted tiene derecho a presentar una queja si cree que el programa Medi-Cal lo ha discriminado o no ha proporcionado las adaptaciones razonables requeridas por las leyes estatales y federales. Puede presentar una queja llamando al Department of Health Care Services (DHCS), Oficina de Derechos Civiles al 1-916-440-7370 TTY: 1-916-440-7399) o en línea en: <https://www.dhcs.ca.gov/Documents/1044-DHCS-DISCRIMINATION-COMPLAINT-FORM.pdf>
- Usted tiene derecho a ser evaluado para ver si puede ser elegible para cualquier programa de Medi-Cal.
- Usted tiene derecho a información sobre el programa Medi-Cal y ayuda para solicitar Medi-Cal.
- Usted tiene derecho a un intérprete si necesita ayuda para solicitar Medi-Cal, tiene preguntas o dificultades para hablar, leer o entender el inglés.
- Si recibió servicios de salud en los tres meses anteriores al mes de su solicitud, tiene derecho a ser evaluado para ver si es elegible para Medi-Cal para pagar esos servicios. A esto se le llama elegibilidad retroactiva

Usted tiene derecho a que se le informe por escrito si califica para Medi-Cal o si hay algún cambio en su estado de elegibilidad.

- Puede solicitar una audiencia:
 - 1) comunicándose con la oficina de servicios sociales de su condado más cercana;
 - 2) llamando al Department of Social Services al 1-855-795-0634 o TDD 1-800-952-8349; o
 - 3) Hacer la solicitud por escrito a la oficina de servicios sociales de su condado. Puede completar la sección posterior de una Notificación de Acción (formulario NA Back 9) para solicitar una audiencia y enviar el formulario, u otra solicitud por escrito, a la oficina de servicios sociales de su condado más cercana. El formulario está disponible a través de la oficina de servicios sociales de su condado o en: https://www.cdss.ca.gov/Portals/9/TranslatedForms/Spanish/NA_Back_9_Spanish.pdf
- Usted tiene derecho a una audiencia estatal si no está satisfecho con la decisión de la oficina de servicios sociales del condado local, DHCS o Covered California, excepto en relación con el programa de Health Insurance Premium Payment (HIPP). HIPP no es un programa de derechos; por lo tanto no hay derechos de apelación para HIPP.
- Si desea una audiencia estatal para apelar la decisión, debe solicitarla dentro de los 90 días posteriores a la fecha en que se le entregó o se envió por correo la Notificación de Acción (NOA)
- Si no obtiene una NOA, debe solicitar una audiencia dentro de los 90 días a partir de la fecha en que descubrió la acción o inacción con la que no está satisfecho, a menos que la inacción se deba a una demora en la determinación de su solicitud de beneficios de Medi-Cal.

- Usted tiene derecho a revisar su expediente de Medi-Cal y todas las reglas y manuales de regulación del programa de Medi-Cal que se utilizaron para decidir si es elegible para Medi-Cal.

¿Cuáles son mis responsabilidades si

obtengo Medi-Cal? Debe informar al Programa de Tratamiento del Cáncer de Seno y Cerviz (BCCTP) cuando alguno de los siguientes cambios se presente en un plazo de 10 días a partir del cambio:

- Usted o un miembro de su familia en su hogar tiene un cambio en sus ingresos. Esto se aplica si los ingresos suben o bajan o comienzan o se detienen. Esto incluye ingresos de Social Security Administration (SSA), préstamos, liquidaciones, empleo, desempleo y cualquier otra fuente.
- Queda discapacitado física o mentalmente.
- Solicita o recibe beneficios por discapacidad de parte de la SSA, la Administración de Veteranos o la Jubilación del Ferrocarril.
- Está solicitando u obteniendo Medi-Cal y tiene un cambio de ciudadanía o estatus migratorio.
- Tiene un cambio en la cobertura del seguro médico.
- Si no proporciona la información necesaria o si proporciona información que sabe que es falsa, sus beneficios de Medi-Cal pueden ser denegados o suspendidos. Su caso también puede ser investigado por sospecha de fraude.
- Para obtener más información sobre sus derechos de privacidad y Medi-Cal, consulte la siguiente página web:
www.dhcs.ca.gov/formsandpubs/laws/priv/Pages/NoticeofPrivacyPractices.aspx

También debe:

- Proporcionar prueba de que es residente de California cuando se lo soliciten.
- Declarar su ciudadanía o estatus migratorio cuando solicite Medi-Cal.
- Proporcionar un número de Seguro Social (SSN) a cualquier persona que esté solicitando beneficios de Medi-Cal.

- Si usted es un residente de los Estados Unidos (EE. UU.) Ciudadano, nacional de los EE. UU. o una persona con un estatus migratorio satisfactorio, debe proporcionar un SSN. Si no tiene uno, debe solicitar un SSN y proporcionar el número a la oficina de servicios sociales del condado dentro de los 60 días posteriores a su solicitud.
- Puede obtener ayuda para solicitar un SSN del trabajador de servicios sociales del condado.
- Usted debe trabajar con la Administración del Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés) para aclarar cualquier pregunta que surja o de lo contrario su Medi-Cal será denegado o suspendida.
- Solicitar Medicare si es elegible.
- Las personas son elegibles para Medicare si son ciegas, discapacitadas, tienen enfermedad renal en etapa terminal o tienen 64 años y 9 meses de edad o más. Usted es responsable de informar a sus proveedores que tiene cobertura de Medi-Cal y Medicare.
- Informar a la oficina de servicios sociales del condado y al proveedor de atención médica de cualquier cobertura o seguro de atención médica que tenga, o tenga derecho a usar, incluido Medicare. Si usted voluntariamente no proporciona esta información, su proveedor puede facturarle y ser culpable de un delito.
- Usted entiende que:
- Si no proporciona la información necesaria o si proporciona información que sabe que es falsa, sus beneficios de Medi-Cal pueden ser denegados o suspendidos. Su caso también puede ser investigado por sospecha de fraude.
- Si no reporta los cambios en su información personal de inmediato y recibe beneficios de Medi-Cal para los que no califica, es posible que tenga que reembolsar a DHCS.

- Usted, o cualquier miembro de su familia que reciba Medi-Cal, no debe recibir asistencia pública de otro estado. Cuando solicite Medi-Cal, se le evaluará para averiguar si califica para otros programas de asistencia médica, incluido el Programa HIPP.

Una persona tiene derecho a acceder los registros que contienen su información personal y que son mantenidos por el Department of Health Care Services.

Las pólizas del Department of Health Care Services con respecto a la información personal están disponibles en línea en la página web del Aviso de Prácticas de Privacidad del Departamento:

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

y la página web de la Declaración de

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

Comuníquese con su oficina local de asistencia social para solicitar sus registros si no está cubierta por el Programa de Tratamiento del Cáncer de Seno y de Cerviz.

Si está solicitando copias de las solicitudes de Medi-Cal, comuníquese con el condado donde solicitó los beneficios. Para localizar la oficina local de su condado, comuníquese con Medi-Cal al 1-800-541-5554 o visite la página web de las oficinas del condado:

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

Si está buscando acceso a sus registros dentro de DHCS, comuníquese con BCCTP para obtener ayuda.

Programa del Tratamiento del Cáncer de Seno y Cérvix

P.O. Box 997417, MS 4611

Sacramento, CA 95899-7417

Teléfono: (800) 824-0088

Correo electrónico: BCCTP@dhcs.ca.gov

Fax: (916) 440-5693