

Ang Breast and Cervical Cancer Treatment Program

Aplikasyon ng MEDI-CAL

Mangyaring kumpletuhin ang lahat ng mga sumusunod na patlang upang matulungan kaming iproseso ang iyong aplikasyon. Ibigay lamang ang personal na impormasyong partikular na hiniling sa form na ito at iwasang isama ang anumang karagdagang mga detalye na hindi hiningi.

1. Ang form na ito ay para mag-aplay para sa agarang mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan ng Medi-Cal para sa buwang ito at sa susunod na buwan. Gusto mo rin bang gamitin ang aplikasyon na ito upang makakuha ng patuloy na saklaw ng Medi-Cal sa pamamagitan ng Breast and Cervical Cancer Treatment Program (BCCTP)? ☐ Oo ☐ Hindi

Tandaan: Dapat kang mag-aplay para sa Medi-Cal sa iyong lokal na tanggapan ng mga serbisyong panlipunan ng county upang ipagpatuloy ang iyong mga benepisyo sa BCCTP. Ito ay dahil kailangan mong masuri para sa lahat ng mga benepisyo. Hindi mo kailangang mag-aplay sa county kung nagsumite ka ng aplikasyon sa Medi-Cal sa loob ng huling 45 araw ng kalendaryo ng petsa ng aplikasyong ito.

2. Mayroon ka bang medikal na gastos sa huling tatlong (3) buwan na kailangan mo ng tulong sa pagbabayad?

☐ Oo ☐ Hindi

Medi-Cal na Kard

3. Mayroon ka bang Medi-Cal na Kard na tinatawag ding "Benefits Identification Card" (BIC)?

☐ Oo ☐ Hindi

Kung oo, ano ang numero ng iyong kard?

Impormasyon ng Aplikante

4. Unang Pangalan	5. Apelyido	6. Gitnang pangalan	7. Suffix (Jr, Sr, III)
8. Social Security number			
Ang numero ng Social Security ay hindi kinakailangan para sa mga benepisyo ng Medi-Cal. Kung wala ka nito ngayon at mag-aplay para sa isa kinamamayaan, dapat mong ibigay sa amin ang numero sa loob ng 60 araw pagkatapos mong matanggap ito.			
9. Kasarian ☐ Lalaki ☐ Babae		10. Petsa ng kapanganakan (BB/AA/TTTT)	
11. County ng kapanganakan (kung nasa California)		12. Estado ng kapanganakan	

Tirahan naAddress

13. ☐ Kung walang tirahan, lagyan ng tsek ang kahon at sabihin sa amin kung saan ipapadala ang anumang nakasulat na liha sa "Mailing Address" sa ibaba.			
Sa Pangangalaga ng (C/O)			
Address ng Kalye			
Lungsod	Estado	ZIP Code	County kung saan ka nakatira
14. Mailing address (Kung iba sa tirahan na address)			
Lungsod	Estado	ZIP Code	County kung saan ka nakatira

Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan

15. Ano ang pinaakamahusay na paraan upang makipag-ugnayan sa iyo? ☐ Koreo ☐ Telepono ☐ Email		
Email address		
Telepono sa Bahay	Pinakamahusay na oras para tumawag	Ok lang ba na mag-iwan ng mensahe? ☐ Oo ☐ Hindi
Mensahe sa Telepono	Pinakamahusay na oras para tumawag	Ok lang ba na mag-iwan ng mensahe? ☐ Oo ☐ Hindi
Mobile na Telepono	Pinakamahusay na oras para tumawag	Ok lang ba na mag-iwan ng mensahe? ☐ Oo ☐ Hindi
Mas pinipiling pasalitang wika		Mas pinipiling nakasulat na wika

Iba pang Impormasyon sa Seguro sa Kalusugan

16. Mayroon ka bang iba pang komprehensibong saklaw na medikal kabilang ang Medicare? ☐ Oo ☐ Hindi	
17. Kung oo, tukuyin ang (mga) Tagapagdala ng Seguro sa Pangkalusugan: Piliin ang lahat ng naaangkop. ☐ Military Benefits Comprehensive ☐ Medicare Part C (Advantage) ☐ Medicare Parolee ☐ PPO/PHP/HMO/EPO ☐ Komprehensibong Maramihang Mga Plano ☐ Kaiser ☐ Anumang tagapagdala maliban sa mga nakalista (kasama ang maramihang saklaw)	
18. Mayroon ka bang Medicare Part A (Inpatient)?	☐ Oo ☐ Hindi
19. Mayroon ka bang Medicare Part B (Outpatient)?	☐ Oo ☐ Hindi
20. Mayroon ka bang Medicare Part D (Saklaw ang Inireresetang Gamot)?	☐ Oo ☐ Hindi

Impormasyon sa Sambahayan

21. Buntis ka ba ☐ Oo ☐ Hindi Kung Oo, ilang sanggol ang inaasahan mo? _____	
22. Ilang miyembro ng pamilya ang nasa iyong sambahayan? _____ <i>Kasama ka dito (aplikante ng BCCTP), ang iyong mga umaasang anak <u>na wala pang 21 taong gulang</u> na nakatira sa iyo, at ang iyong asawa.</i>	
23. Magkano ang iyong <u>buwanang</u> kita ng sambahayan bago ang buwis?	

Ilista ang mga miyembro ng iyong sambahayan sa ibaba.

Pangalan (Una at Huli)	Petsa ng Kapanganakan	Relasyon sa Iyo (hal., asawa, anak)	Ano ang kanilang buwanang kabuuang (bago ang buwis) kita?

Mga Kahalili na Pormat

24. Kailangan mo ba ng impormasyon sa isang alternatibong pormat? (opsyonal) ☐ Oo ☐ Hindi

Kung oo, mangyaring pumili ng uri ng pormat.

- ☐ Malaking Titik
- ☐ Audio Electronic na Pormat
- ☐ Data Electronic na Pormat
- ☐ Braille
- ☐ Suporta ng County
- ☐ Audio Electronic na Pormat (protektado ng password)
- ☐ Data Electronic na Pormat (protektado ng password)

Isama ang nilagdaang form na ito sa aplikasyon.

Pangalan ng Aplikante	Tracking number
-----------------------	-----------------

Sino ang maaaring pumirma sa aplikasyong ito?

- Ang aplikante o ang kanilang asawa. Ang mga aplikante na may edad 21 taong gulang pataas ay maaaring mag-aplay nang mag-isa. Kung ang aplikante ay nasa pagitan ng edad 18 hanggang 21 taon at nakatira kasama ang isang magulang o tagapag-alaga, ang magulang o tagapag-alaga ay dapat mag-aplay para sa kanila.
- Ang konserbador o tagapagpatupad ng tagapag-alaga ng aplikante na nangangailangan ng Medi-Cal.
- Isang taong kumikilos sa ngalan ng aplikante kapag ang tao ay walang kakayahang pangasiwaan ang kanilang mga personal na gawain, na-comatose, at walang asawa, konserbador, tagapag-alaga, tagapagpatupad, o Awtorisadong Kinatawan.

Ang isang indibidwal na hinirang bilang isang Awtorisadong Kinatawan ay sumasang-ayon na magbigay ng nakasulat na pagsisiwalat sa aplikante o miyembro at sumunod sa lahat ng mga batas ng estado at pederal na namamahala sa mga awtorisadong kinatawan. Kabilang dito ang, ngunit hindi limitado sa, mga batas tungkol sa pribasiya ng impormasyon, mga panuntunan laban sa muling pagtatalaga ng mga claim ng tagapagkaloob, at mga salungatan ng interes.

Ang mga batas ng estado at pederal na ito ay nagbibigay sa amin ng karapatang kolektahin at panatilihin ang impormasyon sa aplikasyon: 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.

Dapat naming ibigay sa iyo itong Pahayag ng Pribasiya sa ilalim ng CA Civil Code § 1798.17. Tingnan ang Paunawa ng Mga Kasanayan sa Pribasiya ng DHCS sa dhcs.ca.gov.

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

Lagda at Sertipikasyon

Ipinapahayag ko sa ilalim ng parusa ng pagsisinungaling sa ilalim ng mga batas ng Estado ng California na ang mga sagot na ibinigay ko sa aplikasyong ito at ang mga dokumentong ibinigay ay tama at totoo sa abot ng aking kaalaman. Ipinapahayag ko na nabasa at nauunawaan ko ang mga tagubilin sa aplikasyon, ang aking mga karapatan at responsibilidad, at lahat ng impormasyong nakalimbag sa aplikasyong ito.

Lagda ng aplikante		Petsa
Lagda ng indibidwal na kumikilos para sa aplikante o awtorisadong kinatawan		Petsa
Relasyon sa aplikante	Numero ng telepono	

Medi-Cal Abiso sa Pagkakumpidensyal at Pagbubunyag

Ang impormasyong ibinigay sa aplikasyon na ito ay pribado at kumpidensyal sa ilalim ng Welfare and Institutions Code 14100.2.

Anumang mga kilala o nahuhulaan na pagsisiwalat na maaaring gawin ng impormasyon, kabilang ang mga pagsisiwalat sa ibang mga ahensya ng estado, ang pederal na pamahalaan, o tagapagpatupad ng batas, kabilang ang mga pagsisiwalat ng impormasyon na maaaring gawin alinsunod sa subdivision (e) o (f) ng Civil Code 1798.24.

Ano ang aking mga karapatan kapag nag-aplay ako para sa Medi-Cal?

- May karapatan ka sa patas at pantay na pagtrato anuman ang lahi, kulay, bansang pinagmulan, relihiyon, edad, kasarian, oryentasyong sekswal, pagkakakilanlan ng kasarian, katayuan sa pag-aasawa, paniniwala sa pulitika, katayuan ng beterano, o kapansanan.
- May karapatan kang magsampa ng reklamo kung sa tingin mo ay may diskriminasyon ang programang Medi-Cal laban sa iyo o nabigo na magbigay ng mga makatwirang kaluwagan na kinakailangan ng batas ng estado at pederal. Maaari kang magreklamo sa pamamagitan ng pagtawag sa Department of Health Care Services (DHCS), Office of Civil Rights sa 1-916-440-7370 (TTY: 1-916-440-7399) o sa pamamagitan ng pagpunta online sa: <https://www.dhcs.ca.gov/Documents/1044-DHCS-DISCRIMINATION-COMPLAINT-FORM.pdf>
- May karapatan kang masuri upang makita kung maaari kang maging karapat-dapat para sa anumang programang Medi-Cal.
- Mayroon kang karapatan sa impormasyon tungkol sa programang Medi-Cal at tulong sa pag-aplay para sa Medi-Cal.
- May karapatan ka sa isang tagapagsalin kung kailangan mo ng tulong sa pag-aplay para sa Medi-Cal, may mga tanong, o nahihirapan sa pagsasalita, pagbabasa, o pag-unawa sa Ingles.
- Kung nakatanggap ka ng mga serbisyong pangkalusugan sa tatlong buwan bago ang buwan ng iyong aplikasyon, may karapatan kang masuri upang makita kung karapat-dapat ka para sa Medi-Cal na magbayad para sa mga serbisyong iyon. Ito ay tinatawag na retroactive eligibility.
- May karapatan kang masabihan nang nakasulat kung kwalipikado ka para sa Medi-Cal o kung may anumang mga pagbabago sa iyong katayuan sa pagiging kwalipikado.
- Maaari kang humingi ng pagdinig sa pamamagitan ng 1) pakikipag-ugnayan sa iyong pinakamalapit na tanggapan ng mga serbisyong panlipunan ng county; 2) pagtawag sa Department of Social Services sa 1-855-795-0634 o TDD 1-800-952-8349; o 3) paggawa ng kahilingan nang nakasulat sa opisina ng mga serbisyong panlipunan ng iyong county. Maaari mong kumpletuhin ang likod na seksyon sa isang Notice of Action (form NA Back 9) upang humiling ng pagdinig at ipadala ang form, o iba pang nakasulat na kahilingan, sa iyong pinakamalapit na tanggapan ng mga serbisyong panlipunan ng county. Ang form ay makukuha sa pamamagitan ng opisina ng mga serbisyong panlipunan ng iyong county o sa: <https://www.cdss.ca.gov/Portals/9/Additional-Resources/Forms-and-Brochures/NABack9.pdf?ver=2022-05-16-155918-390>
- May karapatan ka sa isang pagdinig ng estado kung hindi ka nasisiyahan sa desisyon ng lokal na tanggapan ng mga serbisyong panlipunan ng county, DHCS, o Covered California, maliban sa nauugnay sa programang Health Insurance Premium Payment (HIPP). Ang HIPP ay hindi isang entitlement program; samakatuwid, walang mga karapatan sa apela para sa HIPP.
- Kung gusto mong iapela ng pagdinig ng estado ang desisyon, dapat mo itong hilingin sa loob ng **90 araw** mula sa petsa ng pagbibigay o ipinadala sa iyo ng Notice of Action (NOA).
- Kung hindi ka makakakuha ng NOA, dapat kang humingi ng pagdinig sa loob ng **90 araw** mula sa petsa na natuklasan mo ang aksyon o hindi pagkilos na hindi ka nasisiyahan maliban kung ang hindi pagkilos ay dahil sa pagkaantala sa pagtukoy ng iyong aplikasyon para sa mga benepisyo ng Medi-Cal.

- May karapatan kang repasuhin ang iyong Medi-Cal na file at lahat ng mga panuntunan at manwal ng regulasyon ng programa ng Medi-Cal na ginamit upang magpasya kung karapat-dapat ka para sa Medi-Cal.

Ano ang aking mga responsibilidad kung kukuha ako ng Medi-Cal? Dapat mong ipaalam sa BCCTP kapag ang alinman sa mga sumusunod na pagbabago ay naganap sa loob ng 10 araw ng pagbabago:

- Ikaw o isang miyembro ng pamilya sa iyong sambahayan ay may pagbabago sa kita. Nalapat ito kung ang kita ay tumaas o bumaba o nagsimula o huminto. Kabilang dito ang kita mula sa Social Security Administration (SSA), mga pautang, mga kasunduan, trabaho, kawalan ng trabaho, at anumang iba pang mapagkukunan.
- Nagkaroon ka ng kapansanan sa pisikal o mental.
- Nag-aaplay ka o tumatanggap ng mga benepisyo sa kapansanan sa SSA, Veterans Administration o Railroad Retirement.
- Ikaw ay nag-aaplay o kumukuha ng Medi-Cal at may pagbabago sa pagiging mamamayan o katayuan sa imigrasyon.
- Mayroon kang pagbabago sa saklaw ng segurong pangkalusugan.
- Kung hindi ka magbibigay ng kinakailangang impormasyon o kung magbibigay ka ng impormasyong alam mong mali, maaaring tanggihan o ihinto ang iyong mga benepisyo sa Medi-Cal. Maaari ding imbestigahan ang iyong kaso para sa pinaghihinalang panloloko.
- Upang magbasa nang higit pa tungkol sa iyong mga karapatan sa pribasiya at Medi-Cal, tingnan ang Webpage ng Abiso ng Mga Serbisyo sa Pangangalagang Pangkalusugan ng Department of Health Mahahanap mo ito sa:
www.dhcs.ca.gov/formsandpubs/laws/priv/Pages/NoticeofPrivacyPractices.aspx

Ikaw din ay dapat:

- Magbigay ng patunay na ikaw ay residente ng California kapag hiniling ito sa iyo.
- Ideklara ang iyong pagkamamamayan o katayuan ng imigrasyon kapag nag-aaplay ka para sa Medi-Cal.
- Magbigay ng Social Security Number (SSN) para sa sinumang nag-aaplay para sa mga benepisyo ng Medi-Cal.

- Kung ikaw ay isang Estados Unidos (US) na Mamamayan, isang mamamayan ng US, o isang taong may kasiya-siyang katayuan sa imigrasyon, dapat kang magbigay ng SSN. Kung wala ka nito, dapat kang mag-aplay para sa isang SSN at ibigay ang numero sa opisina ng mga serbisyong panlipunan ng county sa loob ng 60 araw ng iyong aplikasyon.
- Makakakuha ka ng tulong sa pag-aaplay para sa isang SSN mula sa manggagawa sa mga serbisyong panlipunan ng county.
- Dapat kang makipagtulungan sa Social Security Administration (SSA) upang linawin ang anumang mga tanong na lumabas o ang iyong Medi-Cal ay tatanggihan o ititigil.
- Mag-aplay para sa Medicare kung ikaw ay karapat-dapat.
- Ang mga indibidwal ay karapat-dapat para sa Medicare kung sila ay bulag, may kapansanan, may End Stage Renal Disease, o 64 taon at 9 na buwan ang gulang o mas matanda. Responsibilidad mong sabihin sa iyong mga tagapagkaloob na mayroon kang parehong saklaw ng Medi-Cal at Medicare.
- Iulat sa tanggapan ng mga serbisyong panlipunan ng county at sa tagapagbigay ng pangangalagang pangkalusugan ang anumang saklaw ng pangangalagang pangkalusugan o insurance na mayroon ka o karapat-dapat mong gamitin, kabilang ang Medicare. Kung sadyang hindi mo ibigay ang impormasyong ito, maaari kang singilin ng iyong tagapagkaloob at magkasala sa isang krimen.
- Naiintindihan mo na:
- Kung hindi ka magbibigay ng kinakailangang impormasyon o kung magbibigay ka ng impormasyong alam mong mali, maaaring tanggihan o ihinto ang iyong mga benepisyo sa Medi-Cal. Maaari ding imbestigahan ang iyong kaso para sa pinaghihinalang panloloko.
- Kung hindi mo agad iulat ang mga pagbabago sa iyong personal na impormasyon at tumanggap ng mga benepisyo ng Medi-Cal na hindi ka kwalipikado para dito, maaaring kailanganin mong bayaran ang DHCS.
- Ikaw, o sinumang miyembro ng pamilya na tumatanggap ng Medi-Cal, ay **hindi** dapat nakakakuha ng pampublikong tulong mula sa ibang estado. Kapag nag-aaplay ka para sa Medi-Cal, susuriin ka para malaman kung kwalipikado ka para sa iba pang mga programa sa tulong medikal, kabilang ang HIPP na Programa.

Ang isang indibidwal ay may karapatang tingnan ang mga talaan na naglalaman ng kanyang personal na impormasyon na pinananatili ng Department of Health Care Services.

Ang mga patakaran ng Department of Health Care Services tungkol sa personal na impormasyon ay makukuha online sa Webpage ng Abiso ng Mga Kasanayan sa Pagkapribado ng Departamento:
<https://www.dhcs.ca.gov/formsandpubs/laws/priv/Pages/NoticeofPrivacyPractices.aspx>
at ang Webpage ng Pahayag ng Patakaran sa Privacy:
<https://www.dhcs.ca.gov/pages/privacy.aspx>

Makipag-ugnayan sa iyong lokal na tanggapan ng kapakanan upang hilingin ang iyong mga talaan kung hindi ka saklaw ng Breast and Cervical Cancer Treatment Program.

Kung ikaw ay naghahanap ng access sa iyong mga tala sa loob ng DHCS, mangyaring makipag-ugnayan sa BCCTP para sa tulong.

Breast and Cervical Cancer Treatment Program
P.O. Box 997417, MS 4611
Sacramento, CA 95899-7417
Telepono: (800) 824-0088
Email: BCCTP@dhcs.ca.gov
Fax: (916) 440-5693

Kung humihiling ka ng mga kopya ng mga aplikasyon ng Medi-Cal, mangyaring makipag-ugnayan sa county kung saan ka nag-aplay para sa mga benepisyo. Upang mahanap ang iyong lokal na opisina ng county mangyaring makipag-ugnayan sa Medi-Cal sa 1-800-541-5554 o bisitahin ang Webpage ng Mga Tanggapan ng County:
<https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx>