

## The Breast and Cervical Cancer Treatment Program

### Đơn xin MEDI-CAL

Vui lòng điền đầy đủ các mục sau để giúp chúng tôi xử lý đơn đăng ký của quý vị. Chỉ cung cấp thông tin cá nhân được yêu cầu cụ thể trên mẫu này và tránh bao gồm bất kỳ thông tin bổ sung nào không được yêu cầu.

1. Mẫu đơn này dùng để đăng ký dịch vụ chăm sóc sức khỏe Medi-Cal ngay lập tức cho tháng này và tháng sau. Quý vị có muốn sử dụng đơn xin này để được bảo hiểm Medi-Cal liên tục thông qua Chương Trình Điều Trị Ung Thư Vú và Cổ Tử Cung (Breast and Cervical Cancer Treatment Program, BCCTP) không?  Có  Không

**Ghi chú:** Quý vị phải nộp đơn xin Medi-Cal tại văn phòng dịch vụ xã hội quận địa phương để tiếp tục hưởng các phúc lợi BCCTP. Bởi vì quý vị cần được đánh giá về mọi phúc lợi. Quý vị không cần phải nộp đơn tại quận nếu quý vị đã nộp đơn xin Medi-Cal trong vòng 45 ngày theo lịch kể từ ngày nộp đơn này.

2. Trong ba (3) tháng qua, quý vị có chi phí y tế nào cần được hỗ trợ thanh toán không?

Có  Không

#### Thẻ Medi-Cal

3. Quý vị có Thẻ Medi-Cal, còn gọi là “Thẻ Nhận Dạng Phúc Lợi” (Benefits Identification Card, BIC) không?

Có  Không

Nếu có, số trên thẻ của quý vị là gì?

#### Thông Tin Người Nộp Đơn

4. Tên	5. Họ	6. Tên đệm	7. Hậu tố (Jr, Sr, III)
8. Social Security number			
<p><i>Không cần Social Security number để được hưởng phúc lợi Medi-Cal. Nếu hiện tại quý vị chưa có số này và muốn đăng ký sau, quý vị phải cung cấp số này cho chúng tôi trong vòng 60 ngày kể từ ngày nhận được.</i></p>			
9. Giới tính <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ		10. Ngày sinh (Tháng/Ngày/Năm)	
11. Quận nơi sinh (nếu ở California)		12. Tiểu bang nơi sinh	

**Địa Chỉ Nhà**

13. <input type="checkbox"/> Nếu vô gia cư, hãy đánh dấu vào ô và cho chúng tôi biết nơi gửi bất kỳ văn bản thư từ nào trong “Địa Chỉ Gửi Thư” bên dưới.			
Nhờ Chuyển Đến			
Địa Chỉ			
Thành Phố	Tiểu Bang	Mã ZIP	Quận nơi quý vị sống
14. Địa chỉ gửi thư (Nếu khác với địa chỉ nhà)			
Thành Phố	Tiểu Bang	Mã ZIP	Quận nơi quý vị sống

**Thông Tin Liên Lạc**

15. Cách tốt nhất để liên lạc với quý vị là gì? <input type="checkbox"/> Thư tín <input type="checkbox"/> Điện thoại <input type="checkbox"/> E-mail		
Địa Chỉ Email		
Điện Thoại Nhà	Thời gian tốt nhất để gọi	Có nên để lại lời nhắn không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Tin Nhắn Điện Thoại	Thời gian tốt nhất để gọi	Có nên để lại lời nhắn không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Điện Thoại Di Động	Thời gian tốt nhất để gọi	Có nên để lại lời nhắn không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Ngôn ngữ nói muốn dùng		Ngôn ngữ viết muốn dùng

**Thông Tin Bảo Hiểm Sức Khỏe Khác**

16. Quý vị có bảo hiểm y tế toàn diện nào khác, bao gồm cả Medicare không?	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
17. Nếu có, hãy xác định Hãng Bảo Hiểm Y Tế: Chọn mọi câu trả lời phù hợp.		
<input type="checkbox"/> Military Benefits Comprehensive		
<input type="checkbox"/> Medicare Phần C (Advantage)		
<input type="checkbox"/> Medicare cho Người Được Tha Tù Trước Thời Hạn		
<input type="checkbox"/> PPO/PHP/HMO/EPO		
<input type="checkbox"/> Nhiều Chương Trình Toàn Diện		
<input type="checkbox"/> Kaiser		
<input type="checkbox"/> Bất kỳ hãng bảo hiểm nào ngoài những hãng được liệt kê (bao gồm nhiều phạm vi bảo hiểm)		
18. Quý vị có Medicare Phần A (Bệnh nhân nội trú) không?	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
19. Quý vị có Medicare Phần B (Bệnh nhân ngoại trú) không?	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
20. Quý vị có Medicare Phần D (Bảo Hiểm Thuốc Theo Toa) không?	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không

**Thông Tin về Hộ Gia Đình**

21. Quý vị có đang mang thai không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nếu có, quý vị sẽ sinh bao nhiêu em bé? _____
22. Gia đình quý vị có bao nhiêu thành viên? _____ <i>Tính cả quý vị (người nộp đơn xin BCCTP), con cái phụ thuộc <u>dưới 21 tuổi</u> sống cùng quý vị và vợ/ chồng của quý vị.</i>
23. Thu nhập hộ gia đình <u>hàng tháng</u> trước thuế của quý vị là bao nhiêu?

Liệt kê các thành viên trong gia đình quý vị bên dưới.

Tên (Họ Tên)	Ngày Sinh	Mối quan hệ với Quý Vị (ví dụ: vợ/chồng, con cái)	Thu nhập gộp hàng tháng (trước thuế) của họ là bao nhiêu?

### Định Dạng Thay Thế

24. Quý vị có cần thông tin ở định dạng thay thế không? (tùy chọn)  Có  Không

Nếu có, vui lòng chọn loại định dạng.

- Bản in cỡ chữ lớn
- Định Dạng Âm Thanh Điện Tử
- Định Dạng Dữ Liệu Điện Tử
- Chữ nổi Braille
- Hỗ trợ của Quận
- Định Dạng Âm Thanh Điện Tử (được bảo vệ bằng mật khẩu)
- Định Dạng Dữ Liệu Điện Tử (được bảo vệ bằng mật khẩu)

**Đính kèm mẫu đơn đã ký này vào đơn đăng ký.**

Tên Người Nộp Đơn	Tracking number
-------------------	-----------------

**Ai Có Thể Ký Đơn Này?**

- Người nộp đơn hoặc vợ/chồng của người đó. Người nộp đơn từ 21 tuổi trở lên có thể tự nộp đơn. Nếu người nộp đơn từ 18 đến 21 tuổi và sống với cha/mẹ hoặc người giám hộ, thì cha mẹ hoặc người giám hộ phải nộp đơn thay cho họ.
- Người bảo hộ hoặc người giám hộ người thi hành di chúc của người nộp đơn mà cần Medi-Cal.
- Người thay mặt cho người nộp đơn khi người đó không có khả năng xử lý các vấn đề cá nhân, hôn mê và không có vợ/chồng, người bảo hộ, người giám hộ, người thi hành di chúc hoặc Người Đại Diện Được Ủy Quyền.

Cá nhân được chỉ định làm Người Đại Diện Được Ủy Quyền đồng ý cung cấp văn bản tiết lộ thông tin cho người nộp đơn hoặc thành viên và tuân thủ mọi luật tiểu bang và liên bang quy định về người đại diện được ủy quyền. Những điều này bao gồm nhưng không giới hạn ở luật về quyền riêng tư thông tin, quy định chống việc nhà cung cấp chuyển nhượng lại yêu cầu thanh toán và xung đột lợi ích.

Các luật tiểu bang và liên bang này trao cho chúng tôi quyền thu thập và lưu giữ thông tin trên đơn đăng ký: 42 Bộ Luật Quy Định Liên Bang § 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.

Chúng tôi phải cung cấp cho quý vị Tuyên Bố Quyền Riêng Tư này theo CA Civil Code § 1798.17. Xem Thông Báo Thực Hành Quyền Riêng Tư của DHCS tại [dhcs.ca.gov](http://dhcs.ca.gov).

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

**Chữ Ký và Chứng Nhận**

Tôi xin tuyên bố, theo hình phạt về tội khai man theo luật của Tiểu Bang California, rằng những câu trả lời tôi đưa ra trong đơn này và các tài liệu đưa ra là chính xác và đúng sự thật theo sự hiểu biết tốt nhất của tôi. Tôi xin tuyên bố rằng tôi đã đọc và hiểu các hướng dẫn nộp đơn, quyền và trách nhiệm của tôi cũng như mọi thông tin được in trên đơn này.

Chữ ký của người nộp đơn	Ngày
Chữ ký của người hành động thay cho người nộp đơn hoặc người đại diện được ủy quyền	Ngày
Mối quan hệ với người nộp đơn	Số điện thoại

**Thông Báo về Tính Bảo Mật và Tiết Lộ Thông Tin Medi-Cal** Thông tin được cung cấp trong đơn này là riêng tư và bảo mật theo Welfare and Institutions Code 14100.2.

Bất kỳ trường hợp tiết lộ nào được biết đến hoặc có thể thấy trước về thông tin, bao gồm trường hợp tiết lộ cho các cơ quan tiểu bang khác, chính quyền liên bang hoặc cơ quan thi hành pháp luật, bao gồm các trường hợp tiết lộ thông tin có thể được thực hiện theo phân mục (e) hoặc (f) của Civil Code 1798.24.

**Tôi có những quyền gì khi nộp đơn xin Medi-Cal?**

- Quý vị có quyền được đối xử công bằng và bình đẳng bất kể chủng tộc, màu da, quốc tịch, tôn giáo, tuổi tác, giới tính, khuynh hướng tình dục, bản dạng giới, tình trạng hôn nhân, quan điểm chính trị, tình trạng cựu chiến binh hoặc khuyết tật.
- Quý vị có quyền nộp đơn than phiền nếu quý vị cho rằng chương trình Medi-Cal đã phân biệt đối xử với quý vị hoặc không cung cấp các hỗ trợ hợp lý theo yêu cầu của luật tiểu bang và liên bang. Quý vị có thể than phiền bằng cách gọi đến Văn Phòng Dân Quyền của Department of Health Care Services (DHCS) theo số 1-916-440-7370 (TTY: 1-916-440-7399) hoặc trực tuyến tại: <https://www.dhcs.ca.gov/Documents/1044-DHCS-DISCRIMINATION-COMPLAINT-FORM.pdf>
- Quý vị có quyền được đánh giá để xem quý vị có đủ điều kiện tham gia bất kỳ chương trình Medi-Cal nào không.
- Quý vị có quyền được cung cấp thông tin về chương trình Medi-Cal và được trợ giúp khi nộp đơn xin Medi-Cal.
- Quý vị có quyền được thông dịch viên hỗ trợ nếu quý vị cần trợ giúp khi nộp đơn xin Medi-Cal, có thắc mắc hoặc gặp khó khăn khi nói, đọc hoặc hiểu tiếng Anh.
- Nếu quý vị đã nhận được các dịch vụ chăm sóc sức khỏe trong ba tháng trước tháng quý vị nộp đơn, quý vị có quyền được đánh giá để xem quý vị có đủ điều kiện để Medi-Cal thanh toán cho các dịch vụ đó hay không. Đây được gọi là tư cách đủ điều kiện có hiệu lực hồi tố.
- Quý vị có quyền được thông báo bằng văn bản về việc quý vị có đủ điều kiện tham gia Medi-Cal hay không, hoặc có bất kỳ thay đổi nào về tình trạng đủ điều kiện của quý vị hay không.
- Quý vị có thể yêu cầu một phiên điều trần bằng cách
  - 1) liên hệ với văn phòng dịch vụ xã hội quận gần nhất;
  - 2) gọi đến Department of Social Services theo số 1-855-795-0634 hoặc TDD 1-800-952-8349; hoặc
  - 3) gửi yêu cầu bằng văn bản tới văn phòng dịch vụ xã hội của quận quý vị. Quý vị có thể hoàn thành phần sau của Thông Báo Quyết Định (mẫu đơn NA Back 9) để yêu cầu phiên điều trần và gửi mẫu đơn hoặc văn bản yêu cầu khác đến văn phòng dịch vụ xã hội quận gần nhất. Quý vị có thể lấy mẫu đơn này tại văn phòng dịch vụ xã hội của quận quý vị hoặc tại: <https://www.cdss.ca.gov/Portals/9/Additional-Resources/Forms-and-Brochures/NABack9.pdf?ver=2022-05-16-155918-390>
- Quý vị có quyền yêu cầu phiên điều trần cấp tiểu bang nếu quý vị không hài lòng với quyết định của văn phòng dịch vụ xã hội địa phương, DHCS hoặc Covered California, ngoại trừ quyết định liên quan đến chương trình Thanh Toán Phí Bảo Hiểm Y Tế (Health Insurance Premium Payment, HIPP). HIPP không phải là chương trình trao quyền; do đó, không có quyền khiếu nại đối với HIPP.
- Nếu quý vị muốn có phiên điều trần cấp tiểu bang để khiếu nại quyết định, quý vị phải yêu cầu trong vòng **90 ngày** kể từ ngày Thông Báo Quyết Định (NOA) được đưa ra hoặc gửi cho quý vị qua đường bưu điện.
- Nếu quý vị không nhận được NOA, quý vị phải yêu cầu tổ chức phiên điều trần trong vòng **90 ngày** kể từ ngày quý vị phát hiện ra hành động hoặc việc không hành động mà quý vị không hài lòng, trừ khi việc không hành động đó là do sự chậm trễ trong việc xác định đơn xin hưởng phúc lợi Medi-Cal của quý vị.

- Quý vị có quyền xem lại hồ sơ Medi-Cal của mình và tất cả các quy tắc và hướng dẫn quy định của chương trình Medi-Cal được sử dụng để quyết định xem quý vị có đủ điều kiện hưởng Medi-Cal hay không.

### Tôi có trách nhiệm gì nếu tôi tham gia

**Medi-Cal?** Quý vị phải thông báo cho BCCTP khi có bất kỳ thay đổi nào sau đây xảy ra trong vòng 10 ngày kể từ ngày thay đổi:

- Thu nhập của quý vị hoặc một thành viên trong gia đình quý vị có sự thay đổi. Điều này áp dụng nếu thu nhập tăng hay giảm hoặc bắt đầu hay dừng lại. Bao gồm thu nhập từ Cơ Quan An Sinh Xã Hội (Social Security Administration, SSA), các khoản vay, tiền thanh toán, việc làm, trợ cấp thất nghiệp và bất kỳ nguồn nào khác.
- Quý vị bị khuyết tật về thể chất hoặc tinh thần.
- Quý vị nộp đơn xin hoặc nhận trợ cấp khuyết tật từ SSA, Veterans Administration hoặc Railroad Retirement.
- Quý vị đang nộp đơn xin hoặc nhận Medi-Cal và có sự thay đổi về tình trạng quốc tịch hoặc nhập cư.
- Quý vị có sự thay đổi về phạm vi bảo hiểm y tế.
- Nếu quý vị không cung cấp thông tin cần thiết hoặc nếu quý vị cung cấp thông tin mà quý vị biết là sai, phúc lợi Medi-Cal của quý vị có thể bị từ chối hoặc chấm dứt. Trường hợp của quý vị cũng có thể bị điều tra vì nghi ngờ gian lận.
- Để đọc thêm về quyền riêng tư của quý vị và Medi-Cal, hãy xem Trang Web Thông Báo Thực Hành Quyền Riêng Tư của Department of Health Care Services. Quý vị có thể tìm thấy thông tin đó tại:  
[www.dhcs.ca.gov/formsandpubs/laws/priv/Pages/NoticeofPrivacyPractices.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/formsandpubs/laws/priv/Pages/NoticeofPrivacyPractices.aspx)

### Quý vị cũng phải:

- Cung cấp bằng chứng cho thấy quý vị là cư dân California khi được yêu cầu.
- Khai báo tình trạng công dân hoặc nhập cư của quý vị khi quý vị nộp đơn xin Medi-Cal.
- Cung cấp Số An Sinh Xã Hội (Social Security Number, SSN) cho bất kỳ ai nộp đơn xin phúc lợi Medi-Cal.

- Nếu quý vị là công dân Hoa Kỳ (US), người có quốc tịch Mỹ, hoặc người có tình trạng nhập cư hợp lệ, quý vị phải cung cấp SSN. Nếu quý vị không có, quý vị phải nộp đơn xin SSN và cung cấp số này cho văn phòng dịch vụ xã hội của quận trong vòng 60 ngày kể từ ngày quý vị nộp đơn.
- Quý vị có thể nhận được sự trợ giúp khi nộp đơn xin SSN từ nhân viên dịch vụ xã hội của quận.
- Quý vị phải làm việc với Cơ Quan An Sinh Xã Hội (Social Security Administration, SSA) để giải đáp mọi thắc mắc phát sinh, nếu không Medi-Cal của quý vị sẽ bị từ chối hoặc dừng.
- Nộp đơn xin Medicare nếu quý vị đủ điều kiện.
- Cá nhân đủ điều kiện tham gia Medicare nếu họ bị mù, khuyết tật, mắc Bệnh Thận Giai Đoạn Cuối hoặc từ 64 tuổi 9 tháng trở lên. Quý vị có trách nhiệm thông báo cho nhà cung cấp dịch vụ của mình rằng quý vị có cả bảo hiểm Medi-Cal và Medicare.
- Báo cáo với văn phòng dịch vụ xã hội quận và nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe về bất kỳ phạm vi bảo hiểm hoặc quyền lợi chăm sóc sức khỏe nào mà quý vị có hoặc được phép sử dụng, bao gồm cả Medicare. Nếu quý vị cố tình không cung cấp thông tin này, quý vị có thể bị nhà cung cấp tính phí và bị coi là phạm tội.
- Quý vị hiểu rằng:
- Nếu quý vị không cung cấp thông tin cần thiết hoặc nếu quý vị cung cấp thông tin mà quý vị biết là sai, phúc lợi Medi-Cal của quý vị có thể bị từ chối hoặc chấm dứt. Trường hợp của quý vị cũng có thể bị điều tra vì nghi ngờ gian lận.
- Nếu quý vị không báo cáo ngay những thay đổi về thông tin cá nhân của mình và nhận được các phúc lợi Medi-Cal mà quý vị không đủ điều kiện, quý vị có thể phải hoàn trả cho DHCS.
- Quý vị hoặc bất kỳ thành viên gia đình nào đang nhận Medi-Cal đều **không** được nhận trợ cấp công cộng từ một tiểu bang khác. Khi quý vị nộp đơn xin Medi-Cal, quý vị sẽ được đánh giá để xem quý vị có đủ điều kiện tham gia các chương trình hỗ trợ y tế khác hay không, bao gồm cả Chương Trình HIPP Program.

**Mỗi cá nhân có quyền truy cập vào hồ sơ  
chứa thông tin cá nhân của mình được  
Department of Health Care Services lưu giữ.**

**Các chính sách liên quan đến thông tin cá  
nhân của Department of Health Care Services  
có sẵn trực tuyến trên Trang Web Thông Báo  
Thực Hành Quyền Riêng Tư của Sở:**

**[https://www.dhcs.ca.gov/formsandpubs/laws/  
priv/Pages/NoticeofPrivacyPractices.aspx](https://www.dhcs.ca.gov/formsandpubs/laws/priv/Pages/NoticeofPrivacyPractices.aspx)**

**và Trang Web Tuyên Bố Chính Sách Bảo Mật:**

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

**Liên hệ với văn phòng phúc lợi địa phương  
để yêu cầu hồ sơ của quý vị nếu quý vị không  
được Breast and Cervical Cancer Treatment  
Program chi trả.**

Nếu quý vị muốn truy cập hồ sơ của mình trong  
DHCS, vui lòng liên hệ với BCCTP  
để được hỗ trợ.

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

Nếu quý vị yêu cầu bản sao đơn xin Medi-Cal,  
vui lòng liên hệ với quận nơi quý vị đã nộp đơn  
xin phúc lợi. Để tìm văn phòng quận địa phương  
của quý vị, vui lòng liên hệ với Medi-Cal theo số  
1-800-541-5554 hoặc truy cập Trang Web Văn  
Phòng Quận:

**[https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/  
Pages/CountyOffices.aspx](https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx)**