

DOH 345-214 Feb 2018 Russian

**ПРОГРАММА ЛЕЧЕНИЯ РАКА ГРУДИ И ШЕЙКИ МАТКИ, ПРАВО НА УЧАСТИЕ, ИНФОРМАЦИЯ И СОГЛАСИЕ**

*Печатными буквами*

*For Office Use Only*

Фамилия		Имя	Иниц. отчества	BCCHP Prime Contractor	Diagnosis Date
Дата рождения		Номер социального страхования		BCCHP Case Manager Name:	
Адрес				BCCHP Case Manager Phone: Fax:	
Город	Штат	Почтовый индекс		BCCHP ID #	Medicaid ID#
Номера телефонов: Домашний: Мобильный: Дополнительный:		Можно ли оставить сообщение? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		Clinic Chart #	Clinic Name
Доход семьи до вычета налогов? \$ _____ в <input type="checkbox"/> неделю <input type="checkbox"/> месяц <input type="checkbox"/> год					
Сколько человек живут на этот доход: _____					
Есть ли у вас медицинская страховка? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если «да», укажите компанию: _____ № полиса _____					
Есть ли у вас неоплаченные медицинские счета, относящиеся к данному диагнозу рака груди или шейки матки? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет					
Если «да»: укажите количество месяцев с начала тестирования и до постановки диагноза, которые не были покрыты BCCHP или страховым полисом: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3					
Являетесь ли вы жителем штата Вашингтон? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет					
Являетесь ли вы гражданином США? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Вы были рождены на территории США? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Где? _____					
Имеете ли вы статус постоянного жителя США? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Не применимо					
Постоянный житель с: (дата на грин карте) _____ (Копия грин карты необходима только для первичной заявки, но не нужна для продления участия)					
Основной язык? (отметьте все, что к вам относится, и обведите предпочитаемый язык) <input type="checkbox"/> Английский <input type="checkbox"/> Испанский <input type="checkbox"/> Вьетнамский <input type="checkbox"/> Китайский <input type="checkbox"/> Корейский <input type="checkbox"/> Камбоджийский <input type="checkbox"/> Русский <input type="checkbox"/> Другой (указать: _____)					

Я подтверждаю, что понимаю следующее:

- Меня направляют в программу Washington State Health Care Authority (HCA) Apple Health Medicaid Program для медицинского страхования для лечения рака груди или шейки матки.
- Эта информация не будет передана в Службу гражданства и иммиграции США (USCIS).
- Я даю программе Breast Cervical & Colon Health Program (BCCHP) разрешение на раскрытие медицинской информации для документирования лечения.
- Я предоставляю штату Вашингтон право на любые медицинские льготы и любые выплаты третьим лицам за медицинское обслуживание.

Я прочитала и понимаю информацию, указанную выше. Я заявляю, под страхом наказания за лжесвидетельство, что, насколько мне известно, предоставленная мной информация является правдивой, точной и полной.

Подпись клиента: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

Подпись куратора: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

<b>FOR BCCHP CASE MANAGER USE:</b>		
Initial eligibility screening date: _____	Re-verification date: _____	Remains eligible: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No (If no, explain in notes)
Requested coverage start date: _____	AEM / ERSO: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	BCCHP Consent form current: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Case Management Notes:		