

**FORM SA PAGIGING KUWALIPIKADO, PAGLABAS AT PAG-AYON SA PROGRAMANG PANGGAMOT SA KANSER SA CERVIX T SUSO**

*Mangyaring Isatitik*

*For Office Use Only*

Apelyido	Pangalan	GI	BCCHP Prime Contractor	Diagnosis Date
Petsa ng Kapanganakan	Numerosa Social Security		BCCHP Case Manger Name	
Tirahan			BCCHP Case Manger Phone: Fax:	
Lungsod	Estado	Kodigo sa Koreo	BCCHP ID #	Medicaid ID#
Mga Numero ng Telepono: Hindi	Ayos lang bang mag-iwan ng mensahe? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi		Clinic Chart #	Clinic Name
Tahanan:	Selpon:	Alternatibo:		

Ano ang kita ng iyong sambahayan bago ikaltas ang mga buwis? \$ \_\_\_\_\_ kada  Linggo  Buwan  Taon  
Numero ng mga tao na nakatira sa sambahayan na sinusuportahan ng kita ng sambahayan: \_\_\_\_\_

Mayroon ka bang seguro sa kalusugan?  Oo  Hindi Kung Oo, Kompanya: \_\_\_\_\_ # ng Polisiya \_\_\_\_\_

Mayroon ka bang mga hindi nababayaran na medikal na bayarin mula sa diagnosis sa kanser sa suso o cervix?  Oo  Hindi

Kung Oo: # ng mga buwan bago ang petsa ng diagnosis nang sinimulan ang pag-eksamin at hindi sinaklaw ng BCCHP o seguro:  1  2  3

Ikaw ba ay residente ng estado ng Washington?  Oo  Hindi

Ikaw ba ay mamamayan ng U.S.?  Oo  Hindi Ipinanganak ka ba sa isang Teritoryo ng US?  Oo  Hindi Saan? \_\_\_\_\_

Ikaw ba ay Permanenteng Residente ng U.S.?  Oo  Hindi  Hindi Aplikable

Permanente Residente magmula: (petsa sa P.R. card) \_\_\_\_\_ (Kinakailangan lamang na kopyahin ang PR card ng minsan para sa inisyal na apl, hindi para sa pagpapanibago)

Pangunahing Wika? (lagyan ng tsek ang lahat ng naaangkop, bilugan ang iyong pipiliin)  Ingles  Espanyol

Vietnamese  Tsino  Koreano  Cambodian  Ruso  Iba (tukuyin: \_\_\_\_\_)

**Nauunawaan ko na:**

- Ako ay isinasangguni sa Washington State Health Care Authority (HCA) Apple Health Medicaid Program para sa medikal na pagsaklaw ng panggamt sa kanser sa suso o cervix.
- Ang impormasyong ito ay hindi ibabahagi sa U.S. Citizenship and Immigration Services (USCIS).
- Ibinibigayko sa Breast Cervical & Colon Health Program (BCCHP) ang paglabas ng mga medikal na tala para sa dokumentasyon ng panggamt.
- Ibinibigayko sa Estado ng Washington ang mga karapatan sa anumang mga benepisyo sa medikal na suporta at sa anumang mga bayad sa ikatlong partido para sa pangangalagang pangkalusugan.

**Nabasa at nauunawaan ko ang impormasyon sa itaas. Inihahayag ko, sa ilalim ng parusa sa pagsisinungaling, na ang impormasyon na aking ibinigay ay totoo, wasto, at kumpleto sa abot ng aking makakaya.**

Lagda ng Kliyente: \_\_\_\_\_ Petsa: \_\_\_\_\_

Lagda ng Tagapangasiwa ng Kaso: \_\_\_\_\_ Petsa: \_\_\_\_\_

<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:		