

DOH 345-214 Feb 2018-
Vietnamese

MẪU ĐƠN VỀ VIỆC HỘI ĐỦ ĐIỀU KIỆN, TIẾT LỘ VÀ ĐỒNG Ý CHƯƠNG TRÌNH ĐIỀU TRỊ UNG THƯ VÚ & CỔ TỬ CUNG

Xin Viết In

For Office Use Only

Họ	Tên	Tên Lót	BCCHP Prime Contractor	Diagnosis Date
Ngày Sinh	Số An Sinh Xã Hội		BCCHP Case Manager Name:	
Địa Chỉ			BCCHP Case Manager Phone: Fax:	
Thành Phố	Tiểu Bang	Mã Vùng	BCCHP ID #	Medicaid ID#
Số Điện Thoại: Đồng ý để lại tin nhắn? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không			Clinic Chart #	Clinic Name
Nhà: Di Động: Khác:				

Thu nhập hộ gia đình của quý vị trước thuế là bao nhiêu? \$ _____ mỗi Tuần Tháng Năm
Số người đang sống trong hộ gia đình được cấp dưỡng dựa vào thu nhập hộ gia đình: _____

Quý vị có bảo hiểm y tế không? Có Không Nếu Có, Công Ty: _____ Hợp Đồng # _____

Quý vị có các hóa đơn y tế chưa trả từ việc chẩn đoán ung thư vú hoặc cổ tử cung này không? Có Không
Nếu Có: # của các tháng trước ngày chẩn đoán của quý vị mà xét nghiệm đã bắt đầu và không được bao trả bởi BCCHP hoặc bảo hiểm:
 1 2 3

Quý vị có là một cư dân tiểu bang Washington không? Có Không

Quý vị có là một công dân Hoa Kỳ không? Có Không Quý vị đã có được sinh ra trong Lãnh Thổ Hoa Kỳ không? Có Không Ở Đâu? _____

Quý vị có là một Thường Trú Nhân Hoa Kỳ không? Có Không Không Áp Dụng

Thường Trú Nhân kể từ: (ngày trên thẻ Thường Trú Nhân) _____
(Sao lại thẻ PR một lần chỉ khi cần thiết cho đơn xin ban đầu, không dành cho việc đổi mới)

Ngôn ngữ chính? (chọn tất cả các mục áp dụng, khoanh tròn một mục quý vị thích) Tiếng Anh Tiếng Tây Ban Nha
 Tiếng Việt Tiếng Trung Tiếng Hàn Tiếng Campuchia Tiếng Nga Tiếng khác (nêu rõ: _____)

Tôi hiểu rằng:

- Tôi đang được giới thiệu đến Chương Trình Apple Health Medicaid của Cơ Quan Chăm Sóc Sức Khỏe (HCA) Tiểu Bang Washington đối với bảo hiểm y tế dùng để điều trị ung thư vú hoặc cổ tử cung.
- Thông tin này sẽ không được chia sẻ cho Sở Di Trú và Nhập Tịch Hoa Kỳ (USCIS).
- Tôi cho phép Chương Trình Chăm Sóc Sức Khỏe Vú, Cổ Tử Cung & Ruột Già (BCCHP) tiết lộ hồ sơ y tế để chứng minh việc điều trị.
- Tôi cho phép Tiểu Bang Washington các quyền về bất kỳ phúc lợi cấp dưỡng y tế nào và bất kỳ khoản chi trả nào của bên thứ ba về chăm sóc sức khỏe.

Tôi đã đọc và hiểu thông tin trên đây. Tôi xin cam kết, theo mọi hình phạt khai man trước tòa, thông tin tôi đã cung cấp là hoàn toàn đúng sự thật với khả năng hiểu biết nhất của tôi.

Chữ Ký Thân Chủ: _____ Ngày: _____

Chữ Ký Nhân Viên Quản Lý Hồ Sơ: _____ Ngày: _____

FOR BCCHP CASE MANAGER USE:

Initial eligibility screening date: _____ Re-verification date: _____ Remains eligible: Yes No (If no, explain in notes)
Requested coverage start date: _____ AEM / ERSO: Yes No BCCHP Consent form current: Yes No

Case Management Notes: