

DOH 345-214 Feb 2018-Korean **유방암 및 자궁경부암 치료 프로그램 자격, 공개 및 동의 양식**

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:

인쇄하십시오

For Office Use Only

성	이름	MI	BCCHP Prime Contractor	Diagnosis Date
생일	사회보장번호		BCCHP Case Manager Name: Cristina Del Alma Phone: 206-263-8309 Fax: 206-296-0208	
주소			BCCHP ID #	Provider One #
시	주	우편번호	Clinic Chart #	Clinic Name
전화번호: 메시지를 남기시겠습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 집: _____ 휴대폰: _____ 대체 번호: _____				
귀하의 세금 납부 전 가계 소득은? \$ _____ / <input type="checkbox"/> 주 <input type="checkbox"/> 월 <input type="checkbox"/> 년 가계 소득에서 생계비를 지원받는 가구원 수: _____				
건강 보험을 갖고 계십니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 예인 경우, 회사: _____ 정책 # _____				
이 유방암이나 자궁경부암 진단에 대해 미납된 의료 청구서가 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 예인 경우: 진단 날짜 전 검진이 시작되고 BCCHP 또는 보험에서 보장하지 않은 개월 수: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3				
워싱턴 주의 주민이십니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요				
미국 시민이십니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 미국령에서 태어났습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 어디입니까? _____				
미국 영주권자입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 해당 없음 다음 이후 영주권자: (P.R. 카드의 날짜) _____ (PR 카드는 갱신용이 아니라 최초 승인용으로 한 번만 복사하면 됩니다.)				
기본 언어는? (해당 항목 모두 선택, 원하는 항목에 동그라미) <input type="checkbox"/> 영어 <input type="checkbox"/> 스페인어 <input type="checkbox"/> 베트남어 <input type="checkbox"/> 중국어 <input type="checkbox"/> 한국어 <input type="checkbox"/> 캄보디아어 <input type="checkbox"/> 러시아어 <input type="checkbox"/> 기타(구체적으로 명시: _____)				

다음 사항을 이해했습니다:

- 본인은 유방암이나 자궁경부암 치료를 위한 의료 혜택을 받기 위해 워싱턴 주 보건 당국(HCA)의 Apple Health Medicaid 프로그램을 추천받고 있습니다.
- 이 정보는 미국 시민권 및 이민 서비스(USCIS)와 공유하지 않습니다.
- 본인은 치료 문서용으로 유방 자궁경부 및 결장 건강 프로그램(BCCHP)에 의료 기록을 공개합니다.
- 본인은 워싱턴 주에 의료 지원 혜택 및 건강 관리에 대한 제 3자 지불 권리를 부여합니다.

위의 정보를 읽고 이해했습니다. 본인은 위증시 처벌을 받는다는 조건하에 본인이 제공한 정보가 본인이라는 한 사실이고, 정확하며 완전함을 선언합니다.

클라이언트 서명: _____ 날짜: _____

케이스 매니저 서명: _____ 날짜: _____