

乳癌及子宮頸癌治療計劃 (BCCTP) 申請及轉介表格

要符合乳癌及子宮頸癌治療計劃 (BCCTP) 醫療福利的資格，申請人必須：

- 符合乳癌及子宮頸癌治療計劃的資格條件；
- 經診斷為需要接受乳癌或子宮頸癌或特殊癌前病症的治療；
- 65 歲以下；
- 沒有醫療保險繳付治療；醫療保險為：
 - 個人或團體醫療保險；
 - 聯邦醫療保險 (Medicare)；
 - 俄勒岡醫療計劃 (Medicaid)；
 - 軍人保險；
 - 家庭醫療保險援助計劃 (FHIAP)；
 - 俄勒岡醫療保險庫 (OMIP)；

注意：如果其他醫療保險未能涵蓋乳癌或子宮頸癌的治療，申請者可能仍符合 BCCTP 的資格。

如申請者符合資格，其將須完成整份醫療申請表。如果其未能將此資訊傳送給我們，將不能繼續其醫療福利。

- 申請者可能被要求填寫其他醫療計劃的申請表。這樣做是要了解其是否可從不同計劃獲取福利。
- 聲稱自己為美國公民的申請者可能被要求提供公民驗證。
- 聲稱自己並非為公民的申請者可能被要求提供入境狀況驗證。如果其沒有該等文件，可能選擇聲稱其將不會提供入境狀況驗證。如屬此情況，其可能符合 Healthier Oregon 福利的資格。Healthier Oregon 福利與完整 OHP 相同，並包括癌症治療。要了解更多，請瀏覽 [Oregon.gov/HealthierOregon](https://www.oregon.gov/HealthierOregon)。

申請者可能被要求給予其社會保障號碼 (SSN)。每名申請醫療福利並具有 SSN 的人士都需要提供 SSN。即使您沒有 SSN，您仍可申請醫療福利。如果您需要協助獲取 SSN，我們可提供協助。您可以致電 1-800-699-9075 與我們聯絡。您亦可瀏覽 www.socialsecurity.gov，或致電 1-800-772-1213（聽障熱線 1-800-325-0778）聯絡社會保障局。

有關申請疑問的答案可瀏覽 <https://www.oregon.gov/oha/HSD/OHP/Pages/BCCTP.aspx> 或致電 1-800-699-9075（聽障熱線 711）聯絡 OHP 客戶服務部。請要求轉駁 BCCTP 團隊。

轉移醫療福利的權力

在要求和接受醫療福利的情況下，個人給予俄勒岡衛生局 (OHA) 所有權力以作任何醫療支援及向任何第三方收取醫療護理款項。這容讓 OHA 向任何第三方收取有關個人醫療護理的款項。

遺產索償聲明

在個人死亡後，俄勒岡州社會服務部及俄勒岡衛生局(ODHS|OHA)可能從個人的遺產中提取金錢(按 ORS 414.104 的定義)。可提取的金額一般與個人在 55 歲後獲取的醫療福利金額相等。如果個人在死亡時已永久缺乏自理能力(按 OAR 461-135-0832 的定義)，其於 55 歲前支付的醫療福利可能被恢復。支付醫療福利的金錢可從個人死亡時的遺產所提取。如果個人具有仍在生的配偶，將在其死亡後才提出索償。如果仍有在生的孩子為 21 歲以下，則不會提出索償。如果在生的孩子屬殘障，則不會提出索償(ORS 115.125)。

社會保障號碼

大部分申請醫療福利的人都需要社會保障號碼(SSN)(42 USC Sec.1320b-7)。SSN 將用以：

- 確保沒有人可獲取超過一個家庭單位的福利；
- 了解個人可獲取何種福利；
- 一次過為大量個案作出更改；
- 找出繳付過多的福利；
- 將我們的記錄與聯邦和州的記錄相符。例如，失業補償、稅務服務、Medicaid 和社會保障記錄；
- 集合工作者的資訊和研究。這有助法律制定者和機構改善給予俄勒岡州人的服務。

反歧視聲明

俄勒岡州公眾服務部(ODHS)和俄勒岡州衛生局(OHA)不會歧視任何人。這意味著 ODHS|OHA 將幫助所有符合條件的人，並且不會因為年齡、種族、膚色、國籍、性別、宗教、政治信仰¹、殘疾或性取向²而對任何人區別對待。

如果您認為 DHS 或 OHA 由於上述任何原因對您區別對待，可以提出投訴。如需提出投訴，您可以致電或寫信給州長宣傳辦公室：

Governor's Advocacy Office
500 Summer Street NE, E17
Salem, OR 97301
503-945-6904, 1-800-442-5238, 聽障熱線 711
電郵：DHS.INFO@ODHSOHA.OREGON.GOV
「公平機會受法律保障！」

¹SNAP 客戶獲得免受政治信仰歧視的保護。

²性取向受到俄勒岡州的保護，但不受聯邦法律的保護。

申請者的權利

- 詢問有關 OHA 計劃、支付和服務。
- 申請 OHA 計劃。
- 獲取有禮和公平的治療而不被歧視。
- 按美國殘障法案獲取任何殘障情況的合理待遇。
- 除法律要求以外，就給予 OHA 的資料拒絕發放。
- 要求任何給予 OHA 的表格和獲取收據。
- 與負責人對話。
- 要求就您不同意的任何行動作出聆訊。您可由通知日期起計 45 天內作出此行動。此

要求必須載於行政聆訊要求表格 (DHS 443)。此表格可在任何 OHA 辦公室索取。辦公室職員可助您填寫此表格。

- 在 45 天內得知您是否符合福利資格。

申請者的責任

- 提供真實、正確和完整的資料。
- 在 10 天內呈報更改：
 - 更改地址；
 - 更改其他醫療護理承保 (Medicare、私人保險等)；
 - 呈報您懷孕。
- 致電 1-800-699-9075 聯絡 OHP 客戶服務部呈報更改。
- 使用您的醫療 ID 卡前，告知其他醫療護理承保提供者。

簽署本申請表：

- 本人容讓 OHA 查看本人的醫療護理記錄。本人容讓 OHA 與 OHA 承辦商及其提供者分享本人的醫療護理記錄。
- 本人明白遺產索償聲明。
- 本人明白上述有關本人的權利和責任。
- 本人明白社會保障聲明。

本人確定就本人所知，本人在此申請表填寫的內容屬真確、正確及完整。

本文件可在要求的情況下以其他格式提供予殘疾人士，或向英語能力有限的人士提供其他語言版本。欲要求此表格的另一格式或語言，請致電 1-800-699-9075 或聽障熱線 1-800-735-2900 聯絡俄勒岡州醫療計劃(OHP)

乳癌及子宮頸癌治療計劃 (BCCTP) 申請及轉介表格

病人：請完成以下部分以申請 BCCTP 的醫療福利

第 1 部分 – 病人部分

申請者姓名：			日期：
出生日期：	社會保障號碼：	電話號碼：	訊息電話：

住宅地址

街道：	城市：	州：	郵政編碼：
-----	-----	----	-------

郵寄地址：（如與上不同）

街道：	城市：	州：	郵政編碼：
-----	-----	----	-------

家庭成員人數：（這包括您自己、您的配偶和孩子

〔如果他們與您同住〕，以及您在報稅表中包括的任何人士）_____

家庭單位每月總淨收入：（稅前）_____

可在您聯邦報稅時使用的每月扣稅總額_____

您是否美國公民或國民？ 是 否

您是否合法入境的非公民？ 是 否

您是否有任何類型的醫療保險承保？ 是 否

這包括 Medicare、私人保險等。

如是，承保類型是甚麼？（提供保險卡副本 [如適用]。）

以下問題將有助我們決定您是否可能符合另一 OHP 計劃的資格。

您在家中是否一名兒童（19 歲以下）的家長 / 親人？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
您是否懷孕？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
您是否已申請殘障福利？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
您是否曾經被拒絕殘障福利？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
您是否正接受殘障福利？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否

本人已閱讀第 2 頁和第 3 頁有關本人的權利和責任。 是 否

（申請人簽署）

（日期）

服務提供者： 您一旦閱讀申請指引和資格要求後，請完成以下部分以為此病人作出推斷的 BCCTP 決定：

第 2 部分 — 服務提供者部分			
服務提供者名稱：	NPI 號碼：	專科 / 牌照類型：	
診所名稱：	電話號碼：	訊息電話：	
街道地址：	城市：	州：	郵政編碼：

診斷

<p>乳房：</p> <input type="checkbox"/> 入侵性乳癌 <input type="checkbox"/> 原位腺管內癌 (DCIS)	<p>子宮：</p> <input type="checkbox"/> 持續子宮頸上皮內瘤第 1 級 (CIN 1) (出現超過至少 18 個月) <input type="checkbox"/> CIN 2 或 CIN 3 <input type="checkbox"/> 入侵性子宮頸癌 <input type="checkbox"/> 腺原位癌 <input type="checkbox"/> (AIS) 原位癌 (CIS)
<p>診斷日期： _____</p> <p>(這是診斷癌症所進行的程序日期。)</p> <p>病人是否有與此診斷相關的未繳付醫療賬單？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p> <p>如是，這些賬單的開始日期： _____</p> <p>病人是否在上述日期符合資格條件？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p>	

本人希望透過電話快速收取接受者的 ID 號碼： 是 否

電話號碼： _____

聯絡人姓名： _____

在下方簽署，本人確認病人符合本申請表第一頁的資格指引，本部分列出的資料真確無誤和完整，且本人符合資格作出此診斷。

(提供者簽署)

(日期)