

نموذج إحالة والتقدم بطلب لبرنامج علاج سرطان الثدي وسرطان عنق الرحم (BCCTP)

للتأهل للحصول على المزايا الطبية من برنامج علاج سرطان الثدي وسرطان عنق الرحم (BCCTP)، يجب على الفرد:

- تلبية معايير الأهلية لبرنامج سرطان الثدي وسرطان عنق الرحم في ولاية أوريغون؛
- وجود تشخيص بأن هناك حاجة إلى علاج لسرطان الثدي أو سرطان عنق الرحم، أو حالات محددة سابقة لسرطان؛
- صغر السن عن 65 عامًا؛
- عدم وجود تأمين صحي لدفع تكاليف العلاج؛ التأمين الصحي هو:

○ التأمين الصحي الفردي أو الجماعي؛

○ Medicare؛

○ خطة أوريغون الصحية (Medicaid)؛

○ تأمين القوات المسلحة؛

○ برنامج المساعدة في التأمين الصحي للأسرة (FHIAP)؛

○ مجمع أوريغون للتأمين الطبي (OMIP).

ملاحظة: إذا كان التأمين الصحي الآخر لا يغطي علاج سرطان الثدي أو سرطان عنق الرحم، فقد يظل الفرد مؤهلاً لبرنامج علاج سرطان الثدي وسرطان عنق الرحم.

إذا كان الفرد مؤهلاً للبرنامج، فسيتعين عليه إكمال طلب طبي كامل. إذا لم يُعد هذه المعلومات إلينا، فلن تستمر مزاياها الطبية.

- قد يُطلب من الفرد ملء نماذج لبرامج طبية أخرى. يهدف ذلك لمعرفة ما إذا كان بإمكانه الحصول على مزايا من برنامج مختلف.
- قد يُطلب من الفرد الذي يذكر أنه مواطن أمريكي تقديم إثبات الجنسية.
- قد يُطلب من الفرد الذي يذكر أنه ليس مواطنًا أمريكيًا تقديم التحقق من حالة الهجرة. يمكنه اختيار التصريح بأنه لن يقدم التحقق من حالة الهجرة إذا لم يكن لديه مستندات. إذا كان الأمر كذلك، فقد يكون مؤهلاً للحصول على مزايا Healthier Oregon. إن مزايا Healthier Oregon هي نفس مزايا خطة أوريغون الصحية الكاملة، وتشمل علاج السرطان. لمعرفة المزيد، تفضلي بزيارة Oregon.gov/HealthierOregon.

سيُطلب من الفرد تقديم رقم الضمان الاجتماعي (SSN) الخاص به. رقم الضمان الاجتماعي مطلوب لكل من يتقدم بطلب للحصول على المزايا الصحية ومن لديه ميزة صحية. لا يزال بإمكانك التقدم بطلب للحصول على المزايا الصحية حتى لو لم يكن لديك رقم ضمان اجتماعي. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة للحصول على رقم ضمان اجتماعي، فقد يمكننا مساعدتك. بإمكانك الاتصال بنا على الرقم 1-800-699-9075. يمكنك أيضًا زيارة www.socialsecurity.gov، أو الاتصال بإدارة الضمان الاجتماعي على الرقم 1-800-772-1213 (الهاتف النصي على الرقم 1-800-325-0778).

يمكن الإجابة عن الأسئلة المتعلقة بالطلب على

<https://www.oregon.gov/oha/HSD/OHP/Pages/BCCTP.aspx> أو عن طريق الاتصال بخدمة عملاء OHP على الرقم 1-800-699-9075 (الهاتف النصي على الرقم 711). اسألي عن فريق برنامج علاج سرطان الثدي وسرطان عنق الرحم.

التنازل عن الحقوق في المزايا الطبية

من خلال طلب المزايا الطبية والحصول عليها، يمنح الشخص هيئة صحة أوريغون (OHA) جميع الحقوق في الحصول على أي دعم طبي وأي مدفوعات من طرف ثالث مقابل تلقي الرعاية الطبية. يتيح هذا لهيئة صحة أوريغون طلب المدفوعات من أي طرف ثالث مسؤول عن دفع تكاليف الرعاية الطبية للشخص.

بيان المطالبة بالتركة

عند وفاة شخص، يجوز لإدارة الخدمات الإنسانية بولاية أوريغون وهيئة صحة أوريغون (ODHS|OHA) أخذ الأموال من

تركة الشخص (كما هو محدد في ORS 414.104). إن المبلغ الذي يمكن أخذه يساوي عمومًا مقدار المزايا الطبية التي حصل عليها الشخص بعد بلوغه سن 55 عامًا. إذا تم إيداع الشخص في مركز رعاية بشكل دائم (كما هو محدد في OAR 461-135-0832) وقت الوفاة، فقد يتم استرداد المزايا الطبية المدفوعة قبل بلوغه سن 55 عامًا. يمكن أخذ الأموال اللازمة لسداد المزايا الطبية من تركة الشخص وقت الوفاة. إذا كان للشخص زوج على قيد الحياة، فلن يتم تقديم أي مطالبة حتى وفاته. إذا كان هناك أطفال على قيد الحياة تقل أعمارهم عن 21 عامًا، فلن يتم تقديم أي مطالبة. إذا كان هناك أطفال معاقون على قيد الحياة، فلن يتم تقديم أي مطالبة (ORS 115.125).

رقم الضمان الاجتماعي

أرقام الضمان الاجتماعي (SSN) مطلوبة لمعظم الأشخاص المتقدمين للحصول على المزايا الطبية (البند 42 USC 1320b-7). سيستخدم رقم الضمان الاجتماعي من أجل:

- التأكد من عدم حصول أي فرد على مزايا في أكثر من أسرة واحدة؛
- معرفة المزايا التي يمكن أن يحصل عليها الشخص؛
- إجراء تغييرات على عدد كبير من الحالات في وقت واحد؛
- استرداد المزايا المدفوعة بالزيادة؛
- مطابقة سجلاتنا مع السجلات الفيدرالية وسجلات الولاية. على سبيل المثال، سجلات تعويض البطالة، ودائرة الإيرادات الداخلية، وMedicaid، والضمان الاجتماعي؛
- جمع معلومات القوى العاملة وأبحاثها. هذا يساعد المشرعين والوكالات على تحسين الخدمات المقدمة لسكان ولاية أوريغون.

بيان عدم التمييز

لا تمارس إدارة الخدمات البشرية (DHS) في ولاية أوريغون وهيئة صحة أوريغون (OHA) التمييز ضد أي شخص. هذا يعني أن إدارة الخدمات الإنسانية بولاية أوريغون|هيئة صحة أوريغون ستساعد جميع المؤهلين ولن تعامل أي شخص بشكل مختلف بسبب العمر، أو العرق، أو اللون، أو الأصل القومي، أو الجنس، أو الدين، أو المعتقدات السياسية¹، أو الإعاقة، أو التوجه الجنسي².

يمكنك تقديم شكوى إذا كنت تعتقد أن إدارة الخدمات البشرية أو هيئة صحة أوريغون عاملتك بشكل مختلف لأي من هذه الأسباب. لتقديم شكوى، يمكنك التواصل مع مكتب الشؤون القانونية التابع للحكومة:

Governor's Advocacy Office

500 Summer Street NE, E17

Salem, OR 97301

711 الرقم ، الهاتف النصي على الرقم 711، 1-800-442-5238، 503-945-6904

البريد الإلكتروني: DHS.INFO@ODHSOHA.OREGON.GOV

"تكافؤ الفرص هو القانون!"

¹ عملاء SNAP يتمتعون بالحماية من التمييز القائم على المعتقدات السياسية.

² توفر ولاية أوريغون الحماية للتوجه الجنسي، ولكن ليس القوانين الفيدرالية

حقوق مقدم الطلب

- الاستفسار عن برامج هيئة صحة أوريغون ومدفوعاتها وخدماتها.
- التقدم بطلب للتأهل لبرامج هيئة صحة أوريغون.
- تلقي معاملة مهذبة وعادلة بدون تمييز.
- الحصول على تسهيلات معقولة لأي معاقين وفقًا لقانون الأمريكيين ذوي الإعاقة.
- رفض السماح بالإفصاح عن المعلومات المقدمة إلى هيئة صحة أوريغون ما لم يكن ذلك مطلوبًا بموجب القانون.
- المطالبة بإيصال لأي نماذج مقدمة إلى هيئة صحة أوريغون والحصول عليه.
- التحدث مع شخص مسؤول.

- طلب عقد جلسة استماع بشأن أي إجراء لا توافقين عليه. لديك 45 يومًا من تاريخ الإشعار للقيام بذلك. يجب أن يكون الطلب موجودًا في نموذج طلب جلسة استماع إدارية (DHS 443). هذا النموذج متاح في أي مكتب من مكاتب هيئة صحة أوريغون. يمكن لأي شخص موجود في المكتب مساعدتك في ملئه.
- معرفة ما إذا كنت مؤهلة للحصول على المزايا خلال 45 يومًا.

مسؤوليات مقدم الطلب

- تقديم معلومات صحيحة ودقيقة وكاملة.
- الإبلاغ عن التغييرات التالية في غضون 10 أيام:
 - تغييرات العنوان؛
 - التغييرات في تغطية الرعاية الصحية الأخرى (Medicare، التأمين الخاص... إلخ)؛
 - الإبلاغ بما إذا أصبحت حاملًا.
- الإبلاغ بالتغييرات عن طريق الاتصال بخدمة عملاء OHP على الرقم 1-800-699-9075.
- إخبار مقدمي الرعاية الصحية بتغطية الرعاية الصحية الأخرى قبل استخدام بطاقة هويتك الطبية.

بالتوقيع على هذا الطلب:

- أسمح لهيئة صحة أوريغون بمراجعة سجلات الرعاية الصحية الخاصة بي. أسمح لهيئة صحة أوريغون بمشاركة سجلات الرعاية الصحية الخاصة بي مع مقاولي هيئة صحة أوريغون ومقدمي خدماتها.
- أفهم بيان المطالبة بالتركة.
- أفهم حقوقي ومسؤولياتي كما هو مذكور أعلاه.
- أفهم بيان الضمان الاجتماعي.

أؤكد أن المعلومات التي قدمتها في هذا الطلب صحيحة ودقيقة وكاملة على حد علمي.

يمكن توفير هذا المستند عند الطلب بتنسيقات بديلة للأفراد ذوي إعاقات أو بلغة أخرى غير اللغة الإنجليزية للأشخاص ذوي المهارات المحدودة في اللغة الإنجليزية. لطلب هذا النموذج بتنسيق آخر أو بلغة أخرى، اتصل بخطة أوريغون الصحية (OHP) على الرقم 1-800-699-9075 أو بالهاتف النصي على الرقم 1-800-735-2900

نموذج إحالة والتقدم بطلب لبرنامج علاج سرطان الثدي وسرطان عنق الرحم (BCCTP)

المريضة: يُرجى إكمال القسم التالي لتقديم طلب للحصول على المزايا الطبية من برنامج علاج سرطان الثدي وسرطان عنق الرحم

الجزء 1 — قسم المرضى			
اسم مقدم الطلب:	التاريخ:		
تاريخ الميلاد:	رقم الضمان الاجتماعي:	رقم الهاتف:	هاتف الرسائل:
عنوان المنزل			
الشارع:	المدينة:	الولاية:	الرمز البريدي:
العنوان البريدي (إذا كان مختلفًا)			
الشارع:	المدينة:	الولاية:	الرمز البريدي:

حجم الأسرة: (هذا يشملك أنتِ وزوجك وأطفالك إذا كانوا يعيشون معك وأي شخص آخر تدرجينه في إقرارك الضريبي)

إجمالي دخل الأسرة الشهري: (قبل الضرائب)

إجمالي الخصومات الشهرية الخاضعة للضريبة التي يمكن المطالبة بها في إقرارك الضريبي الفيدرالي

- هل أنتِ مواطنة أمريكية أو حاصلة على الجنسية الأمريكية؟ نعم لا
- هل أنتِ لست مواطنة أمريكية وتتمتعين بوضع هجرة قانوني؟ نعم لا
- هل لديك أي نوع من تغطية التأمين الصحي؟ نعم لا
- هذا يشمل Medicare والتأمين الخاص... إلخ

إذا كانت الإجابة بنعم، فما هو نوع التغطية؟ (قَدِّمي نسخة من بطاقة التأمين إن وجدت)

ستساعدنا الأسئلة التالية في تحديد ما إذا كنتِ مؤهلة لبرنامج خطة أوريغون الصحية (OHP) آخر.

هل أنتِ أحد الوالدين/قريب لطفل (أقل من 19 عامًا) يقيم في منزلك؟	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا
هل أنتِ حامل؟	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا
هل تقدمتِ بطلب للحصول على إعانات العجز؟	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا
هل تم رفض حصولك على إعانات العجز؟	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا
هل تتلقين إعانات العجز؟	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا

لقد قرأتُ حقوقي ومسؤولياتي الواردة في الصفحتين 2 و 3. نعم لا

(التاريخ)

(توقيع مقدم الطلب)

مقدم الخدمة: بمجرد قراءة دليل تقديم الطلب ومتطلبات الأهلية، يُرجى إكمال القسم التالي لاتخاذ قرار بشأن برنامج علاج سرطان

الثدي وسرطان عنق الرحم افتراضي لهذه المريضة:

الجزء 2 — قسم مقدم الخدمة			
اسم مقدم الخدمة:		رقم NPI:	
اسم العيادة:		رقم الهاتف:	هاتف الرسائل:
عنوان الشارع:		المدينة:	الولاية:
		الرمز البريدي:	

التشخيص

الثدي:	عنق الرحم:
<input type="checkbox"/> سرطان الثدي الغازي	<input type="checkbox"/> CIN 1 الدائم (يحدث على مدى 18 شهرًا على الأقل)
<input type="checkbox"/> سرطانة قنوية لابدة (DCIS)	<input type="checkbox"/> CIN 2 أو CIN 3
	<input type="checkbox"/> سرطان عنق الرحم الغازي
	<input type="checkbox"/> سرطانة عُديَّة لابدة
	<input type="checkbox"/> (AIS) سرطانة لابدة (CIS)

تاريخ التشخيص:
(هذا هو تاريخ الإجراء الذي تم فيه تشخيص السرطان).
هل لدى المريضة فواتير طبية مستحقة مرتبطة بهذا التشخيص؟
إذا كانت الإجابة بنعم، فحدد تاريخ بدء استحقاق هذه الفواتير:
هل كانت المريضة قد استوفت معايير الأهلية في التاريخ المذكور أعلاه؟

لا نعم

لا نعم

لا نعم

أرغب في الحصول على رقم هوية المستلم بشكل عاجل عبر الهاتف:

رقم الهاتف: _____

اسم جهة الاتصال: _____

بالتوقيع أدناه، أؤكد أن المريضة تستوفي إرشادات الأهلية الواردة في الصفحة الأولى من هذا الطلب، وأن المعلومات المدرجة في هذا القسم صحيحة وكاملة، وأني مؤهل لإجراء هذا التشخيص.

(التاريخ)

(توقيع مقدم الخدمة)