

فرم درخواست و ارجاع برنامه درمان سرطان سینه و دهانه رحم (BCCTP)

برای اینکه یک فرد بتواند واجد شرایط دریافت مزایای پزشکی از برنامه درمان سرطان سینه و دهانه رحم (BCCTP) باشد، باید:

- از معیارهای واجد شرایط بودن برنامه سرطان سینه و دهانه رحم اورگان برخوردار باشد؛
 - تشخیص داده شود که به درمان سرطان سینه یا دهانه رحم، یا شرایط خاص پیش-سرطانی نیاز دارد؛
 - سن او کمتر از 65 سال باشد؛
 - هیچ بیمه درمانی برای پرداخت هزینه درمان نداشته باشد؛ بیمه درمانی عبارتست از:
 - بیمه درمانی فردی یا گروهی؛
 - Medicare؛
 - برنامه بهداشت اورگان (Medicaid)؛
 - بیمه نیروهای مسلح؛
 - برنامه کمک هزینه بیمه درمانی خانواده (FHIAP)؛
 - شرکت بیمه پزشکی اورگان (OMIP).
- توجه: اگر سایر بیمه‌های درمانی درمان سرطان سینه یا دهانه رحم را پوشش ندهند، ممکن است فرد هنوز واجد شرایط BCCTP باشد.

اگر فرد واجد شرایط باشد، باید یک تقاضانامه پزشکی کامل را تکمیل کنید. اگر این اطلاعات را به ما بازنگرداند، مزایای پزشکی او ادامه پیدا نخواهد کرد.

- ممکن است از فرد خواسته شود تا فرم‌هایی را برای سایر برنامه‌های پزشکی تکمیل کند. این برای آن است که دریابیم آیا می‌تواند از یک برنامه دیگر مزایا دریافت کند یا خیر.
- ممکن است از فردی که اعلام می‌کند شهروند ایالات متحده آمریکا است، خواسته شود تا گواهی شهروندی خود را ارائه دهد.
- ممکن است از فردی که اعلام می‌کند شهروند ایالات متحده آمریکا نیست، خواسته شود تا گواهی وضعیت مهاجرت را ارائه دهد. اگر او مدرکی نداشته باشد، می‌تواند اعلام کند که گواهی وضعیت مهاجرت را ارائه نمی‌دهد. در این صورت، ممکن است واجد شرایط دریافت مزایای Healthier Oregon شود. مزایای Healthier Oregon مانند OHP کامل است و درمان سرطان را شامل می‌شود. برای کسب اطلاعات بیشتر، به [Oregon.gov/HealthierOregon](https://www.oregon.gov/HealthierOregon) مراجعه کنید.

از فرد خواسته خواهد شد تا شماره تامین اجتماعی (SSN) خود را ارائه دهد. برای تمام افرادی که درخواست مزایای سلامت می‌دهند و آن را دارند، به یک SSN نیاز است. حتی اگر SSN نداشته باشید نیز می‌توانید برای دریافت مزایای سلامت درخواست دهید. اگر در زمینه دریافت SSN به کمک نیاز دارید، ما می‌توانیم کمک کنیم. می‌توانید با این شماره با ما تماس بگیرید: 1-800-699-9075. همچنین می‌توانید به www.socialsecurity.gov مراجعه کنید، یا با اداره تامین اجتماعی به شماره (TTY 1-800-325-0778) 1-800-772-1213 تماس بگیرید.

در <https://www.oregon.gov/oha/HSD/OHP/Pages/BCCTP.aspx> یا از طریق تماس با خدمات مشتریان OHP به شماره (TTY 711) 1-800-699-9075 به پرسش‌ها درباره تقاضانامه پاسخ داده می‌شود. از تیم BCCTP بپرسید.

واگذاری حقوق مزایای پزشکی

فرد با درخواست مزایای پزشکی و دریافت آن تمام حقوق مربوط به هر گونه پشتیبانی پزشکی و پرداخت‌های شخص ثالث در ازای مراقبت پزشکی را به اداره بهداشت اورگان (OHA) واگذار می‌کند. این امر به OHA اجازه می‌دهد تا از هر شخص ثالثی که مسئول پرداخت هزینه مراقبت پزشکی فرد است، درخواست پرداخت کند.

بیانیه مطالبه دارایی

پس از فوت فرد، اداره خدمات انسانی اورگان و سازمان بهداشت اورگان (ODHS/OHA) از دارایی فرد (همانطور که در ORS 414.104 تعریف شده است) پول برداشت می‌کنند. مبلغی که می‌توان برداشت کرد به طور کلی برابر با میزان مزایای پزشکی است که فرد پس از 55 سالگی دریافت کرده است. اگر فرد در زمان فوت به طور دائم بستری شده باشد (همانطور که در OAR 461-135-0832 تعریف شده است)، مزایای پزشکی پرداخت شده قبل از سن 55 سالگی ممکن است بازستانده شود. پول بازپرداخت مزایای پزشکی را می‌توان در زمان فوت از دارایی فرد برداشت کرد. اگر همسر فرد در قید حیات باشد، تا زمان فوت او مطالبه‌ای انجام نخواهد شد. اگر او فرزندان زیر 21 سالگی داشته باشد که در قید حیات هستند، هیچ مطالبه‌ای انجام نخواهد شد. اگر فرزندان در قید حیات او معلولیت داشته باشند، هیچ مطالبه‌ای انجام نخواهد شد. (ORS 115.125).

شماره تأمین اجتماعی

برای اکثر افرادی که درخواست مزایای پزشکی می‌دهند، به شماره تأمین اجتماعی (SSN) نیاز است (42 USC (Sec.1320b-7) در موارد زیر استفاده خواهد شد:

- اطمینان از اینکه هیچ شخصی در بیش از یک خانوار مزایا دریافت نکند؛
- اطلاع از مزایایی که یک فرد می‌تواند دریافت کند؛
- ایجاد تغییرات در تعداد زیادی از پرونده‌ها در یک زمان؛
- بازستاندن مزایای بیش از حد پرداخت شده؛
- تطابق سوابق ما با سوابق فدرال و ایالتی. برای مثال، سوابق غرامت بیکاری، خدمات درآمد داخلی، Medicaid و سوابق تأمین اجتماعی؛
- جمع‌آوری اطلاعات نیروی کار و تحقیقات. این به قانونگذاران و نهادها کمک می‌کند تا ارائه خدمات به ساکنان اورگان را بهبود بخشند.

بیانیه عدم-تبعیض

اداره خدمات انسانی اورگان (ODHS) و سازمان بهداشت اورگان (OHA) علیه کسی تبعیض قائل نمی‌شوند. این بدان معنا است که ODHS/OHA به تمام افراد واجد شرایط کمک خواهد کرد و با هیچکس به خاطر سن، نژاد، رنگ پوست، ملیت، جنسیت، مذهب، اعتقادات سیاسی¹، ناتوانی یا گرایش جنسی²، رفتاری متفاوت نخواهد داشت.

اگر تشخیص دهید که DHS یا OHA شما را، بر اساس هر یک از این عوامل، مشمول تبعیض کرده است، می‌توانید شکایت کنید. برای ثبت شکایت، می‌توانید با دفتر وکالت فرمانداری تماس بگیرید یا بنویسید:

دفتر وکالت فرماندار

500 Summer Street NE, E17

Salem, OR 97301

503-945-6904, 1-800-442-5238, TTY 711

ایمیل: DHS.INFO@ODHSOHA.OREGON.GOV

"فرصت برابر یک قانون است!"

¹از مراجعان SNAP در برابر تبعیض علیه عقاید سیاسی محافظت می‌شود.

²گرایش جنسی توسط ایالت اورگان حمایت می‌شود، اما قوانین فدرال از آن حمایت نمی‌کند.

حقوق متقاضی

- درباره برنامه‌ها، پرداخت‌ها و خدمات OHA سوال کنید.
- برای برنامه‌های OHA تقاضا دهید.
- با شما مودبانه و منصفانه و بدون تبعیض برخورد شود.
- برای هر گونه معلولیت طبق قانون آمریکایی‌های دارای معلولیت، تسهیلات معقول دریافت کنید.
- از اجازه انتشار اطلاعات ارائه شده به OHA امتناع کنید مگر اینکه طبق قانون الزامی باشد.
- رسید هر فرمی که به OHA ارائه شده است را درخواست و دریافت کنید.

- با یکی از مسئولان صحبت کنید.
- برای دادرسی در مورد هر اقدامی که با آن مخالف هستید درخواست دهید. شما از تاریخ اطلاعیه، 45 روز فرصت دارید تا این کار را انجام دهید. درخواست باید در فرم درخواست دادرسی اداری (DHS 443) ارائه شود. این فرم در هر یک از دفاتر OHA در دسترس است. کارکنان دفتر می‌توانند در پر کردن آن به شما کمک کنند.
- ظرف 45 روز مطلع شوید که آیا واجد شرایط دریافت مزایا هستید یا خیر.

مسئولیت‌های متقاضی

- اطلاعات درست، صحیح و کامل ارائه دهید.
- تغییرات زیر را ظرف 10 روز گزارش دهید:
 - تغییر آدرس؛
 - تغییر سایر پوشش‌های مراقبت بهداشتی (Medicare، بیمه خصوصی و غیره)؛
 - اگر باردار شده‌اید، گزارش دهید.
- از طریق تماس با خدمات مشتریان OHP به شماره 1-800-699-9075، تغییرات را گزارش دهید.
- قبل از استفاده از کارت شناسایی پزشکی خود، سایر پوشش‌های مراقبت بهداشتی را به ارائه‌دهندگان مراقبت بهداشتی خود اطلاع دهید.

با امضای این تقاضانامه:

- من به OHA اجازه می‌دهم که سوابق مراقبت بهداشتی من را بررسی کند. من به OHA اجازه می‌دهم که سوابق مراقبت بهداشتی من را در اختیار سایر پیمانکاران OHA و ارائه‌دهندگان آنها قرار دهد.
- من از بیانیه مطالبه دارایی مطلع هستم.
- من از حقوق و مسئولیت‌های خود که در بالا توضیح داده شده‌اند، اطلاع دارم.
- من از بیانیه تامین اجتماعی مطلع هستم.

من تایید می‌کنم اطلاعاتی که در این تقاضانامه ارائه کرده‌ام، تا جاییکه می‌دانم درست، صحیح و کامل است.

امکان ارائه این سند بنا به درخواست در قالبی دیگر به افراد معلول یا به زبانی غیر از انگلیسی برای افرادی که مهارت‌های زبان انگلیسی آنها محدود است، وجود دارد. برای درخواست این فرم در قالبی دیگر یا به زبانی دیگر، از طریق شماره 1-800-699-9075 یا TTY 1-800-735-2900 با طرح سلامت اورگان (OHP) تماس بگیرید

فرم درخواست و ارجاع برنامه درمان سرطان سینه و دهانه رحم (BCCTP)

بیمار: برای درخواست مزایای پزشکی از BCCTP، لطفاً بخش زیر را تکمیل کنید

قسمت 1 - بخش بیمار			
نام متقاضی:	تاریخ:		
تاریخ تولد:	شماره تأمین اجتماعی:	شماره تلفن:	تلفن پیامکی:

نشانی منزل

خیابان:	شهر:	ایالت:	کدپستی:
---------	------	--------	---------

نشانی پستی (اگر متفاوت باشد):

خیابان:	شهر:	ایالت:	کدپستی:
---------	------	--------	---------

تعداد خانوار: (این شامل خود شما، همسر و فرزندانان اگر با شما زندگی می‌کنند، و هر فرد دیگری که در اظهارنامه مالیاتی خود او را می‌گنجانید، می‌شود) -

مجموع درآمد ناخالص ماهانه خانوار: (قبل از کسر مالیات) _____

مجموع کسورات ماهیانه مشمول مالیاتی که می‌توان آن را در اظهارنامه مالیاتی فدرال شما مطالبه کرد _____

- آیا شما شهروند یا تبعه ایالات متحده آمریکا هستید؟ بله خیر
- آیا شما یک غیرشهروند با وضعیت مهاجرت قانونی هستید؟ بله خیر
- آیا از نوعی پوشش بیمه سلامت برخوردار هستید؟ بله خیر
- این شامل Medicare، بیمه خصوصی و غیره می‌شود.

اگر پاسخ «بله» است، چه نوع پوششی است؟ (در صورت وجود، نسخه کارت بیمه را ارائه دهید.)

پرسش‌های زیر به ما کمک خواهند کرد تا مشخص کنیم که آیا شما می‌توانید واجد شرایط یک برنامه OHP دیگر باشید یا خیر.

آیا شما والدین/خویشاوند یک کودک (زیر 19 سال) در خانه خود هستید؟	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
آیا باردار هستید؟	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
آیا برای دریافت مزایای معلولیت تقاضا داده‌اید؟	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
آیا درخواست مزایای معلولیت شما رد شده است؟	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
آیا مزایای معلولیت دریافت می‌کنید؟	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر

من حقوق و مسئولیت‌هایم را در صفحات 2 و 3 مطالعه کرده‌ام. بله خیر

(تاریخ)

(امضای متقاضی)

ارائه‌دهنده: پس از مطالعه راهنمای تقاضانامه و الزامات واجد شرایط بودن، لطفاً بخش زیر را تکمیل کنید تا تصمیم احتمالی

قسمت - 2 بخش ارائه‌دهنده			
نام ارائه‌دهنده:		شماره NPI:	
تلفن پیامکی:		تلفن پیغامی:	
آدرس خیابان:		شماره تلفن:	
کدپستی:	ایالت:	شهر:	

تشخیص

<p>سینه:</p> <p><input type="checkbox"/> سرطان سینه تهاجمی</p> <p><input type="checkbox"/> کارسینوم مجاری درجا (DCIS)</p>	<p>دهانه رحم:</p> <p><input type="checkbox"/> CIN 1 پایدار (طی یک دوره حداقل 18 ماهه رخ می‌دهد)</p> <p><input type="checkbox"/> CIN 2 یا CIN 3</p> <p><input type="checkbox"/> سرطان دهانه رحم تهاجمی</p> <p><input type="checkbox"/> آدنوکارسینوم درجا (AIS)</p> <p><input type="checkbox"/> کارسینوم درجا (CIS)</p>
--	--

تاریخ
تشخیص:

(این تاریخ انجام روشی است که سرطان با آن تشخیص داده شده است.)

<p>آیا بیمار در خصوص این تشخیص، صورتحساب‌های پزشکی معوقه دارد؟</p> <p>اگر پاسخ «بله» است، تاریخ شروع این صورتحساب‌ها:</p> <p>آیا بیمار در تاریخ فوق معیارهای واجد شرایط بودن را داشته است؟</p> <p>من می‌خواهم شماره شناسه گیرنده را سریعاً از طریق تلفن دریافت کنم:</p>	<p><input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر</p> <p><input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر</p>
---	---

شماره تلفن: _____

نام مخاطب: _____

با امضای زیر، تایید می‌کنم که بیمار از اصول واجد شرایط بودن موجود در صفحه یک از این تقاضانامه برخوردار است، اطلاعات مندرج در این بخش درست و کامل است و من صلاحیت انجام این تشخیص را دارم.

_____ (تاریخ)

_____ (امضای ارائه‌دهنده)