

## 유방암 및 자궁경부암 치료 프로그램(BCCTP) 신청서 및 의뢰서 양식

유방암 및 자궁경부암 치료 프로그램(Breast and Cervical Cancer Treatment Program, BCCTP)의 의료 혜택을 받으시려면 다음과 같은 요건을 충족하는 분이어야 합니다.

- 오리건주 유방암 및 자궁경부암 프로그램의 자격 기준을 충족해야 함
- 유방암 또는 자궁경부암 또는 특정 전암성 질환에 대한 치료가 필요하다는 진단을 받은 사람이어야 함
- 만 65세 미만이어야 함
- 치료비를 지급받을 건강 보험이 없는 경우, 다음과 같은 건강 보험이 적용됩니다.
  - 개인 또는 단체 건강 보험
  - 메디케어
  - 오리건주 건강 보험(메디케이드)
  - 군대 보험
  - 가족 건강 보험 지원 프로그램(Family Health Insurance Assistance Program, FHIAP)
  - 오리건주 의료 보험 풀(Oregon Medical Insurance Pool, OMIP).

참고: 다른 건강 보험에서 유방암 또는 자궁경부암의 치료를 보장하지 않는 경우에도 BCCTP의 혜택을 받을 자격이 있을 수 있습니다.

자격을 갖춘 분의 경우, 의료 신청서의 내용을 전부 작성하셔야 합니다. 이 정보를 오리건주 보건 당국에 제출하지 않으시면 의료 혜택이 계속 제공되지 않습니다.

- 다른 의료 프로그램에 대한 양식을 작성해 달라는 요청을 받으실 수도 있습니다. 이는 다른 프로그램을 통해 혜택을 받으실 수 있는지 확인하기 위한 것입니다.
- 미국 시민권자라고 밝히신 분의 경우, 시민권 증명서를 제출해 달라는 요청을 받으실 수도 있습니다.
- 미국 시민권자가 아니라고 밝히신 분의 경우, 이민 신분 확인서를 제출해 달라는 요청을 받으실 수도 있습니다. 서류가 없는 경우, 이민 신분 확인서를 제출하지 않겠다는 의사를 밝히실 수 있습니다. 이러한 경우에 해당하시는 분은 더 건강한 오리건주(Healthier Oregon) 프로그램의 혜택을 받을 자격이 있을 수 있습니다. 더 건강한 오리건주 프로그램의 혜택을 통해 오리건주 건강 보험(OHP)의 모든 혜택을 동일하게 받으실 수 있으며 여기에는 암 치료 혜택이 포함됩니다. 자세히 알아보려면, [Oregon.gov/HealthierOregon](http://Oregon.gov/HealthierOregon)을 방문하시기 바랍니다.

자격을 갖춘 분의 경우, 사회보장번호(Social Security Number, SSN)를 알려달라는 요청을 드릴 것입니다. 의료 보험 혜택을 신청하시는 분 중 SSN이 있으신 분은 해당 번호를 알려주셔야 합니다. SSN이 없으신 분도 의료 보험 혜택을 신청하실 수 있습니다. SSN을 발급받는 데 도움이 필요하시면 저희가 도와드릴 수 있습니다. 1-800-699-9075번으로 전화하여 문의하실 수 있습니다. 웹사이트 [www.socialsecurity.gov](http://www.socialsecurity.gov)를 참조하시거나 사회보장국(전화 번호: 1-800-772-1213 [TTY 1-800-325-0778])에 문의하시기

바랍니다.

의료 보험 혜택 신청에 대해 궁금한 점이 있으시면

<https://www.oregon.gov/oha/HSD/OHP/Pages/BCCTP.aspx> 또는 OHP 고객 서비스 센터(1-800-699-9075[TTY 711])로 전화하여 답변을 받으실 수 있습니다. BCCTP 팀에 문의하시기 바랍니다.

### 의료 혜택에 대한 권리 양도

의료 혜택을 요청하고 받음으로써 해당 개인은 모든 의료 지원에 대한 모든 권리 및 제3자에게 의료 서비스 비용을 지불하는 것에 대한 모든 권리를 오리건주 보건당국(Oregon Health Authority, OHA)에 양도하게 됩니다. 이를 통해 OHA는 해당 개인의 의료 서비스 비용을 지불할 책임이 있는 제3자에게 지불을 요청할 수 있습니다.

### 유산 청구 방침

한 개인이 사망할 경우, 오리건주 복지부와 오리건주 보건당국(Oregon Department of Human Services and the Oregon Health Authority, ODHS|OHA)은 해당 개인의 유산(ORS 414.104의 정의에 따름)에서 돈을 받을 수 있습니다. 받을 수 있는 금액은 일반적으로 만 55세 이후에 받은 의료 혜택의 비용과 동일합니다. 사망 당시 영구적으로 시설에 수용된 상태인 경우(OAR 461-135-0832의 정의에 따름), 만 55세 이전에 지급된 의료 혜택 비용이 회수될 수 있습니다. 의료 혜택 비용 상환에 필요한 돈은 사망자의 사망 시점 유산에서 가져갈 수 있습니다. 생존 중인 배우자가 있는 경우, 배우자가 사망할 때까지 해당 비용을 청구할 수 없습니다. 만 21세 미만의 생존 중인 자녀가 있는 경우, 해당 비용을 청구할 수 없습니다. 장애가 있으며 생존 중인 자녀가 있는 경우, 해당 비용을 청구할 수 없습니다(ORS 115.125).

### 사회보장번호

의료 혜택을 신청하시는 대다수의 분들은 사회보장번호(SSN)를 알려주셔야 합니다(42 USC Sec.1320b-7). SSN 사용 목적:

- 한 사람이 두 가구 이상에서 혜택을 받는 일이 없도록 하기 위한 목적
- 어떤 혜택을 받을 수 있는지 확인하기 위한 목적
- 혜택을 받는 많은 분들에 대한 변경사항을 원활하게 처리하기 위한 목적
- 과지급된 혜택을 회수하기 위한 목적
- 저희에게 있는 기록을 연방 및 주정부 기록과 대조하기 위한 목적. 예를 들어 실업 수당, 국세청, 메디케이드, 사회보장 기록이 이에 해당합니다.
- 인력 정보를 수집 및 조사하기 위한 목적. 이를 통해 여러 입법자 및 기관들이 오리건주 주민에 대한 서비스를 개선할 수 있습니다.

### 차별 금지 방침

오리건주 복지부(ODHS) 및 오리건주 보건당국(OHA)은 어느 누구도 차별하지 않습니다. 이는 ODHS|OHA가 자격을 갖춘 모든 사람을 도우며 연령, 인종, 피부색, 출신 국가, 성별, 종교, 정치적 신념<sup>1</sup>, 장애 또는 성적 지향성<sup>2</sup>을 이유로 누구도 차별적으로 대우하지 않음을 의미합니다.

DHS 또는 OHA가 이러한 이유로 차별 대우를 했다고 생각되면 이의를 제기하실 수 있습니다. 주 정부로 민원을 제기하시려면, 주지사 고충처리 사무실(Governor's Advocacy Office)로 전화하시거나 서신을 보내십시오.

주지사 고충처리 사무실

500 Summer Street NE, E17

Salem, OR 97301

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

이메일: [DHS.INFO@ODHSOHA.OREGON.GOV](mailto:DHS.INFO@ODHSOHA.OREGON.GOV)

"기회 균등이 원칙입니다!"

<sup>1</sup>SNAP 고객은 정치적 신념에 따른 차별로부터 보호받습니다.

<sup>2</sup>성적 지향성은 연방법이 아닌 오리건주에 의해 보호됩니다.

### 신청자의 권리

- OHA 프로그램, 비용 지불 및 서비스에 대해 문의할 권리.
- OHA 프로그램을 신청할 권리.
- 차별 없이 정중하고 공정한 대우를 받을 권리.
- 미국 장애인법에 따라 모든 장애에 대해 합리적인 편의를 제공받을 권리.
- 법률에 의거하여 요구되지 않는 한 OHA에 제공한 정보의 공개를 거부할 권리.
- OHA에 제출한 모든 양식에 대한 제출 증빙을 요청하여 받을 권리.
- 담당자와 의논할 권리.
- 동의하지 않는 조치에 대해 청문회를 요청할 권리. 이러한 요청은 통지를 받은 날로부터 45일 이내에 해야 하며, 행정 심리 요청 양식(Administrative Hearing Request form; DHS 443)를 통해 요청해야 합니다. 이 요청서는 모든 OHA 사무국을 통해 구하실 수 있으며, 사무국 담당자가 작성을 도와드릴 수 있습니다.
- 45일 이내에 혜택을 받을 자격이 있는지 확인할 권리.

### 신청자의 책임

- 진실되고 정확하며 완전한 정보를 제공해야 합니다.
- 10일 이내에 다음과 같은 변경사항을 보고해야 합니다.
  - 주소 변경
  - 기타 의료 서비스 보장 혜택(메디케어, 민간 보험 등)의 변경사항
  - 임신한 경우 보고해야 합니다.
- OHP 고객 서비스 센터(1-800-699-9075)로 전화하여 변경사항을 보고하십시오.
- 의료 ID 카드를 사용하기 전에 의료 서비스 제공자에게 다른 의료 서비스 보장 혜택이 있는지 알려주십시오.

### 본 신청서에 서명함으로써:

- 본인은 OHA가 본인의 의료 기록을 검토하는 것을 허용합니다. 본인은 OHA가 본인의 의료 서비스 기록을 OHA 계약자 및 해당 서비스 제공자와 공유하는 것을

허용합니다.

- 본인은 유산 청구 방침을 이해합니다.
- 본인은 위에 명시된 본인의 권리와 책임을 이해합니다.
- 본인은 사회 보장 방침을 이해합니다.

본인은 본 신청서에 제공한 정보가 본인이 아는 한 진실하고 정확하며 완전함을 확인합니다.

요청 시 본 문서는 장애인을 위해 다른 형식으로 제공되거나, 영어가 익숙하지 않은 사람들을 위해 영어 이외의 다른 언어로도 제공될 수 있습니다. 다른 형식이나 언어로 작성된 본 양식을 요청하시려면 전화하여 오리건주 건강 보험(Oregon Health Plan, OHP)에 문의하십시오(전화 번호: 1-800-699-9075 또는 TTY 1-800-735-2900).

**유방암 및 자궁경부암 치료 프로그램(BCCTP) 신청서 및 의뢰서 양식**

환자: BCCTP의 의료 혜택을 신청하시려면 다음 항목을 작성해 주시기 바랍니다.

**1부 - 환자 작성 항목**

신청인 이름:			날짜:
---------	--	--	-----

생년월일:	사회보장번호:	전화번호:	부재중 응답 전화:
-------	---------	-------	------------

집 주소

거리명:	도시:	주:	우편번호:
------	-----	----	-------

우편 주소: (다른 경우)

거리명:	도시:	주:	우편번호:
------	-----	----	-------

가족 수: (여기에는 본인, 배우자 및 자녀[그들이 귀하와 함께 거주하고 있으며, 귀하를 제외한 다른 사람들이 귀하의 세금 신고서에 포함되어 있는 경우]가 포함됩니다.) \_\_\_\_\_

가구의 총 월 소득 합계: (세금 공제 전) \_\_\_\_\_

연방 세금 신고서에 청구할 수 있는 총 과세 대상 월 공제액 \_\_\_\_\_

미국 시민권자 또는 미국 국적 소지자이십니까?  예  아니요

합법적인 이민 신분을 가진 비시민권자이십니까?  예  아니요

건강 보험 보장 혜택 유형을 보유하고 계십니까?  예  아니요

여기에는 메디케어, 민간 보험 등이 포함됩니다.

'예'라고 답하신 경우, 어떤 유형의 보장 혜택을 받고 계십니까? (보험 카드 사본을 제출하실 수 있다면, 제출해 주십시오)

다음 질문은 귀하가 다른 OHP 프로그램의 혜택을 받을 자격이 있는지 판단하는 데 도움이 됩니다.

귀하는 귀하의 데에 함께 살고 있는 아동(만 19세 미만)의 부모/친척이십니까?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요
임신 중이십니까?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요
장애 수당을 신청하신 적이 있으십니까?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요
장애 수당 지급을 거부당한 적이 있으십니까?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요
장애 수당을 받고 계십니까?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요

본인은 2페이지와 3페이지에 있는 본인의 권리와 의무를 읽었습니다.  예  아니요

(신청자의 서명)

(날짜)

서비스 제공자: 신청 안내서 및 자격 요건을 읽은 후 다음 항목을 작성하여 해당 환자의 BCCTP 자격 여부에 대한 추정적인 판단을 내려주시기 바랍니다.

**2부 - 서비스 제공자 작성 항목**

서비스 제공자 이름:	NPI 번호:	전문 분야/면허 유형:	
병원 이름:	전화번호:	부재중 응답 전화:	
도로명 주소:	도시:	주:	우편번호:

**진단**

<b>유방:</b> <input type="checkbox"/> 침습성 유방암 <input type="checkbox"/> 관내 상피내암종(Ductal carcinoma in situ, DCIS)	<b>자궁경부:</b> <input type="checkbox"/> 지속성 CIN 1(최소 18개월에 해당하는 기간 동안 발생함) <input type="checkbox"/> CIN 2 또는 CIN 3 <input type="checkbox"/> 침습성 자궁경부암 <input type="checkbox"/> 상피내선암종 <input type="checkbox"/> (Adenocarcinoma in situ, AIS) 상피내암종(Carcinoma in situ, CIS)
진단날짜: _____ (이것은 암 진단을 받은 시술 날짜임.)	
해당 환자에게 이 진단과 관련하여 미지불된 의료비가 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 '예'라고 답하신 경우, 이 청구서가 시작된 날짜: _____	
환자가 위에 제시된 날짜에 자격 기준에 부합하게 됩니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	

본인은 전화로 신속하게 처리된 수혜자의 ID 번호를 다음을 통해 받고 싶습니다.

전화번호: \_\_\_\_\_

담당자 이름: \_\_\_\_\_

아래에 서명함으로써, 본인은 해당 환자가 본 신청서의 1페이지에 있는 자격 요건을 충족하고, 본 작성 항목에 기재된 정보가 사실이며 완전하고, 본인에게 이 진단을 내릴 자격이 있음을 확인합니다.

---

(서비스 제공자의 서명)

---

(날짜)