

乳腺癌和宫颈癌治疗项目（BCCTP）申请及转诊表

若要获得享受乳腺癌和宫颈癌治疗项目（BCCTP）医疗福利的资格，相关个人必须：

- 符合俄勒冈州乳腺癌和宫颈癌项目的资格标准；
- 经诊断患有需要接受治疗的乳腺癌或宫颈癌，或特定的癌前疾病；
- 年龄在 65 岁以下；
- 没有可支付治疗费用的健康保险；健康保险是：
 - 个人或团体健康保险；
 - Medicare；
 - 俄勒冈州健康计划（Medicaid）；
 - 武装部队保险；
 - 家庭健康保险援助项目（FHIAP）；
 - Oregon Medical Insurance Pool（OMIP）。

注：若其他健康保险不承保对乳腺癌或宫颈癌的治疗，相关个人可能仍然有资格获得 BCCTP。

如果相关个人符合条件，则需要完成完整的医疗申请。如果他们未向我们提供这些信息，他们的医疗福利将会中断。

- 相关个人可能会被要求填写其他医疗项目的表格。这是为了查看他们是否能从不同的项目中获得益处。
- 声明自己是美国公民的个人可能会被要求提供公民身份验证信息。
- 声明自己不是美国公民的个人可能会被要求提供移民身份验证信息。如果没有证件，他们可以选择声明不会提供移民身份验证信息。如果是这种情况，他们可能有资格享受 Healthier Oregon 的福利。Healthier Oregon 提供的福利与完整的 OHP 相同，其中包括癌症治疗。若要了解更多信息，请访问 Oregon.gov/HealthierOregon。

相关个人需要提供其社会保障号码（SSN）。每个申请健康福利并且拥有 SSN 的人员都需要提供 SSN。即使您没有 SSN，您仍然可以申请健康福利。如果您在获取 SSN 方面需要帮助，我们或许可以提供帮助。您可以致电 1-800-699-9075 与我们联系。您也可以访问 www.socialsecurity.gov，或致电社会保障管理局 1-800-772-1213（TTY 1-800-325-0778）。

有关该申请的问题可以通过访问

<https://www.oregon.gov/oha/HSD/OHP/Pages/BCCTP.aspx> 或致电 OHP 客户服务部 1-800-699-9075（TTY 711）得到解答。询问 BCCTP 团队。

医疗福利权利的让与

通过申请并获得医疗福利，相关个人即向俄勒冈州卫生局（OHA）授予获得任何医疗支持和任何第三方医疗付款的所有权利。这使得 OHA 可以向任何有责任支付相关个人医疗费用的第三方寻求付款。

遗产索赔声明

相关个人去世后，俄勒冈州公共服务部和俄勒冈州卫生局（ODHS|OHA）可以从该人的遗产中提取资金（见 *ORS 414.104* 中的规定）。可领取的金额通常等于一个人 55 岁后获得的医疗福利金额。如果该人在去世时被永久收容（见 *OAR 461-135-0832* 中的规定），则可收回在其 55 岁之前为其支付的医疗福利。用于偿还医疗福利的钱款可以在患者去世时从其遗产中提取。如果当事人有未亡配偶，则在其死亡之前不会提出索赔。如果有 21 岁以下的幸存子女，则不会提出索赔。如果有幸存的残疾子女，则不会提出索赔（ORS 115.125）。

社会保障号码

大多数申请医疗福利的人都需要社会保障号码（SSN）（《美国法典》第 42 卷第 1320b-7 节）。SSN 将用于：

- 确保没有人在多个家庭中获得福利；
- 查看相关个人能获得哪些益处；
- 一次对大量案例进行更改；
- 收回多支付的福利；
- 将我们的记录与联邦和州的记录相匹配。例如，失业补偿、国内税收服务、Medicaid 和社会保障记录；
- 收集员工信息和研究。这有助于立法者和相关机构改善为俄勒冈人提供的服务。

不歧视声明

俄勒冈州公共服务部（ODHS）和俄勒冈州卫生局（OHA）不歧视任何人。这意味着 ODHS|OHA 将帮助所有符合条件的人，并且不会因年龄、人种、肤色、国籍、性别、宗教、政治信仰¹、残疾或性取向²而对任何人区别对待。

如果您认为 DHS 或 OHA 由于上述任何原因对您区别对待，则可以提出投诉。如要提出投诉，您可以致电州长宣传办公室：

州长宣传办公室

500 Summer Street NE, E17

Salem, OR 97301

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

电子邮件：DHS.INFO@ODHSOHA.OREGON.GOV

“平等机会是法律赋予的！”

¹SNAP 客户不受政治信仰歧视。

²性取向受俄勒冈州保护，但不受联邦法律保护。

申请人的权利

- 询问 OHA 项目、付款和服务。
- 申请 OHA 项目。
- 不受歧视地得到礼貌和公平的待遇。
- 根据《美国残疾人法案》为任何残疾人提供合理的便利。
- 拒绝发布提供给 OHA 的信息，除非法律要求。
- 索取并获得提供给 OHA 的任何表格的收据。

- 与负责人沟通。
- 要求就您不同意的任何行动举行听证会。自通知发出之日起，您有 45 天的时间执行此操作。申请必须在行政听证申请表（DHS 443）上提出。此表格可从 OHA 的任何办公室获得。该办公室的工作人员可以帮助您填写。
- 在 45 天内了解您是否有资格享受福利。

申请人的责任

- 提供真实、正确、完整的信息。
- 如果出现以下变化，则在 10 天内进行报告：
 - 地址变更；
 - 其他医疗保险（Medicare、私人保险等）的变更；
 - 如果您怀孕了，请进行报告。
- 请致电 OHP 客户服务部 1-800-699-9075 报告相关更改。
- 在使用您的医疗身份证之前，请告知医疗保健提供方有关其他医疗保健承保范围的信息。

通过签署此申请表：

- 我允许 OHA 审查我的医疗记录。我允许 OHA 与 OHA 承包商及其供应商共享我的医疗保健记录。
- 我理解遗产索赔声明的内容。
- 我理解我的上述权利和责任。
- 我理解社会保障声明的内容。

我确认，据我所知，我在本申请中提供的信息是真实、正确和完整的。

本文件可根据要求为残疾人提供另一种格式，或为英语能力有限的人提供英语以外的语言版本。要申请其他格式或语言的表格，请致电 1-800-699-9075 或 TTY 1-800-735-2900 联系俄勒冈州健康计划（OHP）

乳腺癌和宫颈癌治疗项目（BCCTP）申请及转诊表

患者：请填写以下部分以申请 BCCTP 的医疗福利

第 1 部分 - 患者部分

申请人姓名：			日期：
出生日期：	社会保障号码：	电话号码：	短信电话：

家庭住址

街道：	城市：	州：	邮政编码：
-----	-----	----	-------

邮寄地址：（如不同）

街道：	城市：	州：	邮政编码：
-----	-----	----	-------

家庭成员人数：（这包括您自己、您的配偶和孩子

（如他们与您住在一起），以及纳税申报单上的其他人） _____

家庭月度总收入：（税前） _____

可在联邦纳税申报表上申报的每月应纳税扣除额总额 _____

您是美国公民或国民吗？ 是 否
 您是具有合法移民身份的非公民吗？ 是 否
 您有任何类型的健康保险吗？ 是 否
 这包括 Medicare、私人保险等。

如果有，是什么类型的保险？（如有保险卡，请提供复印件。）

以下问题将帮助我们确定您是否有资格参加另一个 OHP 计划。

您是家中孩子（未满 19 岁）的父母/亲戚吗？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
您是否怀孕？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
您申请过残障津贴吗？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
您申请残障津贴时是否被拒？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
您是否领取残障津贴？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否

我已阅读了第 2 页和第 3 页中的权利和责任。 是 否

（申请人签名）

（日期）

服务提供者：在阅读《申请指南》和资格要求后，请完成以下部分，以便为该患者做出推定的 BCCTP 决定：

第 2 部分 - 提供者部分

提供者名称：	NPI 号码：	专业/执照类型：	
诊所名称：	电话号码：	短信电话：	
街道地点：	城市：	州：	邮政编码：

诊断

乳腺： <input type="checkbox"/> 浸润性乳腺癌 <input type="checkbox"/> 原位导管癌 (DCIS)	宫颈： <input type="checkbox"/> 持续性 CIN 1 (发生时间至少为 18 个月) <input type="checkbox"/> CIN 2 或 CIN 3 <input type="checkbox"/> 浸润性宫颈癌 <input type="checkbox"/> 原位腺癌 <input type="checkbox"/> (AIS) 原位癌 (CIS)
确诊日期： _____ (这是诊断癌症的相关程序的日期。)	
患者是否有与此诊断相关的未付医疗费用？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果有，这些账单的开始日期： _____	
患者在上述日期是否符合资格标准？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
我希望通过电话快速收到收件人的身份证号码： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	

电话号码： _____

联系人姓名： _____

通过在下面签名，我确认患者符合本申请表第一页的资格指南，本节中列出的信息是真实和完整的，我有资格做出此诊断。

(提供者签名)

(日期)