

Программа лечения рака груди и шейки матки (Breast and Cervical Cancer Treatment Program, BCCTP). Форма заявления и направления на лечение

Чтобы иметь право на медицинские льготы по программе лечения рака груди и шейки матки (BCCTP), необходимо:

- Соответствовать критериям участия в программе по борьбе с раком груди и шейки матки в штате Орегон;
- Иметь диагноз, требующий лечения рака груди или шейки матки, или определенных предраковых состояний;
- Быть моложе 65 лет;
- Не иметь медицинской страховки, чтобы оплатить лечение; под медицинской страховкой подразумевается:
 - Индивидуальное или групповое медицинское страхование;
 - Программа Medicare;
 - Oregon Health Plan (Medicaid);
 - Страхование военнослужащих;
 - Программа помощи по медицинскому страхованию семьи (Family Health Insurance Assistance Program, FHIAP);
 - Страховой пул медицинского страхования штата Орегон (Oregon Medical Insurance Pool, OMIP).

Примечание. Если другая медицинская страховка не покрывает *лечение* рака груди или шейки матки, вы все равно можете иметь право на участие в программе BCCTP.

При соответствии требованиям необходимо заполнить полное медицинское заявление. Если такая информация не будет предоставлена, предоставление медицинских льгот не будет продолжено.

- Вас могут попросить заполнить формы для других медицинских программ. Это нужно для того, чтобы узнать, можно ли получить льготы по другой программе.
- Лицо, заявившее, что оно является гражданином США, могут попросить предоставить подтверждение наличия гражданства.
- Лицо, заявившее, что оно не является гражданином, могут попросить предоставить подтверждение иммиграционного статуса. При отсутствии документов можно сообщить, что подтверждение иммиграционного статуса предоставляться не будет. В этом случае могут быть предоставлены льготы по программе Healthier Oregon. Льготы по программе Healthier Oregon такие же, как и в полной программе ОНР, и включают лечение онкологических заболеваний. Для получения дополнительной информации посетите веб-сайт Oregon.gov/HealthierOregon.

Необходимо будет предоставить свой номер социального страхования (Social Security

Number, SSN). SSN требуется указывать каждому, кто подает заявление о получении медицинских льгот и у кого он есть. Вы можете подать заявление на получение медицинских льгот, даже если у вас нет номера социального страхования (SSN). Если вам нужна помощь в получении SSN, мы можем ее оказать. Вы можете позвонить нам по телефону 1-800-699-9075. Вы также можете посетить веб-сайт www.socialsecurity.gov или позвонить в Администрацию Управления социального обеспечения (Social Security Administration) по телефону 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

На вопросы по поводу заявления можно получить ответы на веб-сайте <https://www.oregon.gov/oha/HSD/OHP/Pages/BCCTP.aspx> или позвонив в службу поддержки клиентов плана ОНП по телефону 1-800-699-9075 (TTY 711). Попросите связать вас с командой программы BCCTP.

Передача прав на медицинские льготы

Запрашивая и получая медицинские льготы, вы передаете Управлению здравоохранения штата Орегон (ОНА) все права на любую медицинскую помощь и на любые платежи от третьих лиц за медицинское обслуживание. Это позволяет ОНА добиваться оплаты от любых третьих лиц, обязанных оплачивать медицинское обслуживание данного лица.

Заявление об истребовании имущества

Управление социального обеспечения штата Орегон и Управление здравоохранения штата Орегон (ODHS|ОНА) могут получить денежные средства из имущества лица (как определено в ORS 414.104). Сумма, которая может быть получена, обычно равна сумме медицинских льгот, которые человек получал после 55 лет. Если на момент смерти человек постоянно находился в учреждении закрытого типа (как определено в OAR 461-135-0832), медицинские льготы, выплаченные до достижения 55-летнего возраста, также могут подлежать возмещению. Денежные средства на возмещение медицинских льгот могут быть взяты из имущества человека на момент смерти. Если у человека остался живой супруг (-а), то до его или ее смерти претензии не предъявляются. Если у человека остались дети в возрасте до 21 года, претензии не предъявляются. Если у человека остались нетрудоспособные дети, претензии не предъявляются (ORS 115.125).

Номер социального страхования

Для большинства людей, обращающихся за медицинскими пособиями, требуется номер социального страхования (SSN) (42 USC Sec.1320b-7). SSN будет использоваться для того, чтобы:

- Убедиться, что никто не получает пособия более чем в одном домохозяйстве;
- Узнать, какие льготы может получить человек;
- Вносить изменения в большое количество дел одновременно;
- Вернуть излишне выплаченные пособия;
- Сравнить данные нашей документации с данными федеральных и государственных органов. Например, записи о выплате пособия по безработице, информацию в Федеральной налоговой службе, в Medicaid и в службе социального обеспечения;

- Собирать информацию о трудовых ресурсах и проводить исследования. Это помогает законодателям и агентствам улучшать качество услуг, предоставляемых жителям штата Орегон.

Заявление о недопущении дискриминации

Департамент социального обеспечения штата Орегон (Oregon Department of Human Services, ODHS) и Управление здравоохранения штата Орегон (Oregon Health Authority, ОНА) не допускают дискриминации по любому признаку. Это означает, что ODHS|ОНА окажут помощь всем лицам, удовлетворяющим критериям, вне зависимости от возраста, расы, цвета кожи, национального происхождения, пола, вероисповедания, политических взглядов¹, инвалидности или сексуальной ориентации².

Если Вы считаете, что подверглись дискриминации со стороны DHS по любому из этих признаков, Вы можете подать жалобу. Для подачи жалобы на уровне штата обращайтесь в Управление губернатора по защите прав по телефону

Управление губернатора по защите прав (Governor's Advocacy Office)

500 Summer Street NE, E17

Salem, OR 97301

503-945-6904, 1-800-442-5238, ТТУ 711

Эл. почта: DHS.INFO@ODHSOHA.OREGON.GOV

«Равные возможности — это закон!»

¹Клиенты SNAP защищены от дискриминации по политическим мотивам.

²Защита в связи с сексуальной ориентацией предоставляется по законодательству штата Орегон, но не по федеральному законодательству.

Права заявителя

- Получать информацию о программах, платежах и услугах ОНА.
- Подавать заявки на участие в программах ОНА.
- Получать вежливое и справедливое обращение без дискриминации.
- Получать возможность воспользоваться разумными приспособлениями, необходимыми для людей с ограниченными возможностями, в соответствии с Законом о защите прав граждан США с ограниченными возможностями (ADA).
- Отказаться дать разрешение на разглашение информации, предоставленной ОНА, за исключением случаев, когда это требуется в соответствии с законодательством.
- Запросить и получить подтверждение о предоставлении любых форм, переданных в ОНА.
- Поговорить с ответственным лицом.

- Запросить проведение слушаний по любому действию, с которым вы не согласны. На это у вас есть 45 дней с момента получения уведомления. Запрос должен быть оформлен на бланке заявки на административное слушание (DHS 443). Эту форму можно получить в любом офисе ОНА. Заполнить ее вам поможет кто-нибудь из сотрудников офиса.
- Узнать, имеете ли вы право на получение пособия, в течение 45 дней.

Обязанности заявителя

- Предоставлять достоверную, правильную и полную информацию.
- В течение 10 дней сообщать о следующих изменениях:
 - Изменение адреса;
 - Изменения в других медицинских страховках (Medicare, частное страхование и т. д.);
 - Сообщить, если вы забеременели.
- Сообщить об изменениях можно, позвонив в службу поддержки клиентов плана ОНР по телефону 1-800-699-9075.
- Прежде чем использовать свою медицинскую идентификационную карту (ID Card), сообщать поставщикам медицинских услуг о наличии другой медицинской страховки.

Подписывая это заявление:

- Я разрешаю ОНА просматривать мою медицинскую документацию. Я разрешаю ОНА передавать мою медицинскую документацию подрядчикам ОНА и их поставщикам.
- Я понимаю суть заявления об истребовании имущества.
- Я понимаю свои права и обязанности, указанные выше.
- Я понимаю, что такое справка о социальном обеспечении (social security statement).

Я подтверждаю, что информация, указанная мною в данном заявлении, является правдивой, правильной и полной, насколько мне известно.

По запросу этот документ может быть предоставлен в альтернативном формате для людей с ограниченными возможностями или на другом языке, кроме английского, для людей с недостаточным знанием английского языка. Чтобы запросить эту форму в другом формате или на другом языке, свяжитесь с Oregon Health Plan (ОНР) по телефону 1-800-699-9075 или ТТУ 1-800-735-2900

Программа лечения рака груди и шейки матки (Breast and Cervical Cancer Treatment Program, BCCTP). Форма заявления и направления на лечение

Пациент: Заполните следующий раздел, чтобы подать заявление на получение медицинских льгот по программе BCCTP

Часть 1 — Раздел для пациентов			
Имя и фамилия заявителя:			Дата:
Дата рождения:	Номер социального страхования:	Номер телефона:	Номер телефона для отправки сообщений:

Домашний адрес

Улица:	Город:	Штат:	Почтовый индекс:
--------	--------	-------	------------------

Почтовый адрес: *(если отличается)*

Улица:	Город:	Штат:	Почтовый индекс:
--------	--------	-------	------------------

Размер семьи: *(В это число входите вы сами, ваш (-а) супруг/супруга, дети, если они живут вместе с вами, и все остальные, кого вы включили в свою налоговую декларацию)* _____

Общий валовой ежемесячный доход домохозяйства: *(до вычета налогов)* _____

Общая сумма облагаемых ежемесячных вычетов, которые могут быть заявлены в вашей федеральной налоговой декларации _____

Являетесь ли вы гражданином или подданным США? Да Нет

Являетесь ли вы негражданином США с законным иммиграционным статусом? Да Нет

Есть ли у вас какая-либо медицинская страховка? Да Нет
 Сюда входит Medicare, частная страховка и т. д.

Если да, то какой тип страховки? *(Предоставьте копию карточки медицинского страхования, если таковая имеется).*

Следующие вопросы помогут нам определить, можете ли вы претендовать на участие в другой программе ОНР.

Являетесь ли вы родителем/родственником ребенка (в возрасте до 19 лет), проживающего в вашем доме?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
Вы беременны?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
Вы обращались за пособием для лиц с ограниченными возможностями?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
Вам отказали в выплате пособия для лиц с ограниченными возможностями?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
Вы получаете пособие для лиц с ограниченными возможностями?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет

Я ознакомился (-ась) с моими правами и обязанностями на страницах 2 и 3. Да Нет

(Подпись заявителя)

(Дата)

Поставщик услуг: Ознакомившись с Руководством по подаче заявления и требованиями для участия, заполните следующий раздел, чтобы сделать предварительный вывод о возможности получения услуг по программе ВССТР для данного пациента:

Часть 2 — раздел для поставщика			
Название поставщика услуг:	Номер NPI (National Provider Identifier):	Специализация / тип лицензии:	
Название клиники:	Номер телефона:	Номер телефона для отправки сообщений:	
Номер дома, улица:	Город:	Штат:	Почтовый индекс:

Диагноз

<p>Молочная железа:</p> <p><input type="checkbox"/> Инвазивный рак молочной железы</p> <p><input type="checkbox"/> Протоковая карцинома in situ (DCIS)</p>	<p>Шейка матки:</p> <p><input type="checkbox"/> Персистирующая интраэпителиальная цервикальная неоплазия (ИЦН) CIN 1 (проявляющаяся в течение не менее 18 месяцев)</p> <p><input type="checkbox"/> Интраэпителиальная цервикальная неоплазия CIN 2 или интраэпителиальная цервикальная неоплазия CIN 3</p> <p><input type="checkbox"/> Инвазивный рак шейки матки</p> <p><input type="checkbox"/> Аденокарцинома in situ (AIS)</p> <p><input type="checkbox"/> Карцинома in situ (CIS)</p>
---	---

Дата постановки

диагноза: _____

(Это дата проведения процедуры, в ходе которой было диагностировано онкологическое заболевание).

Есть ли у пациента неоплаченные медицинские счета, связанные с этим диагнозом? Да Нет

Если да, укажите дату, когда эти счета были выставлены: _____

Мог ли пациент соответствовать критериям программы на вышеуказанную дату? Да Нет

Я хочу получить идентификационный номер получателя в ускоренном порядке по телефону: Да Нет

Номер телефона: _____

Имя и фамилия контактного лица: _____

Ставя свою подпись ниже, я подтверждаю, что пациент соответствует требованиям, указанным на первой странице данного заявления, что информация, указанная в этом разделе, является достоверной и полной, и что я имею право ставить данный диагноз.

(Подпись поставщика услуг)

(Дата)