

Formulario de solicitud y derivación del Programa de tratamiento del cáncer de mama y cuello uterino (BCCTP)

Para calificar para los beneficios médicos del Programa de tratamiento del cáncer de mama y cuello uterino (Breast and Cervical Cancer Treatment Program, BCCTP), una persona debe:

- Cumplir con los criterios de elegibilidad del Programa de tratamiento del cáncer de mama y cuello uterino.
- Tener un diagnóstico de que necesita tratamiento para cáncer de mama o cuello uterino, o condiciones precancerosas específicas.
- Tener menos de 65 años.
- No tener seguro médico para pagar el tratamiento; el seguro es:
 - Un seguro médico individual o grupal
 - Medicare
 - Un Plan de Salud de Oregon (Medicaid)
 - Un seguro de las fuerzas armadas
 - Un Programa de Asistencia para Seguro de Salud Familiar (Family Health Insurance Assistance Program, FHIAP)
 - Mercado de seguros médicos de Oregon (Oregon Medical Insurance Pool, OMIP).

Nota: Si otro seguro médico no cubre el *tratamiento* del cáncer de mama o cuello uterino, la persona aún puede ser elegible para el BCCTP.

Si una persona califica, deberá completar una solicitud médica completa. Si no nos envía esta información, sus beneficios médicos no continuarán.

- Es posible que se le solicite a la persona que complete formularios para otros programas médicos. Esto es para ver si puede obtener beneficios de un programa diferente.
- A una persona que declara que es ciudadana estadounidense se le puede pedir que proporcione una verificación de ciudadanía.
- A una persona que declara que no es ciudadana se le puede pedir que proporcione una verificación de su estado de inmigración. Puede optar por declarar que no proporcionará verificación de su estado de inmigración si no tiene la documentación. Si este es el caso, puede ser elegible para los beneficios de Healthier Oregon. Los beneficios de Healthier Oregon son los mismos que los del OHP completo e incluyen tratamiento contra el cáncer. Para obtener más información, visite Oregon.gov/HealthierOregon.

Se le solicitará que proporcione su Número de Seguro Social (SSN). Se requiere un SSN para todas las personas que solicitan beneficios de salud y que tienen uno. Aún puede solicitar beneficios de salud incluso si no tiene un SSN. Si necesita ayuda para conseguir un SSN, podemos ayudarle. Puede llamarnos al 1-800-699-9075. También puede visitar

www.socialsecurity.gov, o llamar a la Administración de Seguridad Social al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Las preguntas sobre la solicitud se pueden responder en <https://www.oregon.gov/oha/HSD/OHP/Pages/BCCTP.aspx> o llamando al Servicio de Atención al Cliente del OHP al 1-800-699-9075 (TTY 711). Pregunte por el equipo del BCCTP.

Cesión de derechos a los beneficios médicos.

Al solicitar y recibir beneficios médicos, una persona le otorga a la Oregon Health Authority todos los derechos sobre cualquier apoyo médico y pagos de terceros por atención médica. Este permite a la OHA solicitar el pago de cualquier tercero responsable de pagar la atención médica de la persona.

Declaración de reclamación de usufructo

Tras la muerte de una persona, el Departamento de Servicios Humanos de Oregon y la Oregon Health Authority (ODHS|OHA) pueden tomar dinero del patrimonio de la persona (*según definición del estatuto ORS 414.104*). La cantidad que se puede recibir es generalmente igual a la cantidad de beneficios médicos que recibió una persona después de los 55 años. Si la persona está institucionalizada permanentemente (*como se define en las OAR 461-135-0832*) en el momento de la muerte, se pueden recuperar los beneficios médicos pagados antes de los 55 años. El dinero para pagar los beneficios médicos se puede tomar del patrimonio de la persona en el momento de su muerte. Si la persona tiene cónyuge sobreviviente no se hará ninguna reclamación hasta su muerte. Si quedan hijos sobrevivientes menores de 21 años, no se realizará ninguna reclamación. Si hay hijos sobrevivientes que estén discapacitados, no se hará ninguna reclamación (ORS 115.125).

Número de Seguro Social

Los números de Seguro Social (SSN) son obligatorios para la mayoría de las personas que solicitan beneficios médicos (42 USC Sec.1320b-7). El SSN se utilizará para:

- Asegurarse de que nadie reciba beneficios en más de un hogar.
- Ver qué beneficios puede obtener una persona.
- Realizar cambios en una gran cantidad de casos a la vez.
- Recuperar beneficios pagados en exceso.
- Comparar nuestros registros con los registros federales y estatales. Por ejemplo, registros de Compensación por Desempleo, Servicio de Impuestos Internos, Medicaid y Seguro Social.
- Recopilar información e investigaciones sobre la fuerza laboral. Esto ayuda a los legisladores y agencias a mejorar los servicios para los habitantes de Oregon.

Declaración de no discriminación

El Departamento de Servicios Humanos de Oregon (ODHS) y la Oregon Health Authority (OHA) no ejercen ningún tipo de discriminación. Esto significa que el ODHS/OHA ayudarán a todos los que califiquen y no tratarán a nadie de forma diferente debido a su edad, raza, color, país de origen, género, religión, creencias políticas¹, discapacidad u orientación sexual².

Usted puede presentar una queja si cree que el DHS o la OHA lo trataron de manera diferente por cualquiera de estas razones. Para presentar una queja, usted puede llamar o escribir a la Oficina de Defensoría de la Gobernación:

Governor's Advocacy Office
500 Summer Street NE, E17
Salem, OR 97301

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

Correo electrónico: DHS.INFO@ODHSOHA.OREGON.GOV

“¡La igualdad de oportunidades es ley!”

¹Los clientes de SNAP están protegidos contra la discriminación por creencias políticas.

²La orientación sexual está protegida por el Estado de Oregon, pero no por las leyes federales.

Derechos del solicitante

- Para preguntar sobre los programas, pagos y servicios de la OHA.
- Para solicitar programas de la OHA.
- Recibir un trato cortés y justo sin discriminación.
- Obtener modificaciones necesarias para el acceso a nuestros programas o servicios para cualquier discapacidad según la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disabilities Act, ADA).
- Negarse a permitir la divulgación de información proporcionada a la OHA a menos que así lo exija la ley.
- Solicitar y obtener un recibo de cualquier formulario entregado a la OHA.
- Hablar con un responsable.
- Solicitar una audiencia sobre cualquier acción con la que no esté de acuerdo. Tiene 45 días a partir de la fecha de este aviso para hacerlo. La solicitud debe realizarse en un formulario de Solicitud de audiencia administrativa (DHS 443). Este formulario está disponible en cualquier oficina de la OHA. Un empleado de la oficina puede ayudarle a completarlo.
- Para saber si califica para beneficios dentro de los 45 días.

Responsabilidades del solicitante

- Proporcionar información completa, correcta y verdadera.
- Informar los siguientes cambios dentro de los 10 días siguientes:
 - Cambios de domicilio.
 - Cambios de otras coberturas de atención médica (Medicare, seguros privados, etc.).
 - Informe si queda embarazada.
- Informar los cambios llamando al Servicio de Atención al Cliente del OHP al 1-800-699-9075.
- Informar a los proveedores de atención médica sobre otra cobertura de atención médica antes de usar su tarjeta de identificación médica.

Al firmar esta solicitud:

- Autorizo a la OHA a revisar mis registros de atención médica. Autorizo a la OHA a compartir mis registros de atención médica con los contratistas de la OHA y sus proveedores.
- Entiendo la declaración de reclamación de usufructo.
- Entiendo mis derechos y responsabilidades como se indica arriba.
- Entiendo la declaración de Seguridad Social.

Afirmo que la información que he proporcionado en esta solicitud es verdadera, correcta y completa a mi leal saber y entender.

Este documento se puede proporcionar a pedido en formatos alternativos para personas con discapacidades o en un idioma diferente del inglés para personas con habilidades limitadas en inglés. Para solicitar este formulario en otro formato o idioma, comuníquese con el Plan de Salud de Oregon (OHP) al 1-800-699-9075 o TTY 1-800-735-2900.

Formulario de solicitud y derivación del Programa de tratamiento del cáncer de mama y de cuello uterino (BCCTP)

Paciente: Complete la siguiente sección para solicitar beneficios médicos del BCCTP

Parte 1: Sección del paciente

Nombre de la persona solicitante:			Fecha:
Fecha de nacimiento:	Número de Seguro Social:	Número de teléfono:	Teléfono para mensaje:

Dirección

Calle:	Ciudad:	Estado :	Código postal:
--------	---------	----------	----------------

Dirección postal (si es diferente)

Calle:	Ciudad:	Estado :	Código postal:
--------	---------	----------	----------------

Tamaño de la familia: *(Esto lo incluye a usted, su cónyuge e hijos si viven con usted y con cualquier otra persona que incluya en su declaración de impuestos)*

Ingreso mensual bruto total del hogar: *(antes de impuestos)* _____

Deducciones mensuales totales sujetas a impuestos que se pueden reclamar en su devolución de impuestos por parte del gobierno federal _____

- ¿Es usted ciudadana o nativa estadounidense? Sí No
- ¿Es usted no ciudadana con estado de inmigración legal? Sí No
- ¿Tiene algún tipo de cobertura de seguro médico? Sí No
Esto incluye Medicare, seguros privados, etc.

En caso afirmativo, ¿qué tipo de cobertura es? *(Proporcione una copia de la tarjeta del seguro, si está disponible).*

Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si puede calificar para otro programa del OHP.

¿Es usted madre/pariente de un niño (menor de 19 años) en su hogar?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Está embarazada?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Ha solicitado beneficios por discapacidad?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Le han denegado beneficios por discapacidad?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Está recibiendo beneficios por discapacidad?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

He leído mis derechos y responsabilidades en las páginas 2 y 3. Sí No

(Firma de la persona solicitante)

(Fecha)

Proveedor: Una vez que haya leído la Guía de solicitud y los requisitos de elegibilidad, complete la siguiente sección para tomar una determinación presunta de BCCTP para este paciente:

Parte 2 - Sección de proveedores			
Nombre del proveedor:	Número de NPI:	Especialidad/tipo de licencia:	
Nombre de la clínica:	Número de teléfono:	Teléfono para mensaje:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:

Diagnóstico

Mama: <input type="checkbox"/> Cáncer de mama invasivo <input type="checkbox"/> Carcinoma ductal in situ (CDIS)	Cuello uterino: <input type="checkbox"/> NIC 1 persistente (<i>que ocurre durante un período de al menos 18 meses</i>) <input type="checkbox"/> NIC 2 o NIC 3 <input type="checkbox"/> Cáncer de cuello uterino invasivo <input type="checkbox"/> Adenocarcinoma in situ <input type="checkbox"/> (AIS) Carcinoma in situ (CIS)
Fecha de diagnóstico: _____ (Esta es la fecha del procedimiento con el que se diagnosticó el cáncer).	
¿Tiene la paciente facturas médicas pendientes relacionadas con este diagnóstico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, fecha en que comenzaron estas facturas: _____	
¿Habrá cumplido la paciente los criterios de elegibilidad en la fecha anterior? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Deseo recibir el número de identificación de la destinataria de forma expedita por teléfono: Sí No

Número de teléfono: _____

Nombre de contacto: _____

Al firmar a continuación, afirmo que la paciente cumple con las pautas de elegibilidad en la página uno de esta solicitud, que la información enumerada en esta sección es verdadera y completa y que estoy calificado para hacer este diagnóstico.

(Firma del proveedor)

(Fecha)