

Departamento de Salud y Servicios Humanos de N.C.
División de Beneficios de Salud
Solicitud de Medicaid para el Cáncer de Mama y Cervical

SECCION I. Responda las preguntas de la Sección I para determinar si la solicitud debe completarse para la persona que necesita ayuda con las facturas médicas.

1. La persona ha sido inscrita en el Programa de Control del Cáncer de Mama y Cervical de Carolina del Norte (BCCCP), o ha sido diagnosticado fuera de NC BCCCP y ha recibido pruebas de detección y/o diagnóstico según las directrices, y necesita tratamiento para el cáncer de mama o cuello uterino, incluidas las condiciones precancerosas y el cáncer en estadio temprano. **(Definición de afección precancerosa para el cáncer de cuello uterino: Alto Grado de Lesión intraepitelial escamosa de alto grado [HSIL]).**
- Sí - Diagnosticado en NC BCCCP o Sí- Diagnóstico fuera de NC BCCCP con todos los criterios de elegibilidad del NC BCCCP NO – No es elegible para Medicaid de Cáncer de Mama y Cervical **¡DETÉNGASE! No continúe.**
2. La persona aún no tiene 65 años.
 Sí -Continúe con la pregunta 3.
 No -La mujer no es elegible para Medicaid de Cáncer de Mama y Cervical. **¡DETÉNGASE! No continúe.**
3. ¿Es esta persona un ciudadano estadounidense, residente permanente legal (admitido en los EE.UU. hace más de 5 años) o un refugiado de otro país?
 Sí -Haga copias de la documentación del INS y adjunte con la solicitud si la persona es LPR o refugiado. Continúe con la pregunta 4.
 No - La mujer no es elegible para Medicaid de Cáncer de Mama y Cervical. **¡DETÉNGASE! No continúe.**
4. La persona tiene un seguro médico mayor, que se define como cobertura actual bajo un plan de salud grupal, incluyendo autorizado para Medicaid y/o Medicare Parte A o B, cobertura de seguro de salud (ya sea individual o grupal), un programa de atención médica patrocinado por el ejército, un seguro de grupo de riesgo para la salud estatal. Marque Sí (tiene seguro) o No (no tiene seguro.)
- Sí** - La mujer no es elegible para Medicaid de Cáncer de Mama y Cervical, A MENOS que la cobertura consista únicamente en beneficios limitados como accidentes o seguro dental, de visión o de cuidado a largo plazo. También puede haber circunstancias limitadas en las que una mujer tiene un seguro médico (mayor), pero en realidad no está cubierta para el tratamiento del cáncer de mama o de cuello uterino. Si tiene alguna pregunta sobre una póliza de seguro, llame a la Unidad Estatal de Elegibilidad de Medicaid al 1-888-245-0179.
- ❖ Si la mujer tiene una cobertura de seguro médico limitada, haga una copia de la Tarjeta de Seguro (frente y reverso). Adjunte la copia a esta aplicación. Continúe con la pregunta 5.
 - ❖ Si la cobertura no es limitada, **¡DETENGASE! No continúe. La persona no es elegible.**
- No** - Continúe con la pregunta 5.
5. **Es esta persona cualquiera de los siguientes:**
- A.) Embazada SI NO
- B.) Ciego SI NO
- C.) Deshabilitado (determinado por el Seguro Social) SI NO
- D.) Menor de 21 años? SI NO
- E.) Recibió cuidado Foster (temporal) y recibe Medicaid teniendo 18 años? SI NO
- F.) ¿Un pariente cuidador de un niño o niños en el hogar menores de 18 años? SI NO

Si la respuesta es **No** a todas las preguntas de 5 A-F, complete la **Sección II solamente**, para reunir la información de identificación del solicitante. Pida al solicitante y a la persona que complete el formulario firmar y fechar la solicitud. Esta solicitud es solo para la Cobertura de Medicaid de Cáncer de Mama y Cervical.

Si respondió **SI** a cualquiera de las preguntas de 5. A-F, continúe con la **Sección II y la Sección III** de esta solicitud. La persona puede ser elegible para otro programa de Medicaid.

SECCION II. Información del solicitante

Nombre del solicitante

Primer Nombre _____ Inicial Segundo Nombre _____ Apellido de Soltera _____ Apellido _____

Domicilio

Dirección postal o P.O. Box _____ Ciudad _____ Estado NC Código Postal/Zip _____

Teléfono de casa o donde se puede contactar al solicitante durante el día _____

Número de Seguro Social _____ **Fecha de nacimiento** (____ / ____ / ____)

Estado del solicitante: (Comprobar el estado actual)

Soltera Casada Viuda Divorciada Separada

Raza: (Marque todas las que correspondan)

Indio americano o nativo de Alaska Asiático Afro-Americano
 Nativo Hawaiano o Isleño del Pacifico Blanco

Etnicidad: (Marque sí o no) Hispano/Latino SI NO **Si respondió SI, especifique:** Hispano de Puerto Rico

Hispano de Cuba Hispano de México Hispano Otro

Preferencia de idioma: (Marque o liste uno): Inglés Español Otro: _____

Cobertura retroactiva: ¿Necesita ayuda el solicitante para pagar las facturas médicas por los últimos tres meses antes de la fecha de esta solicitud?

SI NO

Si respondió SI, complete la siguiente información. Medicaid puede ayudar con esas facturas.

Nombre del médico, clínica u hospital donde se vio a la persona	Fecha del tratamiento médico

Reconocimiento del solicitante

- Leí o se me leyó todas las partes de esta solicitud y entiendo mis derechos y responsabilidades como solicitante o beneficiario. Los derechos y responsabilidades aparecen en la última página de esta solicitud.
- Autorizo la divulgación de cualquier información para establecer mi elegibilidad. Esta autorización es válida por un año a partir fecha de esta solicitud.
- Esta autorización para divulgar información puede ser reproducida.
- Toda la información que doy es confidencial.
- Doy fe de que todas las declaraciones registradas en este documento son verdaderas y correctas a mi mejor saber.

El solicitante debe leer los derechos y responsabilidades en la última página de la solicitud antes de firmar.

Firma del Solicitante _____ **Fecha** _____

Firma del Proveedor que completa la Forma _____ **Título** _____

Numero de Medicaid del Proveedor _____ **Teléfono** _____

Envíe por fax la solicitud y la forma DMA-5081, y la Verificación de Detección y Diagnóstico para El Cáncer de Mama y Cervical de Medicaid al Departamento de Servicios Sociales de su condado.

SECCION III. Complete esta sección si el solicitante respondió SI a A, B, C, D, E, o F en la pregunta #5 en la Sección I.

INCOME- Liste de los ingresos obtenidos por el solicitante y/o su cónyuge. Los ingresos incluyen salarios, propinas o salarios recibidos por el solicitante y/o su cónyuge que trabaja. **Adjunte copias de los pagos del mes pasado.** (El mes pasado es el mes anterior a la fecha completada la solicitud.) Proporcione copias de los registros comerciales actuales de los últimos 6 meses si trabaja por cuenta propia (o los últimos 12 meses si los ingresos se reciben anualmente).

Nombre de la persona trabajando	Nombre del empleador o tipo de negocio si trabaja por cuenta propia	¿Cada cuando se paga? Mensual, Semanal, etc.	Importe bruto (antes de impuestos o deducciones)

BENEFICIOS - Ingresos no ganados (Unearned) tales como Seguro Social, SSI, Beneficios de Desempleo, Beneficios de Jubilación, Manutención de Niños, discapacidad privada o patrocinada por el empleador, etc. Proporcione copias de cheques, cartas de concesión u otra prueba de este ingreso.

Nombre de la persona que recibe el beneficio	Liste de dónde provienen los ingresos. (Ej: Manutención de Niños, Seguro Social)	¿Con qué frecuencia se recibe? Mensual, Semanal, etc.	Importe bruto

¿El solicitante o cónyuge pagan manutención infantil (Child Support) por algún niño que no vive en casa? **SI** **NO**
 ¿Quién paga Child Support? _____ ¿Cuánto paga? _____ ¿Cada Cuando? _____
 ¿La Corte ordeno este pago de Child Support? **SI** **NO**

¿El solicitante o cónyuge pagan por cuidado de niños o cuidado de un adulto incapacitado? **SI** **NO**
 ¿Cuánto se pagan? _____ ¿Cada Cuando? _____

Recursos

¿El solicitante o su cónyuge tiene alguno de los siguientes? (Marque Sí o No) El DSS del condado completará la columna de verificaciones.

Fuente	Sí	No	¿Propietario? /¿Dónde se encuentra?	Valor	Verificaciones
Efectivo					
Cheques					
Ahorros					
CD'S					
ACCIONES/BONOS (Stocks/Bonds)					
FONDOS FIDUCIARIOS (Trust Funds)					
Bienes Raíces PROPIEDAD/CASA					
Heredad u otra propiedad					
Equipo o propiedad de Granja o Negocio					
Contrato Funerario					
Otro					

¿El solicitante o cónyuge tiene vehículos? Sí NO (El DSS del condado completará las últimas 2 columnas)

Fabricante/Marca	Modelo	Año	Propietario	Valor	Verificación

¿El solicitante o cónyuge tiene pólizas de seguro de vida? Sí No En caso afirmativo, enumere a continuación.

Propietario de la póliza	Número de póliza	Nombre de la compañía de seguros	Valor	Valor en efectivo	Nombre del asegurado

Doble Verificación:

1. La página 2 de la solicitud está firmada y fechada por el solicitante.
2. Todas las preguntas son respondidas, y la copia de "Derechos y Responsabilidades" fue dada al solicitante
3. Todas las verificaciones que están disponibles se envían por fax y se envían por correo con este formulario y la forma DMA-5081 al departamento de servicios sociales del condado del solicitante.

Medicaid de Cáncer de Mama y Cuello Uterino

"Derechos y Responsabilidades"

Notificación de decisión

El departamento de servicios sociales de su condado procesará su solicitud de cobertura de Medicaid para el cáncer de mama y cuello uterino rápidamente. Mientras más pronto obtenga información que necesitamos, más pronto podremos procesar su solicitud de cobertura médica. Si necesita información adicional, se le contactará por correo o teléfono. Asegúrese de enumerar la dirección y los números de teléfono correctos para que pueda ser contactado.

Sus derechos y responsabilidades

Derechos:

- Solicitar asistencia y si no es elegible, puede volver a solicitarse en cualquier momento.
- No ser discriminado a causa de raza, color, origen nacional, sexo, religión, edad o discapacidad.
- La información que usted proporciona es confidencial.
- Pida ayuda para el transporte médico si se le encuentra elegible para Medicaid de Cáncer de Mama o Cuello Uterino. Si se le proporciona transporte, será al proveedor de servicios médicos apropiado más cercano de su elección, con el menor costo. Para solicitar asistencia de transporte, comuníquese con el Departamento de Servicios Sociales de su condado.
- Retirarse del programa en cualquier momento.
- Recibir asistencia si es elegible.
- Recibir una copia del "Aviso de Prácticas de Privacidad de Medicaid".
- Apelar al Departamento de Servicios Sociales del condado para una audiencia si:
 - Se le negó el derecho a solicitar asistencia.
 - Se le animó a retirar su solicitud.
 - Su solicitud fue negada y si usted cree que la decisión es incorrecta.
 - Cree que su ayuda es incorrecta.

Responsabilidades:

- Acepto proporcionar toda la información necesaria para ayudar a las agencias del condado, estatales o federales de Medicaid a determinar mi elegibilidad.
- Acepto notificar al Departamento de Servicios Sociales del condado dentro de los 10 días calendario de cualquier cambio en mi dirección, planes para mudarme, disponibilidad de otro seguro de salud, o si ya no estoy recibiendo tratamiento para el cáncer.
- Acepto proporcionar un número de seguro social o solicitar un número de seguro social para mí, o para cualquier persona para quien estoy solicitando Medicaid, si no se ha emitido uno. Entiendo que estos números de seguridad social se utilizarán para verificar la información con la Administración del Seguro Social (SSA), el Servicio de Impuestos Internos (IRS), la Comisión de Seguridad del Empleo (ESC), las agencias de Servicios Sociales y ESC fuera del estado y cualquier otra agencia cuando corresponda. Si no deseo que estos números de seguridad social sean cotejados, entiendo que tengo el derecho de retirar mi solicitud o tener mi asistencia terminada.
- Certifico que la información que he proporcionado es una declaración real y completa de los hechos. Entiendo que las leyes estatales y federales prevén multas, encarcelamiento o ambas para cualquier persona que retenga o dé información falsa para obtener asistencia.
- Certifico que actualmente vivo en Carolina del Norte y tengo la intención de permanecer.