

Departamento de Salud y Servicios Humanos de N.C. División de Beneficios de Salud

Solicitud de Medicaid para cáncer de mama y de cuello uterino

* No envíe las solicitudes al paciente ni al Departamento de Servicios Sociales. Comuníquese con el [proveedor/navegador del Programa de Control del Cáncer de Mama y Cuello Uterino de Carolina del Norte \(BCCCP\)](#) en el condado de residencia del paciente para completar esta solicitud.

SECCIÓN 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 estado inscrita en el NC BCCCP O ha sido diagnosticada fuera del NC BCCCP y ha recibido pruebas de detección y/o diagnóstico según las directrices y necesita tratamiento para el cáncer de mama o de cuello uterino, incluidas las afecciones precancerosas y el cáncer en etapa temprana.

(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 - La mujer no es elegible para el Medicaid para cáncer de mama y de cuello uterino. **¡DETÉNGASE! No continúe.**

2. La persona aún no tiene 65 años.

Sí - Continúe a la pregunta 3.

No - La mujer no es elegible para Medicaid de cáncer de mama y de cuello uterino.

¡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 a la pregunta 4.

No - La mujer no es elegible para Medicaid para cáncer de mama y de cuello uterino.

¡DETÉNGASE! No continúe.

4. ¿La persona tiene un seguro médico integral, definido como la cobertura vigente bajo un plan de salud grupal, incluyendo la autorización para Medicaid y/o Medicare Parte A o B, cobertura de seguro médico (individual o grupal), un programa de atención médica patrocinado por las fuerzas armadas y/o un fondo estatal de riesgo de salud? Marque Sí (tiene seguro) o No (no tiene seguro).

Sí - La mujer no es elegible para Medicaid para cáncer de mama y de cuello uterino, **A MENOS** que su cobertura consista únicamente en beneficios limitados, como accidentes o un seguro dental, de la vista o de cuidados a largo plazo de alcance limitado. También puede haber circunstancias excepcionales en las que una mujer tenga un seguro médico principal, pero que no esté cubierto para el tratamiento del cáncer de mama o de cuello uterino. Si tiene alguna pregunta sobre una póliza de seguro, llame al Centro de Contacto de Medicaid de Carolina del Norte al 1-888-245-0179.

❖ Si la mujer tiene cobertura de seguro médico limitada, haga una copia de la tarjeta de seguro (frente y reverso). Adjunte la copia a esta solicitud. Continúe a la pregunta 5, **¡DETÉNGASE! No continúe. Esta persona no es elegible.**

No - Continúe a la pregunta 5.

5. **Es esta persona cualquiera de los siguientes (Marque sí o no)**

A.) Embazada **Sí** **No**

B.) Ciega **Sí** **No**

C.) Deshabilitada (determinado por el Seguro Social) **Sí** **No**

D.) Menor de 21 años **Sí** **No**

E.) ¿Un joven que estuvo en Cuidado temporal en NC recibiendo beneficios de Medicaid a los 18 años? **Sí** **No**

F.) ¿Un familiar que actúa como cuidador de un niño o niños menores de 18 años que viven en el hogar? **Sí** **No**

Si la respuesta es "**No**" a todas las preguntas de 5. A-F, **complete únicamente la Sección II**, Para recopilar la información de identificación del solicitante. El solicitante y la persona que complete el formulario deberán firmarlo y poner la fecha. Esta solicitud es solo para la cobertura de Medicaid para cáncer de mama y de cuello uterino.

Si responde "**SÍ**" a cualquiera de las preguntas de la sección 5. A-F, **continúe con las secciones II y III** de esta solicitud. La persona podría ser elegible para otro programa de Medicaid

SECCIÓN II. Información del solicitante

Nombre del solicitante

Primer Nombre Inicial del segundo nombre Apellido de soltera Apellido

Dirección

Dirección postal o P.O. Box Ciudad ^{NC} Estado Código postal Condado

Numero de teléfono o # donde se le puede contactar durante el día

Numero de Seguro social # _____ **Fecha de nacimiento** (___/___/___)

Estado actual del solicitante: Soltera Casada Viuda Divorciada Separada

Raza: (Marque todas las que correspondan)

- Indio americano o nativo de Alaska asiático Negro o afroamericano
- Nativo hawaiano o de las islas del pacifico Blanco

Etnicidad: (Marque sí o no) Hispano / latino **Sí** **No**

En caso afirmativo, especifique: Hispano puertorriqueño Hispano Cubano Hispano Mexicano
 Hispano Otro

Preferencia de idioma: (Marque o indique uno) Ingles 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? **Sí** **No**

Si respondió Sí, complete la siguiente información. Es posible que Medicaid pueda ayudar con esas facturas.

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

Confirmación 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.
- Certifico que todas las declaraciones registradas en este documento son verdaderas y correctas a mi leal saber y entender.

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 _____

Proveedor de Medicaid _____ **Número de teléfono** _____

Envíe por fax la solicitud y la forma DMA-5081, y la Verificación de Detección y Diagnóstico para el cáncer de mama y cuello uterino de Medicaid al Departamento de Servicios Sociales de su condado.

SECCIÓN 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.

INGRESOS- Indique los ingresos obtenidos por el solicitante y/o su cónyuge. Los ingresos incluyen sueldos, propinas o salarios recibidos por el solicitante y/o su cónyuge que trabaja. **Adjunte copias de las nóminas del mes pasado.** (El mes pasado es el mes anterior a la fecha que fue 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	¿Con qué frecuencia recibe salario? Mensual, semanal, etc.	Cantidad bruta (antes de impuestos o deducciones)

BENEFICIOS - Ingresos no derivados del trabajo 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 está recibiendo.	Indique la fuente de ingreso. (EX: manutención infantil, seguridad social)	¿Con qué frecuencia se recibe? Mensual, semanal, etc.	Cantidad bruta

¿El solicitante o cónyuge pagan manutención infantil por algún niño que no vive en casa? **Sí** **No**
 ¿Quién paga la manutención? _____ ¿Cantidad que se paga?

_____ ¿Cada cuándo? _____ ¿Fue esta persona ordenada por la corte a pagar la manutención? **Sí** **No**

¿El solicitante o su cónyuge paga el cuidado de los niños o de un adulto incapacitado? **Sí** **No**
 ¿Cantidad que se paga? _____ ¿Cada cuándo? _____

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	Verificación
EFFECTIVO					
CHEQUES					
AHORROS					
CD'S					
ACCIONES /BONOS					
FONDOS FIDUCIARIOS					
BIENES RAÍCES/VIVIENDA					
HEREDERO u OTRA PROPIEDAD					
PROPIEDADES O EQUIPOS DE GRANJA/NEGOCIO					
CONTRATOS DE SEPULTURA					
OTRO					

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

MARCA	MODELO	AÑO	DUEÑO	VALOR	VERIFICACIÓN

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

Propietario de la póliza	Numero de poliza	Nombre de la compañía de seguros	Valor nominal	Valor en efectivo	Nombre del asegurado

***** RECORDATORIO *****

1. La página 2 de la solicitud está firmada y con fecha 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 indicar la dirección y los números de teléfono correctos para que pueda ser contactado.

Sus derechos y responsabilidades:

- 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 se es confidencial.
- Pedir 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 seguro 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 seguro social se utilicen en las comparaciones, entiendo que tengo derecho a retirar mi solicitud o a que se me cancele la ayuda.
- Certifico que la información que he proporcionado es una declaración veraz y completa de los hechos. Entiendo que las leyes estatales y federales prevén multas, prisión o ambas para cualquier persona que oculte o proporcione información falsa para obtener asistencia.
- Certifico que actualmente vivo en Carolina del Norte y tengo la intención de permanecer.