



Department of Health Care Services SOLICITUD DE BENEFICIOS DE EVERY WOMAN COUNTS PROGRAM

Gracias por su interés en el programa de EWC (Every Woman Counts, Cada Mujer Vale). El programa EWC brinda servicios gratuitos de pruebas de detección de cáncer de seno y cervical a las mujeres que viven en California.

La misión del programa EWC es salvar vidas mediante la prevención y disminución de los efectos del cáncer de seno y cervical. El programa EWC logra esto mediante la educación, la detección temprana y el diagnóstico. El programa EWC es parte de la División de Detección y Tratamiento del Cáncer del Departamento de Servicios de Salud.

Se deben llenar todas las secciones de esta solicitud para que el programa de EWC pueda decidir si usted es elegible para inscribirse en el programa EWC.

Debe estar inscrita antes de que el programa EWC comience a pagar por los servicios cubiertos. La inscripción dura un año y luego debe aplicar de nueva cuenta para reinscribirse. Puede reinscribirse con cualquier doctor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) del programa EWC.

Nota:

- Las páginas 1, 2 y 3 son para que las lea y las guarde.
- Debe llenar las páginas 4, 5 y 6 para que podamos ver si es elegible.
- Las páginas 7, 8 y 9 son instrucciones para llenar las páginas 4, 5 y 6. El PCP del programa EWC también puede ayudarle a llenar la solicitud.
- Las páginas 10 y 11 son únicamente para uso del PCP del programa EWC.

Declaración de Privacidad

Esta solicitud es para saber si usted es elegible para recibir los servicios a través del programa EWC. Llenar esta solicitud es su decisión. Si la solicitud no está completa, es posible que el programa EWC no pueda decidir si usted califica para recibir los servicios. Es posible que nos comuniquemos con usted si la solicitud no está completa.

El programa EWC puede compartir su información con el PCP del programa EWC y otras agencias estatales, federales y locales, según lo requiera la ley.

Usted tiene derecho a acceder a los registros que contienen la información personal que mantenemos. Para obtener más información o para ver nuestros registros, comuníquese con el programa EWC:

Department of Health Care Services
Benefits Division - Every Woman Counts Program
Attention: Division Chief
P.O. Box 997417, MS 4601
Sacramento, CA 95899-7417
(916) 449-5300

Las Secciones 30461.6(f) y (j), del Código de Ingresos e Impuestos de California y las Secciones 104150(b), 104162 y 131085 del Código de Salud y Seguridad de California autorizan que el programa EWC conserve la información recopilada en esta solicitud. Debemos proporcionarle esta Declaración de Privacidad en virtud de la sección 1798.17 del Código Civil de California.

SOLICITUD DE BENEFICIOS DE EVERY WOMAN COUNTS PROGRAM

Primer Nivel de Revisión y Derechos a una Audiencia Formal para el Programa Every Woman Counts

Usted será informado si es elegible o no para el programa EWC. Si no está de acuerdo con la decisión de elegibilidad, tiene derecho a solicitar una revisión de primer nivel o una audiencia formal. También tiene derecho a una revisión de primer nivel o una audiencia formal si no está de acuerdo con los servicios que está recibiendo mediante el programa EWC.

No podrá impugnar los estándares que el programa EWC usa para tomar la decisión de elegibilidad. Por ejemplo, si le parece que la decisión no concuerda con los estándares del programa EWC, puede solicitar una revisión de primer nivel o una audiencia formal. Sin embargo, si no está de acuerdo con los estándares del programa EWC, no puede solicitar una revisión de primer nivel o una audiencia formal para intentar cambiar los estándares del programa EWC.

Si desea ejercer su derecho a solicitar una revisión de primer nivel o una audiencia formal, envíe una solicitud por escrito que incluya lo siguiente:

- Su nombre, dirección y teléfono.
- El motivo por el que solicita la revisión de primer nivel o la audiencia formal.
- Por qué piensa que la decisión es incorrecta.
- Su idioma de preferencia, en caso de que tenga problemas para entender el inglés.
- El nombre, la dirección y el número de teléfono de su representante autorizado, en caso de que decida tener uno.

Revisión de primer nivel: La solicitud por escrito para una revisión de primer nivel deberá enviarse al programa EWC dentro de los 20 días siguientes a la decisión con la que está en desacuerdo. Guarde una copia de su solicitud escrita para sus registros. El programa EWC responderá dentro de los 30 días siguientes a la recepción de su solicitud.

Envíe por correo su solicitud de una revisión de primer nivel

Department of Health Care Services
Benefits Division - Every Woman Counts Program
Attention: Division Chief
P.O. Box 997417, MS 4601
Sacramento, CA 95899-7417

○ Envíe por correo electrónico su solicitud de una revisión de primer nivel

CancerDetection@dhcs.ca.gov

Es posible que el programa EWC se comunique con usted para obtener más información. Esto podría hacerse por teléfono o por escrito. Es posible que también se comuniquen con el PCP del programa EWC para obtener información.

Audiencia formal: La solicitud por escrito de una audiencia formal deberá enviarse al Departamento de Servicios Sociales dentro de los 90 días siguientes a la decisión con la que no está de acuerdo. Si hay una buena causa por la que no pudo presentar una solicitud para audiencia formal dentro de los 90 días, es posible que todavía pueda solicitar que se programe una audiencia formal. Guarde una copia de su solicitud escrita para sus registros.

Envíe por correo su solicitud de una audiencia formal

Department of Social Services
State Hearings Division
P.O. Box 944243
Mail Station 9 – 17 – 37
Sacramento, CA 94244-2430

SOLICITUD DE BENEFICIOS DE EVERY WOMAN COUNTS PROGRAM

Notificación de no discriminación

El DHCS (Department of Health Care Services) cumple con las leyes federales y estatales de derechos civiles. El DHCS no discrimina ilegalmente debido al sexo, raza, color, religión, descendencia, origen nacional, identificación con un grupo étnico, edad, discapacidad mental, discapacidad física, afecciones médicas, información genética, estado civil, género, identidad de género u orientación sexual. El DHCS no excluye ilegalmente a personas ni las trata de modo diferente debido a su sexo, raza, color, religión, descendencia, origen nacional, identificación con un grupo étnico, edad, discapacidad mental, discapacidad física, afecciones médicas, información genética, estado civil, género, identidad de género u orientación sexual.

DHCS:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para comunicarse eficientemente con el DHCS, como:
 - intérpretes calificados en el lenguaje de señas
 - información escrita en otros formatos, como impresión en letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos
- Proporciona servicios de idioma gratuitos a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:
 - intérpretes calificados
 - información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, llame a la Oficina de Derechos Civiles al **1-916-440-7370**, 711 (retransmisión del estado de California) o por correo electrónico a CivilRights@dhcs.ca.gov.

Si cree que el DHCS no le ha proporcionado estos servicios o si ha sido discriminada de otro modo debido a su sexo, raza, color, religión, descendencia, origen nacional, identificación con un grupo étnico, edad, discapacidad mental, discapacidad física, afecciones médicas, información genética, estado civil, género, identidad de género u orientación sexual, puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles.

PO Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413
(916) 440-7370, 711 (retransmisión del estado de California)
Correo electrónico: CivilRights@dhcs.ca.gov

Si necesita ayuda para presentar una queja, la Oficina de Derechos Civiles puede ayudarla. Los formularios de queja se encuentran disponibles en:
http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

Si cree que la han discriminado debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, también puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. Puede presentarla electrónicamente a través del portal de la Oficina de Derechos Civiles en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> o puede presentarla por correo o por teléfono en:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, TTY 1-800-537-7697

Puede obtener un formulario de queja en:
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

SOLICITUD DE BENEFICIOS DE EVERY WOMAN COUNTS PROGRAM

¿Cuáles servicios del EWC necesita? (marque todos los que correspondan)

Si tiene cualquier síntoma en sus senos, márquelos:

- 24. Cambios en la apariencia o sensación de su(s) seno(s) como cambio de color, forma o tamaño
- 25. Hinchazón o engrosamiento del tejido de su(s) seno(s)
- 26. Secreciones de pezón
- 27. Bulto o nudo en su(s) seno(s)
- 28. Otros: _____
- 29. ¿Es mayor de 21 años y desea hacerse una prueba de detección de cáncer cervical?
- 30. ¿Es mayor de 40 años y desea hacerse una prueba de detección de cáncer de seno?

Cuéntenos sobre su consumo de tabaco

- 31. ¿Fuma tabaco actualmente? No Sí
- 32. ¿Usa otros productos de tabaco actualmente?
 No Sí; si la respuesta es sí, ¿cuáles? _____

Esta información es confidencial y solo se usará para asegurarse de que todas las personas tengan el mismo acceso a atención médica. No se usará para decidir si es elegible.

Cuéntenos sobre su raza

- 33. ¿Es hispana o latina? Sí No
- Seleccione todas las que correspondan:
 - 34. Nativa estadounidense o nativa de Alaska
 - 35. Asiática (especifique a continuación)
 - 36. Nativa asiática 37. Camboyana 38. China 39. Filipina 40. Hmong
 - 41. Japonesa 42. Coreana 43. Laosiana 44. Vietnamita 45. Otra raza asiática: _____
 - 46. Negra o afroamericana
 - 47. Isleña del Pacífico (especifique a continuación)
 - 48. Guameña 49. Hawaiana 50. Samoana 51. Otra raza isleña del Pacífico: _____
 - 52. Blanca
 - 53. Otra: _____ 54. Prefiere no responder

SOLICITUD DE BENEFICIOS DE EVERY WOMAN COUNTS PROGRAM

La siguiente información es confidencial. No se usará para decidir si es elegible.
Cuéntenos sobre su identidad de género y orientación sexual (opcional)

¿Cuál es su género? (marque la casilla que mejor defina su identidad de género actual)

55. Femenino

56. Transgénero: masculino a femenino

57. Masculino

58. Transgénero: femenino a masculino

59. No binario (ni masculino ni femenino)

60. Otra identidad de género: _____

¿Cuál es el sexo que se indica en su acta de nacimiento original?

61. Femenino

62. Masculino

¿Cómo se ve a usted misma?

63. Heterosexual

64. Lesbiana o gay

65. Bisexual

66. Queer

67. Otra orientación sexual

68. Desconocida

69. Declaraciones (lea y escriba sus iniciales junto a cada punto)

_____ Entiendo que al firmar esta solicitud, estoy solicitando el programa EWC, el cual es un programa financiado por el gobierno. El programa EWC paga por los servicios de pruebas de detección de cáncer de seno o cervical que podrían resultar en una referencia para tratamiento.

_____ Este consentimiento dura UN AÑO a partir de la fecha en que lo firme. Sé que debo llenar una nueva solicitud cada año para estar en el programa EWC.

_____ Entiendo que puedo dejar de ser parte del programa EWC en cualquier momento.

_____ Si obtengo un seguro de salud u otra cobertura médica, se lo informaré al proveedor de atención primaria del programa EWC de inmediato.

_____ He recibido la **Notificación de las Prácticas de Seguridad del DHCS** (Notice of Privacy Practices, NPP) (no es parte de este paquete de solicitud).

_____ Recibí la **Declaración de Privacidad, los Derechos de Revisión de Primer Nivel y de Audiencia Formal** y la **Notificación de No Discriminación** en las páginas 1, 2 y 3 de esta solicitud.

_____ He recibido información sobre **cómo obtener seguro gratuito o a bajo costo.**

_____ Declaro que la información que proporcioné en las páginas 4, 5 y 6 es correcta y verdadera según mi leal saber. Entiendo que proporcionar información falsa en esta solicitud podría resultar en que no sea elegible para el programa EWC.

_____ Recibí ayuda para llenar esta solicitud. 70.Nombre de la persona que le ayudó _____

71.Firma de la persona que le ayudó, si corresponde _____ 72. Fecha _____

Firmas

73. Su firma _____ 74. Fecha _____

75. Persona que actúa en nombre de la solicitante del programa EWC,
si corresponde _____ 76. Fecha _____

SOLICITUD DE BENEFICIOS DE EVERY WOMAN COUNTS PROGRAM

INSTRUCCIONES DETALLADAS DEL FORMULARIO PARA LLENAR LA SOLICITUD DE BENEFICIOS DEL EWC EN LAS PÁGINAS 4 A 6.

Cuéntenos sobre usted

1. Escriba su primer nombre.
2. Escriba la primera letra de su segundo nombre.
3. Escriba su apellido.
4. Escriba su fecha de nacimiento. Use 2 números para el mes, 2 números para el día y 4 números para el año. Por ejemplo, el 1º de Enero de 2001, sería 01/01/2001.
5. Si su sexo físico es femenino, marque femenino. Si es transexual que hizo el cambio de masculino a femenino, marque transexual: de masculino a femenino. Si es masculino, marque masculino. Si es transexual que hizo el cambio de femenino a masculino, marque transexual: de femenino a masculino.
6. Escriba el apellido de su madre cuando ella nació. También se conoce como apellido de soltera.
7. Escriba el número y el nombre de la calle en donde vive. Por ejemplo, 123 Main Street.
8. Escriba la ciudad en donde vive.
9. Escriba el estado en donde vive.
10. Escriba el código postal de donde vive.
11. Escriba su número de teléfono. Comience con los tres números del código de área. Y luego siga con el número de teléfono.
12. Escriba su dirección de correo electrónico.
13. Escriba su número de Seguro Social, si tiene uno. No necesita un número de Seguro Social para ser elegible para el programa EWC.

Cuéntenos sobre el ingreso en su hogar

14. Escriba el monto total de dinero que reciben todas las personas en su hogar antes de pagar impuestos. El monto total de dinero que recibe una persona antes de pagar sus impuestos, se conoce también como "ingreso bruto". Indique el ingreso bruto de cada persona que gana dinero en su hogar.
15. Escriba cuántas personas viven con el ingreso que anotó en la línea 14.

Ahora, infórmenos sobre su seguro de salud

16. Marque esta casilla si no tiene ningún seguro de salud.
17. Marque esta casilla si tiene un seguro de salud o un plan de atención médica.
18. Marque esta casilla si tiene Medi-Cal.
19. Marque esta casilla si su seguro no es Medi-Cal. Escriba el nombre de su compañía de seguro de salud o de su plan de atención médica.
20. Escriba el número de su tarjeta de Medi-Cal o el número de su póliza de seguro de salud. Por lo general, el número está en su tarjeta del seguro de salud.
21. Escriba cuánto debe pagar de costo compartido cada mes para Medi-Cal, en caso de que tenga que pagar costo compartido.
22. Escriba cuánto debe pagar cada año por su seguro de salud o el deducible anual de su plan de atención médica, en caso de que tenga que pagar un deducible.
23. Escriba cuánto debe pagar de copago por cada cita médica cubierta por su seguro de salud o plan de atención médica, en caso de que tenga que pagar un copago.

SOLICITUD DE BENEFICIOS DE EVERY WOMAN COUNTS PROGRAM

¿Cuáles servicios del EWC necesita? (marque todos los que correspondan)

24. Marque esta casilla si su(s) seno(s) ha(n) cambiado de color, tamaño o forma.
25. Marque esta casilla si presenta hinchazón o engrosamiento del tejido de su(s) seno(s).
26. Marque esta casilla si hay alguna secreción en su pezón.
27. Marque esta casilla si siente algún abultamiento o nudo en su(s) seno(s).
28. Marque esta casilla si presenta algún otro síntoma en su(s) seno(s). Escriba cuál es el síntoma.
29. Marque esta casilla si es mayor de 21 años y desea que le realicen una prueba de detección de cáncer cervical.
30. Marque esta casilla si es mayor de 40 años y desea que le realicen una prueba de detección de cáncer de seno.

Cuéntenos sobre su consumo de tabaco

31. Si no fuma tabaco, marque la casilla No. Si fuma tabaco, marque la casilla Sí.
32. Si no consume otros productos de tabaco, marque la casilla No. Si consume otros productos de tabaco, marque la casilla Sí y luego escriba cuáles productos de tabaco consume.

Cuéntenos sobre su raza

33. Si es Hispana o Latina, marque la casilla Sí. Si no es Hispana o Latina, marque la casilla No.
34. Marque esta casilla si su raza es completa o parcialmente nativa americana o nativa de Alaska.
35. Marque esta casilla si su raza es completa o parcialmente asiática y luego marque la casilla que corresponda la parte de Asia (casillas 37 a 46).
36. Marque esta casilla si su raza es completa o parcialmente nativa asiática.
37. Marque esta casilla si su raza es completa o parcialmente Camboyana.
38. Marque esta casilla si su raza es completa o parcialmente China.
39. Marque esta casilla si su raza es completa o parcialmente Filipina.
40. Marque esta casilla si su raza es completa o parcialmente Hmong.
41. Marque esta casilla si su raza es completa o parcialmente Japonesa.
42. Marque esta casilla si su raza es completa o parcialmente Coreana.
43. Marque esta casilla si su raza es completa o parcialmente Laosiana.
44. Marque esta casilla si su raza es completa o parcialmente Vietnamita.
45. Marque esta casilla si su raza es completa o parcialmente otra raza asiática. Luego escriba la raza asiática.
46. Marque esta casilla si su raza es completa o parcialmente negra o afroamericana.
47. Marque esta casilla si su raza es completa o parcialmente isleña del Pacífico y luego marque una de las casillas para indicar de cuál isla del Pacífico (casillas 49 a 52).
48. Marque esta casilla si su raza es completa o parcialmente Guameña.
49. Marque esta casilla si su raza es completa o parcialmente Hawaiana.
50. Marque esta casilla si su raza es completa o parcialmente Samoana.
51. Marque esta casilla si su raza es completa o parcialmente de otra isla del Pacífico. Posteriormente, escriba la isla del Pacífico.
52. Marque esta casilla si su raza es completa o parcialmente blanca.
53. Marque esta casilla si su raza es completa o parcialmente de otra raza que no se encuentra en la lista. Luego, escriba su raza.
54. Marque esta casilla si no desea indicar su raza.

SOLICITUD DE BENEFICIOS DE EVERY WOMAN COUNTS PROGRAM

Cuéntenos sobre su identidad de género y orientación sexual (opcional)

55. Marque esta casilla si se identifica como de género femenino.
56. Marque esta casilla si se identifica como de género femenino, pero al momento de nacer la identificaron como masculino.
57. Marque esta casilla si se identifica como de género masculino.
58. Marque esta casilla si se identifica como de género masculino, pero al momento de nacer lo identificaron como femenino.
59. Marque esta casilla si no se identifica ni como de género femenino ni como de género masculino.
60. Marque esta casilla si se identifica con un género que no está en la lista. Escriba el género.
61. Marque esta casilla si en su acta de nacimiento original se indica su sexo como femenino.
62. Marque esta casilla si en su acta de nacimiento original se indica su sexo como masculino.
63. Marque esta casilla si su orientación sexual es heterosexual (se siente sexualmente atraída hacia las personas del sexo opuesto).
64. Marque esta casilla si su orientación sexual es lesbiana o gay (se siente sexualmente atraída hacia las personas del mismo sexo que usted).
65. Marque esta casilla si su orientación sexual es bisexual (se siente sexualmente atraído tanto hacia los hombres como hacia las mujeres).
66. Marque esta casilla si su orientación sexual es queer (no exclusivamente heterosexual).
67. Marque esta casilla si su orientación sexual no se encuentra en la lista de esta sección.
68. Marque esta casilla si no conoce su orientación sexual.

Declaraciones

69. Escriba sus iniciales en cada línea después de leerla y acepte la veracidad de la declaración.
70. Escriba el nombre de la persona que le ayudó a llenar esta solicitud, en caso de que alguien la haya ayudado.
71. La persona que le ayudó a llenar la solicitud firmará con su nombre.
72. Escriba la fecha de hoy.
73. Firme con su nombre.
74. Escriba la fecha de hoy.
75. Si alguien actúa en su nombre (el de la solicitante del programa EWC) como un agente autorizado, esa persona deberá firmar con su nombre.
76. Escriba la fecha de hoy.

EVERY WOMAN COUNTS PROGRAM
RECIPIENT APPLICATION
FOR OFFICE USE ONLY

EWC PROGRAM APPLICANT/RECIPIENT ELIGIBILITY VERIFICATION CHECKLIST

1. EWC Program Applicant/Recipient Name _____
2. Medical Record Number _____ 3. Recipient ID ____ 9 A _____

I have determined that this EWC program applicant/recipient meets the following eligibility criteria:

Residency

4. Lives in California

Household Income

5. Household Income is at or below 200% of the Federal Poverty Level. Please refer to the EWC Income Criteria on the EWC program website: <http://dhcs.ca.gov/EWC>

Health Insurance

6. Is uninsured
7. Is underinsured
8. Unmet share-of-cost
9. Co-payment(s)
10. Unmet deductible(s)

EWC program services

11. Needs breast cancer diagnostic services—symptomatic EWC program applicant/recipient, any age
12. Needs breast and/or cervical cancer screening and is the appropriate age for the service(s).

Tobacco Use

13. I have notified the PCP to assess the EWC program applicant/recipient's tobacco status, and to refer the EWC program applicant/recipient to tobacco cessation resources, as necessary.

I have provided this EWC program applicant/recipient with the following:

14. DHCS Notice of Privacy Practices.
15. Privacy Statement, First Level Review and Formal Hearing Rights, and Notice of Nondiscrimination: pages 1, 2 and 3 of the application.
16. Brochure about how to get free and low-cost health insurance.

17. Provider/Staff Signature _____ 18. Date _____

19. Print Name _____

EVERY WOMAN COUNTS PROGRAM RECIPIENT APPLICATION

DETAILED FORM INSTRUCTIONS FOR COMPLETING RECIPIENT ELIGIBILITY VERIFICATION CHECKLIST ON PAGE 10

EWC Program Applicant Information

1. Write the EWC program applicant/recipient's name as it is written on the DHCS 8699SP (Rev. 4/19) application.
2. Write the EWC program applicant/recipient's Medical Record Number.
3. Write the EWC program applicant/recipient's assigned Recipient ID.
4. Check this box if the EWC program applicant/recipient lives in California.
5. Check this box if the EWC program applicant/recipient's household income is at or below 200% of the Federal Poverty Level based upon the number of people living in the household. The current Federal Poverty Guidelines to apply are on the EWC program website: (<http://dhcs.ca.gov/EWC>).
6. Check this box if the EWC program applicant/recipient is uninsured (does not have health insurance).
7. Check this box if the EWC program applicant/recipient is underinsured (has health insurance or a healthcare plan but cannot afford the share of cost, deductible or co-pay).
8. Check this box if the EWC program applicant/recipient has an unmet share-of-cost.
9. Check this box if the EWC program applicant/recipient must make co-payments for visits.
10. Check this box if the EWC program applicant/recipient has an unmet deductible(s).
11. Check this box if the EWC program applicant/recipient has breast cancer symptoms and needs diagnostic services.
12. Check this box if the woman EWC program applicant/recipient is over age 21 and needs cervical cancer screening and diagnostic services and / or if the EWC program applicant/recipient is over age 40 and needs breast cancer screening and diagnostic services.
13. Check this box if you alerted the PCP regarding the EWC program applicant/recipient's tobacco use.
14. Check this box if you gave the EWC program applicant/recipient a DHCS Notice of Privacy Practices.
15. Check this box if you gave the EWC program applicant/recipient the Privacy Statement, First Level Review and Formal Hearing Rights, and Notice of Nondiscrimination from the first three pages of the application.
16. Check this box if you gave the EWC program applicant/recipient information about how to get free and low-cost health insurance.
17. Sign your name.
18. Write today's date.
19. Print your full name.