



# Programa de Tratamiento y Prevención contra el cáncer de mama y de cuello uterino (BCCPT)

## Solicitud de Elegibilidad para Medicaid

### Instrucciones para completar el formulario PA 600B

**PARTE I – A COMPLETAR POR LA SOLICITANTE O REPRESENTANTE DE LA SOLICITANTE  
(TO BE COMPLETED BY THE APPLICANT OR APPLICANT'S REPRESENTATIVE)**

La solicitante o su representante deben:

1. Escribir claramente con letra de molde o a máquina la información en los espacios provistos al reverso de este formulario.
2. Firmar y colocar la fecha a este formulario.

**PARTE II – A COMPLETAR POR UN PROVEEDOR (TO BE COMPLETED BY A PROVIDER)**

**DATE OF DIAGNOSIS:** Enter either the date of the first positive biopsy/confirmation of diagnosis, or the confirmation of reoccurrence of breast or cervical cancer.

**ICD-10 CODE:** Check the most appropriate box to indicate the diagnosis, and complete the diagnosis code to individually identify the condition. **Only one box should be checked.** If C77 or C79 is checked, the provider is attesting that the applicant has either breast or cervical cancer, including pre-cancerous conditions of the breast or cervix, as a primary diagnosis. If breast or cervical cancer, including pre-cancerous conditions of the breast or cervix, is not the primary diagnosis, applicant is not eligible for this program. **ONLY THE CODES LISTED MAY BE CHOSEN.**

**PROVIDER NAME:** Enter the name of the provider who renders medical care to the applicant.

**PROVIDER MPI/NPI NUMBER:** If the provider is a Medical Assistance (MA) participating provider, enter the number assigned to the designated payee. If the provider is not an MA provider, leave the field blank.

**TELEPHONE NUMBER:** Enter the telephone number of the office where the applicant is seen.

**ADDRESS - STREET, CITY, STATE:** Enter the address of the office where the applicant is seen.

**PROVIDER AUTHORIZED SIGNATURE AND DATE:** Signature of the provider who renders medical care to the applicant and the date the form is completed. **NOTE:** This signature attests to the fact that all information indicated in Part II is complete and accurate.

**The provider must fax or mail the application back to the Department of Health's HealthyWoman Program Provider.**

Fax: 412-201-4702  
Phone: 1-800-215-7494  
TTY: 1-800-332-8615

Mail: Adagio Health  
Two Gateway Center, Suite 500  
603 Stanwix Street  
Pittsburgh, PA 15222

**PERTE III – A COMPLETAR POR EL PROVEEDOR DEL PROGRAMA PARA LA MUJER SANA DEL DEPARTAMENTO DE SALUD (TO BE COMPLETED BY THE DEPARTMENT OF HEALTH'S HEALTHYWOMAN PROGRAM)**

**PARTE IV – A COMPLETAR POR LA OFICINA DE ASISTENCIA DEL CONDADO (TO BE COMPLETED BY THE COUNTY ASSISTANCE OFFICE)**







### PARTE I – A COMPLETAR POR LA SOLICITANTE O REPRESENTANTE DE LA SOLICITANTE

NOMBRE DE LA SOLICITANTE (apellido, nombre, inicial segundo nombre)	FECHA DE NACIMIENTO / /	EDAD	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
<b>Estado Civil</b> <input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Separada <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Divorciada <input type="checkbox"/> Viudoa			
DIRECCIÓN PARTICULAR (incluya calle, núm. de apartamento, ciudad, estado y código postal+4):		NÚMERO DE TELÉFONO: ( )	
DIRECCIÓN POSTAL (si fuera diferente a la dirección particular):		SEGUNDO NÚMERO DE TELÉFONO: ( )	

¿Es usted ciudadana o nacional de los EE.UU.?  Sí  No

Si no es ciudadana o residente estadounidense, responda las siguientes preguntas:	¿Tiene condición o estatus de inmigración elegible? <input type="checkbox"/> Sí	Si la respuesta es Sí, ingrese su tipo de documento y número de identificación:	Tipo de documento:	Número de documento de identificación:
	¿Vive en los EE.UU. desde 1996? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Es usted, su cónyuge o padre/madre un veterano o miembro en servicio activo de las Fuerzas Armadas de los EE.UU. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

<b>RAZA</b> (opcional) (Marque todo lo que corresponda)	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico
	<input type="checkbox"/> Indígena norteamericano o nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Otra _____

<b>GRUPO ÉTNICO</b> (opcional)	<input type="checkbox"/> Hispano o latino	<input type="checkbox"/> No hispano o latino
--------------------------------	---	--

¿Cuál es su ingreso familiar mensual antes de impuestos? \$ _____	¿Cuántas personas viven en su hogar? (Incluyendo usted mismo) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 21 <input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 26 <input type="checkbox"/> 27 <input type="checkbox"/> 28 <input type="checkbox"/> 29 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 31 <input type="checkbox"/> 32 <input type="checkbox"/> 33 <input type="checkbox"/> 34 <input type="checkbox"/> 35 <input type="checkbox"/> 36 <input type="checkbox"/> 37 <input type="checkbox"/> 38 <input type="checkbox"/> 39 <input type="checkbox"/> 40 <input type="checkbox"/> 41 <input type="checkbox"/> 42 <input type="checkbox"/> 43 <input type="checkbox"/> 44 <input type="checkbox"/> 45 <input type="checkbox"/> 46 <input type="checkbox"/> 47 <input type="checkbox"/> 48 <input type="checkbox"/> 49 <input type="checkbox"/> 50 <input type="checkbox"/> Más
---	---

¿Tiene hijos menores de 21 años que viven con usted? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Está embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	---

¿Tiene cobertura de seguro de salud?  Sí  No

¿Ha tenido cobertura de seguro de salud en los últimos 90 días?  Sí  No

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS:	TELÉFONO DE SERVICIO AL CLIENTE:	NÚMERO DE PÓLIZA:	NÚMERO DE GRUPO:
-----------------------------------	----------------------------------	-------------------	------------------

El seguro de arriba, ¿es privado o lo obtuvo a través de un empleo?  Privado  A través de un empleo

NOMBRE DEL EMPLEADOR:	TELÉFONO DEL EMPLEADOR:
-----------------------	-------------------------

DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR:

### INSCRIPCIÓN DE ELECTORES (opcional)

Si no está inscrita para votar en el lugar donde vive actualmente, ¿desea presentar una solicitud para inscribirse para votar aquí hoy?  Sí  No  
**SI NO MARCA NINGUNA CASILLA, CONSIDERAREMOS QUE DECIDIÓ NO INSCRIBIRSE PARA VOTAR EN ESTE MOMENTO.**

**Para inscribirse, usted debe: 1) tener por lo menos 18 años de edad el día de la próxima elección; 2) ser ciudadana de los Estados Unidos por un mes como mínimo ANTES DE LA PRÓXIMA ELECCIÓN; 3) residir en Pennsylvania y en el distrito de votación al menos 30 días antes de la próxima elección.**

**Solicitar la inscripción o negarse a inscribirse no afectará la cantidad de la asistencia que recibirá de parte de esta agencia.**

Si desea ayuda para completar el formulario de solicitud de inscripción de electores, podemos ayudarle. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. Puede completar el formulario de solicitud en privado. Comuníquese con la oficina de asistencia del condado si desea ayuda. Si cree que alguna persona ha interferido con su derecho a inscribirse para votar o a rechazar la inscripción para votar, su derecho a la privacidad para decidir si se inscribe o para solicitar la inscripción para votar, o su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, usted puede presentar una queja ante la Secretaría de Estado en: Secretary of the Commonwealth, PA, Department of State, Harrisburg, PA 17120. (Número de teléfono sin cargo 1-877-VOTESPA.)

### EL PERSONAL DE LA OFICINA DE ASISTENCIA DEL CONDADO COMPLETARÁ ESTA SECCIÓN SEGÚN LO QUE USTED HAYA RESPONDIDO MÁS ARRIBA

<input type="checkbox"/> Given to Client ___/___/___	<input type="checkbox"/> Sent to voter registration ___/___/___	<input type="checkbox"/> Mailed to Client ___/___/___
<input type="checkbox"/> Declined, not interested ___/___/___	<input type="checkbox"/> Not a U.S. citizen ___/___/___	<input type="checkbox"/> Declined, already registered ___/___/___

### Derechos y responsabilidades del programa BCCPT de Medicaid

- Entiendo que si necesitara tratamiento para el cáncer de mama o de cuello uterino, se usará la información contenida en este formulario para ver si soy elegible para recibir los beneficios de Medicaid.
- Entiendo que la información contenida en este formulario será confidencial.
- Autorizo la divulgación de la información personal, económica y médica con el propósito de determinar la elegibilidad y para la revisión del programa Medicaid.
- Entiendo que debo informar a la oficina de asistencia del condado sobre cualquier cambio en mis circunstancias que pueda afectar mi elegibilidad, antes del décimo día del mes siguiente a la fecha del cambio.
- Entiendo que puedo solicitar una audiencia si no estoy de acuerdo con una decisión tomada sobre esta solicitud.
- Entiendo que todos los solicitantes/beneficiarios de Medicaid deben proporcionar su número de Seguro Social, excepto los que soliciten un tratamiento por una emergencia médica. Este número puede ser utilizado para verificar la información ingresada en esta solicitud.
- Entiendo que tengo derecho a recibir un certificado de cobertura acreditable para verificar mi cobertura médica. Las leyes federales limitan cuándo la cobertura de salud puede ser negada o limitada por una condición preexistente. Si me inscribo en un plan grupal que permite condiciones preexistentes, es posible que se me reconozca el tiempo que recibí Medicaid.
- Certifico que la información ingresada en esta solicitud es correcta bajo pena de perjurio.
- Certifico que comprendo cuáles son mis derechos y responsabilidades.

Firma de la solicitante \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_



Applicant's Name \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**PART II. TO BE COMPLETED BY A PROVIDER**DATE OF FIRST BIOPSY/  
CONFIRMATORY DIAGNOSIS      /      /      OR      DATE OF CONFIRMATION OF REOCCURRENCE  
OF BREAST OR CERVICAL CANCER      /      /

ICD.10 CODE	CLINICAL DESCRIPTION	INITIAL ELIGIBILITY TIME FRAME
<b>BREAST CANCER</b>		
<input type="checkbox"/> <b>C50. ____</b>	<b>Malignant neoplasm of breast</b> (Includes <b>C50.011</b> - Malignant neoplasm of nipple and areola, right female breast; <b>C50.012</b> - Malignant neoplasm of nipple and areola, left female breast; <b>C50.019</b> - Malignant neoplasm of nipple and areola, unspecified female breast; <b>C50.111</b> - Malignant neoplasm of central portion of right female breast; <b>C50.112</b> - Malignant neoplasm of central portion of left female breast; <b>C50.119</b> - Malignant neoplasm of central portion of unspecified female breast; <b>C50.211</b> - Malignant neoplasm of upper-inner quadrant of right female breast; <b>C50.212</b> - Malignant neoplasm of upper-inner quadrant of left female breast; <b>C50.219</b> - Malignant neoplasm of upper-inner quadrant of unspecified female breast; <b>C50.311</b> - Malignant neoplasm of lower-inner quadrant of right female breast; <b>C50.312</b> - Malignant neoplasm of lower-inner quadrant of left female breast; <b>C50.319</b> - Malignant neoplasm of lower-inner quadrant of unspecified female breast; <b>C50.411</b> - Malignant neoplasm of upper-outer quadrant of right female breast; <b>C50.412</b> - Malignant neoplasm of upper-outer quadrant of left female breast; <b>C50.419</b> - Malignant neoplasm of upper-outer quadrant of unspecified female breast; <b>C50.511</b> - Malignant neoplasm of lower-outer quadrant of right female breast; <b>C50.512</b> - Malignant neoplasm of lower-outer quadrant of left female breast; <b>C50.519</b> - Malignant neoplasm of lower-outer quadrant of unspecified female breast; <b>C50.611</b> - Malignant neoplasm of axillary tail of right female breast; <b>C50.612</b> - Malignant neoplasm of axillary tail of left female breast; <b>C50.619</b> - Malignant neoplasm of axillary tail of unspecified female breast; <b>C50.811</b> - Malignant neoplasm of overlapping sites of right female breast; <b>C50.812</b> - Malignant neoplasm of overlapping sites of left female breast; <b>C50.819</b> - Malignant neoplasm of overlapping sites of unspecified female breast; <b>C50.911</b> - Malignant neoplasm of unspecified site of right female breast; <b>C50.912</b> - Malignant neoplasm of unspecified site of left female breast; <b>C50.919</b> - Malignant neoplasm of unspecified site of unspecified female breast.)	<b>12 months</b>
<input type="checkbox"/> <b>C77. ____</b>	<b>Secondary and unspecified malignant neoplasm of lymph nodes (with Breast Primary)</b> (Includes <b>C77.1</b> - Secondary and unspecified malignant neoplasm of intrathoracic lymph nodes; <b>C77.3</b> - Secondary and unspecified malignant neoplasm of axilla and upper limb lymph nodes; <b>C77.8</b> - Secondary and unspecified malignant neoplasm of lymph nodes of multiple regions.)	<b>12 months</b>
<input type="checkbox"/> <b>C79. ____</b>	<b>Secondary malignant neoplasm of other and unspecified sites (with Breast Primary)</b> (Includes <b>C79.31</b> - Secondary malignant neoplasm of brain; <b>C79.51</b> - Secondary malignant neoplasm of bone; <b>C79.52</b> - Secondary malignant neoplasm of bone marrow; <b>C79.81</b> - Secondary malignant neoplasm of breast; <b>C79.89</b> - Secondary malignant neoplasm of other specified sites; <b>C79.9</b> - Secondary malignant neoplasm of unspecified site)	<b>12 months</b>
<input type="checkbox"/> <b>D05. ____</b>	<b>Carcinoma in situ of breast</b> (Includes <b>D05.00</b> - Lobular carcinoma in situ of unspecified breast; <b>D05.01</b> - Lobular carcinoma in situ of right breast; <b>D05.02</b> - Lobular carcinoma in situ of left breast; <b>D05.10</b> - Intraductal carcinoma in situ of unspecified breast; <b>D05.11</b> - Intraductal carcinoma in situ of right breast; <b>D05.12</b> - Intraductal carcinoma in situ of left breast; <b>D05.80</b> - Other specified type of carcinoma in situ of unspecified breast; <b>D05.81</b> - Other specified type of carcinoma in situ of right breast; <b>D05.82</b> - Other specified type of carcinoma in situ of left breast; <b>D05.90</b> - Unspecified type of carcinoma in situ of unspecified breast; <b>D05.91</b> - Unspecified type of carcinoma in situ of right breast; <b>D05.92</b> - Unspecified type of carcinoma in situ of left breast.)	<b>6 months</b>
<b>CERVICAL CANCER</b>		
<input type="checkbox"/> <b>C53. ____</b>	<b>Malignant neoplasm of cervix uteri</b> (Includes <b>C53.0</b> - Malignant neoplasm of endocervix; <b>C53.1</b> - Malignant neoplasm of exocervix; <b>C53.8</b> - Malignant neoplasm of overlapping sites of cervix uteri; <b>C53.9</b> - Malignant neoplasm of cervix uteri, unspecified.)	<b>12 months</b>
<input type="checkbox"/> <b>C77. ____</b>	<b>Secondary and unspecified malignant neoplasm of lymph nodes (with Cervix Primary)</b> (Includes <b>C77.2</b> - Secondary and unspecified malignant neoplasm of intra-abdominal lymph nodes; <b>C77.4</b> - Secondary and unspecified malignant neoplasm of inguinal and lower limb lymph nodes; <b>C77.5</b> - Secondary and unspecified malignant neoplasm of intrapelvic lymph nodes; <b>C77.8</b> - Secondary and unspecified malignant neoplasm of lymph nodes of multiple regions.)	<b>12 months</b>
<input type="checkbox"/> <b>C79. ____</b>	<b>Secondary malignant neoplasm of other and unspecified sites (with Cervix Primary)</b> (Includes <b>C79.10</b> - Secondary malignant neoplasm of unspecified urinary organs; <b>C79.11</b> - Secondary malignant neoplasm of bladder; <b>C79.19</b> - Secondary malignant neoplasm of other urinary organs; <b>C79.31</b> - Secondary malignant neoplasm of brain; <b>C79.51</b> - Secondary malignant neoplasm of bone; <b>C79.52</b> - Secondary malignant neoplasm of bone marrow; <b>C79.60</b> - Secondary malignant neoplasm of unspecified ovary; <b>C79.61</b> - Secondary malignant neoplasm of right ovary; <b>C79.62</b> - Secondary malignant neoplasm of left ovary; <b>C79.82</b> - Secondary malignant neoplasm of genital organs; <b>C79.89</b> - Secondary malignant neoplasm of other specified sites; <b>C79.9</b> - Secondary malignant neoplasm of unspecified site.)	<b>12 months</b>
<b>PRE-CANCEROUS CONDITIONS</b>		
<input type="checkbox"/> <b>D06. ____</b>	<b>Carcinoma in situ of cervix uteri</b> (Includes <b>D06.0</b> - Carcinoma in situ of endocervix; <b>D06.1</b> - Carcinoma in situ of exocervix; <b>D06.7</b> - Carcinoma in situ of other parts of cervix; <b>D06.9</b> - Carcinoma in situ of cervix, unspecified.)	<b>3 months</b>
<input type="checkbox"/> <b>D48. ____</b>	<b>Neoplasm of uncertain behavior of other and unspecified sites</b> (Includes <b>D48.5</b> - Neoplasm of uncertain behavior of skin; <b>D48.60</b> - Neoplasm of uncertain behavior of unspecified breast; <b>D48.61</b> - Neoplasm of uncertain behavior of right breast; <b>D48.62</b> - Neoplasm of uncertain behavior of left breast.)	<b>3 months</b>
<input type="checkbox"/> <b>N87. ____</b>	<b>Dysplasia of cervix uteri</b> (Includes <b>N87.0</b> - Mild cervical dysplasia; <b>N87.1</b> - Moderate cervical dysplasia; <b>N87.9</b> - Dysplasia of cervix uteri, unspecified.)	<b>3 months</b>
PROVIDER NAME (Confirming diagnosis)	PROVIDER MPI/NPI NUMBER	TELEPHONE NUMBER
ADDRESS		DATE ____ / ____ / ____
PROVIDER AUTHORIZED SIGNATURE	DATE ____ / ____ / ____	<b>Please fax this application to the Department of Health's HealthyWoman Program Screening Contractor at 412-201-4702.</b>



Applicant's Name \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**PART III. TO BE COMPLETED BY THE DEPARTMENT OF HEALTH'S HEALTHYWOMAN PROGRAM**

**Check if requirement is met:**

- Applicant meets the age requirement for BCCPT (under age 65)
- Application form is complete and signed
- Allowable ICD diagnosis code

DATE FORWARDED TO CAO

PRINT NAME

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

SIGNATURE

**PART IV. TO BE COMPLETED BY COUNTY ASSISTANCE OFFICE**

1. <input type="checkbox"/> APPLICANT IS ELIGIBLE FOR ONGOING MEDICAID - BEGINNING 2. <input type="checkbox"/> APPLICANT IS NOT ELIGIBLE FOR ONGOING MEDICAID  <b>REASON FOR REJECTION:</b> <input type="checkbox"/> NO DOCUMENTATION OF ALIEN STATUS <input type="checkbox"/> OTHER:	MONTH	DAY	YEAR	COUNTY NUMBER
	RECORD NUMBER			
	CATEGORY	LINE NO.		

CAO WORKER'S SIGNATURE

DATE

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_