pennsylvania
DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES

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 EL SOLICITANTE O REPRESENTANTE DEL SOLICITANTE (TO BE COMPLETED BY THE APPLICANT OR APPLICANT'S REPRESENTATIVE)

El 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, email or mail the application back to the Pennsylvania Breast and Cervical Cancer Early Detection Program (PA-BCCEDP) Provider.

Fax: 412-201-4702
Email: bccpt@adagiohealth.org
Phone: 1-800-215-7494
TTY: 1-800-332-8615

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

PARTE III – A COMPLETAR POR EL PA-BCCEDP DEL DEPARTAMENTO DE SALUD (TO BE COMPLETED BY THE DEPARTMENT OF HEALTH'S PA-BCCEDP)

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

What language do you prefer? ¿Qué idioma prefiere usted? ☐ English/Inglés ☐ Spanish/Español ☐ Other/Otro (specify/especifique) _____

Do you need an interpreter? ¿Necesita un intérprete? ☐ Yes / Sí ☐ No If yes, what language? En caso afirmativo, ¿de qué idioma? _____

PARTE I – A COMPLETAR POR EL SOLICITANTE O REPRESENTANTE DEL SOLICITANTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE (apellido, nombre, inicial segundo nombre)	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO ☐ M ☐ F	EDAD	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL

Estado Civil ▶ ☐ Soltero ☐ Separado ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Viudo

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 ciudadano o nacional de los EE.UU.? ☐ Sí ☐ No

Si no es ciudadano o nacional de los EE. UU., responda las siguientes preguntas:

¿Tiene condición o estatus de inmigración elegible? ☐ 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? ☐ Sí ☐ No	¿Es usted, su cónyuge o padre/madre un veterano o miembro en servicio activo de las Fuerzas Armadas de los EE.UU.? ☐ Sí ☐ No		

RAZA (opcional) (Marque todo lo que corresponda) ☐ Negro o afroamericano ☐ Asiático ☐ Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico ☐ Indígena norteamericano o nativo de Alaska ☐ Blanco ☐ Otra _____

GRUPO ÉTNICO (opcional) ☐ Hispano o latino ☐ No hispano o latino

¿Cuál es su ingreso familiar mensual antes de impuestos? $ _____	¿Cuántas personas viven en su hogar? (Incluyendo usted mismo) ▶
¿Tiene hijos menores de 21 años que viven con usted? ☐ Sí ☐ No	¿Está embarazada? ☐ Sí ☐ 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

☐ Given to Client __/__/__ ☐ Sent to voter registration __/__/__ ☐ Mailed to Client __/__/__
☐ Declined, not interested __/__/__ ☐ Not a U.S. citizen __/__/__ ☐ Declined, already registered __/__/__

Derechos y responsabilidades del programa BCCPT de Medicaid

- Entiendo que si necesitará 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 del 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

BREAST CANCER

☐ **C50. ___** **Malignant neoplasm of breast** — **12 months**
(Includes **C50.011** - Malignant neoplasm of nipple and areola, right female breast; **C50.012** - Malignant neoplasm of nipple and areola, left female breast; **C50.019** - Malignant neoplasm of nipple and areola, unspecified female breast; **C50.021** - Malignant neoplasm of nipple and areola, right male breast; **C50.022** - Malignant neoplasm of nipple and areola, left male breast; **C50.029** - Malignant neoplasm of nipple and areola, unspecified male breast; **C50.111** - Malignant neoplasm of central portion of right female breast; **C50.112** - Malignant neoplasm of central portion of left female breast; **C50.119** - Malignant neoplasm of central portion of unspecified female breast; **C50.121** - Malignant neoplasm of central portion of right male breast; **C50.122** - Malignant neoplasm of central portion of left male breast; **C50.129** - Malignant neoplasm of central portion of unspecified male breast; **C50.211** - Malignant neoplasm of upper-inner quadrant of right female breast; **C50.212** - Malignant neoplasm of upper-inner quadrant of left female breast; **C50.219** - Malignant neoplasm of upper-inner quadrant of unspecified female breast; **C50.221** - Malignant neoplasm of upper-inner quadrant of right male breast; **C50.222** - Malignant neoplasm of upper-inner quadrant of left male breast; **C50.229** - Malignant neoplasm of upper-inner quadrant of unspecified male breast; **C50.311** - Malignant neoplasm of lower-inner quadrant of right female breast; **C50.312** - Malignant neoplasm of lower-inner quadrant of left female breast; **C50.319** - Malignant neoplasm of lower-inner quadrant of unspecified female breast; **C50.321** - Malignant neoplasm of lower-inner quadrant of right male breast; **C50.322** - Malignant neoplasm of lower-inner quadrant of left male breast; **C50.329** - Malignant neoplasm of lower-inner quadrant of unspecified male breast; **C50.411** - Malignant neoplasm of upper-outer quadrant of right female breast; **C50.412** - Malignant neoplasm of upper-outer quadrant of left female breast; **C50.419** - Malignant neoplasm of upper-outer quadrant of unspecified female breast; **C50.421** - Malignant neoplasm of upper-outer quadrant of right male breast; **C50.422** - Malignant neoplasm of upper-outer quadrant of left male breast; **C50.429** - Malignant neoplasm of upper-outer quadrant of unspecified male breast; **C50.511** - Malignant neoplasm of lower-outer quadrant of right female breast; **C50.512** - Malignant neoplasm of lower-outer quadrant of left female breast; **C50.519** - Malignant neoplasm of lower-outer quadrant of unspecified female breast; **C50.521** - Malignant neoplasm of lower-outer quadrant of right male breast; **C50.522** - Malignant neoplasm of lower-outer quadrant of left male breast; **C50.529** – Malignant neoplasm of lower-outer quadrant of unspecified male breast; **C50.611** - Malignant neoplasm of axillary tail of right female breast; **C50.612** - Malignant neoplasm of axillary tail of left female breast; **C50.619** - Malignant neoplasm of axillary tail of unspecified female breast; **C50.621** - Malignant neoplasm of axillary tail of right male breast; **C50.622** - Malignant neoplasm of axillary tail of left male breast; **C50.629** - Malignant neoplasm of axillary tail of unspecified male breast; **C50.811** - Malignant neoplasm of overlapping sites of right female breast; **C50.812** - Malignant neoplasm of overlapping sites of left female breast; **C50.819** - Malignant neoplasm of overlapping sites of unspecified female breast; **C50.821** - Malignant neoplasm of overlapping sites of right male breast; **C50.822** - Malignant neoplasm of overlapping sites of left male breast; **C50.829** - Malignant neoplasm of overlapping sites of unspecified male breast; **C50.911** - Malignant neoplasm of unspecified site of right female breast; **C50.912** - Malignant neoplasm of unspecified site of left female breast; **C50.919** - Malignant neoplasm of unspecified site of unspecified female breast; **C50.921** - Malignant neoplasm of unspecified site of right male breast; **C50.922** - Malignant neoplasm of unspecified site of left male breast; **C50.929** - Malignant neoplasm of unspecified site of unspecified male breast.)

☐ **C77. ___** **Secondary and unspecified malignant neoplasm of lymph nodes (with Breast Primary)** — **12 months**
(Includes **C77.1** - Secondary and unspecified malignant neoplasm of intrathoracic lymph nodes; **C77.3** - Secondary and unspecified malignant neoplasm of axilla and upper limb lymph nodes; **C77.8** - Secondary and unspecified malignant neoplasm of lymph nodes of multiple regions.)

☐ **C79. ___** **Secondary malignant neoplasm of other and unspecified sites (with Breast Primary)** — **12 months**
(Includes **C79.31** - Secondary malignant neoplasm of brain; **C79.51** - Secondary malignant neoplasm of bone; **C79.52** - Secondary malignant neoplasm of bone marrow; **C79.81** - Secondary malignant neoplasm of breast; **C79.89** - Secondary malignant neoplasm of other specified sites; **C79.9** - Secondary malignant neoplasm of unspecified site)

☐ **D05. ___** **Carcinoma in situ of breast** — **6 months**
(Includes **D05.00** - Lobular carcinoma in situ of unspecified breast; **D05.01** - Lobular carcinoma in situ of right breast; **D05.02** - Lobular carcinoma in situ of left breast; **D05.10** - Intraductal carcinoma in situ of unspecified breast; **D05.11** - Intraductal carcinoma in situ of right breast; **D05.12** - Intraductal carcinoma in situ of left breast; **D05.80** - Other specified type of carcinoma in situ of unspecified breast; **D05.81** - Other specified type of carcinoma in situ of right breast; **D05.82** - Other specified type of carcinoma in situ of left breast; **D05.90** - Unspecified type of carcinoma in situ of unspecified breast; **D05.91** - Unspecified type of carcinoma in situ of right breast; **D05.92** - Unspecified type of carcinoma in situ of left breast.)

CERVICAL CANCER

☐ **C53. ___** **Malignant neoplasm of cervix uteri** — **12 months**
(Includes **C53.0** - Malignant neoplasm of endocervix; **C53.1** - Malignant neoplasm of exocervix; **C53.8** - Malignant neoplasm of overlapping sites of cervix uteri; **C53.9** - Malignant neoplasm of cervix uteri, unspecified.)

☐ **C77. ___** **Secondary and unspecified malignant neoplasm of lymph nodes (with Cervix Primary)** — **12 months**
(Includes **C77.2** - Secondary and unspecified malignant neoplasm of intra-abdominal lymph nodes; **C77.4** - Secondary and unspecified malignant neoplasm of inguinal and lower limb lymph nodes; **C77.5** - Secondary and unspecified malignant neoplasm of intrapelvic lymph nodes; **C77.8** - Secondary and unspecified malignant neoplasm of lymph nodes of multiple regions.)

☐ **C79. ___** **Secondary malignant neoplasm of other and unspecified sites (with Cervix Primary)** — **12 months**
(Includes **C79.10** - Secondary malignant neoplasm of unspecified urinary organs; **C79.11** - Secondary malignant neoplasm of bladder; **C79.19** - Secondary malignant neoplasm of other urinary organs; **C79.31** - Secondary malignant neoplasm of brain; **C79.51** - Secondary malignant neoplasm of bone; **C79.52** - Secondary malignant neoplasm of bone marrow; **C79.60** - Secondary malignant neoplasm of unspecified ovary; **C79.61** - Secondary malignant neoplasm of right ovary; **C79.62** - Secondary malignant neoplasm of left ovary; **C79.82** - Secondary malignant neoplasm of genital organs; **C79.89** - Secondary malignant neoplasm of other specified sites; **C79.9** - Secondary malignant neoplasm of unspecified site.)

(continued on next page)

Applicant's Name _____ Date ____/____/____

PART II. TO BE COMPLETED BY A PROVIDER (CONTINUED)

ICD.10 CODE	CLINICAL DESCRIPTION	INITIAL ELIGIBILITY TIME FRAME
PRE-CANCEROUS CONDITIONS		
☐ **D06.** ___	**Carcinoma in situ of cervix uteri** (Includes **D06.0** - Carcinoma in situ of endocervix; **D06.1** - Carcinoma in situ of exocervix; **D06.7** - Carcinoma in situ of other parts of cervix; **D06.9** - Carcinoma in situ of cervix, unspecified.)	**3 months**
☐ **D48.** ___	**Neoplasm of uncertain behavior of other and unspecified sites** (Includes **D48.5** - Neoplasm of uncertain behavior of skin; **D48.60** - Neoplasm of uncertain behavior of unspecified breast; **D48.61** - Neoplasm of uncertain behavior of right breast; **D48.62** - Neoplasm of uncertain behavior of left breast.)	**3 months**
☐ **N87.** ___	**Dysplasia of cervix uteri** (Includes **N87.0** - Mild cervical dysplasia; **N87.1** - Moderate cervical dysplasia; **N87.9** - Dysplasia of cervix uteri, unspecified.)	**3 months**

PROVIDER NAME (Confirming diagnosis)	PROVIDER MPI/NPI NUMBER	TELEPHONE NUMBER

ADDRESS	DATE
	/ /

PROVIDER AUTHORIZED SIGNATURE	DATE	
	/ /	**Please fax or email this application to the Department of Health's PA-BCCEDP Screening Contractor at 412-201-4702 or bccpt@adagiohealth.org.**

PART III. TO BE COMPLETED BY THE DEPARTMENT OF HEALTH'S PA-BCCEDP

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. ☐ APPLICANT IS ELIGIBLE FOR ONGOING MEDICAID - BEGINNING	MONTH	DAY	YEAR	COUNTY NUMBER	
				RECORD NUMBER	
				CATEGORY	LINE NO.

2. ☐ APPLICANT IS NOT ELIGIBLE FOR ONGOING MEDICAID

REASON FOR REJECTION:

- ☐ NO DOCUMENTATION OF NON-CITIZEN STATUS
- ☐ OTHER:

CAO WORKER'S SIGNATURE	DATE
	/ /