



SOLICITUD Para Beneficios de Salud Para Personas con Cáncer del Seno o Cervical

(Tenemos esta solicitud en inglés.)
(This application is available in English.)

Cuando una mujer se entera que puede tener cáncer del seno o cervical, ella necesita tratamiento inmediatamente y no debe tener que preocuparse cómo pagarlo. Ahora el estado de Illinois ha ampliado el seguro de salud para todas las mujeres con cáncer del seno o cervical o con ciertas condiciones carcinógenas. No hay primas para esta cobertura. El Programa de Cáncer de Senos o Cervical de Illinois (Illinois Breast and Cervical Cancer Program - IBCCP) y Beneficios de Salud Para Personas con Cáncer de Senos o Cervical trabajan en conjunto para cubrir los servicios médicos que una mujer necesita en esta situación.

Section 1 - To be completed by the medical provider. Please print.
Esta sección será completada por el proveedor médico.

Patient Name _____ Date of Birth _____

Medical Provider Name _____ Provider Address _____

Contact at Provider's Office _____ Phone number at providers office _____

Fax _____ E-mail _____

Diagnosis supported by pathology report:

- Breast Cancer;
- Cervical Cancer;
- Cervical Intraepithelial Neoplasia, grade III (CIN III);
- Severe dysplasia of the cervix;
- High-Grade Squamous Intraepithelial Lesion (HGSIL); and/or
- Atypical Glandular Cells (AGC) with a suspicion of adenocarcinoma in situ.

If none of the above, stop. Patient does not qualify.

Date of Diagnosis _____

Date Screening Began - if Known _____

Is patient currently in need of treatment?
 Yes No

If patient's diagnosis falls within the program criteria, please read the following, sign and date below, assist the patient to complete Section 2 and submit the application as described on the next page.

Submission of this application does not guarantee that the patient named above will qualify for Health Benefits for Persons with Breast or Cervical Cancer, nor does it absolve medical providers of any legal or ethical responsibility to their patients.

Signature of Medical Provider

Date

Print Name

Medical Provider's Checklist

- Assist the patient to complete Section 2 and collect copies of necessary documents.
- Check to make certain Section 1 and Section 2 are completed and signed.
- Attach the following documents to the application
 - Pathology report supporting the reported diagnosis;
 - Documentation dated within the last 3 months verifying current treatment for cancer or precancerous condition;
 - *Cornerstone Informed Consent Form* signed by the patient and a witness;
 - Proof of patient's age;
 - Copy of patient's insurance cards, if applicable;
 - Proof of all income reported by the patient; and
 - Proof of patient's citizenship or immigration status.
- **Complete as much of the application as possible and submit it, along with the required attachments, to the IBCCP Lead Agency serving the patient's county or community. Applications submitted without the applicant's name, address, signature, a pathology report and signed *Cornerstone Informed Consent Form* will not be processed.**
- To find where to submit applications for your county/community, please contact the Illinois Department of Public Health at 217-524-6088 to be directly connected/referred to the respective IBCCP Lead Agency in your area, or visit the website at www.cancerscreening.illinois.gov and find the interactive Illinois map under IBCCP Offices tab.

Review Process

The IBCCP Lead Agency will review the application to decide whether the applicant meets the qualifying criteria for age, insurance status and diagnosis. The IBCCP Lead Agency will forward to Healthcare and Family Services (HFS) only applications that meet these qualifying criteria. The Lead Agency will notify the applicant and medical provider of its decision. Applications that do not meet these criteria will be immediately returned to the referring medical provider.

If the application meets the qualifying criteria for age, insurance status and diagnosis, the Lead Agency will send it to HFS for the final determination of whether the applicant qualifies for Health Benefits for Persons with Breast or Cervical Cancer. HFS will notify the applicant, medical provider and the Lead Agency of its decision.

Become a Participating Provider

Persons who qualify for Health Benefits for Persons with Breast or Cervical Cancer are covered for a full array of medically necessary services provided by medical providers enrolled to participate with HFS. If you are not currently enrolled with HFS, please call 217-782-0538 or visit the HFS website at www.hfs.illinois.gov/enrollment/ for information about the program and medical provider enrollment documents. If your patient qualifies, you may receive payment for services already rendered.

Sección 2 - Para ser completado por el solicitante. *Por favor escriba en letra de molde.*

Por favor conteste todas las preguntas. El gobierno federal requiere que obtengamos información sobre sus ingresos aunque el programa está disponible a todas las mujeres sin tomar en cuenta el nivel de ingresos.

Si necesita ayuda para contestar estas preguntas, pídasela a su proveedor médico o para buscar una agencia cerca de usted que pueda ayudarle, llame gratis la Línea de Salud Para Mujeres al 1-888-522-1282.
Si usa un teletipo (TTY), llame al 1-800-547-0466. La llamada es gratis.

Apellido _____ Nombre _____

Nombre de Soltera u Otro Nombre Legal _____ Sexo Masculino Femenino Número Seguro Social _____

Fecha de Nacimiento _____

Envíe copia de su certificado de nacimiento, licencia de manejar u otro documento que indique su edad.

Dirección Postal, Ciudad, Estado, Zona Postal: _____

Condado donde usted vive: _____ Teléfono del Hogar: _____ Otro Teléfono: _____

Si no tiene teléfono y si podemos llamar a alguien para que le avise, díganos a quién.

Nombre: _____ Teléfono: _____

Años de educación completados _____	¿Está embarazada ahora? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Estado Civil
		<input type="checkbox"/> Nunca Casada <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Viuda <input type="checkbox"/> Divorciada
		<input type="checkbox"/> Separada <input type="checkbox"/> Otro _____

Si está casada, por favor complete lo siguiente aunque su cónyuge o esposo no viva con usted.

Nombre del Esposo: _____ Número de Seguro Social del Esposo: _____

Nombre del Empleador del Esposo (si trabaja): _____

Idioma de Preferencia <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____	¿Es usted de origen latino o hispano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	---

Raza - Marque **todo** lo que aplica. Blanco Negro o Afro Americano Nativo de Hawai u Otras Islas del Pacífico Indio Americano o Nativo de Alaska Asiático Desconoce

Si es de Asia, por favor díganos el subgrupo:

Chino Japonés Filipino Indio Coreano Vietnamita Otro

1. Seguro Médico

¿Tiene o ha tenido seguro médico o de hospital incluyendo Medicare, en los últimos 3 meses? Sí No

Si tiene seguro, ¿cubre tratamiento del cáncer? Sí No

Si contestó no, explique y provea comprobante: _____

Si su seguro de salud ha sido cancelado, escriba la fecha de la cancelación _____ ¿Tiene seguro sólo para cáncer? Sí No

● Si tiene algún tipo de seguro médico, envíe una copia de ambos lados de la tarjeta de su seguro con su solicitud.

Sección 2 - continuación

2. Ingresos de Empleos

¿Cuál es el total de sus ingresos de trabajo? Incluya todos los ingresos sin descontar las deducciones de impuestos, incluya las propinas. Si está casada, anote el ingreso combinado de usted y de su cónyuge.

por \$ _____ semana mes año

- Envíe copia de 2 talones de cheques de pago, formulario W2, declaración de impuestos u otro documento para comprobar sus ingresos de empleo.

3. Otros Ingresos

¿Alguien en su familia recibe dinero de otro origen que no sea lo que usted gana de su empleo? Sí No

Esto puede ser dinero del Seguro Social, manutención de niños, pensión del cónyuge o esposo(a), ingresos de propiedades alquiladas, beneficios de desempleo, pensiones o fondos fiduciarios. Si contestó sí, complete lo siguiente.

Nombre de la persona que recibe el dinero	Cantidad Bruta Mensual	Origen de Ingreso
(1)	(1)	(1)
(2)	(2)	(2)
(3)	(3)	(3)
(4)	(4)	(4)
(5)	(5)	(5)
(6)	(6)	(6)
(7)	(7)	(7)

- Envíe copia de cada pago recibido en los últimos 30 días de cada origen de ingresos.

4. Tamaño del Hogar

¿Cuántas personas se mantienen de los ingresos que usted ha indicado en la pregunta 2 y 3?

Incluya a sus hijos o hijastros menores de 19 años, su cónyuge, si esta casada, e inclúyase usted. _____

Escriba los nombres y edades de las personas que contó y el parentesco con usted.

Nombre	Número de Seguro Social (opcional)	Fecha de Nacimiento	Parentesco
(1)	(1)	(1)	(1)
(2)	(2)	(2)	(2)
(3)	(3)	(3)	(3)
(4)	(4)	(4)	(4)
(5)	(5)	(5)	(5)
(6)	(6)	(6)	(6)

Sección 2 - continuación

5. Pagos de Manutención

¿Paga usted o alguien anotado arriba por manutención de niños o pensión al cónyuge? Sí No

Si contestó sí, ¿cuánto paga cada mes? \$ _____

6. Preguntas Sobre Ciudadanía de los Estados Unidos

¿Es usted ciudadano de los Estados Unidos? Sí No Si contestó sí, escriba el lugar dónde nació. Si contestó no, vaya a la pregunta 7.

Lugar de nacimiento – Ciudad: _____ Estado: _____

- Envíe una copia de su pasaporte de los Estados Unidos, Certificado de Naturalización (N-550 o N-570), Certificado de Ciudadanía N-550 o N-561). Si usted no tiene estos documentos, envíe copia de un documento de cada una de listas siguientes para comprobar su ciudadanía e identidad.

Ciudadanía

- Copia certificada del certificado de nacimiento del estado o condado donde nació
- Decreto Final de Adopción
- Registro oficial militar que indique lugar de nacimiento
- Documentos que indiquen que ha trabajado para el gobierno de los Estados Unidos antes del 1976

Identidad

- Licencia de Manejar o tarjeta de identificación del estado
- Tarjeta de identificación de la escuela
- Tarjeta de identificación militar de los Estados Unidos
- Tarjeta de dependiente de militar de los Estados Unidos
- Otra identificación del gobierno dado por una ciudad, condado, estado de los Estados Unidos

Si no tiene ninguno de estos documentos para comprobar la ciudadanía o la identidad, puede enviar su solicitud sin esos documentos, pero tiene que tratar de conseguirlos.

Puede obtener certificados de nacimiento del estado o condado donde usted nació. Para solicitar una copia oficial de su certificado de nacimiento, necesita indicar su nombre tal como aparece en su certificado de nacimiento, su fecha de nacimiento, lugar de nacimiento y el nombre de sus padres. Puede ser que tenga que pagar para obtener una copia oficial.

Si nació en Illinois, puede buscar su certificado de nacimiento en el condado donde nació en el Internet en:

www.idph.state.il.us/vitalrecords/countylisting.htm o puede obtener su certificado de nacimiento del estado llamando a la División de Registros Vitales de Illinois al 217-782-6553, lunes a viernes de 8:30 a.m. - 4:00 p.m. o solicite por Internet en www.idph.state.il.us/vitalrecords.

Si nació en un estado diferente, puede preguntar cómo solicitar su certificado de nacimiento en el Centro Nacional de Estadísticas de Salud. Llame gratis al 1-866-441-6247. También puede buscarlo en el Internet en www.cdc.gov/nchs.

Si no puede conseguir los documentos para comprobar su ciudadanía de los Estados Unidos o su identidad, llame gratis a la Línea de Información Para Beneficios de Salud al 1-800-226-0768. Si usa un teletipo (TTY), llame gratis a 1-877-204-1012. Tal vez haya otros documentos que pueda usar.

7. Inmigración

Si usted no es ciudadano de los Estados Unidos, escriba su Número de Registro de Extranjería: _____

- **Envíe una copia de uno de siguientes documentos para comprobar su Número de Registro de Extranjería.**

- Tarjeta de Registro de Extranjería, Tarjeta de Residente Permanente o Green Card
- Pasaporte con los siguientes sellos o anexos: Registro de Salida - Entrada (I-94) incluyendo el sello que demuestra su estado, o Formulario de Residente Extranjero (I-551) o Tarjeta de Residente Temporal (I-688)
- Aviso ordenado por el Tribunal para asilados
- Otro comprobante de su estado como inmigrante legal

Sólo la persona que solicita Beneficios de Salud Para Personas con Cáncer del Seno o Cervical necesita proveer comprobante de inmigración. El estado no revisará el estado de inmigración de nadie más en el hogar.

Sección 2 - continuación

Lea y Firme

Lea cuidadosamente, más adelante, firme y feche la solicitud.

- Asegúrese contestar correctamente todas las preguntas. HFS (Healthcare and Family Services) (Cuidado de Salud y Servicios Para Familias) puede revisar la información de este formulario. Usted nos debe ayudar si le pedimos que verifique que la información es correcta.
- Nosotros mantendremos privado lo que usted nos informe, como la ley lo requiere.
- Al firmar más adelante, usted otorga permiso al proveedor de servicios de salud para compartir la información referente a usted, incluyendo su condición médica, con el IDPH (Illinois Department of Public Health) (Departamento de Salud Pública de Illinois), Agencia Principal del Programa de Cáncer del Seno o Cervical de Illinois y HFS.
- Enviar esta solicitud no garantiza que usted califica para seguro de salud.
- Usted está de acuerdo que el estado podría reclamar reembolso por servicios que el estado pagó por usted, si esos servicios debían haber sido pagados por algún seguro de salud que usted tenga.
- Nosotros no compartiremos información sobre inmigración de ninguna persona que no tenga un Número de Registro de Extranjería. Verificaremos su estado de inmigración, si usted nos provee su Número de Registro de Extranjería. Para hacer esto, revisaremos el número con el Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS). Podríamos enviar otra información al USCIS, tales como copias del Número de Registro de Extranjería que usted nos envió y el número de su seguro social, si tiene uno.
- Si HFS paga las facturas médicas, usted da el derecho de recaudar pagos de manutención médica al estado de Illinois.
- Alguien que a sabiendas mal usa la tarjeta MediPlan del HFS, puede cometer un delito.
- El Programa de Cáncer del Seno o Cervical de Illinois tiene que obtener información sobre la persona que solicita. Esta información puede incluir su edad, ingresos, estado de seguro de salud y diagnóstico. Esta información puede ser usada por IDPH y HFS para informes estadísticos sobre personas que obtienen servicios de los programas. No se usará su nombre en estos informes.

Yo declaro bajo pena de perjurio que he leído las declaraciones de este formulario y la información que he provisto es verdadera, correcta y completa de acuerdo a lo mejor de mi conocimiento. Yo entiendo que puedo estar sujeto a penalidades si sabiéndolo proveo información falsa.

Firma del Solicitante: _____ Fecha: _____

(Si no puede firmar, haga una marca y que un testigo firme al lado de su marca.)

Si alguien completó esta solicitud por el solicitante, esta persona debe firmar y completar la siguiente información.

Nombre (letra de molde): _____ Firma: _____

Fecha: _____ Teléfono: _____

Parentesco con Solicitante: _____

Solicitante - Lista Para Revisar la Solicitud

- ¿Contestó todas las preguntas en la Sección 2?
- ¿Ha firmado y fechado la Sección 2?
- ¿Tiene copias de todas los comprobantes que le dijimos que usted necesitaría?
- Toda la información que necesita comprobante se ha marcado con un punto como este ●.
- Lleve la solicitud completada con copias de todas los comprobantes a la oficina de su proveedor médico.

Siguientes Pasos

- Su proveedor médico debe contestar las preguntas de la Sección 1, firmar y fechar la Sección 1
- **Su proveedor médico debe enviar la Sección 1 y la Sección 2 al IBCCP (la Agencia Principal del Programa Para Cáncer del Seno o Cervical de Illinois) que provee servicios a su comunidad.**
- La Agencia Principal IBCCP revisará la solicitud. Si falta algo, la Agencia le informará a usted o a su proveedor médico lo que debe enviar.
- Si usted cumple con los requisitos de edad, ingresos, estado de seguro y diagnóstico para obtener el seguro de salud, la Agencia Principal le notificará a usted y a su proveedor médico. La Agencia Principal enviará el paquete de su solicitud a su proveedor médico. Si esto sucede, hable con su proveedor médico acerca de otras opciones que pueda tener.
- HFS revisará su solicitud tan pronto como sea posible para tomar una decisión final y determinar si usted califica para el Seguro de Salud Para Personas con Cáncer del Seno o Cervical.
- HFS le enviará un aviso a usted, a su proveedor médico y a la Agencia Principal para informarle si califica para el seguro de salud. Si no califica, el aviso le informará por qué.

Otra Información Importante

Si no está satisfecho(a) con las acciones tomadas por HFS sobre esta solicitud, usted tiene el derecho a una audiencia imparcial. Puede pedir una audiencia imparcial llamando gratis al 1-800-435-0774 (TTY: 1-877-734-7429). **Sólo use estos números para pedir una audiencia imparcial.** También puede pedir una audiencia imparcial escribiendo a Healthcare and Family Services, Bureau of Administrative Hearings, 401 South Clinton, 6th Fl, Chicago, IL 60607.

Usted puede calificar para otros programas de seguro de salud. Para más información, vaya a www.health.illinois.gov.

Si usted tiene ingresos de manutención de niños o Seguro Social, si hay un padrastro o madrastra en el hogar, si tiene gastos médicos altos, o si tiene una discapacidad que le impida trabajar, usted o su familia pueden calificar para uno de estos otros programas. Puede solicitarlos en su Centro de Recursos Para Familias y Comunidad del Departamento de Servicios Humanos. Para buscar la oficina que provee servicios a su comunidad, llame gratis al 1-800-226-0768. Si usa un teletipo (TTY), llame al 1-877-204-1012. También puede buscar la oficina más cercana a usted en www.dhs.state.il.us/officeLocator/. **Si solicita Beneficios de Salud Para Personas con Cáncer del Seno o Cervical, por favor no solicite nuevamente hasta que nosotros le digamos nuestra decisión.**

Los Beneficios de Salud Para Personas con Cáncer del Seno o Cervical están disponibles y son accesibles sin considerar sexo, raza, discapacidad, origen nacional, religión, o edad, excepto como lo permite la ley. El estado de Illinois es un empleador con igualdad en oportunidades de empleo y practica acción afirmativa. El estado de Illinois provee acomodaciones razonables de acuerdo con la Sección 504 del Acta de Rehabilitación de 1973 y Acta de Americanos Con Discapacidades de 1990.

**Section 3 - To be completed by the IBCCP Lead Agency/Consortium Agency. Please print.
Esta sección será completada por la Agencia/Consortio Principal IBCCP.**

Patient Name _____ Date of Birth _____

Date Referral Received _____ Date Referral Submitted to HFS Breast and Cervical Cancer Eligibility Unit _____

Lead/Consortia Agency Name _____

Lead/Consortia Agency Telephone _____ Lead/Consortia Agency Fax _____

Lead Agency name if referral is from a Consortia Agency _____

The applicant meets the following IBCCP criteria for referral to HFS:

- Age;
- Resident of Illinois;
- Uninsured, including not having FamilyCare or other HFS medical coverage; and
- Diagnosed with breast or cervical cancer or one of the specified precancerous cervical conditions as supported by pathology report submitted.
- Currently in need of treatment for breast or cervical cancer or a precancerous cervical condition as supported by documentation dated within the last 3 months.

Signature of Case Manager _____ Date _____

Printed Name of Case Manager _____

Submit to:

HFS Breast and Cervical Cancer Eligibility Unit
P.O. Box 19122
Springfield, Illinois 62794-9122

Or, **FAX** Sections 1, 2 and 3 of the completed and signed application along with copies of required proofs to:
HFS Breast and Cervical Cancer Eligibility Unit,
Fax Number: 217-557-3524.

If you have questions for the BCC Eligibility Unit call 1-866-460-0913.

Note: The application date is the date that HFS receives the application. If eligible, coverage can begin no more than three months prior to the month in which HFS receives the application.