

**Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Norte**  
**División de Asistencia Médica**  
**Solicitud de Medicaid para cáncer de seno y de cuello uterino**

**SECCIÓN I. Responda las preguntas de la Sección I para determinar si debe completar la solicitud para personas que necesitan ayuda con las cuentas médicas.**

1. La persona se inscribió en el Programa para el Control del Cáncer de Seno y de Cuello Uterino (BCCCP, por sus siglas en inglés) de Carolina del Norte, se le practicó una evaluación y/o un examen de diagnóstico de acuerdo con las pautas del BCCCP y necesita tratamiento para el cáncer de seno o de cuello uterino, incluidas las afecciones precancerosas y el cáncer en su etapa inicial. (**Definición de afecciones precancerosas para el cáncer de cuello uterino: Lesión intraepitelial escamosa de alto grado [HGSL, por sus siglas en inglés]**).
- Sí.** Continúe con la pregunta 2.
- No.** La mujer no cumple los requisitos de Medicaid para cáncer de seno y de cuello uterino. **DETÉNGASE. No continúe.**
2. La persona tiene entre 18 y 64 años de edad.
- Sí.** Continúe con la pregunta 3.
- No.** La mujer no cumple los requisitos de Medicaid para cáncer de seno y de cuello uterino. **DETÉNGASE. No continúe.**
3. ¿Es esta persona ciudadana estadounidense, residente permanente legal (admitida en los Estados Unidos hace más de 5 años) o refugiada de otro país?
- Sí.** Haga copias de la documentación del Servicio de Inmigración y Naturalización (INS, por sus siglas en inglés) y adjúntelas a la solicitud si la persona es residente permanente legal o refugiada. Continúe con la pregunta 4.
- No.** La mujer no cumple los requisitos de Medicaid para cáncer de seno y de cuello uterino. **DETÉNGASE. No continúe.**
4. La persona tiene un seguro médico principal, que se define como la cobertura actual bajo un plan de salud colectivo, lo que incluye la autorización para recibir Medicaid y/o Medicare Parte A o B, la cobertura del seguro de salud (individual o colectivo), un programa de atención de la salud patrocinado por las fuerzas armadas, un fondo estatal para riesgos de la salud. Marque Sí (tiene seguro) o No (no tiene seguro).
- Sí.** La mujer no cumple los requisitos para recibir Medicaid para cáncer de seno y de cuello uterino, A MENOS QUE la cobertura conste solamente de beneficios limitados como accidentes, cobertura odontológica u oftalmológica parcial, o seguro de atención a largo plazo. También es posible que haya algunos casos en que la mujer tenga un seguro médico principal, pero en realidad no tenga cobertura efectiva para el tratamiento del cáncer de seno o de cuello uterino. Si desea hacer alguna consulta sobre una póliza de seguro, llame a la Unidad de Cumplimiento de Requisitos de Medicaid del Estado al (919) 855-4000.
- ❖ Si la mujer tiene una cobertura de seguro médico limitada, haga una copia de la tarjeta del seguro (anverso y reverso). Adjunte la copia a esta solicitud. Continúe con la pregunta 5.
  - ❖ Si la cobertura no es limitada, **DETÉNGASE. No continúe. Esta persona no cumple los requisitos.**
- No.** Continúe con la pregunta 5.
5. **¿Se encuentra esta persona comprendida en alguno de los siguientes casos? (Marque Sí o No)**
- A.) Está embarazada  **Sí**  **No**
- B.) Es ciega  **Sí**  **No**
- C.) Es discapacitada (según determinación del Seguro Social)  **Sí**  **No**
- D.) Tiene entre 18 y 20 años de edad  **Sí**  **No**
- E.) Es un familiar a cargo de un menor o de menores de 19 años que viven en su hogar.  **Sí**  **No**

Si la respuesta es "No" para todas las preguntas desde la 5 A hasta la 5 E, **complete solamente la Sección II** con información para la identificación de la solicitante. Pida a la solicitante y a la persona que completa el formulario que firmen y pongan fecha a la solicitud. Esta solicitud corresponde solamente a la Cobertura de Medicaid para cáncer de seno y de cuello uterino.

Si la respuesta es "Sí" para todas las preguntas desde la 5A hasta la 5E, **continúe con la Sección II y la Sección III** de esta solicitud. Es posible que la persona cumpla los requisitos de otro programa de Medicaid.

**SECCIÓN II. Información de la solicitante**

**Nombre de la solicitante**

Nombre \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre \_\_\_\_\_ Apellido de soltera \_\_\_\_\_ Apellido de casada \_\_\_\_\_

**Dirección particular**

Dirección o casilla de correo \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado NC Código postal \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_

N° de teléfono particular o N° donde ubicar a la solicitante durante el día \_\_\_\_\_

N° de Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento (\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_)

**Estado civil de la solicitante: (Marque el estado actual)**

Soltera  Casada  Viuda  Divorciada  Separada

**Raza: (Marque todas las opciones que correspondan)**

Indioamericana o nativa de Alaska  Asiática  Negra o afroamericana  
 Nativa de Hawai o de otra isla del Pacífico  Blanca

**Origen étnico: (Marque sí o no)** Hispana/Latina  **Sí**  **No** **Si la respuesta es sí, especifique:**  Hispana de Puerto Rico  Hispana de Cuba  Hispana de México  Hispana de otro país

**Idioma de preferencia: (Marque o indique uno)**  Inglés  Español  Otro \_\_\_\_\_

**Cobertura retroactiva: ¿Necesita la solicitante ayuda para pagar las cuentas médicas de los últimos tres meses anteriores a la fecha de esta solicitud?**

Sí  No

Si la respuesta es "Sí", complete la información a continuación. Medicaid podría ayudar a pagar esas cuentas.

Nombre del médico, clínica u hospital que atendió a la persona	Fecha del tratamiento médico

**Acuse de recibo de la solicitante**

- Leí o me leyeron todas las partes de esta solicitud y comprendo mis derechos y deberes como solicitante/beneficiaria. Los derechos y los deberes figuran en la última página de esta solicitud.
- Autorizo la divulgación de toda la información necesaria para determinar mi cumplimiento de los requisitos del programa. La divulgación de información es válida durante un año a partir de la fecha de esta solicitud.
- Esta autorización para divulgar información se puede reproducir.
- Toda la información que proporciono es confidencial.
- Doy fe de que, a mi leal saber y entender, todas las declaraciones que constan en este documento son verdaderas y correctas.

*Antes de firmar, la solicitante debe leer los derechos y los deberes que figuran en la última página de la solicitud.*

**Firma de la solicitante** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

**Firma del proveedor de la evaluación que completa el formulario** \_\_\_\_\_ **Cargo** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Número de proveedor de Medicaid** \_\_\_\_\_ **N° de teléfono** \_\_\_\_\_

*Envíe por fax la solicitud y el DMA-5081 completados, la Verificación de evaluación y diagnóstico de Medicaid para cáncer de seno y de cuello uterino al departamento de servicios sociales del condado de la solicitante.*

**SECCIÓN III. Complete esta sección si la solicitante respondió SÍ a los puntos A, B, C, D, o E de la pregunta N° 5 de la Sección I.**

**INGRESOS:** Indique los ingresos percibidos por la solicitante y su cónyuge. Los ingresos incluyen salarios, propinas o sueldos recibidos por la solicitante y su cónyuge que trabaja. **Adjunte copias de los comprobantes de pago correspondientes al último mes.** (El último mes es el mes anterior a la fecha en que se completó la solicitud). Si es trabajador independiente, presente copias de los registros comerciales actuales correspondientes a los últimos 6 meses (o a los últimos 12 meses si percibe un ingreso anual).

Indique el nombre de la persona que trabaja	Nombre del empleador o tipo de actividad si es independiente	Frecuencia del pago Mensual, semanal, etc.	Monto bruto (antes de impuestos o deducciones)

**BENEFICIOS:** Ingresos que no provienen de una actividad laboral como, por ejemplo, Seguro Social, ingresos del seguro suplementario (SSI, por sus siglas en inglés), beneficios por desempleo, beneficios por jubilación, sustento de menores, discapacidad con patrocinio privado o de un empleador, etc. Presente copias de los cheques, cartas de adjudicación u otra prueba de estos ingresos.

Indique el nombre de la persona que recibe el beneficio	Indique de dónde proviene el ingreso (p. ej., sustento de menores, Seguro Social)	Frecuencia del beneficio Mensual, semanal, etc.	Monto bruto

¿Paga la solicitante o su cónyuge sustento de menores por un hijo que no vive en el hogar?  Sí  No

¿Quién paga el sustento? \_\_\_\_\_ ¿Cuánto paga? \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

¿Le ordenó el tribunal pagar el sustento?  Sí  No

¿Paga la solicitante o su cónyuge atención infantil o atención para un adulto discapacitado?  Sí  No

¿Cuánto paga? \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

## RECURSOS

¿Tienen la solicitante o su cónyuge alguno de los siguientes recursos? (Marque Sí o No) El departamento de servicios sociales del condado completará la columna de verificaciones.

FUENTE	SÍ	NO	¿De quién? ¿Dónde se ubica?	Valor	Verificaciones
DINERO EN EFECTIVO					
CUENTA CORRIENTE					
CUENTA DE AHORRO					
CERTIFICADOS DE DEPÓSITO					
ACCIONES/BONOS					
FONDOS FIDUCIARIOS					
BIENES RAÍCES/VIVIENDA					
HERENCIA U OTROS BIENES					
BIENES O MAQUINARIAS AGRÍCOLAS/DE NEGOCIOS					
CONTRATOS DE SERVICIOS FUNERARIOS					
OTROS					

¿Son la solicitante o su cónyuge propietarios de un automóvil? -  SÍ  NO (El departamento de servicios sociales del condado completará las últimas dos columnas)

MARCA	MODELO	AÑO	PROPIETARIO	VALOR	VERIFICACIÓN

¿Tienen la solicitante o su cónyuge pólizas de seguros de vida?  Sí  No Si la respuesta es "Sí", complete la siguiente información.

Titular de la póliza	Número de póliza	Nombre de la compañía de seguros	Valor nominal	Valor en efectivo	Nombre del asegurado

Verifique nuevamente que:

1. La página 2 de la solicitud esté firmada y fechada por la solicitante.
2. Se hayan respondido todas las preguntas y se haya entregado una copia de los "Derechos y deberes" a la solicitante.
3. Todas las verificaciones disponibles se envíen por fax y por correo junto con este formulario y el DMA-5081 al departamento de servicios sociales del condado de la solicitante.

# Medicaid para cáncer de seno y de cuello uterino

## “Derechos y deberes”

### Notificación de decisión

El departamento de servicios sociales de su condado procesará su solicitud de cobertura de Medicaid para cáncer de seno y de cuello uterino a la brevedad. Cuanto antes proporcione la información solicitada, antes podremos procesar su solicitud de cobertura médica. En caso de requerir información adicional, nos comunicaremos con usted por correo o por teléfono. Asegúrese de indicar la dirección y los números de teléfono correctos a fin de que podamos ubicarla.

### Sus derechos y deberes

#### *Derechos:*

- Solicitar asistencia y, en caso de que se determine que no cumple los requisitos, poder volver a solicitarla en cualquier momento.
- No ser discriminada por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, religión, edad o discapacidad.
- Hacer que se respete el carácter confidencial de la información que proporcione.
- Solicitar ayuda con el transporte médico, si se determina que cumple con los requisitos de Medicaid para cáncer de seno o de cuello uterino. En caso de que se le proporcione transporte, se la trasladará al proveedor médico apropiado más cercano de su elección y por el medio más económico. Para solicitar asistencia con el transporte, comuníquese con el departamento de servicios sociales de su condado.
- Retirarse del programa en cualquier momento.
- Recibir asistencia si cumple con los requisitos.
- Recibir una copia del “Aviso de Prácticas de Privacidad de Medicaid”.
- Apelar ante el departamento de servicios sociales del condado para solicitar una audiencia si:
  - Se le negó el derecho de solicitar asistencia.
  - Se le recomendó retirar su solicitud.
  - Se rechazó su solicitud y piensa que la decisión es incorrecta.
  - Cree que la ayuda es incorrecta.

#### *Deberes:*

- Acepto proporcionar toda la información necesaria para ayudar a que las agencias de Medicaid del condado, estatales o federales determinen si cumplo los requisitos del programa.
- Acepto informar al departamento de servicios sociales del condado, en un plazo de diez días calendario, de cualquier cambio en mi dirección, plan de mudanza, disponibilidad de otro seguro de salud o si dejo de recibir 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 solicito Medicaid, si no se ha emitido ninguno. Entiendo que se utilizarán estos números de seguro social para comparar la información con la de la Administración del Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés), del Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés), de la Comisión de Seguridad de Empleo (ESC, por sus siglas en inglés), de las agencias de Servicios Sociales y ESC de fuera del estado y de cualquier otra agencia, si fuera pertinente. Si no deseo que se usen estos números de seguro social para la comparación, entiendo que tengo el derecho de retirar mi solicitud o pedir la cancelación de mi ayuda.
- Certifico que la información proporcionada es una declaración de hechos verdadera y completa. Entiendo que la ley estatal y federal impone la sanción de multa o prisión o ambas a toda persona que retenga información o suministre información falsa con el objeto de obtener asistencia.
- Certifico que actualmente vivo y tengo intención de permanecer en Carolina del Norte.