

**Ежегодная регистрационная форма для участия в
программе оказания помощи в проведении обследования на рак груди и шейки матки штата Аляски**

Название клиники:	Медицинская запись №:	Приём у врача: (месяц/день/год) - -
Фамилия:	Имя:	Отчество:
Адрес:	Город/Штат/Индекс:	
Номер социального страхования:	Дата рождения: - - (месяц/день/год)	Телефон: ☐ Мобильный ☐ Домашний ☐ Другой
Адрес электронной почты: (мы будем использовать адрес вашей электронной почты только для информирования вас об изменениях в программе и о состоянии вашего здоровья)		Другой телефон: ☐ Мобильный ☐ Домашний ☐ Другой
Расовая и этническая принадлежность: ☐ Белокожий/Уроженец Ближнего Востока/Североафриканец ☐ Чернокожий или Афроамериканец ☐ Коренной житель Аляски или Американский индеец ☐ Азиат ☐ Коренной гавайец/Уроженец островов Тихого океана ☐ Латиноамериканец/Испаноязычный (Отметьте все подходящие варианты)		
Вы курите или употребляете табак? ☐ да ☐ нет		
Где вы услышали о данной программе? ☐ Друг/Родственник ☐ ТВ/Радио ☐ Социальные медиа ☐ Офис врача ☐ Интернет ☐ Общественное мероприятие ☐ Другое		
Самый последний анализ на ВПЧ был сделан: ☐ менее 10 лет назад ☐ более 10 лет назад ☐ Никогда Результаты _____ Самый последний ПАП тест был сделан: ☐ менее 10 лет назад ☐ более 10 лет назад ☐ Никогда Результаты _____ Самая последняя маммография была проведена: ☐ менее 10 лет назад ☐ более 10 лет назад ☐ Никогда Результаты _____ Результаты = отрицательные, положительные, и неизвестные		
Медицинская страховка: (Отметьте все подходящие варианты) ☐ Медикэр Часть В – Не имеет право на участие в программе оказания помощи в проведении обследования на рак груди и шейки матки штата Аляски ☐ Медикейд/Денали Кэр: _____ (страховка #) ☐ Отсутствие страховки ☐ Другая медицинская страховка: _____ (Название компании и страховка #)		
Доход семьи: Для семьи из 7 человек, добавьте <u>535.83 долларов США в месяц ИЛИ 6,430 долларов США в год</u> за каждого дополнительного человека. Укажите размер вашей семьи (включая себя, супругу(а), родственников, и детей, которые живут с вами) _____ Укажите ваш семейный доход : ежемесячный _____ или годовой _____		
Размер семьи	Максимальный ежемесячный доход	Максимальный ежегодный доход
1	\$3,794	\$45,525
2	\$5,133	\$61,600
3	\$6,473	\$77,675
4	\$7,813	\$93,750
5	\$9,152	\$109,825
6	\$10,492	\$125,900
7	\$11,831	\$141,975
Чтобы иметь право на участие в программе АК В+С, вы должны соответствовать критериям приемлемости дохода. Доход семьи включает в себя все деньги, полученные за работу, чаевые, алименты на поддержку супруги и детей, государственную помощь, пособие по инвалидности, социальное обеспечение, пособие по безработице и дивиденды Постоянного фонда.		

Я хочу воспользоваться услугами программы оказания помощи в проведении обследования на рак груди и шейки матки штата Аляски. Информация, предоставленная мной, является верной.

Подпись клиента: _____ Дата: _____. _____. _____. (месяц/день/год)

Если форма не заполнена клиентом, указанным выше, а на основе информации, предоставленной им.

Организация: _____ с помощью _____ дата: _____. _____. _____. (месяц/день/год)

Если при подаче формы не заполнены все разделы, оплата услуг будет задержана.

ЭТУ ФОРМУ НЕОБХОДИМО ОТПРАВИТЬ ПО АДРЕСУ : State of Alaska / Breast and Cervical Screening Assistance Program, 3601 C Street, Suite 322, Anchorage, AK 99503 **ФАКС:** (907) 269-3414

R
E

Пересмотрено
02/2023

ПОЖАЛУЙСТА, СОХРАНИТЕ ДЛЯ СВОИХ ЗАПИСЕЙ.

Программа оказания помощи в проведении обследования на рак груди и шейки матки штата Аляски

Принципы работы:

Программа оказания помощи в проведении обследования на рак груди и шейки матки – это программа штата Аляска, в рамках которой оплачивается проведение обследования на рак груди и шейки матки, а также многие другие диагностические процедуры.

- Программа оказания помощи в проведении обследования на рак груди и шейки матки на Аляске оплачивает только услуги, связанные с обследованием на рак груди и шейки матки. Вы несете ответственность за любые дополнительные услуги, полученные во время вашего обследования, такие как анализы крови или мочи.
- Если у вас есть медицинская страховка, счёт за услуги будет выставлен сначала вашей страховой компании прежде, а потом программе оказания помощи в проведении обследования на рак груди и шейки матки на Аляске. Пожалуйста, сообщите всем поставщикам медицинских услуг, к которым вы обращаетесь, обо всех имеющихся у вас страховых покрытиях, чтобы избежать задержки в оплате.
- Если у вас диагностирован рак груди или шейки матки, мы направим вас в Медикейд для оказания помощи в оплате лечения.
- Если вы получите какие-либо медицинские счета, прочтите и сохраните их. Если вы подозреваете ошибку или у вас есть вопросы, позвоните в программу оказания помощи в проведении обследования на рак груди и шейки матки на Аляске по телефону 1.800.410.6266.
- Программа оказания помощи в проведении обследования на рак груди и шейки матки на Аляске рассматривает всю медицинскую и личную информацию как конфиденциальную.
- Ваша регистрация в программе оказания помощи в проведении обследования на рак груди и шейки матки на Аляске действительна в течение одного года с момента регистрации

Я зарегистрировался (зарегистрировалась) _____.

Моя клиника, участвующая в программе оказания помощи в проведении обследования
на рак груди и шейки матки _____.

Клиент