**Programa para el Tratamiento de Cáncer de Seno y Cérvix
Formulario de Redeterminación para Continuar Elegibilidad**

La ley del Estado de California requiere que usted complete y entregue este formulario al BCCTP. Esto es para asegurar de que usted sigue teniendo derecho a Medi-Cal bajo el programa de BCCTP. Para mantener sus beneficios de Medi-Cal con el programa de BCCTP, incluya toda la información necesaria para redeterminar (revisar) su elegibilidad.

Instrucciones para completar esta Forma

1. Escriba sus respuestas con tinta.
2. Complete, firme y feche este formulario.
3. Para demostrar que todavía necesita tratamiento para su cáncer de seno y/o cérvix, pida a su doctor que complete y firme el formulario Physician Statement and Certification (PSC).
4. Devuelva este formulario y el PSC por correo electrónico, fax, o envíelos en el sobre a la dirección impresa en la parte inferior de este formulario.

Si BCCTP no recibe su formulario completo y todos los documentos necesarios antes de la fecha límite de redeterminación, sus beneficios de BCCTP pueden terminar. Si no cumple con la fecha de vencimiento de este formulario, necesita ayuda, o simplemente tiene preguntas, llame a su especialista de elegibilidad al número de teléfono que aparece en este aviso o al 1-800-824-0088.

Información de miembro de BCCTP

Número de seguimiento del caso (a completar por BCCTP):			
Apellido:	Primer nombre:	Segundo nombre:	
*Nombre en letras imprenta			
Número de teléfono durante el día (incluya el código de área):			
<p>Marque aquí si BCCTP puede dejar un mensaje. De lo contrario, proporcione otro número de teléfono a continuación donde BCCTP pueda dejar un mensaje de voz.</p>			
Número de teléfono del mensaje (incluya el código de área):			
Dirección actual del domicilio:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
<p>Marque aquí si esta es una dirección diferente a la que informó durante su redeterminación anterior.</p>			

1. ¿Tiene alguna otra cobertura o seguro médico, incluyendo Medicare? Sí No
 Si es Sí, adjunte una copia del frente y reverso de su tarjeta de seguro médico y una copia de la Explicación de Beneficios de su seguro médico. Responda también las siguientes preguntas.
 - a. ¿Cuántas personas hay en el plan?
 - b. ¿Cuál es la prima que se paga cada mes?

2. ¿Ha cambiado su ciudadanía o estatus migratorio desde su redeterminación anterior?
 Sí No
 Si es Sí, adjunte una copia del frente y reverso del documento que respalde su declaración de ciudadanía, o estatus migratorio. *Ejemplos de documentación incluye Certificado de Naturalización, tarjeta de la Residencia Permanente, documentos de inmigración, etc.*

3. ¿Cuáles son los ingresos brutos mensuales de su hogar (antes de los impuestos, deducciones u otros gastos)?

4. ¿Cuántas personas hay en su hogar? (Número de personas)
 El hogar lo incluye a usted (miembro de B C C T P), todos sus hijos dependientes menores de 21 años que viven en su hogar, su cónyuge legalmente casado y/o el padre de sus hijos si viven en su casa. Enumere los miembros de su hogar en la siguiente tabla.

Nombre (Primer nombre y Apellido)	Fecha de Nacimiento	Relación con usted (cónyuge, pareja, hijo)

Número de seguimiento del caso (a completar por BCCTP):

Firma y Certificación

Declaro bajo las leyes del Estado de California que he leído y entendido toda la información solicitada en este formulario, mis documentos son verdaderos, y mis respuestas son correctas a mi mejor capacidad.

Firma del Miembro	Fecha:
Firma del Testigo (si el miembro firma con una marca)	Fecha:
Firma de la persona que actúa en nombre del Miembro	Fecha:
Teléfono:	Relación con el Miembro:

¿Qué pasa si usted no entrega este paquete de redeterminación?

Si no tenemos sus formularios completos y la información que necesitamos para la fecha de vencimiento, sus beneficios del BCCTP pueden terminar. Si se le pasó la fecha de vencimiento y quiere mantener sus beneficios del BCCTP, llame hoy mismo a su Especialista de Elegibilidad.

Dirección Postal: Breast and Cervical Cancer Treatment Program, MS 4611,
P.O. Box 997417
Sacramento, CA 95899-7417

Correo electrónico: BCCTP@dhcs.ca.gov

Teléfono: (800) 824-0088

Fax: (916) 440-5693

Sitio Web: <http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/BCCTP.aspx>