Departamento de Servicios de Salud de California

HOJA DE TRABAJO PARA INFORMACIÓN SOBRE LA BENEFICIARIA

Identificación de la beneficiaria | | | 9 | A | | | | | | | | | | |

Información sobre la beneficiaria

1.Apellido _____ 2.Nombre _____ 3.Inicial del segundo nombre ☐

4. Número de seguro social ___ ___ ___

5. Fecha de nacimiento ___ ___ ___
(Mes) (Día) (Año)

6. Dirección (dirección postal si no tiene hogar): _____

7. Ciudad _____ 8.Estado ___ 9.Código postal _____

10. Teléfono (número dónde contactarla si no tiene hogar): ___ ___ ___

11. ¿Es usted hispana o latina?

☐ Sí
☐ No

12. Seleccione todo lo que le sea aplicable:

- ☐ Indo americana o nativa de Alaska
- ☐ Asiática → 13. (Seleccione uno si es asiática)
  - ☐ Indo asiática
  - ☐ Camboyana
  - ☐ China
  - ☐ Japonesa
  - ☐ Coreana
  - ☐ Laosiana
  - ☐ Vietnamita
  - ☐ De otra parte de Asia
- ☐ Negra o afro americana
- ☐ De las Islas del Pacífico → 14. (Seleccione uno si es de las Islas del Pacífico):
  - ☐ Filipinas
  - ☐ Guam
  - ☐ Hawai
  - ☐ Samoa
  - ☐ Otra Isla del Pacífico
- ☐ Blanca
- ☐ Etnia desconocida

15. Fecha en que la beneficiaria completó el formulario ___ ___ ___
(Mes) (Día) (Año)

Eligibility Checklist

Supporting documentation on file establishes that Recipient:

16.☐ Meets program's age criteria for breast and cervical cancer screening and diagnostic programs.

17.☐ Meets program's income and insurance criteria for breast and cervical cancer screening and diagnostic programs.

18.☐ Recipient referred for Breast and Cervical Cancer Treatment Program (optoional).

19.☐ Signed program's consent form.

20. Date certified: ___ ___ ___
(Month--MM) (Day—DD) (Year –CCYY)