



# Programa de Tratamiento de Cáncer de Seno y Cervical de Arizona

## RECURSOS ADICIONALES

- Cancer Financial Assistance Coalition  
[www.cancerfac.org](http://www.cancerfac.org)
- CancerCare-Financial Aid  
[www.cancercare.org/financial](http://www.cancercare.org/financial)
- Community Assistance Program Drug Card  
[www.freedrugcard.com](http://www.freedrugcard.com)
- Patient Advocate Foundation  
[www.patientadvocate.org](http://www.patientadvocate.org)
- Well Woman HealthCheck Program  
Número de Teléfono: 1-888-257-8502  
[www.wellwomanhealthcheck.org](http://www.wellwomanhealthcheck.org)





## REQUISITOS DEL PROGRAMA

Si usted no tiene seguro médico y ha sido diagnosticada con cáncer de seno o cervical al partir del 2 de agosto, 2012, usted podría recibir tratamiento a través del Programa de Tratamiento de Cáncer de Seno y Cervical de Arizona (Breast and Cervical Cancer Treatment Program o BCCTP). Para calificar para este programa, usted debe haber sido diagnosticada con cáncer de seno o cervical, tener menos de 65 años de edad, cumplir con los requisitos de elegibilidad de ingresos, no tener seguro médico o seguro que no cubra el tratamiento para el cáncer de seno y cervical y no estar actualmente matriculada o ser elegible para el Arizona Health Care Cost Containment System (AHCCCS). AHCCCS es el programa de Medicaid de Arizona.

### Elegibilidad de Ingresos

Para calificar para el programa, su ingreso bruto de hogar debe ser el 250 % o abajo del Guías Federales de Nivel de Pobreza (FNP).

### Guías Federales de Nivel de Pobreza 2016

(Efectiva 26-1-16 – 25-1-17)

Miembros de Hogar	Ingreso Anual (250% FNP)	Ingreso Mensual (250% FNP)
1	\$29,700	\$2,475
2	\$40,050	\$3,338
3	\$50,400	\$4,200
4	\$60,750	\$5,063
5	\$71,100	\$5,925
6	\$81,450	\$6,788
7	\$91,825	\$7,652
8	\$102,225	\$8,519

Para familias/hogares de más de 8 personas, agregue \$4,160 por cada miembro de familia adicional.

## SOLICITE EN SOLO 3 SIMPLES PASOS

1. Obtenga un paquete de solicitud de su proveedor médico o imprima un paquete por el internet en [www.wellwomanhealthcheck.org/bcctp](http://www.wellwomanhealthcheck.org/bcctp)



2. Pida a su proveedor médico que la ayude a completar el paquete de solicitud.

3. Envíe su paquete de solicitud completado por fax o correo al Well Woman Healthcheck Program o pida que su proveedor médico se lo envíe por fax.

**Fax\*:** (602) 542-7520

**Correo/En-Persona:** 150 N. 18th Ave. Suite 300 Phoenix, AZ 85007

\*Enviar su paquete de solicitud por fax resultará en un procesamiento más rápido. Si no tiene acceso a una maquina de fax, por favor pida a su proveedor médico que lo envíe por fax.

### Después de Enviar

Después que su paquete de solicitud haya sido aprobado por el AHCCCS, usted será inscrita en un plan médico de AHCCCS que proveerá servicios médicos incluyendo servicios de cáncer de seno y cervical.

Por favor contacte a AHCCCS al (602) 417-5061 si tiene alguna pregunta acerca de su solicitud.

## UN PAQUETE DE SOLICITUD COMPLETO CONTIENE

- BC-100, BCCTP Referral Form**
- Solicitud de AHCCCS**
  - Confirme que todas las páginas estén completas y que la última página este firmada y contenga la fecha
  - Incluya una copia de la tarjeta del programa de confidencialidad, si es aplicable
- Prueba de Ciudadanía de EE.UU**
  - Copia certificada de Certificado de Nacimiento de los EE.UU o Pasaporte de los EE.UU o Tarjeta de Servicio de Inmigración y Naturalización (INS), si es aplicable (copia de ambos lados)
- Reporte de Patología de Laboratorio**
  - Cáncer Cervical Invasivo, CIN 2 o CIN 3
  - Cáncer de Seno, DCIS, Infiltrante, o Invasivo
- Formulario de Contacto y Consentimiento de Paciente**
- Prueba de Ingresos**
  - Copia de cheques, otros comprobantes de pago u otro documento que muestre el ingreso bruto
- Prueba de Residencia de Arizona**
  - Copia de licencia de conducir o factura de servicios públicos
- Tarjeta de Seguro Social (copia)**
- Identificación Fotográfica**
  - Copia de licencia de conducir u otra identificación gubernamental con fotografía.

