

**OBTENGA EL APOYO QUE
NECESITA**

PROGRAMA DE TRATAMIENTO DE CANCER DE SENO Y CERVICAL DE ARIZONA

CONTÁCTENOS

RECURSOS ADICIONALES

BagIT
bagit4u.org

Cancer Support Community Arizona
cscaz.org

Patient Advocate Foundation
patientadvocate.org

Cancer Financial Assistance Coalition
cancerfac.org

CancerCare-Financial Aid
cancercare.org/financial

Community Assistance Program Drug Card
freedrugcard.com

Office of Cancer Prevention & Control

azhealth.gov/bcctp

150 N. 18th Ave. Suite 310

Phoenix, AZ 85007

602-364-0214



ARIZONA DEPARTMENT
OF HEALTH SERVICES



REQUISITOS DEL PROGRAMA

Si usted no tiene seguro médico y ha sido diagnosticada con cáncer de seno, cancer cervical, o lesiones precancerosas cervicales (CIN 2 o CIN 3) 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, 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 programa de Medicaid de Arizona (AHCCCS).

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 2018 (Efectiva 13-1-18)

Miembros de Hogar	Ingreso Anual (250% NPF)	Ingreso Mensual (250% NPF)
1	\$30,350	\$2,529
2	\$41,600	\$3,467
3	\$51,950	\$4,329
4	\$62,750	\$5,229
5	\$73,550	\$6,129
6	\$84,350	\$7,029
7	\$95,150	\$7,929
8	\$105,950	\$8,829

Para familias/hogares de más de 8 personas, agregue \$4,320 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 azhealth.gov/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 310
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) 417-5083 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 la ultima pagina esta firmada
- ☐ **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 Residente Permanente, 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.