



Департамент здравоохранения

Заявка на участие в программе EVERY WOMAN COUNTS

Благодарим Вас за интерес, проявленный к программе «Каждая женщина имеет значение» (Every Woman Counts - EWC). Программа EWC предоставляет бесплатные услуги скрининга рака молочной железы и рака шейки матки женщинам, проживающим в Калифорнии.

Цель программы EWC - спасти жизни, предотвращая и уменьшая последствия рака молочной железы и шейки матки. Программа EWC делает это посредством раннего выявления и диагностики. Программа EWC проводится Департаментом здравоохранения, отделом по выявлению и лечению рака.

Вы должны заполнить это заявление, чтобы ваше право на участие в программе EWC было подтверждено.

Вы должны быть зарегистрированы до того, как программа EWC начнет оплачивать покрываемые услуги. Регистрация действительна в течение одного года, затем вы должны повторно зарегистрироваться. Вы можете повторно зарегистрироваться в любом центре первичной медицинской помощи (PCP) программы EWC.

Примечание:

- Страницы 1, 2 и 3 предназначены для чтения и хранения.
- Страницы 4, 5 и 6 должны быть заполнены, чтобы мы могли видеть, имеете ли вы право на участие в программе EWC.
- Страницы 7, 8 и 9 являются инструкциями для заполнения страниц 4, 5 и 6.
- Страницы 10 и 11 предназначены только для использования персоналом.

Заявление о конфиденциальности

Эта заявка дает возможность узнать, имеете ли вы право на получение услуг в рамках программы EWC. Это ваш выбор - заполнить ее или нет. Если заявка не заполнена, программа EWC не может решить, имеете ли вы право на получение услуг. Мы можем связаться с вами, если заявка не заполнена.

Программа EWC может передавать вашу информацию PCP программы EWC и другим государственным, федеральным и местным агентствам в соответствии с требованиями законодательства.

Вы имеете право доступа к записям, содержащим личную информацию, которую мы храним. Для получения дополнительной информации или просмотра записей, пожалуйста, свяжитесь с программой EWC по адресу:

Department of Health Care Services
Benefits Division - Every Woman Counts Program
Attention: Division Chief
P.O. Box 997417, MS 4601
Sacramento, CA 95899-7417
(916) 449-5300

Разделы 30461.6 (f) и (j) Кодекса доходов и налогообложения CA, а также разделы 104150 (b), 104162 и 131085 Кодекса здравоохранения и безопасности CA разрешают программе EWC хранить информацию, собранную в этом приложении. Мы должны предоставить вам это Заявление о конфиденциальности согласно разделу 1798.17 Гражданского кодекса CA.

Заявка на участие в программе EVERY WOMAN COUNTS

Обзор прав участника программы Every Woman Counts на пересмотр решения

Вам сообщат, имеете ли вы право на участие в программе EWC. Если вы не согласны с решением, вы имеете право потребовать пересмотра первого уровня и/или официального слушания. Вы также имеете право на рассмотрение первого уровня и/или официальное слушание, если вы не согласны с услугами, которые вы получаете в рамках программы EWC.

Вы не можете оспаривать стандарты, которые использует программа EWC для принятия решения о праве на участие. Например, если вы считаете, что решение не соответствует стандартам программы EWC, вы можете попросить о пересмотре первого уровня и/или официальном слушании. Но если вы не согласны со стандартами программы EWC, вы не можете запрашивать пересмотр первого уровня и/или официальное слушание, чтобы попытаться изменить стандарты программы EWC.

Если вы хотите воспользоваться своим правом требовать пересмотра первого уровня и / или официального слушания, отправьте письменный запрос, который включает следующее:

- Ваше имя, адрес, телефон
- Причина, по которой вы запрашиваете пересмотр первого уровня или слушание.
- Почему вы считаете, что решение неверно?
- На каком языке вам предпочтительнее общаться, если у вас есть проблемы с английским.
- Имя, адрес и номер телефона вашего уполномоченного представителя, если вы решите его использовать.

Проверка на первом уровне: письменный запрос на проверку первого уровня должен быть отправлен в программу EWC в течение 20 дней с момента принятия вами решения, с которым вы не согласны. Пожалуйста, сохраните копию вашего письменного запроса. Программа EWC ответит в течение 30 дней с момента получения вашего запроса.

Отправьте ваш запрос:
Department of Health Care Services
Benefits Division - Every Woman Counts Program
Attention: Division Chief
P.O. Box 997417, MS 4601
Sacramento, CA 95899-7417

или Email на который можно отправить
запрос:
CancerDetection@dhcs.ca.gov

Программа EWC может связаться с вами для получения дополнительной информации по телефону или в письменной форме. С программой EWC PCP также можно связаться для получения информации.

Официальное слушание. Письменный запрос на официальное слушание должен быть отправлен в Департамент социальных служб в течение 90 дней с момента принятия вами решения, с которым вы не согласны. Если у вас есть веская причина, по которой вы не смогли подать заявление на официальное слушание в течение 90 дней, вы все равно можете попросить назначить официальное слушание. Пожалуйста, сохраните копию вашего письменного запроса.

Отправьте ваш запрос:
Department of Social Services
State Hearings Division
P.O. Box 944243
Mail Station 9 – 17 – 37
Sacramento, CA 94244-2430

Заявка на участие в программе EVERY WOMAN COUNTS

Уведомление о недискриминации

Department of Health Care Services (DHCS) соблюдает федеральные и государственные законы о гражданских правах. DHCS не проводит незаконную дискриминацию по признаку пола, расы, цвета кожи, религии, происхождения, национальности, этнической принадлежности, возраста, умственной неполноценности, инвалидности, физического состояния, генетики, семейного положения, пола, гендерной идентичности или сексуальной ориентации. DHCS не исключает участников и не относится к ним по-разному из-за пола, расы, цвета кожи, религии, происхождения, национальности, этнической принадлежности, возраста, умственной неполноценности, инвалидности, состояния здоровья, генетики, семейного положения, пола, гендерной идентичности или сексуальной ориентации.

DHCS:

- Предоставляет бесплатный сервис и услуги людям с ограниченными возможностями для эффективного общения с DHCS, например:
 - Квалифицированные переводчики на язык жестов
 - Письменная информация в других форматах, таких как крупный шрифт, аудио, доступные электронные форматы и другие форматы
- Предоставляет бесплатный перевод людям, чей основной язык не является английским, например:
 - Квалифицированные переводчики
 - Письменная информация на других языках

Если вам нужны эти услуги, позвоните в Отдел гражданских прав по тел. **1-916-440-7370**, 711 (Relay State California Relay) или отправьте электронное письмо по адресу CivilRights@dhcs.ca.gov.

Если вы считаете, что DHCS не предоставил эти услуги, или вы подвергались дискриминации по признаку пола, расы, цвета кожи, религии, происхождения, национального происхождения, этнической принадлежности, возраста, умственной отсталости, инвалидности, физического состояния, состояния здоровья генетическую информацию, семейное положение, пол, гендерную идентичность или сексуальную ориентацию, вы можете подать жалобу в Управление по гражданским правам.

PO Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413
(916) 440-7370, 711 (California State Relay)
Email: CivilRights@dhcs.ca.gov

Если вам нужна помощь в подаче жалобы, вам может помочь Управление по гражданским правам. Формы жалоб доступны по адресу: http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

Если вы считаете, что подвергались дискриминации по признаку расы, цвета кожи, национального происхождения, возраста, инвалидности или пола, вы также можете подать жалобу по гражданским правам в Министерство здравоохранения и социальных служб США, Управление по гражданским правам. Вы можете подать в электронном виде через портал жалоб на гражданские права по адресу <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> или подать по почте или телефону по адресу:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, TTY 1-800-537-7697

Вы можете получить форму жалобы по адресу:
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

Заявка на участие в программе EVERY WOMAN COUNTS

Расскажите о себе

1. Ваше имя _____ 2. Middle-имя _____ 3. Фамилия _____
4. Дата рождения (месяц/день/год) ____ / ____ / ____
5. Укажите Ваш пол? ☐ Женщина ☐ Транссексуал: от мужчины к женщине
☐ Мужчина ☐ Транссексуал: от женщины к мужчине
6. Девичья фамилия вашей матери (ее фамилия при рождении) _____
7. Адрес _____
8. Гор. _____ 9. Штат _____ 10. Zip код _____
11. Телефон [укажите (area code)] _____ - _____
12. Ваш Email _____
13. Social Security Number. Укажите, если у вас есть SSN _____ - _____ - _____

Следующая информация поможет решить, имеете ли вы право на участие в программе EWC.

Укажите доход и размер вашей семьи.

Укажите, сколько денег в общем получают все члены вашей семьи, прежде чем уплатить налоги. Если вы подаете налоги, это ваш «валовой доход» - gross income.

14. Доход домохозяйства (до вычета налогов отчислений) \$ _____
15. Количество человек, живущих на этот доход _____

Предоставьте информацию о вашей медицинской страховке

- ☐ 16. У меня нет медицинской страховки.
- ☐ 17. У меня есть медицинская страховка или план медицинского обслуживания, но я не могу себе позволить оплатить часть стоимости, вычитаться или доплаты.
- Моя страховка: ☐ 18. Medi-Cal ☐ 19. Страховка (назв.) _____
20. Номер карты или полиса _____
21. Мой share-of-cost \$ _____ в месяц
22. Мой deductible \$ _____ в год
23. Мой co-pay \$ _____ за визит.

Заявка на участие в программе EVERY WOMAN COUNTS

Какие услуги EWC вам нужны? (отметьте все, что относится к вам)

Если у вас есть какие-либо симптомы в вашей груди, пожалуйста, отметьте:

- ☐ 24. Изменение внешнего вида или ощущений груди (цвета, размера, формы)
- ☐ 25. Отек или уплотнение ткани вашей груди
- ☐ 26. Выделения из соска
- ☐ 27. Бугорок или жесткий узел в вашей груди
- ☐ 28. Другое _____
- ☐ 29. Вам 21 год или больше, вы хотите сделать скрининг на рак шейки матки?
- ☐ 30. Вам 40 лет или больше, вы хотите сделать скрининг рака молочной железы?

Расскажите нам о курении или употреблении табака

31. Курите ли вы сейчас? ☐ Нет ☐ Да
32. Употребляете другие табачные изделия? ☐ Нет ☐ Да, укажите какие _____

Эта информация конфиденциальна и нужна для того, чтобы убедиться, что все имеют доступ к медицинской помощи. Она не будет использоваться для определения вашего права на участие.

Ваша раса

33. Вы латиноамериканец, испанец? ☐ Да ☐ Нет
- Выберите все, что относится к вам:
- ☐ 34. Индеец или уроженец Аляски
 - ☐ 35. Азиат (укажите ниже)
 - ☐ 36. Индеец ☐ 37. Камбоджиец ☐ 38. Китаец ☐ 39. Филипинец ☐ 40. Хмонг
 - ☐ 41. Японец ☐ 42. Кореец ☐ 43. Лаосец ☐ 44. Вьетнамец ☐ 45. Другое: _____
 - ☐ 46. Чернокожий или афроамериканец
 - ☐ 47. Островитянин (укажите ниже)
 - ☐ 48. Гуамец ☐ 49. Гавайец ☐ 50. Самоа ☐ 51. Другое: _____
 - ☐ 52. Белый
 - ☐ 53. Другое : _____
 - ☐ 54. Предпочитаю не отвечать

Заявка на участие в программе EVERY WOMAN COUNTS

Информация конфиденциальна и не будет использоваться для определения права на участие.
Расскажите нам о своей половой принадлежности и сексуальной ориентации (необязательно).

Ваш пол? (отметьте то, что лучше всего определяет вашу текущую гендерную идентичность)

☐ 55. Женщина

☐ 56. Трансгендер: мужчина к женщине

☐ 57. Мужчина

☐ 58. Трансгендер: женщина к мужчине

☐ 59. Non-binary (ни мужчина, ни женщина)

☐ 60. Другой пол: _____

Какой пол был указан в вашем оригинальном свидетельстве о рождении?

☐ 61. Женщина

☐ 62. Мужчина

Что вы думаете о своей ориентации?

☐ 63. Традиционный или гетеросексуал

☐ 64. Лесбиянка или гей

☐ 65. Бисексуал

☐ 66. Гомосексуалист

☐ 67. Другая сексуальная ориентация

☐ 68. Неизвестный

69. Заявление (прочитайте и поставьте инициалы у каждого элемента)

_____ Я понимаю, что, подписав это заявление, я подаю заявку на программу EWC, которая финансируется правительством. EWC оплачивает услуги скрининга рака молочной железы и/или рака шейки матки, которые могут привести к направлению на лечение.

_____ Это соглашение действует в течение ОДНОГО ГОДА с даты его подписания. Я знаю, что должен заполнять новую заявку каждый год, чтобы участвовать в программе EWC.

_____ Я понимаю, что могу перестать быть участником программы EWC в любое время.

_____ Если я получу страховку здоровья или другое медицинское страхование, я сразу же сообщу об этом PCP программы EWC.

_____ Я получил Уведомление о правилах конфиденциальности DHCS (NPP; не входит в этот пакет приложений).

_____ Я получил Заявление о конфиденциальности, проверку первого уровня и права на официальное слушание, а также уведомление о недискриминации на страницах 1, 2 и 3 этого приложения.

_____ Я получил информацию о том, как получить бесплатную или недорогую страховку.

_____ Я заявляю, что информация, предоставленная мною на страницах 4, 5 и 6, является достоверной и точной, насколько мне известно. Я понимаю, что предоставление ложной информации в этом заявлении может лишить меня права на участие в программе EWC.

_____ Мне помогли заполнить это заявление. 70. Имя того, кто тебе помог. _____

71. Подпись того, кто помог _____

72. Дата _____

Подпись

73. Ваша: _____ 74. Дата _____

75. Лицо, помогавшее заявителю программы EWC (если есть) _____ 76. Дата _____

**Заявка на участие в программе
EVERY WOMAN COUNTS
ПОДРОБНАЯ ИНСТРУКЦИЯ ПО ЗАПОЛНЕНИЮ ЗАЯВКИ
НА УЧАСТИЕ В EWC НА СТРАНИЦАХ 4 - 6**

Расскажите о себе

1. Напишите свое имя.
2. Напишите первую букву вашего второго имени.
3. Напишите свою фамилию.
4. Напишите свой день рождения. Используйте 2 цифры для месяца, 2 цифры для дня и 4 цифры для года. Например, 1 января 2001 года будет 01.01.2001.
5. Если ваш физический пол женский, укажите - женский. Если транссексуал от мужчины к женщине, укажите транссексуал: мужчина к женщине. Если мужчина, укажите - мужской. Если транссексуал от женщины к мужчине, укажите транссексуал: женщина к мужчине.
6. Напишите фамилию вашей матери при рождении (девичью фамилию).
7. Напишите номер и название улицы, где вы живете. Например, 123 Main Street.
8. Напишите город, в котором вы живете.
9. Напишите штат, в котором вы живете.
10. Напишите почтовый индекс (zip code), который относится к вашему адресу.
11. Напишите свой номер телефона. Начните с трех цифр для кода города. 1
12. Напишите свой адрес электронной почты.
13. Напишите свой номер социального страхования, если он у вас есть. Вам не обязательно иметь Social Security Number для права на участие в программе EWC.

Расскажите о доходе вашей семьи

14. Укажите общую сумму денег, которую получают все, живущие с вами в доме, до уплаты налогов. Сумма называется «валовым доходом». Укажите общий валовой доход для каждого человека в вашем доме, который зарабатывает деньги.
15. Укажите, сколько людей живет на доход, который вы указали в пункте 14.

Дайте нам знать о вашей медицинской страховке

16. Поставьте отметку здесь, если у вас нет медицинской страховки.
17. Поставьте отметку здесь, если у вас есть медицинская страховка или план обслуживания.
18. Поставьте отметку здесь, если у вас есть Medi-Cal.
19. Поставьте отметку здесь, если ваша страховка не Medi-Cal. Укажите ее название.
20. Укажите номер своей карты Medi-Cal или номер своего медицинского страхового полиса. Этот номер может быть указан на вашей страховой карточке.
21. Укажите, сколько вы должны платить каждый месяц за свою долю стоимости Medi-Cal, если вам приходится покрывать часть стоимости.
22. Укажите, сколько вы должны платить каждый год за ежегодную франшизу вашего медицинского страхования или плана медицинского обслуживания, если вы должны платить франшизу.
23. Укажите сумму, которую вы должны платить в качестве доплаты за каждое посещение медицинского учреждения, покрываемое вашей медицинской страховкой или планом медицинского обслуживания, если вам необходимо вносить доплату.

Заявка на участие в программе EVERY WOMAN COUNTS

Какие услуги EWC вам нужны? (отметьте все, что относится)

- 24. Отметьте, если цвет, размер или форма вашей груди изменились.
- 25. Отметьте, если заметили припухлость или уплотнение ткани вашей груди.
- 26. Отметьте, если есть какие-либо выделения из соска.
- 27. Отметьте, если в вашей груди чувствуется комок или узел.
- 28. Отметьте, если вы наблюдали другие симптомы. Запишите.
- 29. Отметьте, если вы старше 21 года и хотите пройти обследование на рак шейки матки.
- 30. Отметьте, если вы старше 40 лет и хотели бы пройти обследование на рак молочной железы.

Напишите об использовании табачных изделий

- 31. Если вы не курите, отметьте "Нет". Если вы курите, отметьте "Да".
- 32. Если вы не употребляете другие табачные изделия, отметьте "Нет". Если вы употребляете другие табачные изделия, отметьте "Да", укажите, какие.

Расскажите о своей расе

- 33. Если вы латиноамериканец, отметьте "Да". Если вы не латиноамериканец отметьте "Нет".
- 34. Отметьте, если ваша раса полностью или частично - коренной американец или аляскинец.
- 35. Отметьте, если ваша раса полностью или частично азиатская, а затем отметьте - к какой части Азии относится (графы 37-46).
- 36. Отметьте, если ваша раса полностью или частично Asian Indian.
- 37. Отметьте, если ваша раса является полностью или частично камбоджийской.
- 38. Отметьте, если ваша раса полностью или частично является китайской.
- 39. Отметьте, если ваша раса является полностью или частично филиппинской.
- 40. Отметьте, если ваша раса полностью или частично хмонг.
- 41. Отметьте, если ваша раса полностью или частично японская.
- 42. Отметьте, если ваша раса полностью или частично корейская.
- 43. Отметьте, если ваша раса полностью или частично является лаосской.
- 44. Отметьте, если ваша раса полностью или частично вьетнамская.
- 45. Отметьте, если ваша раса является частью другой азиатской расы.
- 46. Отметьте, если ваша раса полностью или частично афро-американская.
- 47. Отметьте если ваша раса полностью или частично - житель тихоокеанских островов, а затем отметьте одно из полей (графы 49-52).
- 48. Отметьте, если ваша раса является полностью или частично гуамской.
- 49. Отметьте, если ваша раса полностью или частично гавайская.
- 50. Отметьте, если ваша раса является полностью или частично самоанской.
- 51. Отметьте Тихоокеанский остров.
- 52. Отметьте, если ваша раса полностью или частично белая.
- 53. Отметьте, если расы нет в списке, укажите.
- 54. Отметьте если вы не хотите указывать свою расу.

Заявка на участие в программе EVERY WOMAN COUNTS

Расскажите о половой принадлежности и сексуальной ориентации (необязательно)

55. Отметьте, если вы идентифицируете себя как женщину.
56. Отметьте, если вы идентифицируете себя как женщину, но были мужчиной при рождении.
57. Отметьте, если вы идентифицируете себя как мужчину.
58. Отметьте, если вы идентифицируете себя как мужчину, но были женщиной при рождении.
59. Отметьте, если вы не идентифицируете себя как женщину или мужчину.
60. Отметьте, , если вы указали пол, которого нет в списке. Пожалуйста, запишите этот пол.
61. Отметьте, если в вашем оригинальном свидетельстве о рождении ваш пол - женский.
62. Отметьте, если в вашем оригинальном свидетельстве о рождении указано - мужчина.
63. Отметьте, если ваша сексуальная ориентация - гетеросексуальна (привлекают люди противоположного пола).
64. Отметьте, если вы - лесбиянка или гей (привлекают люди того же пола, что и вы).
65. Отметьте, если ваша сексуальная ориентация бисексуальна (сексуально привлекают как мужчины, так и женщины).
66. Отметьте, если ваша сексуальная ориентация не только гетеросексуальная.
67. Отметьте, если ваша сексуальная ориентация не указана в этом разделе.
68. Отметьте, если вы не знаете свою сексуальную ориентацию.

Заявление

69. После прочтения напишите свои инициалы в каждой строке и подтвердите, что это правда.
70. Укажите имя человека, который помог вам заполнить это заявление, если кто-то вам помог.
71. Человек, который помог вам заполнить заявление, подпишется.
72. Укажите сегодняшнюю дату.
73. Укажите свое имя.
74. Укажите сегодняшнюю дату.
75. Если кто-то действует от вашего имени (соискатель программы EWC) в качестве уполномоченного агента, он подпишется.
76. Укажите сегодняшнюю дату.

EVERY WOMAN COUNTS PROGRAM
RECIPIENT APPLICATION
FOR OFFICE USE ONLY (Page 10-11)

EWC PROGRAM APPLICANT/RECIPIENT ELIGIBILITY VERIFICATION CHECKLIST

1. EWC Program Applicant/Recipient Name _____

2. Medical Record Number _____ 3. Recipient ID ____ 9 A _____

I have determined that this EWC program applicant/recipient meets the following eligibility criteria:

Residency

☐ 4. Lives in California

Household Income

☐ 5. Household Income is at or below 200% of the Federal Poverty Level. Please refer to the EWC Income Criteria on the EWC program website: <http://dhcs.ca.gov/EWC>

Health Insurance

☐ 6. Is uninsured

☐ 7. Is underinsured

☐ 8. Unmet share-of-cost

☐ 9. Co-payment(s)

☐ 10. Unmet deductible(s)

EWC program services

☐ 11. Needs breast cancer diagnostic services—symptomatic EWC program applicant/recipient, any age

☐ 12. Needs breast and/or cervical cancer screening and is the appropriate age for the service(s).

Tobacco Use

☐ 13. I have notified the PCP to assess the EWC program applicant/recipient's tobacco status, and to refer the EWC program applicant/recipient to tobacco cessation resources, as necessary.

I have provided this EWC program applicant/recipient with the following:

☐ 14. DHCS Notice of Privacy Practices.

☐ 15. Privacy Statement, First Level Review and Formal Hearing Rights, and Notice of Nondiscrimination: pages 1, 2 and 3 of the application.

☐ 16. Brochure about how to get free and low-cost health insurance.

17. Provider/Staff Signature _____ 18. Date _____

19. Print Name _____

EVERY WOMAN COUNTS PROGRAM RECIPIENT APPLICATION

DETAILED FORM INSTRUCTIONS FOR COMPLETING RECIPIENT ELIGIBILITY VERIFICATION CHECKLIST ON PAGE 10

EWC Program Applicant Information

1. Write the EWC program applicant/recipient's name as it is written on the DHCS 8699 (Rev. 1/19) application.
2. Write the EWC program applicant/recipient's Medical Record Number.
3. Write the EWC program applicant/recipient's assigned Recipient ID.
4. Check this box if the EWC program applicant/recipient lives in California.
5. Check this box if the EWC program applicant/recipient's household income is at or below 200% of the Federal Poverty Level based upon the number of people living in the household. The current Federal Poverty Guidelines to apply are on the EWC program website: (<http://dhcs.ca.gov/EWC>).
6. Check this box if the EWC program applicant/recipient is uninsured (does not have health insurance).
7. Check this box if the EWC program applicant/recipient is underinsured (has health insurance or a healthcare plan but cannot afford the share of cost, deductible or co-pay).
8. Check this box if the EWC program applicant/recipient has an unmet share-of-cost.
9. Check this box if the EWC program applicant/recipient must make co-payments for visits.
10. Check this box if the EWC program applicant/recipient has an unmet deductible(s).
11. Check this box if the EWC program applicant/recipient has breast cancer symptoms and needs diagnostic services.
12. Check this box if the woman EWC program applicant/recipient is over age 21 and needs cervical cancer screening and diagnostic services and / or if the EWC program applicant/recipient is over age 40 and needs breast cancer screening and diagnostic services.
13. Check this box if you alerted the PCP regarding the EWC program applicant/recipient's tobacco use.
14. Check this box if you gave the EWC program applicant/recipient a DHCS Notice of Privacy Practices.
15. Check this box if you gave the EWC program applicant/recipient the Privacy Statement, First Level Review and Formal Hearing Rights, and Notice of Nondiscrimination from the first three pages of the application.
16. Check this box if you gave the EWC program applicant/recipient information about how to get free and low-cost health insurance.
17. Sign your name.
18. Write today's date.
19. Print your full name.