

Documentos necesarios para procesar la solicitud de Programa de Tratamiento para el Cáncer de Delaware (DCTP)

- La solicitud de DCTP completa, firmada y con fecha
- Prueba de Ingreso
 - 3 talonarios de pago consecutivo
 - Documentos de Ingreso de Seguro Social
 - Documentos de ingreso del Departamento de Desempleo
 - Ingresos de Compensación de Trabajadores
 - Trabajador independiente – formulario 1040 taxes
- Copia legible de su licencia de conducir o identificación del estado
- Aprobación de solicitud mercado o negación
 - * Sólo necesitas presentar las dos primeras páginas del documento
 - Llame al 1-800-318-2596 para aplicar o visite la página www.healthcare.gov
- Certificado de diagnóstico de DCTP
 - El doctor que está haciendo el tratamiento tiene que llenar el certificado
- Prueba de residencia en el momento del diagnóstico
 - * Licencia de conducir, documentos de alquiler, o factura de utilidad

Si usted necesita asistencia en completar el proceso de solicitud, por favor de comunicarse al: 1-844-245-9580



Delaware Cancer Treatment Program
 Division of Public Health
 C/O DXC
 P.O. Box 950 Manor Branch
 New Castle, DE 19720-0950
 1-844-245-9580
 Fax 302-454-0223

Estimado Residente de Delaware:

Adjunto encontrará una solicitud para el Programa de Tratamiento para el Cáncer de Delaware (DCTP), que es un programa del Departamento de Salud y Servicios Sociales de Delaware (DHSS), División de Salud Pública. El DCTP paga por servicios de tratamiento de cáncer para clientes elegibles por un periodo de hasta 24 meses después de la fecha en que se inicia el tratamiento del cáncer, **cuando los servicios son proporcionados por un proveedor de asistencia médica de Delaware.**

Este programa está disponible para los residentes de Delaware que:

- Fueron diagnosticados con cáncer en o después del 1 de julio de 2014
- No tiene ningún seguro médico integral o gastos máximos de desembolso son más de 15 por ciento de los ingresos {no incluyendo prima
- No reciben beneficios a través del Medicaid de Tratamiento para el Cáncer de la Mama y del Cuello Uterino
- Tener un ingreso menos del nivel de pobreza federal de 650%
- No son elegibles para seguro de salud

Para aplicar al DCTP, estos son los siete pasos:

1. Completar, firmar y poner la fecha en las solicitudes incluida
2. Proveer una fotocopia clara de su identificación
*Tenga en cuenta: Deben presentarse fotocopias de los documentos de inmigración incluyendo aquellos que sean expirado para poder al fin determinar la elegibilidad.
3. Proveer prueba de residencia de Delaware en el momento que fue diagnosticado
4. Adjuntar el certificado de diagnóstico, documento completado por su médico de tratamiento
5. Proveer documentos de beneficios de cobertura por el seguro de salud para incluir los gastos de su bolsillo antes de que el seguro pague el 100% del tratamiento contra el cáncer {si es aplicable}
6. Adjuntar el estatus de elegibilidad para el Mercado de seguros de salud, {si no tienen seguro}
7. Adjuntar comprobante de ingresos, tales como copias de su formulario de impuesto federal, talonarios de ingreso, carta de beneficios, etc...referencia abajo. Tienes que indicar su fuente de ingresos, con qué frecuencia recibe el ingreso y la cantidad de ingreso bruto antes de impuestos. Debe suministrarse prueba de ingreso para todos los miembros del hogar.

Ingresos Actuales para Informar

Ingreso de Trabajo	Pensiones/ Jubilación /Seguro Social	Otros Ingresos
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Ingreso de salarios/sueldos/propinas ❖ Compensación por desempleo ❖ Compensaciones del Trabajador ❖ Ingreso neto de propiedad de su empresa o granja 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Pension ❖ Ingreso de Jubilación ❖ Pago por ser Veterano ❖ Seguro Social 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Beneficios de Incapacidad ❖ Intereses/Dividendo ❖ Ingreso de fortunas/bienes/inversiones ❖ Ingreso neto de propiedades de alquiler ❖ Pension Alimenticia ❖ Cualquier otro ingreso

Si usted necesita ayuda para completar su solicitud o tiene preguntas: Por favor llame a la línea de servicio al cliente de DTCP de Lunes – Viernes desde 8:00 a.m. - 4:30 p.m. al 1-844-245-9580.

Por favor de completar, firmar y poner la fecha en la solicitud y devolverlas en el sobre incluido.

Usted recibirá notificación por escrito de su elegibilidad y sus derechos de apelación.



Favor de completar y firmar esta aplicación y devolverla en el sobre con dirección propia.
 Su elegibilidad para este programa no se puede determinar a menos que la aplicación esté firmada y se adjuntan todos los documentos solicitados.

Delaware Cancer Treatment Program
 Division of Public Health
 C/O DXC
 P.O. Box 950 Manor Branch
 New Castle, DE 19720-0950
 1-844-245-9580
 Fax 302-454-0223

1. Información del solicitante Tipo de Solicitud – Marca uno: Nuevo Renuncia

Nombre	Inicial	Apellido	Número de Seguro Social*	Estado Civil	Tamaño de Familia
			- - *El número de seguro social es opcional, puede ayudar a facilitar el proceso de su solicitud.	<input type="checkbox"/> Casado/Unión Civil <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viuda/o <input type="checkbox"/> Nunca me he casado/Unión civil <input type="checkbox"/> Separado)	

Dirección de Residencia (No puede ser P.O. Box)	# Apartamento	Ciudad	Código Postal	Condado	Número de Teléfono
Dirección de correo (si es diferente de su residencia)	# Apartamento	Ciudad	Código Postal	Condado	Número de Teléfono

Etnicidad	Raza	Género	Fecha de Nacimiento	¿Usted tiene seguro medico?
<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No-Hispano	<input type="checkbox"/> Alaska <input type="checkbox"/> Hawaiano <input type="checkbox"/> Anglo <input type="checkbox"/> Isleño Pacífico <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Afro-Americano <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> O Mas de una raza	<input type="checkbox"/> Hembra <input type="checkbox"/> Varón	/ / mes/día/año	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si, El nombre del plan de seguro: _____ Número de Seguro Médico: _____

Si usted no es Cuidado o Nacional de los Estados Unidos, ¿Qué estado inmigratorio elegible usted tiene? Sí No
 Y si, por favor, escriba que tipo de estado y el número de identificación: _____

*Fotocopias de todos los documentos de inmigración incluyendo aquellos documentos que ya están caducados tienen que ser enviados para poder determinar su elegibilidad.

¿Usted era residente de Delaware en el momento de su diagnóstico de cáncer? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuál es la fecha de su diagnóstico de cáncer? ____ / ____ / ____ Mes/día/año ¿Usted en estos momentos vive en Delaware y su intención es permanecer en Delaware? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nombre del Médico de Tratamiento: _____ Numero de teléfono: _____

2. Información de Ingresos

Documentación o prueba debe ser enviada con esta solicitud. Por favor de enviar solamente fotocopias, no documentos originales. Usted, su cónyuge/pareja legal y los ingresos de otros miembros del hogar deben ser reportados. Ganancias, interés en ahorros o inversiones, seguro social, beneficios de veterano, efectivo dado a usted y cualquier otro ingreso debe ser reportado. Si usted no tiene ningún ingreso, por favor proporcione explicación en escrito de cómo usted se mantiene.

Derechos y Responsabilidades

He leído o había leído a mí todas las declaraciones en este formulario y la información que doy es verdadera y completa al mejor de mi conocimiento. Entiendo que podría ser penalizado si doy información falsa. Entiendo que toda la información que doy es confidencial y federal y las leyes estatales limitan la divulgación de información acerca de mí. Entiendo y acepto a dar prueba de mis afirmaciones. Entiendo que el Departamento de Salud y Servicios Sociales puede comunicarse con otras personas u organizaciones para obtener la prueba necesaria de mi elegibilidad.

Firma de Solicitante o representante	Fecha
Si es representante, por favor escribe nombre, relación y número de teléfono Nombre: _____ relación: _____ teléfono _____	



Programa de Tratamiento de Cáncer
Certificado de Diagnóstico de Cáncer
Referencia Médica

Facilidad/Clínica: _____

Nombre de Cliente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Código de Diagnóstico de Cáncer: _____

Por favor de poner el código de diagnóstico de cáncer e incluya el cuarto/quinto dígito de especificidad. Un código de diagnóstico de tres dígitos no se aceptará cuando código más específico es disponible.

Por favor de poner la fecha de inicio de tratamiento de cáncer. El Programa de Tratamiento de Cáncer no cubre el costo de los servicios utilizados para diagnosticar cáncer a menos que dichos servicios se consideran parte del tratamiento del cáncer. La cobertura no comenzará hasta que se hayan realizado los servicios de tratamiento de cáncer.

El cliente debe necesitar tratamiento para el cáncer en la opinión del médico autorizado registrado del solicitante. Tratamiento del cáncer no incluye rutina de control para condiciones precancerosas o monitoreo de recurrencia durante o después de la remisión.

Fecha Diagnóstico: ____/____/____
Mes/Día/Año

Fecha de Comienzo de Tratamiento: ____/____/____
Mes/Día/Año

Firma de médico

Fecha

Imprime nombre del Médico

Número de teléfono del Médico

Número de Fax del Médico

**Favor de enviar el certificado original con la firma del médico y la solicitud complete de DCTP.
Las prescripciones para el tratamiento de cáncer pueden requerir un diagnóstico de cáncer escrito en ellas.**



DELAWARE HEALTH AND SOCIAL SERVICES
Division of Public Health

Delaware Cancer Treatment Program
Division of Public Health
C/O DXC
P.O. Box 950 Manor Branch
New Castle, DE 19720-0950
1-844-245-9580
Fax 302-454-0223

Revisado/efectivo - Junio 2019