



Participant ID: _____

Contractor ID: _____

Fax Number: _____

CONSETEMENT DE PARTICIPATION AU PROGRAMME SERVICES DU CANCER**À propos du partenariat Cancer Services Program (CSP)**

Le partenariat CSP est un programme organisé par le Ministère de la Santé de l'État de New York (NYSDOH, New York State Department of Health) qui collabore avec les administrateurs de contrats, les médecins, infirmiers, et autres prestataires de soins de santé dans le but d'offrir des examens de dépistage gratuits du cancer du sein, du cancer du col de l'utérus (ouverture de l'utérus) et du cancer colorectal (du côlon et du rectum) prescrits en fonction de l'âge et des facteurs de risque chez la patiente. Ces examens de dépistage permettent de détecter des cancers à une phase précoce quand ils peuvent être plus faciles à traiter. Parfois, lorsque ces cancers sont détectés et traités dès leur apparition, ils peuvent être guérissables. Les administrateurs de contrats collaborent avec vous, les prestataires de soins de santé et le Ministère de la Santé de l'État de New York pour vous fournir les services décrits dans ce consentement.

Les examens de dépistages prescrits en fonction de l'âge et des facteurs de risque offerts par le CSP sont:

- mammographies et examens cliniques des seins pour le cancer du sein
- frottis de Pap et examens pelviens pour le cancer du col de l'utérus
- prélèvements de selles à domicile (RSOS ou FIT) pour le cancer colorectal
- coloscopie de dépistage chez les hommes et les femmes à risque accru de cancer colorectal (ce qui signifie qu'ils présentent un plus grand risque d'avoir un cancer colorectal)

Les personnes présentant des résultats anormaux (les tests de dépistage révèlent la présence possible de l'un de ces cancers) peuvent également bénéficier des services suivants du partenariat CSP:

- tests de diagnostic : Ce sont des tests et des examens qui vérifient la présence du cancer.
- gestion de cas : des personnes vous prêtent assistance pour obtenir les tests de diagnostic en vous aidant à prendre les rendez-vous, à trouver un moyen de s'y rendre, à trouver des services de garde d'enfants. Plusieurs autres moyens sont à votre disposition pour faciliter vos démarches et effectuer vos importants tests de diagnostic.
- Aide pour trouver un traitement en cas de cancer.
- Aide pour bénéficier du programme Medicaid de Traitement du Cancer si vous répondez aux critères de participation au programme (règles). Le programme Medicaid de Traitement du Cancer offre les services complets d'assurance-maladie de Medicaid aux personnes atteintes du cancer du sein, du col de l'utérus, du cancer colorectal ou de la prostate qui satisfont aux critères d'admission au programme (règles).

Critères de revenu et d'assurance-maladie

Le dépistage gratuit du cancer effectué par le CSP est seulement offert aux femmes et aux hommes qui remplissent les critères de revenu et d'assurance-maladie (règles). Les critères de revenu signifient que le montant total d'argent gagné par les personnes vivant à votre domicile doit être inférieur à un certain montant pour l'obtention de services gratuits de CSP. Les services du CSP sont également offerts aux femmes et aux hommes qui n'ont pas d'assurance-maladie (y compris Medicaid ou d'autres assurances-maladie publiques) ou dont l'assurance-maladie ne rembourse pas l'examen de dépistage du cancer. En outre, les services du CSP sont parfois offerts aux femmes et aux hommes qui ont une assurance-maladie, mais n'ont pas les moyens de payer les franchises médicales, les cotisations ou autres frais. Le personnel de partenariat CSP ou le prestataire de soins de santé vous remettra des renseignements sur le revenu et l'assurance-maladie et vous fera savoir si vos critères satisfont au programme.



Participant ID:	_____
Contractor ID:	_____
Fax Number:	_____

La signature de cet accord signifie que:

- J'ai lu les renseignements sur les programmes à la page 1 et j'ai parlé à un membre du personnel du partenariat CSP ou à un prestataire et je comprends les services qui me sont offerts par le CSP.
- J'accepte de faire partie de ce programme et je comprends qu'en acceptant d'en faire partie, je donne la permission au Ministère de la Santé de l'État de New York, aux administrateurs de contrats et aux prestataires de soins de santé, notamment aux médecins, cliniques et / ou hôpitaux de communiquer (partager) des renseignements me concernant. Je comprends que cette information comprend mon information financière et d'assurance ainsi que mon information médicale liée au dépistage du cancer du sein, du col de l'utérus et / ou du cancer colorectal et de tout traitement lié au diagnostic et aux soins que je reçois. Je comprends que cette information sera communiquée (divulguée) aux autres prestataires de soins de santé, aux administrateurs de contrats, aux autres employés, aux prestataires de soins de santé ou organismes participant au Partenariat CSP et au Ministère de la Santé de l'État de New York pour mes soins de santé, le traitement et le suivi, et pour la gestion des cas, le suivi et à des fins de paiement.
- Je comprends que les renseignements me concernant ainsi que mes renseignements médicaux ne seront communiqués que dans les cas permis par le présent consentement ou tel que permis ou requis par la loi.
- Je comprends que ce consentement est destiné au dépistage du cancer effectué par le CSP et à d'autres services de diagnostic, de traitement et de gestion des cas, selon les besoins et tel que prévu dans le cadre du partenariat CSP.
- Je comprends que je peux choisir de refuser à tout moment les services qui me sont offerts.
- Je comprends que quelqu'un prendra contact avec moi si les résultats de mon examen de dépistage sont anormaux (mon test de dépistage montre la présence possible d'un cancer). Les services de gestion de cas sont fournis pour m'aider à obtenir le diagnostic recommandé, les analyses de suivi et le traitement, si nécessaire. Je comprends que les services de gestion de cas me sont fournis sans frais et qu'il est possible de refuser le service à tout moment.
- Je comprends que mon prestataire de soins de santé peut recommander des tests ou des procédures qui ne sont peut-être pas remboursables au titre du présent programme.

Attestation de participation

Un membre ou un prestataire du personnel du partenariat CSP m'a informé des services de programme et des critères de participation et a répondu à toutes mes questions. En signant ce consentement, j'atteste que je comprends cette information et en cochant les cases ci-dessous, j'atteste l'exactitude des renseignements suivants pour autant que je sache. Je comprends que le partenariat CSP et le Ministère de la Santé de l'État de New York s'assureront peut-être (vérifieront) de l'exactitude des renseignements que j'ai fournis dans le présent document.

Je remplis les critères de revenu suivants (sélectionnez une réponse):

- Le revenu de mon ménage est égal ou inférieur à 250 % au plafond de la pauvreté défini par les indicateurs Federal Poverty Guideline (FPG).
- Le revenu de mon ménage est supérieur à 250 % du plafond défini par les indicateurs FPG, mais je n'ai pas les moyens de payer les examens de dépistage du cancer.

Je remplis les critères d'assurance-maladie suivants (sélectionnez une réponse):

- Je n'ai aucun type d'assurance-maladie (cela comprend Medicare, Medicaid, Family Health Plus ou d'autres assurances-maladie publiques ou privées.)
- La franchise médicale, les paiements mensuels ou les cotisations de mon assurance-maladie sont trop élevés et m'empêchent d'obtenir des services de dépistage ou mon assurance-maladie ne prévoit pas de couverture pour le dépistage du cancer et/ou pour les diagnostics.

- J'autorise le partenariat à laisser un message sur mon répondeur contenant les renseignements sur mes services.

Renseignements et signature du patient

Nom du patient (En lettres majuscules) _____

Date de naissance _____

Signature du patient _____

Date _____

Témoin du partenariat (Signature) _____

Date _____