

## بيان حقائق تكميلي لمقدمي طلبات MEDI-CAL الخاصة بالأطفال فقط – تعليمات لمن هم دون سن 18 عام (MC 223C)

اقرأ كافة المعلومات أدناه قبل البدء. إذا كانت لديك أية أسئلة بشأن هذه الاستمارة، أو إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في تعبئتها، فيرجى الاتصال بوكالة الخدمات الاجتماعية في مقاطعتك.

سوف تُستخدم المعلومات التي تقدمها في هذه الاستمارة من قبل California Department of Social Services، Disability Determination Service Division. وسوف تتخذ تلك الوكالة قرار الإعاقة بشأن طلب Medi-Cal الخاص بالطفل. وللمساعدة على معالجة حالة الطفل بشكل أسرع، يرجى تعبئة أكبر قدر ممكن من هذه الاستمارة.

تشير كافة الأسئلة بهذه الاستمارة إلى الطفل – لذا يرجى تقديم معلومات عنه، وليس عنك أنت.

- اكتب أو اطبع بشكل واضح
- أجب على كافة الأسئلة بشكل وافٍ
- لا تتخطى أية أسئلة. إذا لم تكن تعرف الإجابات، فلا تتركها خالية
- اكتب "لا شيء" أو "لا أعلم" أو "لا ينطبق".

اذكر مستشفى/عيادة واحدة فقط أو طبيب/أخصائي علاج طبيعي واحد في كل بند من الجزء 5 – المعلومات الطبية. تأكد من إعطاء المعلومات التالية:

- الاسم الكامل للمستشفى/العيادة والطبيب/أخصائي العلاج الطبيعي
- العنوان
- رقم مستشفى/عيادة الطفل.

إذا لم يكن مقدم الطلب طفلاً دون سن 18، يتعين عليك استخدام الاستمارة المخصصة للبالغين (MC 223)، والتي يمكنك الحصول عليها من وكالة الخدمات الاجتماعية بمقاطعتك.

### معلومات بشأن تفويض الإفصاح عن المعلومات (MC 220)

- يرجى توفير تفويض واحد للإفصاح عن المعلومات (MC 220) لكل طبيب أو مستشفى أو عيادة أو أخصائي علاج طبيعي ذكرته في هذه الاستمارة.
- يتعين عليك التوقيع باسمك (وليس باسم الطفل) على سطر "الشخص المفوض للإفصاح" من استمارة MC 220 وتحديد المربع المناسب (ولي أمر قاصر أو وصي أو ممثل شخصي آخر). قم بتوقيع جميع استمارات MC 220 – لا توقع على استمارة واحدة وتقوم بنسخها.
- إذا ارتكبت خطأ، فيتعين عليك الاتصال بالمقاطعة للحصول على استمارة إصدار جديدة. لا تستخدم قلم تبييض أو تجري تصحيحات على تفويض الإفصاح عن المعلومات (MC 220).
- إذا كان على الشخص الذي يوقع على الإفصاح أن يوقع باستخدام "X" أو "علامة"، فيتعين أن تشمل "X" أو "العلامة" على توقيع شاهد وأن تبين علاقة الشاهد بالشخص الذي يفصح عن المعلومات.
- يتعين على كل طفل بلغ سن 12 عاماً أن يوقع على تفويض الإفصاح عن المعلومات (MC 220) إذا كانت إعاقته مرتبطة بالخدمات المتاحة من خلال برنامج موافقة القاصرين. يتعين على القاصر التوقيع على استمارة MC 220 كما يتعين تحديد خانة "خدمات موافقة القاصرين فقط".

يلزم استمارة MC 223C منفصلة لكل طفل يتقدم لبرنامج Medi-Cal استناداً إلى إعاقة. ابدأ تعبئة الاستمارة في صفحة 2.

County Use Only		
Case Number	Aid Code	County Number

بيان حقائق تكميلي لمقدمي  
طلبات MEDI-CAL الخاصة بالأطفال  
فقط – لمن هم دون سن 18 عام

الجزء 1 – المعلومات الشخصية

A. اسم الطفل (الاسم الأول والأوسط والأخير)	B. رقم Social Security	C. تاريخ الميلاد
--	------------------------	------------------

D. الجنس ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/>	E. الطول قدم _____ بوصة _____	F. الوزن بالأرطال
--	----------------------------------	-------------------

G. من الذي يعيش معه الطفل؟

الاسم	العلاقة	رقم الهاتف	<input type="checkbox"/> لا يوجد هاتف
-------	---------	------------	---------------------------------------

عنوان المنزل (الرقم والشارع)	المدينة	الولاية	الرمز البريدي
------------------------------	---------	---------	---------------

H. عنوان المراسلات البريدية (إذا كان مختلفاً عن عنوان المنزل)

العنوان (الرقم والشارع)	المدينة	الولاية	الرمز البريدي
-------------------------	---------	---------	---------------

I. الشخص الذي يتقدم بالطلب نيابة عن الطفل

الاسم	العلاقة	رقم الهاتف	<input type="checkbox"/> لا يوجد هاتف
-------	---------	------------	---------------------------------------

رقم هاتف الرسائل	اسم الشخص الذي ستترك الرسالة معه
------------------	----------------------------------

J. ما هي اللغة/اللهجة التي يتحدثها ويجيد قراءتها الشخص الذي يتقدم للطفل؟

الجزء 2 – أمراض الطفل أو إصاباته أو حالاته الطبية

County Use Only	متى بدأت؟ (الشهر/السنة)	A. ما هي أمراض الطفل أو إصاباته أو حالاته الطبية؟

County Use Only

## الجزء 3 – معلومات SOCIAL SECURITY/SSI

**A. هل قدم الطفل طلباً للحصول على إعانات الإعاقة Social Security أو Supplemental Security Income (SSI) خلال العامين الأخيرين؟**

إذا كانت الإجابة نعم، فيرجى الإجابة على ما يلي، وإذا كانت الإجابة لا، فيرجى التخطي إلى الجزء 4.

نعم   
لا

**B. هل طلب الإعاقة Social Security أو SSI:**

تمت الموافقة عليه التاريخ: \_\_\_\_\_ تم رفضه التاريخ: \_\_\_\_\_  
قيّد الاستئناف التاريخ: \_\_\_\_\_ قيّد النظر التاريخ: \_\_\_\_\_

غير معروف

**C. هل ازدادت المشكلة (المشكلات) الطبية للطفل سوءاً منذ القرار؟**

إذا كانت الإجابة نعم، فيرجى التوضيح:

نعم   
لا

**D. هل تعرض الطفل لأي مشكلات طبية جديدة منذ تاريخ رفض إعاقته Social Security/SSI؟**

إذا كانت الإجابة نعم، فما هي المشكلات ومتى بدأت؟

نعم   
لا

## الجزء 4 – مصادر خاصة ومعلومات المدرسة

**A. هل خضع الطفل على الإطلاق لاختبار أو تقييم بواسطة أي من الوكالات التالية، أو هل لدى أي من هذه الوكالات سجلات أو معلومات طبية عن الطفل؟**

لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	المراكز الإقليمية (Regional Centers)
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	خدمات كاليفورنيا للأطفال (California Children's Services)
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	مركز تقييم النمو (Developmental Evaluation Center)
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	برنامج النساء والرضع والأطفال (WIC) نعم (Women, Infants, and Children Program)
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	وكالة الصحة العقلية (Mental Health Agency)
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	أي وكالة أخرى

**B. إذا كانت الإجابة نعم على أي من الأسئلة أعلاه، فأكمل المعلومات التالية.**

1. اسم الوكالة رقم هاتف الوكالة

العنوان (الرقم والشارع) المدينة الولاية الرمز البريدي

اسم المستشار والأخصائي الاجتماعي وأخصائي العلاج الطبيعي وخلافه رقم الهاتف

نوع الاختبار أو التقييم، إن وجد (على سبيل المثال، الرؤية أو السمع أو التخاطب أو بدني أو نفسي)

تاريخ الاختبار أو التقييم رقم ID الخاص بالطفل أو رقم المطالبة

(MC 220) signed

County Use Only

(MC 220) signed 

رقم هاتف الوكالة		2. اسم الوكالة	
الرمز البريدي	الولاية	المدينة	العنوان (الرقم والشارع)
رقم الهاتف		اسم المستشار والأخصائي الاجتماعي وأخصائي العلاج الطبيعي وخلافه	
نوع الاختبار أو التقييم، إن وجد (على سبيل المثال، الرؤية أو السمع أو التخاطب أو بدني أو نفسي)			
رقم ID الخاص بالطفل أو رقم المطالبة		تاريخ الاختبار أو التقييم	

(MC 220) signed 

<b>C. هل يحضر/حضر الطفل أي نوع من الحضانات أو الرعاية النهارية و/أو برنامج بعد المدرسة؟</b>			
إذا كانت الإجابة نعم، فيرجى إكمال المعلومات التالية:			نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
رقم الهاتف		اسم البرنامج	
الرمز البريدي	الولاية	المدينة	العنوان (الرقم والشارع)
رقم الهاتف		الشخص المسؤول عن الاتصالات	
الرمز البريدي		تواريخ الحضور	

(MC 220) signed 

<b>D. هل الطفل ملتحق/المتحق بمدرسة؟</b>			
إذا كانت الإجابة نعم، فيرجى إكمال المعلومات التالية: إذا كانت الإجابة لا، فيرجى التخطي إلى البند H			نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
رقم الهاتف		1. اسم المدرسة	
الرمز البريدي	الولاية	المدينة	العنوان (الرقم والشارع)

(MC 220) signed 

اسم المُعلم			
رقم الهاتف		2. اسم المدرسة	
الرمز البريدي	الولاية	المدينة	العنوان (الرقم والشارع)
اسم المُعلم			

**E. هل توفر المدرسة أي إقامات خاصة للطفل (على سبيل المثال: أثاث قابل للتعديل، مدرجات كراسي متحركة، أو مساعدة أو رعاية إضافية)؟**

إذا كانت الإجابة نعم، فما نوع الإقامة؟			نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
--	--	--	---

**F. هل الطفل ملتحق ببرنامج تعليم خاص؟**

إذا كانت الإجابة نعم، فما نوع البرنامج التعليم الخاص؟			نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
---	--	--	---

County Use Only

**G. هل لديك نسخة من خطة Individualized Education Plan الخاصة بالطفل (IEP) – التقرير الذي يوضح فيه المعلم مشكلات الطفل ويسرد فيه خطط تصحيحها؟**

(MC 220) signed 

نعم   
لا

إذا كانت الإجابة نعم، فيرجى توفير نسخة.

**H. هل يتلقى الطفل أي استشارات خاصة أو تعليم خاص؟**

نعم   
لا

إذا كانت الإجابة نعم، فأكمل المعلومات التالية (إذا كنت بحاجة إلى مساحات إضافية، فيمكنك إضافة صفحات):

هل يتم تلقي استشارات أو تعليم خاص في المدرسة؟  
هل يتم تلقي استشارات أو تعليم خاص خارج المدرسة؟

نعم  لا   
نعم  لا

إذا كانت الإجابة نعم، فيرجى إكمال ما يلي:

اسم المستشار أو المعلم الخاص رقم الهاتف

عنوان الشارع (الرقم والشارع) المدينة الولاية الرمز البريدي

تكرار الزيارات تاريخ بدء العلاج تاريخ انتهاء العلاج (في حالة اكتماله)

**I. هل تلقى/يتلقى الطفل أي علاج خاص (بدني أو للتخاطب واللغة أو مهني) أو أي خدمات أخرى لأمراضه أو إصاباته؟ أدرج معلومات عن أي علاج يتلقاه الطفل من والد أو وصي أو موفر رعاية أو في المدرسة.**

نعم   
لا

إذا كانت الإجابة نعم، فيرجى إكمال المعلومات التالية عن العلاج:

1. اسم أخصائي العلاج الطبيعي رقم الهاتف

عنوان الشارع (الرقم والشارع) المدينة الولاية الرمز البريدي

(MC 220) signed 

الشخص الذي وصف/وضع العلاج نوع العلاج

تكرار الزيارات تاريخ بدء العلاج تاريخ انتهاء العلاج (في حالة اكتماله)

2. اسم أخصائي العلاج الطبيعي رقم الهاتف

عنوان الشارع (الرقم والشارع) المدينة الولاية الرمز البريدي

(MC 220) signed 

الشخص الذي وصف/وضع العلاج نوع العلاج

تكرار الزيارات تاريخ بدء العلاج تاريخ انتهاء العلاج (في حالة اكتماله)

County Use Only

## الجزء 5 – المعلومات الطبية

A. هل دخل الطفل إلى عيادة أو مستشفى لعلاج أي مرض أو إصابة أو حالة طبية خلال الـ 12 شهراً الماضية؟

 نعم  
 لا

إذا كانت الإجابة لا، فإذهب إلى الجزء 6. إذا كانت الإجابة نعم، فيرجى الإجابة على ما يلي بشكل وافٍ:

التواريخ		نوع الزيارة (الزيارات)	1. اسم المستشفى/العيادة
تاريخ الخروج	تاريخ الدخول	<input type="checkbox"/> إقامة مريض داخلي (أقام ليلة على الأقل)	
		<input type="checkbox"/> زيارة مريض خارجي (تم إرساله إلى المنزل في نفس اليوم)	
		<input type="checkbox"/> زيارة غرفة الطوارئ	
الرمز البريدي	الولاية	المدينة	عنوان الشارع (الرقم والشارع)
رقم الملف بالمستشفى/العيادة			رقم الهاتف

(MC 220) signed 

سبب الزيارات

ما العلاج الذي تلقاه الطفل؟

ما الطبيب (الأطباء) الذين زارهم الطفل في هذا المستشفى بصفة منتظمة؟

التواريخ		نوع الزيارة (الزيارات)	2. اسم المستشفى/العيادة
تاريخ الخروج	تاريخ الدخول	<input type="checkbox"/> إقامة مريض داخلي (أقام ليلة على الأقل)	
		<input type="checkbox"/> زيارة مريض خارجي (تم إرساله إلى المنزل في نفس اليوم)	
		<input type="checkbox"/> زيارة غرفة الطوارئ	
الرمز البريدي	الولاية	المدينة	عنوان الشارع (الرقم والشارع)
رقم الملف بالمستشفى/العيادة			رقم الهاتف

(MC 220) signed 

سبب الزيارات

ما العلاج الذي تلقاه الطفل؟

ما الطبيب (الأطباء) الذين زارهم الطفل في هذا المستشفى بصفة منتظمة؟

County Use Only

إذا كنت بحاجة إلى مساحة إضافية، فيرجى استخدام الجزء 9 – ملاحظات (الصفحة 9). يرجى أن تتذكر التوقيع على تفويض الإفصاح عن المعلومات (MC 220) للمستشفى (المستشفيات)/العيادة (العيادات) التي سردتها في الصفحة 6.

B. هل زار الطفل خلال الـ 12 شهراً الماضية أي طبيب/أخصائي علاج طبيعي، غير مذكور في البند A؟

(MC 220) signed 

رقم الهاتف		اسم الطبيب أو أخصائي العلاج الطبيعي	
الرمز البريدي	الولاية	المدينة	عنوان الشارع (الرقم والشارع)
تاريخ الموعد التالي		تاريخ الزيارة الأخيرة	تاريخ الزيارة الأولى
سبب (أسباب) الزيارات			
ما العلاج الذي تلقاه الطفل؟			

(MC 220) signed 

رقم الهاتف		اسم الطبيب أو أخصائي العلاج الطبيعي	
الرمز البريدي	الولاية	المدينة	عنوان الشارع (الرقم والشارع)
تاريخ الموعد التالي		تاريخ الزيارة الأخيرة	تاريخ الزيارة الأولى
سبب (أسباب) الزيارات			
ما العلاج الذي تلقاه الطفل؟			

County Use Only

## الجزء 6 – الأدوية

هل يتناول الطفل حالياً أي أدوية موصوفة للأمراض أو الإصابات أو الحالات الطبية؟

إذا كانت الإجابة نعم، فأخبرنا بما يلي:  نعم  لا

الأدوية الموصوفة	اسم الطبيب	سبب تناول الدواء	التأثيرات الجانبية، إن وجدت

إذا كان لدى الطفل أدوية إضافية موصوفة، فأذكرها في الجزء 9 - ملاحظات

County Use Only

(MC 220) signed 

## الجزء 7 - الاختبارات

هل خضع الطفل أو سيخضع لأي اختبارات طبية للأمراض أو الإصابات أو الحالات الطبية؟

إذا كانت الإجابة نعم، فأخبرنا بما يلي:

نعم   
لا 

من أرسل الطفل للاختبار؟	متى تم إجراء الاختبار؟ (اسم المرفق)	وقت إجراء الاختبار في الماضي أو المستقبل؟ (الشهر، السنة)	نوع الاختبار
			EKG (اختبار السمع)
			Treadmill (اختبار التمرينات)
			Cardiac Catheterization
			Biopsy (Name of Body Part)
			Speech/Language
			Hearing Test
			Vision Test
			IQ Test
			EEG (اختبار موجات المخ)
			HIV Test
			Blood Test (Not HIV)
			Breathing Test
			X-Ray (Name of Body Part)
			MRI/CAT Scan (Name of Body Part)

إذا كان الطفل قد أجرى اختبارات أخرى، فاذكرها في الجزء 9 - ملاحظات

(MC 220) signed 

## الجزء 8 - تاريخ العمل

هل عمل الطفل على الإطلاق؟

إذا كانت الإجابة نعم، فأكمل ما يلي:

نعم   
لا 

تواريخ العمل

اسم صاحب العمل

الرمز البريدي	الولاية	المدينة	عنوان الشارع (الرقم والشارع)
---------------	---------	---------	------------------------------

رقم الهاتف

اسم المشرف

أذكر المسمى الوظيفي للطفل وصِف بإيجاز العمل وأي مشكلات ربما واجهها الطفل أثناء القيام بعمله.

### الجزء 9 – ملاحظات

### الجزء 10 – التوقيع والاعتماد

أقر تحت عقوبة الحنث باليمين بموجب قوانين State of California أن الإجابات التي قدمتها في استمارة Supplemental Statement of Facts for Medi-Cal form الحالية والمستندات المقدمة صحيحة ودقيقة وفق أفضل معلوماتي ومعتقداتي.

التاريخ	العلاقة بالطفل			1. توقيع الشخص مقدم الطلب نيابة عن الطفل	
رقم الهاتف	الرمز البريدي	الولاية	المدينة	العنوان (الرقم والشارع)	
التاريخ	العلاقة بالشخص مقدم الطلب نيابة عن الطفل			2. توقيع الشاهد (إذا اقتضى الأمر)	
رقم الهاتف	الرمز البريدي	الولاية	المدينة	العنوان (الرقم والشارع)	