

僅限用於**MEDI-CAL**兒童申請人的事實補充聲明 — **18歲以下(MC 223C)** 說明

開始填寫前請閱讀下列所有說明。如果對表格有任何問題，或填寫時需要幫助，請致電您所在縣的社會服務機構。

您在此表上所提供的資訊將供California Department of Social Services, Disability Determination Service Division使用。該機構將對兒童的Medi-Cal申請做出殘疾評定。為加快孩子的評定速度，請盡量完整填寫表格內容。

此表上所有問題指的都是孩子——請填寫關於他/她的資訊，不要填寫你自己的資訊。

- 打字或正楷清楚填寫
- 完整回答所有問題
- 不要遺漏問題。不知道答案也不要不填。
請填寫「無」、「不知道」或「不適用」。

在第5部分（醫療資訊部分）僅列舉一家醫院/診所或一位醫生/治療師。務必填寫以下資訊：

- 醫院/診所及醫生/治療師的全名
- 地址
- 孩子的醫院/診所號碼

如果申請人不是**18歲以下**兒童，您必須使用成人專用表格**(MC 223)**，該表格可向您所在縣的社會服務機構索取。

「資訊披露授權表」(MC 220)的相關資訊

- 請為您表上列舉的每名醫生、每家醫院、診所或每位治療師提供一份「資訊披露授權表」(MC 220)。
- 您必須在MC 220的「個人授權披露」欄簽署您的名字（不是您孩子的名字），並勾選相應的選項框（未成年人家長、監護人或其他個人代表）。每份MC 220都要簽名——切勿簽署一份而後複印。
- 如果填錯，必須聯繫縣裡索要新的授權表。請勿使用塗改液或塗改「資訊披露授權表」(MC 220)。
- 如果簽署授權表的人必須用「X」或「記號」簽名，「X」或「記號」必須包含證人簽名，並說明證人和資訊披露人之間的關係。
- 如果殘疾是與「未成年人同意計劃」提供的服務有關，年滿**12歲**的任何兒童必須簽署他或她本人的「資訊披露授權表」(MC 220)。未成年人必須簽署MC 220，並需勾選「僅限未成年人同意服務」選項框。

因殘疾申請**Medi-Cal**的每名兒童必須單獨填寫**MC 223C**表。請在第2頁開始填表。

僅限用於**MEDI-CAL**兒童申請人的事實
補充聲明 — 18歲以下

County Use Only		
County Number	Aid Code	Case Number

第1部分——個人資料

A. 兒童姓名 (名, 中間名, 姓)		B. Social Security 號碼		C. 出生日期	
D. 性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		E. 身高 英尺_____ 英寸_____		F. 體重 (磅)	
G. 該兒童和誰一同生活?					
姓名		關係	電話號碼		<input type="checkbox"/> 無電話
家庭住址 (街道, 門牌號)		城市		州	郵編
H. 郵寄地址 (若與家庭地址不一致)					
地址 (街道, 門牌號)		城市		州	郵編
I. 兒童的代理申請人					
姓名		關係	電話號碼		<input type="checkbox"/> 無電話
留言電話號碼			收留言人的姓名		
J. 兒童代理申請人最擅長讀說哪種語言/方言?					

第2部分——兒童的病、傷或健康狀況

第2部分——兒童的病、傷或健康狀況		County Use Only
A. 該兒童的病、傷或健康狀況怎樣?	何時開始的? (月/年)	
		County Use Only

第3部分— SOCIAL SECURITY/SSI資料

County Use Only

A. 該兒童過去兩年裡是否申請過Social Security殘疾或Supplemental Security Income (SSI)補貼？

<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如果是，請回答以下問題，如果否，請直接跳到第4部分。
--	----------------------------

B. Social Security或SSI殘疾申請：

<input type="checkbox"/> 批准 日期: _____	<input type="checkbox"/> 拒絕 日期: _____	<input type="checkbox"/> 不詳
<input type="checkbox"/> 上訴中 日期: _____	<input type="checkbox"/> 待決中 日期: _____	

C. 上次決定後該兒童的健康狀況是否發生惡化？

<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如果是，請詳細說明：
--	------------

D. 上次Social Security/SSI否決之日後該兒童是否出現新的健康狀況？

<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如果是，請說明具體狀況及開始時間？
--	-------------------

第4部分——特殊來源及學校資料

A. 下列任何機構是否曾為該兒童做過測試或評估，或掌握其醫療記錄或資料？

地區中心 (Regional Centers)	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
加州兒童服務計劃 (California Children's Services)	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
發育評估中心 (Developmental Evaluation Center)	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
婦女、嬰兒和兒童(WIC)計畫 (Women, Infants, and Children Program)	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
心理健康機構 (Mental Health Agency)	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
其他任何機構	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否

(MC 220) signed

B. 如果對上述任何問題做出肯定回答，請填寫以下資料。

1. 機構名稱	機構電話號碼		
地址（街道，門牌號）	城市	州	郵編
輔導員、個案工作者、治療師等人姓名	電話號碼		
測試或評估的類型（若有）（如視力、聽力、語言、生理、心理）			
測試或評估日期	兒童的ID號或索賠編號		

2. 機構名稱		機構電話號碼	
地址（街道，門牌號）		城市	州 郵編
輔導員、個案工作者、治療師等人姓名		電話號碼	
測試或評估的類型（若有）（如視力、聽力、語言、生理、心理）			
測試或評估日期		兒童的ID號或索賠編號	
C. 該兒童是否正在/曾經參與任何類型的學前教育、日托和/或課後計劃？			
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如果是，請填寫以下資料：		
計劃名稱		電話號碼	
地址（街道，門牌號）		城市	州 郵編
連絡人		參與日期	
D. 該兒童是否在上學/上過學？			
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如果是，請填寫以下資料： 如果否，請跳到第H節		
1. 學校名稱		電話號碼	
地址（街道，門牌號）		城市	州 郵編
教師姓名			
2. 學校名稱		電話號碼	
地址（街道，門牌號）		城市	州 郵編
教師姓名			
E. 學校是否為該兒童做出過特別照顧（如：定制傢俱、輪椅坡道、額外協助或關注）？			
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如果是，是什麼類型的照顧？		
F. 該兒童是否參加過特殊教育計劃？			
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如果是，是什麼類型的特殊教育計劃？		

County Use Only

 (MC 220) signed (MC 220) signed (MC 220) signed (MC 220) signed

G. 您是否有孩子的Individualized Education Plan副本（IEP——即教師說明孩子問題，列出糾正計劃的報告）？

County Use Only

是
 否
如果是，請提供副本。

(MC 220) signed

H. 該兒童是否接受過特別輔導或教育？

是
 否
如果是，請填寫以下資料（如果需要更多書寫空間，可以加頁）：

輔導或教育是否在校內提供？ 是 否
輔導或教育是否在校外提供？ 是 否

如果是，請填寫以下資料：

輔導員或老師姓名： 電話號碼

地址（街道、門牌號） 城市 州 郵編

就診頻率 治療開始日期 治療結束日期（若完成治療）

I. 該兒童是否因病或因傷接受/曾經接受任何特殊治療（身體、講話和語言、職業）或其他服務？請說明該兒童從父母、監護人、看護或學校接受的任何治療資訊。

是
 否
如果是，請填寫與治療有關的以下資料：

1. 治療師姓名 電話號碼

地址（街道、門牌號） 城市 州 郵編

(MC 220) signed

指定/設計該治療者 治療類型

就診頻率 治療開始日期 治療結束日期（若完成治療）

2. 治療師姓名 電話號碼

地址（街道、門牌號） 城市 州 郵編

(MC 220) signed

指定/設計該治療者 治療類型

就診頻率 治療開始日期 治療結束日期（若完成治療）

第5部分——醫療資訊

County Use Only

A. 該兒童是否在過去12個月中因病、傷或健康狀況去過診所或醫院？

- 是
- 否

如果否，轉到第6部分。如果是，請完整回答以下問題：

1. 醫院/診所名稱	就診類型	日期	
	<input type="checkbox"/> 住院 (至少在醫院過夜)	入院日期	出院日期
	<input type="checkbox"/> 門診 (當天回家)		
	<input type="checkbox"/> 急診		
地址 (街道、門牌號)	城市	州	郵編
電話號碼	醫院/診所檔案編號		
就診原因			
該兒童接受了何種治療？			
該兒童定期看了醫院的哪位 (些) 醫生？			
2. 醫院/診所名稱	就診類型	日期	
	<input type="checkbox"/> 住院 (至少在醫院過夜)	入院日期	出院日期
	<input type="checkbox"/> 門診 (當天回家)		
	<input type="checkbox"/> 急診		
地址 (街道、門牌號)	城市	州	郵編
電話號碼	醫院/診所檔案編號		
就診原因			
該兒童接受了何種治療？			
該兒童定期看了醫院的哪位 (些) 醫生？			

(MC 220) signed

(MC 220) signed

如果需要更多書寫空間，請使用第9部分——評論（第9頁）。請別忘記給您在第6頁上列出的醫院/診所簽署一份「資訊披露授權表」（MC 220）。

County Use Only

B. 該兒童是否在過去12個月內接受過任何第A節未曾列出的醫生/治療師的治療？

1. 醫生或治療師姓名		電話號碼	
地址（街道、門牌號）		城市	州
			郵編
首次就診日期	末次就診日期	下次預約日期	
就診原因			
該兒童接受了何種治療？			

(MC 220) signed

2. 醫生或治療師姓名		電話號碼	
地址（街道、門牌號）		城市	州
			郵編
首次就診日期	末次就診日期	下次預約日期	
就診原因			
該兒童接受了何種治療？			

(MC 220) signed

第6部分——用藥

County Use Only

該兒童是否因病、因傷或健康問題服用任何處方藥？

是
 否

如果是，說明以下資訊：

處方藥	醫生姓名	用藥原因	副作用，若有

如果該兒童使用其他處方藥，請在第9部分（評論）中列出

第7部分——測試

County Use Only

該兒童是否曾經，或他/她是否將會接受任何病、傷或健康問題的醫療測試？

(MC 220) signed

是
 否
 如果是，說明以下資訊：

測試類型	曾經/未來的測試時間？ (月，年)	測試地點？ (測試點名稱)	誰讓孩子進行的測試？
EKG (心臟測試)			
Treadmill (運動測試)			
Cardiac Catheterization			
Biopsy (Name of Body Part)			
Speech/Language			
Hearing Test			
Vision Test			
IQ Test			
EEG (腦電波測試)			
HIV Test			
Blood Test (Not HIV)			
Breathing Test			
X-Ray (Name of Body Part)			
MRI/CAT Scan (Name of Body Part)			

如果該兒童進行過其他測試，請在第9部分（評論）中列出

第8部分——工作經歷

(MC 220) signed

孩子是否有過工作經歷？

是
 否
 如果是，請填寫以下資料：

工作日期

雇主姓名

地址（街道、門牌號）

城市

州

郵編

電話號碼

主管姓名

列出孩子的職務名稱，簡述孩子在工作期間的任務和遇到的問題。

第9部分——評論

第10部分——簽字和認證

本人在此聲明這份Supplemental Statement of Facts for Medi-Cal form和相關文件上的答案據我所知是真實無誤的，如有違反願受State of California法律偽證罪處罰。

1. 兒童代理申請人簽名		與兒童關係			日期
地址（街道，門牌號）	城市	州	郵編	電話號碼	
2. 證人簽名（如需要）		與兒童申請代理人的關係			日期
地址（街道，門牌號）	城市	州	郵編	電話號碼	