

18세 미만의 어린이 지원자를 위한MEDI-CAL 보완 진술서(MC 223C) 작성 지침

시작하시기 전에 아래의 정보 전체를 읽으십시오. 이 양식에 관해 질문이 있으시거나 작성과 관련하여 도움이 필요하시면 귀하 카운티의 소셜 서비스 에이전시에게 연락하십시오.

본 양식에서 여러분이 제공하신 정보는 California Department of Social Services, Disability Determination Service Division 에서 사용될 것입니다. 이 에이전시는 이 어린이의 Medi-Cal 신청내용 중에서 장애와 관련된 결정을 내릴 것입니다. 이 어린이의 케이스가 신속히 처리될 수 있도록 본 양식을 최대한 자세하게 작성해 주십시오.

본 양식에 수록된 모든 질문은 이 어린이에 관한 것이니 여러분이 아닌 그 어린이에 관한 정보를 제공하셔야 합니다.

- 정자로 타이프 또는 기록하십시오
- 모든 질문에 완전하게 답변해 주십시오
- 질문에 빠짐없이 답해 주십시오. 답변을 알지 못하시더라도 공란으로 두지 마십시오. "없음," "모름," 또는 "해당되지 않음"이라고 기록하십시오.

파트 5 – 의료정보의 각 섹션에는 하나의 병원/클리닉, 또는 의사/치료사만을 기록하십시오. 아래의 정보를 반드시 기입하십시오:

- 병원/클리닉 및 의사/치료사의 성명
- 주소
- 어린이의 병원/클리닉 번호.

만일 신청자가 18세 미만의 어린이가 아니라면, 반드시 귀하 카운티의 소셜 서비스 에이전시에서 얻을 수 있는 특별히 성인만을 위한 양식(MC 223)을 사용하셔야 합니다.

정보의 공개 허가(MC 220)와 관련한 정보

- 귀하가 본 양식에 기록한 의사, 병원, 클리닉, 또는 치료사 각각에게 개별적으로 정보의 공개 허가(MC 220) 양식을 제공하셔야 합니다.
- MC 220 의 "공개의 개별 허가"라인에 귀하의 이름(어린이의 이름이 아님)을 반드시 서명하시고 해당 박스(미성년자의 부모, 보호자, 또는 다른 개인적인 대리인)에 체크하십시오. 모든 MC 220 에 서명하십시오 – 하나에만 서명하고 복사하시면 안됩니다.
- 만일 작성 시에 실수가 있었으면 카운티에 연락하셔서 새로운 공개 양식을 받으십시오. 정보의 공개 허가(MC 220) 양식에 화이트아웃을 사용하거나 수정하시면 안됩니다.
- 본 공개 양식에 “X” 또는 “마크”와 함께 서명을 하셔야 하는 분은, “X” 또는 “마크”에 반드시 증인의 서명을 포함시키고 본 양식을 공개하는 분과 그 증인과의 관계를 기술하셔야 합니다.
- 12세가 된 어린이들은 만일 그들이 갖고 있는 장애가 미성년자 동의 프로그램을 통해 받을 수 있는 서비스와 연계되어 있다면 누구라도 본인의 정보의 공개 허가 (MC 220) 양식에 서명을 해야 합니다. 그 미성년자는 반드시 MC 220 에 서명을 해야 하며 "미성년자가 동의한 서비스만 해당" 박스에 체크해야 합니다.

장애로 인한 Medi-Cal 을 신청하는 각 어린이는 별도의 MC 223C 양식을 제출해야 합니다. 양식의 페이지 2부터 작성을 시작하십시오.

18세 미만의 어린이 지원자를 위한MEDI-CAL 보완 진술서

County Use Only		
County Number	Aid Code	Case Number

파트 1 — 개인정보

A. 어린이의 성명 (이름, 중간이름, 성)		B. Social Security 번호		C. 생년월일	
D. 성별 <input type="checkbox"/> 남자 <input type="checkbox"/> 여자		E. 신장 피트 _____ 인치 _____		F. 체중 (파운드)	
G. 누가 이 어린이와 같이 살고 있습니까?					
성명		관계	전화번호		<input type="checkbox"/> 전화 없음
집 주소 (지번, 거리)		시	주	우편번호	
H. 우편물 수령 주소 (집 주소와 다를 경우)					
주소 (지번, 거리)		시	주	우편번호	
I. 이 어린이를 위해 신청하는 사람					
이름		관계	전화번호		<input type="checkbox"/> 전화 없음
메시지를 남길 수 있는 전화번호			메시지를 받을 사람의 이름		
J. 이 어린이를 위해 신청하는 사람이 가장 잘 말하고 읽을 수 있는 언어는 무엇입니까?					

파트 2 — 어린이의 질환, 부상, 또는 의학적 상태

파트 2 — 어린이의 질환, 부상, 또는 의학적 상태		County Use Only
A. 이 어린이의 질환, 부상, 또는 의료적 상태는 어떻습니까?	언제부터 시작된 것입니까? (월/연도)	

파트 3 — SOCIAL SECURITY/SSI 정보

County Use Only

A. 이 어린이가 지난 2년 내에 Social Security 장애 또는 Supplemental Security Income (SSI) 장애 혜택을 신청한 적이 있습니까?

<input type="checkbox"/> 예	만일 '예'이면, 다음에 대답하시고, 만일 '아니오'이면 파트 4로 가십시오.
<input type="checkbox"/> 아니오	

B. Social Security 또는 SSI 장애 신청의 현재 상태:

<input type="checkbox"/> 승인	일자: _____	<input type="checkbox"/> 거부	일자: _____	<input type="checkbox"/> 모름
<input type="checkbox"/> 이의 신청	일자: _____	<input type="checkbox"/> 보류	일자: _____	

C. 그러한 결정이 있는 후에 이 어린이의 의학적 문제(들)가/이 더 나빠졌습니까?

<input type="checkbox"/> 예	만일 '예'이면, 자세히 설명하십시오:
<input type="checkbox"/> 아니오	

D. Social Security/SSI 장애 신청이 거부된 날 이후에 이 어린이에게 어떤 새로운 의학적 문제가 있습니까?

<input type="checkbox"/> 예	만일 '예'이면, 어떤 문제이고 언제 시작되었습니까?
<input type="checkbox"/> 아니오	

파트 4 — 특별 소스 및 학교 정보

A. 이 어린이가 아래의 에이전시 중 어느 곳에서라도 검사 또는 평가를 받은 적이 있습니까, 또는 이들 에이전시 중 어느 누구라도 이 어린이에 관한 의료기록 또는 정보를 갖고 있습니까?

지역 센터들 (Regional Centers)	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니오
캘리포니아 아동 서비스 (California Children's Services)	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니오
발달 평가 센터 (Developmental Evaluation Center)	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니오
여성, 유아 및 아동 (WIC) 프로그램 (Women, Infants, and Children Program)	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니오
정신건강 에이전시 (Mental Health Agency)	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니오
기타 다른 에이전시	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니오

B. 만일 위의 어느 한 질문에라도 "예"이면, 다음의 정보를 완성하십시오.

(MC 220) signed

1. 에이전시 이름		에이전시 전화번호	
주소 (지번, 거리)	시	주	우편번호
상담사, 케이스 담당자, 치료사, 등등의 이름		전화번호	
만일 있었다면, 검사 또는 평가의 유형(예를 들어, 시력, 청력, 스피치, 신체, 심리학적)			
검사 또는 평가일자	이 어린이의 ID 번호 또는 클레임 번호		

2. 에이전시 이름		에이전시 전화번호	
주소 (지번, 거리)	시	주	우편번호
상담사, 케이스 담당자, 치료사, 등등의 이름		전화번호	
만일 있었다면, 검사 또는 평가의 유형(예를 들어, 시력, 청력, 스피치, 신체, 심리학적)			
검사 또는 평가일자	이 어린이의 ID 번호 또는 클레임 번호		

County Use Only

(MC 220) signed

C. 이 어린이는 어떠한 유형의 프리스쿨, 데이케어 및 방과후 학교 프로그램이라도 다니고 있습니까/다녔습니까?

예 만일 '예'이면, 다음의 정보를 완성하십시오:
 아니오

프로그램 이름	전화번호		
주소 (지번, 거리)	시	주	우편번호
연락할 수 있는 사람	다닌 일자		

(MC 220) signed

D. 이 어린이는 학교에 다니고 있습니까/다녔습니까?

예 만일 '예'이면, 다음의 정보를 완성하십시오:
 아니오 만일 '아니오'이면, 섹션 H로 가십시오.

1. 학교의 이름

전화번호	
주소 (지번, 거리)	시 주 우편번호

교사의 이름

2. 학교의 이름

전화번호	
주소 (지번, 거리)	시 주 우편번호

교사의 이름

(MC 220) signed

(MC 220) signed

E. 그 학교에서 이 어린이를 위한 어떤 특별한 편의시설 (예: 조정이 가능한 가구, 휠체어 램프, 별도의 지원 또는 관심)을 제공하였습니까?

예 만일 '예'이면, 어떤 유형의 편의시설이었습니까?
 아니오

F. 이 어린이는 어떤 특별 교육 프로그램을 받고 있습니까?

예 만일 '예'이면, 어떤 유형의 특별 교육 프로그램입니까?
 아니오

G. 이 어린이의 Individualized Education Plan (IEP—교사가 어린이의 문제들을 요약하고 그것들을 바로 잡을 계획을 기록한 보고서) 사본을 갖고 계십니까?

County Use Only

예
 아니오

만일 '예'이면, 사본을 제출하십시오.

(MC 220) signed

H. 이 어린이는 어떤 특별한 상담 또는 개인지도를 받고 있습니까?

예
 아니오

만일 '예'이면, 아래의 정보를 완성하십시오(공간이 더 필요하시면, 페이지를 추가하셔도 됩니다):

상담 또는 개인지도를 학교 안에서 받고 있습니까? 예 아니오
 상담 또는 개인지도를 학교 밖에서 받고 있습니까? 예 아니오

만일 '예'이면, 다음을 완성하십시오:

카운슬러 또는 개인지도교사의 이름		전화번호	
주소 (지번, 거리)	시	주	우편번호
방문빈도	치료 시작일자	치료 종료일자 (만일 종료되었다면)	

I. 이 어린이는 어떤 특별한 치료(신체적, 스피치 및 언어, 직업적) 또는 질환 또는 부상에 관한 기타 다른 서비스를 받고 있습니까/받았습니까? 부모, 보호자, 돌보는 사람, 또는 학교에서 이 어린이가 받은 어떠한 치료에 관한 정보라도 포함하십시오.

예
 아니오

만일 '예'이면, 그 치료에 관하여 다음의 정보를 완성하십시오:

1. 치료사의 이름

전화번호

주소 (지번, 거리)	시	주	우편번호
그 치료를 처방하고/디자인한 사람	치료의 유형		
방문빈도	치료 시작일자	치료 종료일자 (만일 종료되었으면)	

(MC 220) signed

2. 치료사의 이름

전화번호

주소 (지번, 거리)	시	주	우편번호
그 치료를 처방하고/디자인한 사람	치료의 유형		
방문빈도	치료 시작일자	치료 종료일자 (만일 종료되었으면)	

(MC 220) signed

파트 5 — 의학적 정보

County Use Only

A. 이 어린이가 지난 12개월 내에 어떤 질환, 부상, 또는 의학적 상태로 인해 클리닉 또는 병원에 간 적이 있습니까?

예 만일 ‘아니오’이면, 파트 6으로 가십시오. 만일 ‘예’이면, 다음의 질문들에 완전히 대답해 주십시오:
 아니오

1. 병원/클리닉의 이름	방문(들)의 유형	일자	
		입원일	퇴원일
	<input type="checkbox"/> 입원가료 (적어도 하루 밤을 입원)		
	<input type="checkbox"/> 외래환자 가료 (당일 날 귀가)		
	<input type="checkbox"/> 응급실 가료		
주소 (지번, 거리)	시	주	우편번호
전화번호	병원/클리닉 파일번호		

(MC 220) signed

방문이유

이 어린이는 어떤 치료를 받았습니까?

정기적으로 어느 의사(들)가/이 그 병원에서 이 어린이를 치료하였습니까?

2. 병원/클리닉의 이름	방문(들)의 유형	일자	
		입원일	퇴원일
	<input type="checkbox"/> 입원가료 (적어도 하루 밤을 입원)		
	<input type="checkbox"/> 외래환자 가료 (당일 날 귀가)		
	<input type="checkbox"/> 응급실 가료		
주소 (지번, 거리)	시	주	우편번호
전화번호	병원/클리닉 파일번호		

(MC 220) signed

방문이유

이 어린이는 어떤 치료를 받았습니까?

정기적으로 어느 의사(들)가/이 그 병원에서 이 어린이를 치료하였습니까?

더 공간이 필요하시면, 파트 9 — 참조 (페이지 9)를 사용하십시오. 페이지 6에 기록하신 병원(들)/클리닉(들)에 대한 정보의 공개에 관한 허가 (MC 220) 양식에 반드시 서명하십시오.

County Use Only

B. 이 어린이는 지난 12개월 내에 섹션 A 에 기록하지 않은 어떤 의사/치료사의 치료를 받은 적이 있습니까?

(MC 220) signed

1. 의사 또는 치료사의 이름		전화번호	
주소 (지번, 거리)	시	주	우편번호
첫 번째 방문일	마지막 방문일	다음 번 예약일	
방문(들)의 이유(들)			

이 어린이는 어떤 치료를 받았습니까?

(MC 220) signed

2. 의사 또는 치료사의 이름		전화번호	
주소 (지번, 거리)	시	주	우편번호
첫 번째 방문일	마지막 방문일	다음 번 예약일	
방문(들)의 이유(들)			

이 어린이는 어떤 치료를 받았습니까?

파트 6 — 의약품

County Use Only

이 어린이는 현재 질환, 부상, 또는 의학적인 상태로 인해 어떤 처방약품을 복용하고 있습니까?

예
 아니오

만일 '예'이면, 다음에 관해 저희에게 알려 주십시오:

처방된 약품	의사의 이름	투약의 이유	만일 있다면, 부작용들

만일 이 어린이가 추가적인 처방약품을 복용하고 있다면, 파트 9 — 참조에 기록하십시오.

파트 7 — 검사들

County Use Only

이 어린이는 질환, 부상, 또는 의학적인 상태로 인해 검사를 받은 적이 있습니까/받을 예정입니까?

(MC 220) signed

예
 아니요
 만일 '예'이면, 다음에 관해 저희에게 알려 주십시오:

검사의 종류	검사를 언제 받았습니까/ 받을 것입니까? (월, 연도)	어디서 검사를 받았습니까? (시설의 이름)	누가 이 어린이에게 이 검사를 받도록 했습니까?
EKG (심장 검사)			
Treadmill (운동 검사)			
Cardiac Catheterization			
Biopsy (Name of Body Part)			
Speech/Language			
Hearing Test			
Vision Test			
IQ Test			
EEG (뇌파 검사)			
HIV Test			
Blood Test (Not HIV)			
Breathing Test			
X-Ray (Name of Body Part)			
MRI/CAT Scan (Name of Body Part)			

만일 이 어린이가 다른 검사들을 받았으면, 파트 9 — 참조에 그것들을 기록하십시오.

파트 8 — 근무 경력

(MC 220) signed

이 어린이는 일을 한 적이 있습니까?

예
 아니요
 만일 '예'이면, 다음을 완성하십시오:

근무한 일자들

고용주의 이름

주소 (지번, 거리)

시

주

우편번호

전화번호

감독자의 이름

