

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ СВЕДЕНИЯ О НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕМ ЗАЯВИТЕЛЕ ДЛЯ УЧАСТИЯ В ПРОГРАММЕ MEDI-CAL — ТОЛЬКО ДЛЯ ЛИЦ МЛАДШЕ 18 ЛЕТ (МС 223С) УКАЗАНИЯ

ПРЕЖДЕ чем начать, прочтите **ВСЮ** нижеследующую информацию. Если у вас есть вопросы по данной форме или вам нужна помощь в ее заполнении, позвоните в учреждение социального обслуживания вашего округа.

Информация, предоставляемая вами в данной форме, будет использоваться Департаментом социального обеспечения штата Калифорния (California Department of Social Services), Отделом обслуживания инвалидов и установления нетрудоспособности (Disability Determination Service Division). Данная организация примет решение по заявлению ребенка на участие в программе Medi-Cal на основании инвалидности. Чтобы ускорить рассмотрение заявления ребенка, заполните данную форму как можно более полно.

Все вопросы данной формы относятся к ребенку — предоставляйте информацию о ребенке, а не о себе.

- Пишите разборчиво печатными буквами.
- Давайте полные ответы на все вопросы.
- Не пропускайте вопросы. Если вы не знаете ответа на вопрос, не оставляйте графу пустой. Напишите «нет», «не знаю» или «не применимо».

Укажите только одну больницу/клинику или одного врача/терапевта в каждом разделе части 5 – Медицинская информация. Обязательно укажите следующие сведения:

- Полное наименование больницы/клиники, имя и фамилию врача/терапевта;
- Адрес;
- Больничный номер ребенка.

Если заявитель не является ребенком, не достигшим 18 лет, вы должны использовать форму (МС 223) для совершеннолетних. Данную форму можно получить в учреждении социального обслуживания вашего округа.

Сведения о форме *Разрешение на раскрытие информации (МС 220)*

- Пожалуйста, предоставьте по одному Разрешению на раскрытие информации (МС 220) для каждого врача, больницы, клиники или терапевта, указанных в данной форме.
- В строке «Лицо, дающее разрешение на раскрытие информации» формы МС 220 вы должны подписаться своим именем (не ребенка) и поставить отметку в соответствующей графе (Родитель несовершеннолетнего, опекун или другой личный представитель). Подпишите каждую форму МС 220. Ксерокопии одной подписанной формы не допускаются.
- Если вы сделали ошибку, обратитесь в ваше окружное учреждение социального обслуживания за новой формой разрешения. При заполнении формы Разрешения на раскрытие информации (МС 220) не допускается использование корректирующей жидкости или внесение исправлений.
- Если лицо, дающее разрешение, подписывается «X» или знаком, такая подпись должна сопровождаться подписью свидетеля с указанием того, кем приходится свидетель такому лицу.
- Ребенок, достигший 12 лет, должен подписать свое собственное Разрешение на раскрытие информации (МС 220), если его инвалидность связана с услугами, предоставляемыми через программу Согласия несовершеннолетнего (Minor Consent program). Несовершеннолетний должен подписать форму МС 220 и поставить отметку в графе «Только услуги программы согласия несовершеннолетнего».

Для каждого ребенка, подающего заявление на участие в программе Medi-Cal на основании инвалидности, требуется отдельная форма МС 223С. Начинайте заполнять форму со Страницы 2.

**ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ СВЕДЕНИЯ О
НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕМ ЗАЯВИТЕЛЕ ДЛЯ
УЧАСТИЯ В ПРОГРАММЕ MEDI-CAL — ТОЛЬКО
ДЛЯ ЛИЦ МЛАДШЕ 18 ЛЕТ**

County Use Only		
County Number	Aid Code	Case Number

ЧАСТЬ 1 — ЛИЧНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

A. Имя ребенка (имя, второе имя, фамилия)		B. Номер социального обеспечения (Social Security)		C. Дата рождения	
D. Пол <input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский		E. Рост Футов _____ Дюймов _____		F. Вес в фунтах	
G. С кем проживает ребенок?					
Имя и фамилия		Кем приходится	Номер телефона		<input type="checkbox"/> Нет телефона
Домашний адрес (номер дома, улица)		Город	Штат	Почтовый индекс	
H. Почтовый адрес (если отличается от домашнего)					
Адрес (номер дома, улица)		Город	Штат	Почтовый индекс	
I. Лицо, подающее заявление за ребенка					
Имя и фамилия		Кем приходится	Номер телефона		<input type="checkbox"/> Нет телефона
Номер телефона, по которому можно оставить сообщение			Имя и фамилия лица, которому можно оставить сообщение		
J. На каком языке/диалекте лучше всего говорит и пишет лицо, подающее заявление?					

ЧАСТЬ 2 — БОЛЕЗНИ, ТРАВМЫ И МЕДИЦИНСКИЕ СОСТОЯНИЯ РЕБЕНКА

A. Укажите заболевания, травмы и медицинские состояния ребенка.		Когда были впервые выявлены? (месяц/год)	County Use Only	

ЧАСТЬ 3 — СВЕДЕНИЯ О СОЦИАЛЬНОМ ОБЕСПЕЧЕНИИ (SOCIAL SECURITY/SSI)

County Use Only

A. Ребенок подавал заявление на льготы и пособия по инвалидности в рамках программ «Социальная защита по нетрудоспособности» (Social Security Disability) или «Дополнительный социальный доход» (Supplemental Security Income, SSI) за последние два года?

<input type="checkbox"/> Да	Если да, ответьте на следующие вопросы. Если нет, перейдите к части 4.
<input type="checkbox"/> Нет	

B. Заявление на участие в программах «Социальная защита по нетрудоспособности» (Social Security Disability) или «Дополнительный социальный доход» (SSI) было:

<input type="checkbox"/> Одобрено	Дата: _____	<input type="checkbox"/> Отклонено	Дата: _____	<input type="checkbox"/> Неизвестно
<input type="checkbox"/> На обжаловании	Дата: _____	<input type="checkbox"/> На рассмотрении	Дата: _____	

C. Медицинское (ие) состояние (я) ребенка ухудшилось (лись) с момента вынесения решения?

<input type="checkbox"/> Да	Если да, пожалуйста, уточните:
<input type="checkbox"/> Нет	

D. У ребенка появились какие-либо новые медицинские проблемы с момента отклонения заявления на льготы и пособия по инвалидности в рамках программ (Social Security/SSI disability)?

<input type="checkbox"/> Да	Если да, что это за проблемы и когда они впервые были выявлены?
<input type="checkbox"/> Нет	

ЧАСТЬ 4 — СВЕДЕНИЯ О ШКОЛЕ И СПЕЦИАЛЬНЫХ ИСТОЧНИКАХ

A. Проходил ли ребенок оценку или освидетельствование в следующих организациях и располагают ли данные организации медицинскими данными о ребенке?

Региональные центры (Regional Centers)	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
Услуги для детей штата Калифорния (California Children's Services)	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
Центр оценки нарушений развития (Developmental Evaluation Center)	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
Программа «Женщины, младенцы и дети» (Women, Infants, and Children, WIC)	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
Психиатрическая служба (Mental Health Agency)	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
Другая организация	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет

B. Если вы ответили «да» на любой из вышеприведенных вопросов, предоставьте следующую информацию.

 (MC 220) signed

1. Название организации		Номер телефона организации	
Адрес (номер дома, улица)	Город	Штат	Почтовый индекс
Имя и фамилия консультанта, социального работника, терапевта и т. д.		Номер телефона	
Вид обследования или оценки, если проводились (например, проверка зрения, слуха, речи, медосмотр, психологическая оценка)			
Дата обследования или оценки		Идентификационный номер (ID) ребенка или номер иска	

2. Название организации		Номер телефона организации		
Адрес (номер дома, улица)		Город	Штат	Почтовый индекс
Имя и фамилия консультанта, социального работника, терапевта и т. д.		Номер телефона		
Вид обследования или оценки, если проводились (например, проверка зрения, слуха, речи, медосмотр, психологическая оценка)				
Дата обследования или оценки		Идентификационный номер (ID) ребенка или номер иска		
С. Принимает/принимал ли ребенок участие в какой-либо программе дошкольного воспитания, дневного ухода и/или внеклассных занятий?				
<input type="checkbox"/> Да	Если да, пожалуйста, предоставьте следующую информацию.			
<input type="checkbox"/> Нет				
Название программы		Номер телефона		
Адрес (номер дома, улица)		Город	Штат	Почтовый индекс
Контактное лицо		Даты участия в программе		
D. Учится/учился ли ребенок в школе?				
<input type="checkbox"/> Да	Если да, пожалуйста, предоставьте следующую информацию.			
<input type="checkbox"/> Нет	Если нет, перейдите к разделу H			
1. Название школы		Номер телефона		
Адрес (номер дома, улица)		Город	Штат	Почтовый индекс
Имя и фамилия учителя				
2. Название школы		Номер телефона		
Адрес (номер дома, улица)		Город	Штат	Почтовый индекс
Имя и фамилия учителя				
E. Предоставляются ли в школе какие-либо специальные удобства для ребенка (например, адаптивная мебель, пандусы, дополнительная помощь или уход)?				
<input type="checkbox"/> Да	Если да, какие именно удобства?			
<input type="checkbox"/> Нет				
F. Ребенок учится по специальной образовательной программе?				
<input type="checkbox"/> Да	Если да, по какой специальной образовательной программе?			
<input type="checkbox"/> Нет				

County Use Only

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

G. У вас есть копия Индивидуального образовательного плана (Individualized Education Plan, IEP) ребенка — отчета, в котором учитель описывает проблемы ребенка и представляет планы по их коррекции)?

County Use Only

- Да
 Нет

Если да, пожалуйста, предоставьте копию.

 (MC 220) signed**H. Получает ли ребенок какие-либо специальные консультации или уроки?**

- Да
 Нет

Если да, пожалуйста, укажите следующую информацию (вы можете использовать дополнительные страницы, если вам нужно больше места):

Консультирование и уроки предоставляются в школе?

- Да Нет

Консультирование и уроки предоставляются вне школы?

- Да Нет

Если да, пожалуйста, предоставьте следующую информацию:

Имя и фамилия консультанта или репетитора

Номер телефона

Адрес (номер дома, улица)

Город

Штат

Почтовый индекс

Частота посещений

Дата начала терапии

Дата завершения терапии (если закончена)

I. Получает/получал ли ребенок специальную терапию (физиотерапию, логотерапию, трудотерапию) или любые другие услуги в связи со своими заболеваниями или травмами? Предоставьте также информацию о любой терапии, которую ребенок получает от родителя, опекуна, лица, предоставляющего уход, или в школе.

- Да
 Нет

Если да, пожалуйста, предоставьте следующую информацию:

1. Имя и фамилия терапевта

Номер телефона

Адрес (номер дома, улица)

Город

Штат

Почтовый индекс

Лицо, прописавшее/разработавшее терапию

Вид терапии

Частота посещений

Дата начала терапии

Дата завершения терапии (если закончена)

2. Имя и фамилия терапевта

Номер телефона

Адрес (номер дома, улица)

Город

Штат

Почтовый индекс

Лицо, прописавшее/разработавшее терапию

Вид терапии

Частота посещений

Дата начала терапии

Дата завершения терапии (если закончена)

 (MC 220) signed (MC 220) signed

ЧАСТЬ 5 — МЕДИЦИНСКАЯ ИНФОРМАЦИЯ

County Use Only

А. Проходил ли ребенок лечение в клинике или больнице по поводу каких-либо заболеваний, травм или медицинских состояний за последние 12 месяцев?

- Да
 Нет

Если нет, перейдите к части 6. Если да, пожалуйста, дайте полные ответы на следующие вопросы:

1. Название больницы/клиники	Характер визитов	Даты	
	<input type="checkbox"/> Стационарное лечение (как минимум одна ночь)	Дата поступления	Дата выписки
	<input type="checkbox"/> Амбулаторный визит (отправлен домой в тот же день)		
	<input type="checkbox"/> Визит в отделение неотложной помощи		
Адрес (номер дома, улица)	Город	Штат	Почтовый индекс
Номер телефона	Регистрационный номер больницы/клиники		

 (MC 220) signed

Причина визитов

Какое лечение получил ребенок?

К каким врачам обращался ребенок в больнице на регулярной основе?

2. Название больницы/клиники	Характер визитов	Даты	
	<input type="checkbox"/> Стационарное лечение (как минимум одна ночь)	Дата поступления	Дата выписки
	<input type="checkbox"/> Амбулаторный визит (отправлен домой в тот же день)		
	<input type="checkbox"/> Визит в отделение неотложной помощи		
Адрес (номер дома, улица)	Город	Штат	Почтовый индекс
Номер телефона	Регистрационный номер больницы/клиники		

 (MC 220) signed

Причина визитов

Какое лечение получил ребенок?

К каким врачам обращался ребенок в больнице на регулярной основе?

Если вам требуется больше места, воспользуйтесь разделом «Часть 9 — Примечания» (страница 9). Не забудьте подписать *Разрешение на раскрытие информации (MC 220)* для больниц/клиник, которые вы указали на странице 6.

County Use Only

В. За последние 12 месяцев обращался ли ребенок к какому-либо врачу/терапевту, не указанному в Разделе А?

1. Имя и фамилия врача или терапевта		Номер телефона	
Адрес (номер дома, улица)		Город	Штат
			Почтовый индекс
Дата первого визита	Дата последнего визита	Дата следующего приема	
Причина (ы) визитов			
Какое лечение получил ребенок?			

 (MC 220) signed

2. Имя и фамилия врача или терапевта		Номер телефона	
Адрес (номер дома, улица)		Город	Штат
			Почтовый индекс
Дата первого визита	Дата последнего визита	Дата следующего приема	
Причина (ы) визитов			
Какое лечение получил ребенок?			

 (MC 220) signed

ЧАСТЬ 6 — ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ

County Use Only

Принимает ли ребенок в настоящее время какие-либо рецептурные препараты для лечения его/ее заболеваний, травм или медицинских состояний?

<input type="checkbox"/> Да	Если да, сообщите нам следующее:		
<input type="checkbox"/> Нет			
Рецептурный препарат	Имя и фамилия врача	Причина приема лекарства	Побочные эффекты, при наличии таковых

Если ребенок принимает дополнительные рецептурные препараты, укажите их в части 9 — Примечания

ЧАСТЬ 7 — ОБСЛЕДОВАНИЯ

County Use Only

Проходил ли или будет проходить ребенок какие-либо медицинские обследования в отношении заболеваний, травм или медицинских состояний? (MC 220) signed

Да
 Нет

Если да, сообщите нам следующее:

Вид обследования	Когда проводилось/будет проводиться обследование? (месяц, год)	Где проводилось обследование? (название учреждения)	Кто направил ребенка на обследование?
EKG (Обследование состояния сердца)			
Treadmill (Обследование физической нагрузки)			
Cardiac Catheterization			
Biopsy (Name of Body Part)			
Speech/Language			
Hearing Test			
Vision Test			
IQ Test			
EEG (Электроэнцефалограмма)			
HIV Test			
Blood Test (Not HIV)			
Breathing Test			
X-Ray (Name of Body Part)			
MRI/CAT Scan (Name of Body Part)			

Если ребенок проходил другие обследования, укажите их в части 9 — Примечания**ЧАСТЬ 8 — ИСТОРИЯ ТРУДОУСТРОЙСТВА** (MC 220) signed**Работал ли ребенок когда-либо?**

Да
 Нет

Если да, предоставьте следующую информацию:

Даты, когда ребенок работал

Название работодателя

Адрес (номер дома, улица)

Город

Штат

Почтовый индекс

Номер телефона

Имя и фамилия начальника

Укажите должность ребенка и кратко опишите его должностные обязанности, а также проблемы, с которыми он, возможно, столкнулся при их выполнении.

ЧАСТЬ 9 — ПРИМЕЧАНИЯ

ЧАСТЬ 10 — ПОДПИСЬ И ПОДТВЕРЖДЕНИЕ

Под страхом наказания за лжесвидетельство, предусмотренного законодательством штата Калифорния (State of California) я заявляю, что ответы, предоставленные мной в данной форме Дополнительных сведений для участия в программе Medi-Cal (Supplemental Statement of Facts for Medi-Cal form), и представленные документы являются верными и правдивыми в меру моих знаний и убеждений.

1. Подпись лица, подающего заявление за ребенка		Кем приходится ребенку			Дата
Адрес (номер дома, улица)	Город	Штат	Почтовый индекс	Номер телефона	
2. Подпись свидетеля (если необходимо)		Кем приходится лицу, подающему заявление за ребенка			Дата
Адрес (номер дома, улица)	Город	Штат	Почтовый индекс	Номер телефона	