

カリフォルニア児童サービスに関する情報

カリフォルニア児童サービス (CCS) プログラムとは？

CCSは、特定の身体的制限や慢性的な健康状態または病気を持つ子供たちを治療する州全体のプログラムです。CCSは、CCSが認定した専門医が提供する特定の医療サービスや医療機器 () を承認し、その対価を支払うことができます。カリフォルニア州医療サービス局 (DHCS) はCCSプログラムを管理しています。大きな郡は独自のCCSプログラムを運営していますが、小さな郡はプログラムの運営をDHCSと分担しています。CCSプログラムは、州、郡、連邦の税収からの資金と、親、法定保護者、または申請者 (18歳以上、または法的に独立した未成年者である場合) が支払う手数料とで運営されています。

CCSは子供たちに何を提供していますか？

お子さんがCCSの資格対象となる病状を患っている可能性があるあなた、またはお子さんの主治医が思う場合、CCSは、お子さんの病状が資格対象となるかどうかを調べるための医療診断の費用を支払う、または医療診断を提供することがあります。

あなたのお子さんに資格がある場合、CCSは、以下の費用を負担、または提供したりすることがあります。：

- 医師による治療、入院治療、外科治療、理学療法、作業療法、臨床検査、X線検査、整形外科器具、医療機器など。
- 医療的に必要な場合、特別な医師やお子さんのケアを受けるための医療ケースマネジメント、および保健看護や地域センターを含む他の機関への紹介、または、
- メディカル・セラピー・プログラム (MTP) は、医学的に資格対象となる子どもたちに、理学療法および / または作業療法を公立学校で提供するものです。

CCSの資格対象者は誰ですか？

CCSプログラムには、次のような人なら誰でも参加できます。：

- 21歳未満；
- CCSの対象となる病状を持っている、またはその可能性がある、；
- カリフォルニア州の居住者であり、および
- 州税申告書の調整後総所得に記載されている世帯収入が4万ドル未満であるか、または対象となる子供の医療費の自己負担額が世帯収入の20%を超える見込みがある。

以下のような子供の場合、世帯収入は考慮されません。：

- CCSの対象となる病状を確認するために診断サービスが必要な場合、または、
- CCSの対象となる病状が判明している状態で養子になった場合、または、
- MTPを通じたサービスのみを申請する場合、または、
- メディカルを全額で利用し、自己負担費用がない。

CCSはどのような疾患をカバーしていますか？

特定の病状のみがCCSプログラムの対象となります。一般に、CCSは身体的障害、または医療、外科、リハビリテーション・サービスを必要とする病状を対象としています。これ以外にも、お子さんの病状が対象となるかどうかを判断する基準がある場合もあります。以下は、支給対象となる病状とその例です。：

- 心臓に関わる疾患（先天性心疾患）
- 新生物（癌、腫瘍）
- 血液疾患（血友病、鎌状赤血球貧血）
- 内分泌、栄養、代謝疾患（甲状腺障害、フェニルケトン尿症（PKU）、糖尿病）
- 泌尿生殖器系の疾患（重篤な慢性腎障害）
- 胃腸系の疾患（慢性炎症性疾患、肝臓の疾患）
- 重篤な先天性異常（口唇口蓋裂、二分脊椎）
- 感覚器官の疾患（難聴、緑内障、白内障）
- 神経系の疾患（脳性麻痺、てんかん）
- 筋骨格系および結合組織の疾患（関節リウマチ、筋ジストロフィー）
- 免疫系の重篤な疾患（ヒト免疫不全ウイルス（HIV）感染症）
- 集中治療またはリハビリテーションを必要とする身体障害または中毒（重度の頭部、脳、脊髄損傷、重度の火傷）
- 集中治療を必要とする早産の合併症
- 皮膚および皮下組織の疾患（重度の血管腫）
- 医学的に障害となる不正咬合（重度の歯並び）

質問がある場合は、あなたのお住まいの郡のCCS事務所に問い合わせてください。

受給資格を得るために、申請者または家族は何をしなければなりませんか？

家族（18歳以上または法的に独立した未成年者の場合は、申請者本人）は、以下の条件を満たさなければなりません。：

- 申請用紙の4ページ目の初めから必要事項を記入し、最寄りの郡のCCS事務局に返送してください。；
- CCSがその家族に資格があるかどうかを判断できるように、要求されたすべての情報をCCSに提出してください。；
- メディ-カルの申請。家族がメディ-カルの受給資格を満たしている場合、子供はCCSの対象となります。CCSがサービスを承認したら、支払いはMedi-Calを通じて行われます。

プライバシーはどのように保護されていますか？

カリフォルニア州法は、サービスを申請する家族に対し、CCSがどのようにプライバシーを保護するかについての情報を提供することを義務付けています¹。

プライバシー保護のため

- CCSはこの情報を守秘しなければなりません。²
- CCSは、あなたが同意書に署名した場合に限り、他の医療・福祉プログラムの許可されたスタッフとフォームの情報を共有することができます。

¹民法1798.17条

https://leginfo.legislature.ca.gov/faces/codes_displaySection.xhtml?lawCode=CIV§ionNum=1798.17

²カリフォルニア州条例第22編第41670条およびカリフォルニア州 公文書法（政令第6250条～6255条）に基づく。

<https://www.law.cornell.edu/regulations/california/22-CCR-41670>

あなたには、あなた、またはあなたの子供に関する申請書やCCSの記録を見る権利があります。これらの記録の閲覧を希望する場合は、最寄りの郡CCS事務局に連絡してください。法律により、あなたがCCSに提供した情報はCCSプログラムによって保管されます³。

決定に不服を申し立てる権利はありますか？

あなたには、CCSの決定に異議を持つ権利があります⁴。不服申し立て手続きは、親 / 法的保護者または申請者が、CCSプログラムと協力し、異議に対する解決策を見つけるための手段です。不服申し立ての手続きについては、最寄りのCCS事務局にお問い合わせください。

CCSに関する詳しい情報はどこで入手できますか？

CCSの詳細については、DHCSウェブサイトのCCSホームページをご覧ください：

<https://www.dhcs.ca.gov/services/ccs/Pages/default.aspx>

この申請書の書き方については、最寄りのCCS事務所に事務局にお問い合わせください。お住まいの郡のCCS事務所を探すには、<https://www.dhcs.ca.gov/services/ccs/Pages/CountyOffices.aspx> にアクセスするか、地元の電話帳の政府セクションで "California Children's Services "または "county health department "を検索してください。

³カリフォルニア州保健安全法第123800条ほか

https://leginfo.legislature.ca.gov/faces/codes_displaySection.xhtml?sectionNum=123800.&lawCode=HSC

⁴カリフォルニア州規則第22章第13節第42702～42703条

<https://www.law.cornell.edu/regulations/california/22-CCR-42702>

カリフォルニア州児童サービスプログラム資格決定申請書

本申請書は、申請者がCCSのサービス/給付を受ける資格があるかどうかを判断するために、親、法的保護者、または申請者本人（18歳以上、または法的に独立した未成年者である場合）が記入するものです。「申請者」とは、サービスを申請する児童、18歳以上の個人、または法的に独立した未成年者を意味します。タイプまたははっきりと活字体で記入してください。

A. 申請者情報

1. 申請者名
(姓)

(名)

(ミドルネーム)

出生証明書の氏名（異なる場合）

申請者が知られているその他の名前

2. 生年月日（月、日、年）

3. 出生地—郡

州

米国外で生まれた場合はその国

4. 申請者の住所（番地、通り）（私書箱は使用しないこと）

市

郡

郵便番号

5. 性別

 女性 男性

6. 性的指向と性自認（任意）：

申請者が、性別、性自認、性表現、または性的指向について詳しく伝えたい場合は、以下の a、b、c の項目にご記入ください。セクション6は任意ですが、議会法案959（2015-2016）の可決に伴い、DHCSは質問する必要があります。

a. 申請者の性別を教えてください。（現在の性自認に最も最も当てはまるものに印をつけてください。）

女性 男性 トランスジェンダー：男性から女性へ トランスジェンダー：女性から男性へ ノンバイナリー（男性でも女性でもない） 別の性自認

b. 申請者の出生証明書原本に記載されている性別は？

 女性 男性

c. 申請者が思う自分は、：

ストレート / ヘテロセクシュアル ゲイ / レズビアン バイセクシュアル クィア
 その他の性的指向 不明

7. 人種 / 民族	8. 社会保障番号 (任意)
------------	------------------

9. CCSの対象となる疑いのある症状または障害は何ですか？

10. プライマリケア医	11. 医師の電話番号
--------------	-------------

B. 親/法的保護者/家族情報

(18歳以上の申請者、または法的に独立した未成年者は、以下の項目12と14を飛ばしてください)。

12. 親または法定保護人の氏名	13. 母親の名と旧姓 (12で特定されていない)
------------------	---------------------------

14. 住所 (番地、通り) (私書箱は使用しないこと。)

市	郡	郵便番号
---	---	------

15. 郵送先住所 (14と異なる場合)

市	郡	郵便番号
---	---	------

16. 自宅の電話番号	17. 携帯電話番号	18. 勤務先電話番号
-------------	------------	-------------

19. 家庭内で話す言語は何語ですか？	20. Eメールアドレス
---------------------	--------------

21. 家族世帯の人数	22. もう一方の親の姓と名 (申請者と同居していない場合)
-------------	--------------------------------

もう一方の親の住所	市	郵便番号
-----------	---	------

C. 健康保険情報

23. 申請者はメディ-カルに加入していますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	24. 「はい」の場合、申請者のメディ-カル番号は？
--	----------------------------

25. 費用自己負担はありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	26. 「はい」の場合、月々の支払額はいくらですか？
---	----------------------------

27a. 申請者は他の健康保険に加入していますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	27b. 「はい」の場合、保険プラン名または保険会社名は何ですか？
---	-----------------------------------

27c. ポリシーまたはプラン番号

28. 保険プランまたは保険会社の種類

プリファード・プロバイダー・オーガニゼーション (PPO)

ヘルス・メインテナンス・オーガニゼーション (HMO)

その他:

29. 申請者は歯科保険に加入していますか？

はい いいえ

30. 申請者は眼科保険に加入していますか？

はい いいえ

D. 証明

(以下にイニシャルと署名をお願いします。あなたの署名は、CCSプログラムがこの申請を進めることを承認するものです。)

私は、サービス/給付の資格審査のため、CCSプログラムに申し込みます。

本申請書の記入は、CCSプログラムによる申請者の受け入れを保証するものではないことを理解します。

私は、私の居住地、健康情報、またはCCSのサービス/給付の資格審査のために必要なその他の状況を確認することを許可します。

また、このフォームに記載した情報が真実かつ正確であることを証明します。

申請書記入者の署名	申請者との関係	日付
Signature of witness (only if the person signed with a mark) (証人の署名 (印で署名された場合のみ)		Date (日付)

*次のページの説明をご覧ください。

記入要領 カリフォルニア州児童サービス申請書 (DHCS 4480)

申請書ができるだけ早く処理されるよう、はっきりと活字体で記入してください。

それぞれの箇所を全て記入してください。すべての情報が提供されない場合、CCSは申請を進めることができません。このフォームの記入に助けが必要な場合は、最寄りのCCS事務局にお問い合わせください。

申請書が完成したら、最寄りの郡CCS事務局に郵送してください。署名と日付を忘れずに。

セクションA:申請者情報 (「申請者」とは、サービスを申請する子供、18歳以上の個人、または法的に独立した未成年者を意味します。)

1. **申請者の氏名:**申請者の姓、名、ミドルネームを記入してください。申請者の氏名が出生証明書と異なる場合は、出生証明書に記載されているフルネームを次の欄に記入してください。申請者が他の名前で行われている場合は、最後の欄にその名前を記入してください。
2. **申請者の生年月日:**申請者の生まれた月、日、年を記入してください。
3. **出生地:**申請者が生まれた郡と州を記入してください。申請者が米国外で生まれた場合は、その国を記入してください。
4. **住所:**この欄には、申請者の現住所の番地、通り名、アパート番号、市、郡、郵便番号を記入してください。私書箱は使用しないこと。
5. **申請者の性別:**申請者の正しい性別欄 (男性または女性) に印を付けてください。
6. **性的指向と性自認 (任意) :** 性別、性自認、性表現、または性的指向について詳しく伝えたい場合は、a、b、cの項目に記入してください。セクション6は任意ですが、[Assembly Bill 959](#)の可決に伴い、DHCSは質問する必要があります。(2015 - 2016).
 - 6a. 申請者の現在の性自認について、最も当てはまるものに印を付けてください。
 - 6b. 申請者の出生証明書原本に記載されている性別の選択肢に印を付けてください。
 - 6c. 申請者の性的指向について、最も当てはまるものに印を付けてください。
7. **人種 / 民族:**下のリストから、申請者の主な人種 / 民族で最も当てはまるカテゴリーを記入してください。:
 - アラスカ先住民
 - アメラジアン
 - アメリカン・インディアン
 - アジア人
 - アジア系インディアン
 - 黒人 / アフリカ系アメリカ人
 - カンボジア人
 - 中国人
 - フィリピン人
 - グアマニア人
 - ハワイアン
 - ヒスパニック / ラテン系
 - 日本人
 - 韓国人
 - ラオス人
 - サモア人
 - ベトナム人
 - 白人
 - その他

8. 申請者の社会保障番号 (任意) : 申請者の9桁の社会保障番号を記入してください。
9. CCSの対象となる疑いのある症状または障害 : 申請者の障害またはCCSによって治療を受ける特別な医療の必要性を記入してください。CCSの対象となる病状については、同封の説明書をご参照ください (「CCSの対象となる病状」の1、2ページを参照)。わからない場合は、申請者の主治医に尋ねるか、または空欄にしてください。さらに詳しい情報が必要な場合は、CCSが申請者の主治医に追加連絡します。
10. 申請者の主治医名申請者の主治医の名前を記入してください。
11. 医師の電話番号 : 10番に記載した医師の電話番号を記入してください。

セクションB : 親 / 法定保護者の情報 (18歳以上の申請者、または法的に特立した未成年者の場合、項目12と14は省略)。

12. 親 / 保護者氏名 : 申請者の (両) 親または法定保護者の氏名を記入してください。
13. 母親の姓と旧姓 : 申請者の母親の名を記入し、次の欄に母親の旧姓を記入してください。
14. 住所:現住所の番地、通り名、アパート番号、市、郡、郵便番号を記入してください。私書箱は使用しないこと。
15. 郵送先住所 : この住所が14番と異なる場合は、番地、通り名、市、郵便番号を記入してください。
16. 自宅の電話番号 : 連絡の取れる自宅の電話番号を記入してください。
17. 携帯電話番号 : 連絡の取れる携帯電話の番号を記入してください。
18. 勤務先の電話番号 : 連絡の取れる勤務先の電話番号を記入してください。
19. 使用言語 : 家で話している言語を書いてください。
20. Eメールアドレス : 親または法定保護者のEメールアドレスを記入してください。
21. 家族世帯の人数 : 一緒に住んでいる世帯の人数を記入してください。
22. 申請者と同居していない場合は、もう一方の親の氏名と住所 : 2人目の連絡先の名前と住所を記入してください。

セクションC : 健康保険情報

CCSがあなたに資格があると判断した場合、現在メディ-カルの医療給付を受けていない場合は、あなたにメディ-カルを申請するよう依頼します。

23. 申請者がメディ-カルを受給していない場合は、「いいえ」に印をつけ、27aに進んでください。申請者がメディ-カルを受給している場合は、「はい」に印をつけ、申請者のメディ-カル番号を記入してください。
24. 申請者がメディ-カルに加入している場合は、14桁のメディ-カル番号を入れてください。
25. メディ-カル保険の費用の一部を支払っている場合は、「はい」に印をつけてください。
26. 費用自己負担金の一部を支払っている場合は、毎月の支払額を記入してください。
- 27a. 申請者が他の健康保険に加入していない場合は、「いいえ」に印をつけ、29番へ進んでください。
- 27b. 健康保険に加入している場合は、保険プラン名または保険会社名を記入してください。

- 27c. 申請者が健康保険に加入している場合は、保険ポリシーまたはプランの番号を記入してください。
28. 申請者が健康保険に加入している場合は、保険の種類に応じて該当する欄に印をつけてください。保険用紙には、あなたが加入している健康保険の種類が記載されています。わからない場合は、加入している健康保険会社に電話して問い合わせてください。
29. 申請者が歯科保険に加入している場合は、「はい」に印をつけてください。申請者が歯科保険に加入していない場合は、「いいえ」に印をつけてください。
30. 申請者が眼科保険に加入している場合は、「はい」に印をつけてください。申請者が眼科保険に加入していない場合は、「いいえ」に印をつけてください。

セクションD：証明

必ずインクで署名し、日付を記入してください。印での署名の場合は、証人に署名してもらい、日付を記入してください。

「申請者との関係」には、父、母、法定保護者、または本人（18歳以上または法的に独立した未成年者の場合）を記入してください。

申請書の提出

申請書は、最寄りのCCS事務局まで郵送または直接お届けください。お住まいの郡のCCS事務局を探すには、<https://www.dhcs.ca.gov/services/ccs/Pages/CountyOffices.aspx>、または地元の電話帳の政府セクションで、"California Children's Services"または"county health department"を検索してください。