

캘리포니아 아동 서비스에 대한 정보

캘리포니아 아동 서비스(CCS) 프로그램이란 무엇인가요?

CCS는 특정 신체적 장애나 만성 건강 상태 또는 질병이 있는 아동을 치료하는 주 전역 프로그램입니다. CCS는 CCS에서 승인한 전문가가 제공하는 특정 의료 서비스와 장비를 승인하고 비용을 지불할 수 있습니다. 캘리포니아주 보건의료서비스국(DHCS)에서 CCS 프로그램을 관리합니다. 규모가 큰 카운티들은 자체적으로 CCS 프로그램을 운영하고, 규모가 작은 카운티들은 DHCS와 프로그램을 공동 운영합니다. CCS 프로그램은 주정부, 카운티 및 연방 정부의 세금과 함께, 부모, 법적 보호자 또는 신청자(18세 이상 또는 독립한 미성년자인 경우)가 납부하는 일부 수수료로 운영됩니다.

CCS는 아동에게 어떤 서비스를 제공하나요?

귀하 또는 자녀의 의사가 자녀에게 CCS 자격이 될 수 있는 질병이 있다고 판단하는 경우, CCS는 자녀의 질환이 해당 프로그램의 지원 대상인지 확인하기 위해 의료 평가를 제공하거나 비용을 부담할 수 있습니다.

자녀가 자격이 있는 경우, CCS는 다음 항목의 서비스를 제공하거나 비용을 부담할 수 있습니다:

- 의사 진료, 병원 및 외과 치료, 물리 치료 및 작업 치료, 검사실 검사, X-레이, 정형외과 보조기기, 그리고 의료 장비와 같은 치료.
- 의학적으로 필요한 경우 자녀가 전문 의사 방문 및 치료를 받을 수 있도록 돕는 의료 사례 관리, 그리고 공중 보건 간호 및 지역센터를 포함한 다른 기관에 의뢰; 또는
- 의학적으로 자격이 있는 아동에게 공립학교에서 물리 치료 및/또는 작업 치료를 제공할 수 있는 의료 치료 프로그램(MTP).

누가 CCS 자격이 있나요?

CCS 프로그램은 다음에 해당하는 사람이라면 누구나 신청할 수 있습니다:

- 21세 미만인 경우;
- CCS 지원 대상 질병이 있거나 있을 가능성이 있는 경우;
- 캘리포니아에 거주하는 경우; 그리고
- 가족의 연 소득이 주 세금 신고서의 조정 총소득 기준으로 \$40,000 미만이거나, CCS 자격이 있는 자녀의 본인 부담 의료비가 가족 소득의 20%를 초과할 것으로 예상되는 경우.

다음에 해당하는 아동의 경우에는 가족 소득이 고려되지 않습니다:

- CCS 자격이 되는 질병을 확인하기 위한 진단 서비스를 필요로 하는 경우; 또는
- 입양될 당시 CCS 자격이 되는 질병이 있는 것으로 알려진 경우; 또는
- MTP를 통해한 서비스만을 신청하는 경우; 또는
- Medi-Cal 전면 혜택을 가지고 있으며 본인 부담금이 없는 경우.

CCS의 지원대상이 되는 질병에는 어떤 것이 있나요?

CCS 프로그램에서는 특정 질환만을 지원합니다. 일반적으로 CCS는 신체에 장애를 초래하거나 의학적, 외과적 또는 재활 서비스를 필요로 하는 질병을 지원합니다. 자녀의 질병이 자격 요건에 해당하는지를 결정하는 특정 기준이 있을 수 있습니다. 아래는 CCS에서 지원할 수 있는 질병의 범주와 각 범주에 해당하는 몇 가지 예시가 나와있습니다:

- 심장 관련 질환(선천성 심장병)
- 신생물(암, 종양)
- 혈액 질환(혈우병, 겸상 적혈구 빈혈)
- 내분비, 영양 및 대사 질환(갑상선 문제, 페닐케톤뇨증(PKU), 당뇨병)
- 비뇨생식기계 질환(심각한 만성 신장 질환)
- 위장관 질환(만성 염증성 질환, 간 질환)
- 심각한 선천적 결손증(언청이/입천장 갈림증, 척수 이분증)
- 감각 기관 질환(청력 손실, 녹내장, 백내장)
- 신경계 질환(뇌성마비, 조절되지 않는 발작)
- 근골격계 및 결합 조직 질환(류마티스 관절염, 근이영양증)
- 심각한 면역 체계 질환(인체면역결핍 바이러스(HIV) 감염)
- 집중 치료 또는 재활이 필요한 장애를 유발하는 질환 또는 중독(심각한 머리, 뇌 또는 척수 손상, 심한 화상)
- 집중 치료가 필요한 조산 합병증
- 피부 및 피하 조직 질환(심각한 혈관종)
- 의학적으로 장애를 유발하는 부정교합(심하게 삐뚤어진 치아)

궁금한 점이 있으면 거주 카운티 CCS 사무실에 문의하세요.

신청자 또는 가족이 자격을 얻기 위해 해야 할 일은 무엇인가요?

가족(또는 만 18세 이상이거나 독립한 미성년자인 신청자)은:

- 4페이지부터 시작되는 신청서를 작성하여 거주 지역 카운티 CCS 사무실에 제출해야 합니다;
- 가족이 자격이 되는지를 CCS가 판단할 수 있도록 요청된 모든 정보를 CCS에 제공해야 합니다;
- Medi-Cal에 신청해야 합니다. 가족이 Medi-Cal 자격이 되는 경우, 자녀도 CCS의 적용을 받습니다. CCS에서 서비스를 승인하면, 비용은 Medi-Cal을 통해 지급됩니다.

내 개인정보는 어떻게 보호되나요?

캘리포니아 법에 따르면, 서비스를 신청하는 가족에게 CCS가 개인정보를 어떻게 보호하는지에 대한 정보를 제공해야 합니다.¹

개인 정보 보호를 위해:

- CCS는 이 정보를 비밀로 유지해야 합니다.²
- CCS는 귀하가 동의서에 서명한 경우에만 해당 양식의 정보를 다른 보건 및 복지 프로그램의 승인된 직원과 공유할 수 있습니다.

¹민법, 섹션 1798.17

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

²캘리포니아주 규정집 타이틀 22, 섹션 41670 및 캘리포니아 공공기록법(정부법 섹션 6250-6255)에 의거함

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

귀하 또는 자녀에 관한 신청서와 CCS 기록을 열람할 권리가 있습니다. 이러한 기록을 열람하고 싶은 경우, 거주 지역 카운티 CCS 사무소에 문의하시기 바랍니다. 법에 따라, 귀하가 CCS에 제공한 정보는 CCS 프로그램에 의해 보관됩니다.³

결정에 대해 이의를 제기할 권리가 있나요?

귀하는 CCS가 내린 결정에 동의하지 않을 권리가 있습니다.⁴ 이를 이의제기라고 합니다. 이의제기 절차는 부모/법적 보호자 또는 신청자가 CCS 프로그램과 협력하여 이견에 대한 해결책을 찾을 수 있는 방법을 제공합니다. 이의제기 절차에 대한 자세한 정보는 거주 지역 카운티 CCS 사무소에 문의하시기 바랍니다.

CCS에 대한 더 많은 정보는 어디에서 얻을 수 있나요?

CCS에 대한 자세한 정보는 DHCS 웹사이트의 CCS 홈페이지 <https://www.dhcs.ca.gov/services/ccs/Pages/default.aspx> 를 방문해 주시기 바랍니다.

이 신청서를 작성하는 데 도움이 필요하시면, 거주 지역 카운티 CCS 사무소에 문의하시기 바랍니다. 거주 카운티 CCS 사무소를 찾으시려면 <https://www.dhcs.ca.gov/services/ccs/Pages/CountyOffices.aspx> 웹사이트를 방문하거나, 지역 전화번호부의 정부 기관 섹션에서 "캘리포니아 아동 서비스" 또는 "카운티 보건국"을 찾아보시기 바랍니다.

³캘리포니아 보건안전법 섹션 123800 이하

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

⁴캘리포니아 규정집, 타이틀 22, 13장, 섹션42702-42703

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

캘리포니아 아동 서비스 프로그램 자격 결정을 위한 신청서

이 신청서는 부모, 법적 보호자, 또는 신청자(18세 이상 또는 법적으로 독립한 미성년자인 경우)가 작성해야 하며, 신청자가 CCS 서비스/혜택 자격이 있는지를 판단하기 위한 것입니다. "신청자(applicant)"라는 용어는 서비스를 요청하는 아동, 18세 이상의 개인, 또는 법적으로 독립한 미성년자를 의미합니다. 타자기로 입력하거나 알아보기 쉽게 정자로 기입해 주시기 바랍니다.

A. 신청자 정보

1. 신청자 성명
 (성) (이름) (중간 이름)

출생증명서에 기재된 이름(다른 경우) 신청자가 사용하거나 알려진 다른 이름

2. 생년월일(월, 일, 연도) 3. 출생지 - 카운티 주
 국가, 미국 외 지역에서 출생한 경우

4. 신청자의 거주지 주소(번호, 거리)(사서함은 사용하지 마십시오)
 시 카운티 우편번호

5. 성별
 여성 남성

6. 성적 지향 및 성 정체성(선택 사항):
 신청자가 자신의 성별, 성 정체성, 성 표현 또는 성적 지향에 대해 더 알려주길 원하는 경우, 아래 항목 a, b, c를 작성해 주시기 바랍니다. 섹션 6은 선택 사항이지만, 2015~2016년 회기의 하원 법안 959호의 통과로 인해 DHCS에서는 필수적으로 요청해야 합니다.

a. 신청자의 성별은 무엇인가요?(현재 성 정체성을 가장 잘 설명하는 항목에 체크하세요)
 여성 남성 트랜스젠더: 남성에서 여성으로 트랜스젠더: 여성에서 남성으로
 논바이너리(남성도 여성도 아님) 기타 성 정체성

b. 신청자의 출생증명서에 기재된 성별은 무엇인가요?
 여성 남성

c. 신청자는 자신을 다음 중 어떤 것으로 생각하나요?
 스트레이트(Straight)/이성애자 게이/레즈비언 양성애자 퀴어
 다른 성적 취향 알 수 없음

7. 인종/민족	8. 사회보장번호(선택 사항)
----------	------------------

9. 신청자가 CCS 자격이 있을 것으로 의심되는 질환 또는 장애는 무엇인가요?

10. 주치의	11. 의사의 전화번호
---------	--------------

B. 부모/법적 보호자/가족 정보

(신청자가 18세 이상이거나 법적으로 독립한 미성년자인 경우, 아래 12번과 14번 항목 건너뛰십시오).

12. 부모 또는 법적 보호자의 이름	13. 어머니의 이름과 결혼 전 성명 (12번 항목에서 확인되지 않은 경우)
----------------------	--

14. 신청자의 거주지 주소(번호, 거리)(사서함은 사용하지 마십시오)

시	카운티	우편번호
---	-----	------

15. 우편 주소(14번 항목과 다른 경우)

시	카운티	우편번호
---	-----	------

16. 자택 전화번호	17. 휴대전화 번호	18. 직장 전화번호
-------------	-------------	-------------

19. 집에서 어떤 언어를 사용하시나요?	20. 이메일 주소
------------------------	------------

21. 가족 구성원 수	22. 다른 부모 성과 이름 (신청자와 함께 거주하지 않는 경우)
--------------	--------------------------------------

다른 부모의 주소	시	우편번호
-----------	---	------

C. 건강보험 정보

23. 신청자가 Medi-Cal을 가지고 있나요? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	24. '예'인 경우, 신청자의 Medi-Cal 번호는 무엇인가요?
--	---------------------------------------

25. 본인 부담금이 있나요? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	26. '예'인 경우, 매달 지불하는 금액은 얼마인가요?
---	---------------------------------

27a. 신청자가 다른 건강보험을 가지고 있나요? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	27b. '예'인 경우, 보험 플랜 또는 보험회사의 이름은 무엇인가요?
--	---

27c. 보험 증권 또는 플랜 번호

28. 보험 플랜 또는 회사 유형

- 선호 제공업체 조직(PPO)
- 건강 유지 조직(HMO)
- 기타:

29. 신청자는 치과보험을 가지고 있나요?

- 예 아니요

30. 신청자는 시력보험을 가지고 있나요?

- 예 아니요

D. 인증

(아래에 이니셜과 서명을 하십시오. 귀하의 서명은 CCS 프로그램이 이 신청서를 처리하는 것을 승인하는 것입니다.)

본인은 CCS 프로그램에 서비스/혜택 자격을 받기 위해 신청합니다.

본인은 이 신청서를 작성했다고 해서 신청자가 CCS 프로그램에 반드시 승인되는 것은 아니라는 점을 이해합니다.

본인은 CCS 서비스/혜택 자격 결정을 위해 필요한 거주지, 건강 정보 또는 기타 사항을 확인하는 것에 동의합니다.

또한, 본인이 이 양식에 기재한 정보가 사실이며 정확함을 증명합니다.

신청서를 작성하는 사람의 서명	신청자와의 관계	날짜
Signature of witness (only if the person signed with a mark) (증인의 서명(서명 대신 표시로 서명한 경우에만 해당))		Date (날짜)

***다음 페이지의 지침을 참조하세요**

캘리포니아 아동 서비스 신청서 (DHCS 4480) 작성 지침

신청서를 최대한 신속하게 처리할 수 있도록 알아보기 쉽게 정자로 기입해 주세요.

각 섹션을 빠짐없이 기입해 주세요. 모든 정보를 제공하지 않으면 CCS에서 귀하의 신청서를 진행할 수 없습니다. 이 양식을 작성하는 데 도움이 필요하시면, 거주 지역 카운티 CCS 사무소에 문의하세요.

신청서를 작성하신 후, 거주 카운티 CCS 사무소에 우편으로 보내 주세요. 양식에 서명하고 날짜를 기입하는 것을 잊지 마세요.

섹션 A: 신청자 정보 ("신청자"는 서비스를 요청하는 아동, 18세 이상의 개인 또는 법적으로 독립한 미성년자를 의미합니다).

1. **신청자 성명:** 신청자의 성, 이름, 중간 이름을 기입하세요. 다음 칸에는 신청자의 이름이 현재 이름과 다른 경우, 출생증명서에 기재된 전체 이름을 기입해 주세요. 신청자가 다른 이름으로 알려져 있는 경우, 마지막 칸에 해당 이름을 기입해 주세요.
2. **신청자의 생년월일:** 신청자의 출생 월, 일, 연도를 기입해 주세요.
3. **출생지:** 신청자가 태어난 카운티와 주를 기입해 주세요. 신청자가 미국 외 지역에서 출생한 경우, 출생 국가도 포함해 주세요.
4. **주소:** 이 공간에 신청자의 현재 거주지의 도로 번호, 거리 이름, 아파트 번호, 시, 카운티 및 우편번호를 기입해 주세요. 사서함을 사용하지 마세요.
5. **신청자의 성별:** 신청자의 성별(남성 또는 여성)에 해당하는 칸에 표시해 주세요.
6. **성적 지향 및 성 정체성(선택 사항):** 신청자가 자신의 성별, 성 정체성, 성 표현 또는 성적 지향에 대해 더 알려주기를 원하는 경우, 항목 a, b, c를 기입해 주세요. 섹션 6은 선택 사항이지만, [주 하원 법안 959](#) (2015 - 2016)의 통과로 인해 DHCS에서 요청해야 하는 항목입니다.
 - 6a. 신청자의 현재 성 정체성을 가장 잘 설명하는 칸에 체크해 주세요.
 - 6b. 신청자의 출생증명서 원본에 기재된 성별 항목에 표시해 주세요.
 - 6c. 신청자의 성적 지향을 가장 잘 설명하는 칸에 체크해 주세요.
7. **인종/민족:** 다음 목록에서 신청자의 주요 인종/민족을 가장 잘 설명하는 범주를 입력하세요:

<ul style="list-style-type: none"> • 알래스카 원주민 • 아메라시아인 • 아메리칸 인디언 • 아시아인 • 인도계 아시아인 • 흑인/아프리카계 미국인 • 캄보디아인 	<ul style="list-style-type: none"> • 중국인 • 필리핀인 • 괌 원주민 • 하와이 원주민 • 히스패닉/라티노 • 일본인 • 한국인 	<ul style="list-style-type: none"> • 라오스인 • 사모아인 • 베트남인 • 백인 • 기타
---	---	--

8. **신청자의 사회보장번호(선택 사항):** 신청자의 9자리 사회보장번호를 기입해 주세요.
9. **의심되는 CCS 질환 또는 장애:** 신청자가 CCS를 통해서 치료받게 될 장애 또는 특별한 건강 관리가 필요한 사항을 기입해 주세요. 동봉된 CCS 자격 조건에 대한 설명이 도움이 될 수 있습니다(1페이지와 2페이지의 "CCS 지원 대상 질병" 참조). 모를 경우, 신청자의 담당 의사에게 문의하거나 해당 칸을 비워 두세요. 추가 정보가 필요한 경우 CCS에서 신청자의 주치의와 후속 조치를 취할 것입니다.
10. **신청자의 주치의 이름:** 신청자의 주치의 이름을 기입해 주세요.
11. **의사의 전화번호:** 10번 항목에 기재된 의사의 전화번호를 기입해 주세요.

섹션 B: 부모/법적 보호자 정보 (신청자가 18세 이상이거나 법적으로 독립한 미성년자인 경우, 12번과 14번 항목을 건너뛰세요).

12. **부모/보호자 이름:** 신청자의 부모 이름 또는 신청자의 법적 보호자의 이름을 기입해 주세요.
13. **어머니의 이름과 결혼 전 성:** 신청자의 어머니의 이름을 기입하고, 다음 칸에 어머니의 결혼 전 이름을 기입해 주세요.
14. **주소:** 현재 거주지의 거리 번호, 거리 이름, 아파트 번호, 시, 카운티 및 우편번호를 기입해 주세요. 사서함을 사용하지 마세요.
15. **우편 주소:** 이 주소가 14번과 다른 경우 거리 번호, 거리 이름, 시 및 우편번호를 기입해 주세요.
16. **자택 전화번호** 연락가능한 자택 전화번호를 기입해 주세요.
17. **휴대전화 번호** 연락 가능한 휴대전화 번호를 기입해 주세요.
18. **직장 전화번호** 연락가능한 직장 전화번호를 기입해 주세요.
19. **사용하는 언어:** 가정에서 사용하는 언어를 기입해 주세요.
20. **이메일 주소:** 부모 또는 법적 보호자의 이메일 주소를 기입해 주세요.
21. **가족 구성원 수:** 같은 가구에 거주하는 사람 수를 기입해 주세요.
22. **신청자와 함께 거주하지 않는 다른 부모 이름 및 주소:** 두 번째 연락처의 이름과 주소를 기입해 주세요.

섹션 C: 건강보험 정보

CCS에서 귀하가 자격이 있는 것으로 판단되면, 현재 Medi-Cal 의료 혜택을 받고 있지 않은 경우 Medi-Cal 신청을 요청할 것입니다.

23. 신청자가 Medi-Cal을 받지 않는 경우, "아니오"에 표시하고 27a번 항목으로 넘어가세요. 신청자가 Medi-Cal을 받는 경우 "예"에 표시하고 신청자의 Medi-Cal 번호를 기재해 주세요.
24. 신청자가 Medi-Cal을 가지고 있는 경우, 14자리 Medi-Cal 번호를 기입해 주세요.
25. Medi-Cal 보험 비용의 일부를 본인이 부담하는 경우, "예"에 표시해 주세요.
26. 본인 부담금의 일부를 지불하는 경우, 매달 지불하는 금액을 기입해 주세요.
- 27a. 신청자가 다른 건강보험이 없는 경우, "아니오"를 표시하고 29.
- 27b. 항목으로 넘어가세요. 신청자가 건강보험을 가지고 있는 경우, 보험 플랜 또는 회사명을 기입해 주세요.
- 27c. 신청자가 건강보험을 가지고 있는 경우, 보험 증권 또는 플랜 번호를 기입해 주세요.

28. 신청자가 건강보험을 가지고 있는 경우 보험의 종류에 따라 해당 상자에 표시해 주세요. 보험 서류에서 귀하의 건강보험의 종류를 확인할 수 있습니다. 확실하지 않은 경우, 건강보험 회사에 전화하여 문의해 주세요.
29. 신청자가 치과보험을 가지고 있는 경우, "예"에 표시해 주세요. 신청자가 치과보험이 없는 경우, "아니요"에 표시해 주세요.
30. 신청자가 시력보험을 가지고 있는 경우, "예"에 표시해 주세요. 신청자가 시력보험이 없는 경우, "아니요"에 표시해 주세요.

섹션 D: 인증

반드시 잉크로 서명하고 날짜를 기입하세요. 기호로 서명하는 경우, 증인이 서명하고 날짜를 기입하도록 하세요.

"신청자와의 관계"란에 아버지, 어머니, 법적 보호자 또는 본인(18세 이상이거나 법적으로 독립한 미성년자의 경우)을 입력해 주세요.

신청서 제출하기

신청서를 작성한 후, 거주 지역 카운티 CCS 사무실로 우편으로 발송하거나 직접 제출해 주세요. 거주 카운티의 CCS 사무소를 찾으려면, <https://www.dhcs.ca.gov/services/ccs/Pages/CountyOffices.aspx> 를 방문하거나 지역 전화번호부의 정부 섹션에서 "캘리포니아 아동 서비스" 또는 "카운티 보건국" 항목을 찾아보세요