

### ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບໂຄງການ California Children's Services

#### ໂຄງການ California Children's Services (CCS) ແມ່ນຫຍັງ?

CCS ເປັນໂຄງການໃນທົ່ວລັດທີ່ບົນບົວເດັກນ້ອຍທີ່ມີຂໍ້ຈຳກັດທາງຮ່າງກາຍ ແລະພາວະສຸຂະພາບຊຳເຮື້ອ ຫຼືມີພະຍາດຕ່າງໆ. CCS ສາມາດອະນຸຍາດ ແລະຈ່າຍຄ່າບໍລິການທາງການແພດ ແລະອຸປະກອນສະເພາະ ທີ່ຜູ້ຊ່ຽວຊານທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸມັດຈາກ CCS ສະໜອງໃຫ້. ພະແນກ California Department of Health Care Services (DHCS) ບໍລິຫານຈັດການໂຄງການ CCS. ເຄົາຕີຂະໜາດໃຫຍ່ດຳເນີນໂຄງການ CCS ຂອງຕົນເອງ ໃນຂະນະທີ່ເຄົາຕີຂະໜາດນ້ອຍແບ່ງປັນການດຳເນີນງານຂອງໂຄງການຂອງເຂົາເຈົ້າກັບ DHCS. ໂຄງການ CCS ແມ່ນໄດ້ຮັບທຶນຈາກເງິນພາສີຂອງລັດ, ເຄົາຕີ ແລະລັດຖະບານກາງ ແລະຄ່າທຳນຽມບາງສ່ວນທີ່ພໍ້ໄດ້ແມ່, ຜູ້ບໍາລິຫານຕາມກົດໝາຍ ຫຼືຜູ້ສະໜັກ (ຖ້າອາຍຸ 18 ປີຂຶ້ນໄປ, ຫຼືເປັນຜູ້ຢາທີ່ບັນລຸນິຕິພາວະ) ຈ່າຍຊຳລະ.

#### CCS ສະເໜີຫຍັງໃຫ້ເດັກນ້ອຍ?

ຖ້າທ່ານ ຫຼືແພດຂອງລູກຂອງທ່ານຄິດວ່າລູກຂອງທ່ານອາດມີພາວະທາງການແພດທີ່ເຂົ້າເກນຂອງ CCS, ທາງ CCS ອາດຈະຈ່າຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ ຫຼືໃຫ້ການປະເມີນທາງການແພດເພື່ອຊອກຫາວ່າພາວະທາງສຸຂະພາບຂອງລູກຂອງທ່ານຢູ່ພາຍໃຕ້ຄວາມຄຸ້ມຄອງຂອງປະກັນ ຫຼືບໍ່.

ຖ້າລູກຂອງທ່ານມີສິດ CCS ອາດຈະຈ່າຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ ຫຼືຈັດຫາບໍລິການໃຫ້:

- ການບົນບົວ ເຊັ່ນ: ການບໍລິການຂອງແພດ, ການດູແລໂຮງໝໍແລະການຜ່າຕັດ, ກາຍະພາບບຳບັດແລະອາຊີວະບຳບັດ, ການທົດສອບທາງຫ້ອງປະຕິບັດການ, ການເອັກສະເຣ, ເຄື່ອງມືທາງກະດູກແລະຂໍ້ແລະອຸປະກອນທາງການແພດ.
- ການຈັດການກວ່ານິທາງການແພດເພື່ອຊ່ວຍໃຫ້ມີແພດສະເພາະທາງ ແລະມີການດູແລລູກຂອງທ່ານເມື່ອມີຄວາມຈຳເປັນທາງການແພດ ແລະການສັງຕູໄປຫາໜ່ວຍງານອື່ນໆ ລວມເຖິງພະຍາບານສາທາລະນະສຸກ ແລະສູນເຮຈີນ໌ລ ຫຼື
- ໂຄງການ Medical Therapy Program (MTP) ເຊິ່ງສາມາດໃຫ້ການບົນບົວກາຍະພາບບຳບັດ ແລະ/ຫຼືອາຊີວະບຳບັດ ໃນໂຮງຮຽນຂອງລັດສຳລັບເດັກນ້ອຍທີ່ເຂົ້າເກນທາງການແພດ.

#### ບຸກຄົນໃດມີຄຸນສົມບັດຕາມເກນຂອງ CCS?

ໂຄງການ CCS ເປີດໃຫ້ກັບບຸກຄົນທີ່:

- ມີອາຍຸຕໍ່າກວ່າ 21 ປີ;
- ມີ ຫຼືອາດຈະມີພາວະທາງການແພດທີ່ຄຸ້ມຄອງໂດຍ CCS;
- ເປັນຊາວຄາລິຟໍເນຍ; ແລະ
- ມີລາຍໄດ້ຂອງຄອບຄົວຕໍ່າກວ່າ 40,000 ໂດລາ ຕາມການລາຍງານໃນລາຍໄດ້ລວມທີ່ບັບປຽບຄອດໃນແບບຟອມພາສີຂອງລັດ ຫຼືມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທາງການແພດທີ່ຕ້ອງຈ່າຍເອງສຳລັບເດັກນ້ອຍທີ່ເຂົ້າເກນທີ່ຄິດວ່າຈະຫຼຸດກວ່າ 20 ເປີເຊັນຂອງລາຍໄດ້ຂອງຄອບຄົວ.

ລາຍໄດ້ຂອງຄອບຄົວບໍ່ແມ່ນປັດໃຈສຳລັບເດັກນ້ອຍທີ່:

- ຈ່າເປັນຕ້ອງໄດ້ຮັບບໍລິການວິນິດໄສເພື່ອຢືນຢັນພາວະທາງການແພດທີ່ມີສິດຕາມເກນຂອງ CCS; ຫຼື
- ເປັນເດັກອຸປະກາລະ ແລະມີພາວະທາງການແພດທີ່ມີສິດຕາມເກນຂອງ CCS; ຫຼື
- ກຳລັງຢືນສະໜັກຂໍຮັບບໍລິການຜ່ານ MTP ເທົ່ານັ້ນ; ຫຼື
- ມີປະກັນ Medi-Cal ຄຸ້ມຄອງຕາມຮູບແບບ, ບໍ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ຜູ້ຮັບບໍລິການຕ້ອງຈ່າຍເອງ.

#### CCS ຄຸ້ມຄອງພາວະທາງການແພດໃດແດ່?

ສະເພາະພາວະບາງຢ່າງເທົ່ານັ້ນທີ່ໂຄງການ CCS ຄຸ້ມຄອງ. ໂດຍທົ່ວໄປ ໂຄງການ CCS ຄຸ້ມຄອງພາວະທາງການແພດທີ່ເຮັດໃຫ້ພິການທາງດ້ານຮ່າງກາຍຫຼືຈ່າເປັນຕ້ອງໄດ້ຮັບບໍລິການທາງການແພດ, ການຜ່າຕັດ, ຫຼືການຟື້ນຟູສະມັດຖະພາບ. ນອກຈາກນີ້ ອາດຈະມີເກນບາງຢ່າງທີ່ໃຊ້ການດຳເນີນພາວະທາງການແພດຂອງລູກຂອງທ່ານມີສິດຕາມເກນ ຫຼືບໍ່. ຂ້າງລຸ່ມນີ້ແມ່ນປະເພດຂອງພາວະທາງການແພດທີ່ອາດຈະໄດ້ຮັບຄວາມຄຸ້ມຄອງ ແລະບາງສ່ວນຂອງແຕ່ລະປະເພດ:

- ພາວະທົ່ງວຽວຂ້ອງກັບຫົວໃຈ (ພະຍາດຫົວໃຈແຕ່ກຳເນີດ)
- ເນື້ອງອກ (ມະເຮັງ, ເນື້ອງອກ)
- ພະຍາດທາງເລືອດ (ຮີໂມຟີເລຍ, ພະຍາດເລືອດຈາງຊະນິດເມັດເລືອດຮູບກ່ຽວ)
- ພະຍາດຕ່ອມໄຮ້ທໍ່, ໂພຊະນາການ, ແລະລະບົບຍ່ອຍອາຫານ (ບັນຫາຕ່ອມໄທຣອຍ, ຮ່າງກາຍບໍ່ສາມາດຍ່ອຍກົດອະມິໂນໄດ້ (PKU), ພະຍາດເບົາຫວານ)
- ຄວາມຜິດປົກກະຕິຂອງລະບົບທາງເດີນປັດສາວະແລະອະໄວຍະວະສືບພັນ (ບັນຫາໝາກໄຂ່ຫຼັງຊຳເຮື້ຮ້າຍແຮງ)
- ຄວາມຜິດປົກກະຕິຂອງລະບົບທາງເດີນອາຫານແລະລຳໄສ້ (ພະຍາດອັກເສບຊຳເຮື້, ພະຍາດຕັບ).
- ຄວາມຜິດປົກກະຕິແຕ່ກຳເນີດທຶຮ້າຍແຮງ (ປາກແຫວ່ງ/ເພດານປາກໂຫວ່, ກະດູກສັນຫຼັງແຍກ)
- ຄວາມຜິດປົກກະຕິຂອງອະໄວຍະວະຮັບຄວາມຮູ້ສຶກ (ການສູນເສຍການໄດ້ຍິນ, ຕໍ່ຫືນ, ຕໍ່ກະຈົກ)
- ຄວາມຜິດປົກກະຕິຂອງລະບົບປະສາດ (ສະໝອງພິການ, ອາການຊັກທົບສາມາດຄວບຄຸມໄດ້)
- ຄວາມຜິດປົກກະຕິຂອງລະບົບກຳມເນື້ອແລະໂຄງກະດູກ ແລະເນື້ອເຍືອກ່ຽວພັນ (ໂລກຂ້ອກເສບຮູມາຕອຍ, ພະຍາດກຳມເນື້ອເສື້ອມ)
- ຄວາມຜິດປົກກະຕິຮ້າຍແຮງຂອງລະບົບພູມຄຸ້ມກັນ (ການຕິດເຊື້ອໄວຣັດພູມຄຸ້ມກັນບົກຜ່ອງຂອງມະນຸດ (HIV))
- ພາວະພິການ ຫຼື ຄວາມເປັນພິດທິຕ້ອງໄດ້ຮັບການດູແລຢ່າງເຂັ້ມຂົນ ຫຼື ການຟື້ນຟູ (ການບາດເຈັບທົ່ວ, ສະໝອງ, ຫຼື ກະດູກສັນຫຼັງ, ໄຟໄໝຮຸນແຮງ)
- ພາວະແຊກຊ້ອນຈາກການຄອດກ່ອນກຳນົດທິຕ້ອງໄດ້ຮັບການດູແລຢ່າງເຂັ້ມຂົນ
- ຄວາມຜິດປົກກະຕິຂອງຜິວໜັງ ແລະເນື້ອເຍືອໃຕ້ຜິວໜັງ (ເນື້ອງອກຫຼອດເລືອດຮູນແຮງ)
- ການສືບພັນທິຜິດປົກກະຕິທີ່ເຮັດໃຫ້ພິການທາງການແພດ (ແຂ້ວງຢ່າງຮຸນແຮງ)

ສອບຖາມຫ້ອງການ CCS ເຄີຍຕ້ອງທ່ານຖ້າທ່ານມີຄຳຖາມ.

**ຜູ້ສະໝັກ ຫຼື ຄອບຄົວຕ້ອງເຮັດຫຍັງແດ່ຈຶ່ງຈະມີສິດ?**

ຄອບຄົວ (ຫຼື ຜູ້ສະໝັກຖ້າມີອາຍຸ 18 ປີຂຶ້ນໄປ ຫຼື ເປັນຜູ້ເຢົາທົບນັ້ນລຸນຕິພາວະ) ຈະຕ້ອງ:

- ກອກແບບຟອມສະໝັກທິເລີ່ມຕົ້ນໃນໜ້າທີ 4 ແລ້ວສົ່ງຄືນໃຫ້ຫ້ອງການ CCS ທ້ອງຖິ່ນຂອງເຂົາເຈົ້າ;
- ໃຫ້ຂໍ້ມູນທັງໝົດທີ່ຮ້ອງຂໍ ເພື່ອໃຫ້ CCS ສາມາດພິຈາລະນາວ່າຄອບຄົວມີສິດ ຫຼື ບໍ່;
- ຍືນສະໝັກກັບ Medi-Cal. ຖ້າຄອບຄົວມີສິດໄດ້ຮັບ Medi-Cal ເດັກກໍ່ມີສິດໄດ້ຮັບຄວາມຄຸ້ມຄອງຈາກໂຄງການ CCS ເຊັ່ນກັນ. ໂຄງການ CCS ອະນຸມັດບໍລິການ; ການຈ່າຍເງິນແມ່ນເຮັດຜ່ານ Medi-Cal.

**ຄວາມເປັນສ່ວນຕົວຂອງຂ້າພະເຈົ້າຈະໄດ້ຮັບການປົກປ້ອງແນວໃດ?**

ກົດໝາຍຂອງລັດຄາລິຟໍເນຍກຳນົດໃຫ້ຄອບຄົວທີ່ສະໝັກຂໍຮັບບໍລິການຕ້ອງໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບການວິທີໂຄງການ CCS ປົກປ້ອງຂໍ້ມູນຄວາມເປັນສ່ວນຕົວຂອງເຂົາເຈົ້າ.<sup>1</sup>

ຖ້າຕ້ອງການປົກປ້ອງຄວາມເປັນສ່ວນຕົວຂອງທ່ານ:

- ໂຄງການ CCS ຕ້ອງຮັກສາຂໍ້ມູນນີ້ໄວ້ເປັນຄວາມລັບ.<sup>2</sup>
- ໂຄງການ CCS ອາດຈະແບ່ງປັນຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບແບບຟອມກັບເຈົ້າໜ້າທີ່ທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດຈາກໂຄງການສຸຂະພາບແລະ ສະຫວັດດີການອື່ນໆ ສະເພາະເມື່ອທ່ານໄດ້ເຊັນແບບຟອມໃຫ້ຄຳຢືນຢອມເທົ່ານັ້ນ.

<sup>1</sup>ປະມວນກົດໝາຍແຜ່ງ, ມາດຕາ 1798.17

[https://leginfo.legislature.ca.gov/faces/codes\\_displaySection.xhtml?lawCode=CIV&sectionNum=1798.17](https://leginfo.legislature.ca.gov/faces/codes_displaySection.xhtml?lawCode=CIV&sectionNum=1798.17).

<sup>2</sup>ອົງຕາມມາດຕາ 41670, ລັກສະນະ 22, ປະມວນກົດໝາຍລັດຄາລິຟໍເນຍ ແລະ ກົດໝາຍວ່າດ້ວຍບັນທຶກສາທາລະນະລັດຄາລິຟໍເນຍ (ປະມວນກົດໝາຍລັດຖະບານ, ມາດຕາ 6250-6255)

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

ທ່ານມີສິດທິຈະເບີງໃບສະໝັກ ແລະບັນທຶກຂອງໂຄງການ CCS ກ່ຽວກັບຕົວທ່ານ ຫຼືລູກຂອງທ່ານ. ຖ້າທ່ານຕ້ອງການເບີງ  
ບັນທຶກເຫຼົ່ານີ້ ຕິດຕໍ່ຫ້ອງການ CCS ໃນເຄົາຕີທ້ອງຖິ່ນຂອງທ່ານ. ຕາມກົດໝາຍ ຂໍ້ມູນທ່ານໃຫ້ໄວ້ກັບໂຄງການ CCS  
ແມ່ນແກ້ບຮັກສາໄວ້ໂດຍໂຄງການ CCS.<sup>3</sup>

**ຂ້າພະເຈົ້າມີສິດອຸທອນການຕັດສິນໃຈບ?**

ທ່ານມີສິດທິຈະບໍ່ເຫັນດີກັບການຕັດສິນໃຈທີ່ເຮັດໂດຍໂຄງການ CCS.<sup>4</sup> ເຊິ່ງເອີ້ນວ່າການອຸທອນ. ຂັ້ນຕອນການອຸທອນ  
ຊ່ວຍໃຫ້ພໍ່ແມ່/ຜູ້ປົກຄອງຕາມກົດໝາຍ ຫຼືຜູ້ສະໝັກມີອິດທິຮັດວຽກຮ່ວມກັບໂຄງການ CCS ເພື່ອຊອກຫາວິທີແກ້ໄຂຂໍ້  
ຂັດແຍ່ງ. ຖ້າຕ້ອງການຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບຂັ້ນຕອນການອຸທອນ ກະລຸນາຕິດຕໍ່ຫ້ອງການ CCS ໃນເຄົາຕີທ້ອງຖິ່ນຂອງທ່ານ.

**ຂ້າພະເຈົ້າສາມາດຂໍຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບ CCS ຢູ່ບ່ອນໃດ?**

ຖ້າຕ້ອງການຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບໂຄງການ CCS ກະລຸນາເຂົ້າໄປທີ່ໜ້າຫຼັກ CCS ໃນເວັບໄຊ DHCS ທີ່:  
<https://www.dhcs.ca.gov/services/ccs/Pages/default.aspx>

ສໍາລັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການກອກໃບສະໝັກ ກະລຸນາຕິດຕໍ່ຫ້ອງການ CCS ເຄົາຕີທ້ອງຖິ່ນຂອງທ່ານ. ຖ້າຕ້ອງການ  
ຊອກຫາຫ້ອງການ CCS ເຄົາຕີຂອງທ່ານ ໃຫ້ໄປທີ່: <https://www.dhcs.ca.gov/services/ccs/Pages/CountyOffices.aspx>  
ຫຼືເບີງໃນສ່ວນຂໍ້ມູນລັດຖະບານໃນສະໝຸດໂທລະສັບໃນທ້ອງຖິ່ນຂອງທ່ານ ພາຍໃຕ້ "California Children's Services"  
ຫຼື "ພະແນກສາທາລະນະສຸກຂອງເຄົາຕີ."

<sup>3</sup> ມາດຕາ 123800 ແລະຕໍ່ໄປ ຂອງປະມວນກົດໝາຍລັດຖະບານວ່າດ້ວຍສຸຂະພາບແລະຄວາມປອດໄພຂອງລັດຄາລິຟໍເນຍ  
[https://leginfo.legislature.ca.gov/faces/codes\\_displaySection.xhtml?sectionNum=123800.&lawCode=HSC](https://leginfo.legislature.ca.gov/faces/codes_displaySection.xhtml?sectionNum=123800.&lawCode=HSC)

<sup>4</sup> ປະມວນກົດລະບຽບຂອງລັດຄາລິຟໍເນຍ, ລັກສະນະ 22, ບົດທີ 13, ໝວດທີ 42702–42703  
<https://www.law.cornell.edu/regulations/california/22-CCR-42702>

**ໃບສະໝັກໃນການພິຈາລະນາສົດໃນໂຄງການ California Children Services Program**

ໃບສະໝັກນີ້ຈະຕ້ອງກອກໂດຍພໍ່ແມ່, ຜູ້ປົກຄອງຕາມກົດໝາຍ ຫຼື ຜູ້ສະໝັກ (ຖ້າອາຍຸ 18 ປີຂຶ້ນໄປ ຫຼື ເປັນຜູ້ເຄີຍທີ່ບັນລຸນິຕິພາວະ) ເພື່ອພິຈາລະນາວ່າຜູ້ສະໝັກມີສິດໄດ້ຮັບການບໍລິການ/ສິດປະໂຫຍດຈາກໂຄງການ CCS ຫຼື ບໍ່. ຄຳວ່າ "ຜູ້ສະໝັກ" ໝາຍເຖິງເດັກນ້ອຍ, ບຸກຄົນອາຍຸ 18 ປີຂຶ້ນໄປ ຫຼື ຜູ້ເຄີຍທີ່ບັນລຸນິຕິພາວະ ເຊິ່ງເປັນຜູ້ຂໍຮັບບໍລິການ. ກະລຸນາພິມ ຫຼື ຂຽນໃຫ້ອ່ານອອກຊັດເຈນ.

**A. ຂໍ້ມູນຜູ້ສະໝັກ**

1. ຊື່ຜູ້ສະໝັກ (ນາມສະກຸນ) (ຊື່) (ຊື່ກາງ)

ຊື່ໃນໃບຢັ້ງຢືນການເກີດ (ຖ້າແຕກຕ່າງກັນ) ຊື່ອື່ນໆທີ່ຜູ້ສະໝັກໃຊ້

|                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| 2. ວັນເດືອນປີເກີດ (ເດືອນ, ວັນ, ປີ)   | 3. ສະຖານທີ່ເກີດ – ເມືອງ <span style="float: right;">ລັດ</span> |
| ປະເທດ, ຖ້າເກີດຢູ່ນອກສະຫະລັດ ອາເມຣິກາ |  |

4. ທີ່ຢູ່ຂອງຜູ້ສະໝັກ (ເລກທີ, ຖະໜົນ) (ຫ້າມໃຊ້ຕູ້ໄປສະນີ)

|       |        |             |
|-------|--------|-------------|
| ເມືອງ | ເຄົາຕີ | ລະຫັດໄປສະນີ |
|-------|--------|-------------|

5. ເພດ

ເພດຍິງ  ເພດຊາຍ

6. ລົດນິຍົມທາງເພດ ແລະ ອັດຕາລັກທາງເພດ (ເລືອກຕອບຫຼືບໍ່ຕອບກໍໄດ້):

ຖ້າຜູ້ສະໝັກຕ້ອງການແຈ້ງໃຫ້ພວກເຮົາຮູ້ເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບເພດ, ອັດຕາລັກທາງເພດ, ການສະແດງອອກທາງເພດ ຫຼື ລົດນິຍົມທາງເພດ ກະລຸນາອອກຂໍ້ມູນໃສ່ຂໍ້ a, b ແລະ c ຂ້າງລຸ່ມນີ້. ພາກສ່ວນທີ 6 ເປັນທາງເລືອກ ແຕ່ DHCS ຈຳເປັນຕ້ອງຮ້ອງຂໍ ເລືອກຈາກການຜ່ານຮ່າງກົດໝາຍລັດຖະສະພາ 959 (2015-2016).

a. ຜູ້ສະໝັກມີເພດຫຍັງ (ເຮັດເຄື່ອງໝາຍທີ່ກ່ຽວກັບອັດຕາລັກທາງເພດບົດຈຸບັນຂອງທ່ານໄດ້ດີທີ່ສຸດ)?

ເພດຍິງ  ເພດຊາຍ  ຄົນຂ້າມເພດ: ຈາກເພດຊາຍເປັນເພດຍິງ  ຄົນຂ້າມເພດ: ຈາກເພດຍິງເປັນເພດຊາຍ

ບໍ່ແມ່ນທັງເພດຊາຍ ຫຼື ເພດຍິງ (ບໍ່ແມ່ນທັງຊາຍຫຼືຍິງ)  ອັດຕາລັກທາງເພດແບບອື່ນ

b. ເພດໃດທີ່ລະບຸໄວ້ໃນໃບຢັ້ງຢືນການເກີດຂອງຜູ້ສະໝັກ?

ເພດຍິງ  ເພດຊາຍ

c. ຜູ້ສະໝັກຄິດວ່າຕົນເອງມີອັດຕາລັກທາງເພດແບບໃດ:

ຄົນຮັກເພດກົງກັນຂ້າມ/ຄົນຮັກຄົນຕ່າງເພດ  ເກ/ເລສບຽນ  ຄົນຮັກຮ່ວມສອງເພດ  ເຄວຍ

ລົດນິຍົມທາງເພດແບບອື່ນ  ບໍ່ຮູ້ຈັກ

|                    |   |
|--------------------|---|
| 7. ເຊື້ອຊາດ/ຊາດພັນ | 8. ໝາຍເລກປະກັນສັງຄົມ (ເລືອກຕອບຫຼືບໍ່ຕອບກໍໄດ້) |
|--------------------|---|

9. ຜູ້ສະໝັກສົງໄສວ່າຈະມີພາວະ ຫຼື ມີຄວາມພິການຫຍັງທີ່ມີສິດຕາມເກນຂອງ C C S ?

|               |                      |
|---------------|----------------------|
| 10. ແພດຕົ້ນຕໍ | 11. ເບີໂທລະສັບຂອງແພດ |
|---------------|----------------------|

**B. ຂໍ້ມູນພໍ່ແມ່/ຜູ້ປົກຄອງ/ຄອບຄົວ**  
 (ຜູ້ສະໝັກອາຍຸ 18 ປີຂຶ້ນໄປ, ຫຼື ເປັນຜູ້ເຢົາທີ່ບັນລຸນິຕິພາວະ ໃຫ້ຂໍ້ມູນຂໍ້ 12 ແລະ 14 ຂ້າງລຸ່ມນີ້.)

|                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| 12. ຊື່ພໍ່ແມ່ ຫຼື ຜູ້ປົກຄອງຕາມກົດໝາຍ | 13. ຊື່ແລະ ນາມສະກຸນຂອງແມ່ກ່ອນແຕ່ງງານ (ບໍ່ໄດ້ລະບຸໄວໃນຂໍ້ 12) |
|--------------------------------------|---|

14. ທີ່ຢູ່ (ເລກທີ, ຖະໜົນ) (ຫ້າມໃຊ້ຕູ້ໄປສະນີ)

|       |        |             |
|-------|--------|-------------|
| ເມືອງ | ເລກຳຕີ | ລະຫັດໄປສະນີ |
|-------|--------|-------------|

15. ທີ່ຢູ່ທາງໄປສະນີ (ຖ້າແຕກຕ່າງຈາກຂໍ້ 14)

|       |        |             |
|-------|--------|-------------|
| ເມືອງ | ເລກຳຕີ | ລະຫັດໄປສະນີ |
|-------|--------|-------------|

|                    |                |                           |
|--------------------|----------------|---------------------------|
| 16. ເບີໂທລະສັບບ້ານ | 17. ເບີໂທລະສັບ | 18. ເບີໂທລະສັບບ່ອນເຮັດວຽກ |
|--------------------|----------------|---------------------------|

|                                |                |
|--------------------------------|----------------|
| 19. ທ່ານເວົ້າພາສາຫຍັງຢູ່ເຮືອນ? | 20. ທີ່ຢູ່ອາໄສ |
|--------------------------------|----------------|

|                         |  |
|-------------------------|--|
| 21. ໃສ່ຈຳນວນຄົນໃນຄອບຄົວ | 22. ນາມສະກຸນ ແລະ ຊື່ຂອງພໍ່ແມ່ອີກຄົນໜຶ່ງ (ຖ້າບໍ່ຢູ່ກັບຜູ້ສະໝັກ) |
|-------------------------|--|

|                           |       |             |
|---------------------------|-------|-------------|
| ທີ່ຢູ່ຂອງພໍ່ແມ່ອີກຄົນໜຶ່ງ | ເມືອງ | ລະຫັດໄປສະນີ |
|---------------------------|-------|-------------|

**C. ຂໍ້ມູນປະກັນສຸຂະພາບ**

|   |   |
|---|---|
| 23. ຜູ້ສະໝັກມີ Medi-Cal ບໍ?<br><input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ | 24. ຖ້າແມ່ນ, ໝາຍເລກ Medi-Cal ຂອງຜູ້ສະໝັກແມ່ນຫຍັງ? |
|---|---|

|   |  |
|---|--|
| 25. ມີຄຳໃຊ້ຈ່າຍທີ່ຜູ້ຮັບບໍລິການຕ້ອງຈ່າຍເອງບໍ?<br><input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ | 26. ຖ້າແມ່ນ ຈຳນວນເງິນທີ່ທ່ານຈ່າຍຕໍ່ເດືອນເປັນເທົ່າໃດ? |
|---|--|

|  |   |
|--|---|
| 27a. ຜູ້ສະໝັກມີປະກັນສຸຂະພາບອື່ນບໍ?<br><input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ | 27b. ຖ້າແມ່ນ ແຜນປະກັນ ຫຼື ບໍລິສັດຊື່ຫຍັງ? |
|--|---|

27c. ໝາຍເລກກົມມະທັ້ນ ຫຼື ໝາຍເລກແຜນປະກັນ

28. ປະເພດຂອງແຜນປະກັນສຸຂະພາບ ຫຼື ບໍລິສັດ

- Preferred Provider Organization (PPO)
- Health Maintenance Organization (HMO)
- ອື່ນໆ:

29. ຜູ້ສະໜັກມີປະກັນທັນຕະກຳບ?

- ແມ່ນ
- ບໍ່ແມ່ນ

30. ຜູ້ສະໜັກມີປະກັນສາຍຕາບ?

- ແມ່ນ
- ບໍ່ແມ່ນ

**D. ການຢັ້ງຢືນ**

(ເຊັນຊື່ຫຼື ແລະ ເຊັນຊື່ຂ້າງລຸ່ມນີ້ ລາຍເຊັນຂອງທ່ານອະນຸຍາດໃຫ້ໃຊ້ໂຄງການ CCS ດຳເນີນການກັບໃບສະໝັກນີ້).

ຂ້າພະເຈົ້າກຳລັງຢັ້ງຢືນສະໝັກເຂົ້າຮ່ວມໂຄງການ CCS ເພື່ອໃຫ້ພິຈາລະນາສິດໃນການໄດ້ຮັບບໍລິການ/ສິດປະໂຫຍດ.

ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າການກອກໃບສະໝັກນີ້ໄດ້ຮັບປະກັນວ່າໂຄງການ C C S ຈະຍອມຮັບໃຫ້ເຂົ້າຮ່ວມ.

ຂ້າພະເຈົ້າອະນຸຍາດໃຫ້ກວດສອບຂໍ້ມູນທີ່ຢູ່ອາໄສ, ຂໍ້ມູນສຸຂະພາບ ຫຼື ສະຖານະການອື່ນໆ ໃນການພິຈາລະນາສິດຂອງຂ້າພະເຈົ້າໃນການໄດ້ຮັບບໍລິການ/ສິດປະໂຫຍດຈາກໂຄງການ CCS.

ຂ້າພະເຈົ້າຂໍຢັ້ງຢືນເຊັນກັນວ່າຂໍ້ມູນທີ່ຂ້າພະເຈົ້າໃຫ້ໄວ້ໃນແບບຟອມນີ້ເປັນຄວາມຈິງ ແລະຖືກຕ້ອງແມ່ນຍາກ.

\* ເບີໂທລະສັບ ແລະ ທີ່ອາໄສ.

**ຄຳແນະນຳໃນການກອກ ໃບສະໝັກຂັບບໍລິການ  
CALIFORNIA CHILDREN'S SERVICES APPLICATION (DHCS 4480)**

ຂຽນໃຫ້ອ່ານເຂົ້າໃຈງ່າຍ ເພື່ອໃຫ້ສາມາດດຳເນີນການກັບໃບສະໝັກຂອງທ່ານໄດ້ໄວທີສຸດ.

ກອກຂໍ້ມູນໃສ່ແຕ່ລະພາກສ່ວນຢ່າງຄົບຖ້ວນສົມບູນ. ຖ້າທ່ານບໍ່ໃຫ້ຂໍ້ມູນທັງໝົດ ໂຄງການ CCS ຈະບໍ່ສາມາດດຳເນີນການກັບໃບສະໝັກຂອງທ່ານໄດ້. ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການກອກແບບຟອມນີ້ໃຫ້ຕິດຕໍ່ຫ້ອງການ CCS ໃນເຄົາຕີທ້ອງຖິ່ນຂອງທ່ານ.

ເມື່ອກອກໃບສະໝັກຄົບຖ້ວນສົມບູນແລ້ວ ໃຫ້ສົ່ງໄປຫ້ອງການ CCS ໃນເຄົາຕີທ້ອງຖິ່ນຂອງທ່ານ. ຢ່າລົມເຊັນຊີ ແລະລົງວັນທີໃນແບບຟອມ.

**ພາກສ່ວນ A: ຂໍ້ມູນຜູ້ສະໝັກ** ("ຜູ້ສະໝັກ" ໝາຍເຖິງເດັກ, ບຸກຄົນອາຍຸ 18 ປີຂຶ້ນໄປ ຫຼືຜູ້ເຢົາທີ່ບັນລຸນຕິພາວະເຊິ່ງເປັນຜູ້ຂັບບໍລິການ).

1. **ຊື່ຜູ້ສະໝັກ:** ກອກຂໍ້ມູນນາມສະກຸນ, ຊື່ ແລະຊື່ກາງຂອງຜູ້ສະໝັກ. ໃນກ່ອງຕາໂປ ໃຫ້ຂຽນຊື່ຕັ້ງແຕ່ຕົ້ນຂອງຜູ້ສະໝັກຕາມທີ່ບາກົດຢູ່ໃນໃບຢັ້ງຢືນການເກີດຂອງເຂົາເຈົ້າ ຖ້າແຕກຕ່າງຈາກຊື່ຂອງເຂົາເຈົ້າ. ຖ້າຜູ້ສະໝັກໃຊ້ຊື່ອື່ນ ໃຫ້ໃສ່ຊື່ນັ້ນໃສ່ໃນກ່ອງສຸດທ້າຍ.
2. **ວັນເດືອນປີເກີດຂອງຜູ້ສະໝັກ:** ຂຽນເດືອນ, ວັນ, ແລະປີເກີດຂອງຜູ້ສະໝັກ.
3. **ສະຖານທີ່ເກີດ:** ຂຽນເຄົາຕີແລະລັດບ່ອນທີ່ຜູ້ສະໝັກເກີດ. ລວມທັງປະເທດ ຖ້າຜູ້ສະໝັກເກີດຢູ່ນອກສະຫະລັດອາເມຣິກາ
4. **ທີ່ຢູ່:** ຂຽນເລກທີ, ຊື່ຖະໜົນ, ເບື້ອງພາດເມັ້ນ, ເມືອງ, ເຄົາຕີ ແລະລະຫັດໄປສະນີຂອງທີ່ຢູ່ອາໄສໃນປັດຈຸບັນຂອງຜູ້ສະໝັກໃນຊ່ອງນີ້. ຫ້າມໃຊ້ຕູ້ໄປສະນີ.
5. **ເພດຂອງຜູ້ສະໝັກ:** ເຮັດເຄື່ອງໝາຍທີ່ກ່ຽວຂ້ອງເພື່ອລະບຸເພດທີ່ຖືກຕ້ອງຂອງຜູ້ສະໝັກ (ເພດຊາຍ ຫຼືເພດຍິງ).
6. **ລົດນິຍົມທາງເພດ ແລະອັດຕາລັກທາງເພດ (ເລືອກຕອບຫຼືບໍ່ຕອບກໍໄດ້):** ຖ້າຜູ້ສະໝັກຕ້ອງການແຈ້ງໃຫ້ພວກເຮົາຮູ້ເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບເພດ, ອັດຕາລັກທາງເພດ, ການສະແດງອອກທາງເພດ ຫຼືລົດນິຍົມທາງເພດ ກະລຸນາກອກຂໍ້ມູນໃສ່ຂໍ້ a, b ແລະ c ຂ້າງລຸ່ມນີ້. ພາກທີ 6 ເປັນທາງເລືອກ ແຕ່ DHCS ຈຳເປັນຕ້ອງຮ້ອງຂໍ ເນື່ອງຈາກການຜ່ານ [ຮ່າງກົດໝາຍລັດຖະສະພາ 959](#) (2015 - 2016).
  - 6a. ເຮັດເຄື່ອງໝາຍທີ່ກ່ຽວຂ້ອງທີ່ອະທິບາຍອັດຕາລັກທາງເພດປັດຈຸບັນຂອງຜູ້ສະໝັກໄດ້ດີທີສຸດ.
  - 6b. ເຮັດເຄື່ອງໝາຍທີ່ກ່ຽວຂ້ອງທາງເລືອກກ່ຽວກັບເພດທີ່ລະບຸໄວ້ໃນໃບຢັ້ງຢືນການເກີດຕົ້ນຕັ້ງແຕ່ເດີມຂອງຜູ້ສະໝັກ.
  - 6c. ເຮັດເຄື່ອງໝາຍທີ່ກ່ຽວຂ້ອງທີ່ອະທິບາຍອັດຕາລັກທາງເພດຂອງຜູ້ສະໝັກໄດ້ດີທີສຸດ.
7. **ເຊື້ອຊາດ/ຊາດພັນ** ໃສ່ໝວດໝູ່ຈາກລາຍການຕາໂປນີທີ່ອະທິບາຍໄດ້ດີທີ່ສຸດກ່ຽວກັບເຊື້ອຊາດ/ຊາດພັນຫຼັກຂອງຜູ້ສະໝັກ:
 

|  |   |  |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• ອາລາສກາພື້ນເມືອງ</li> <li>• ອາເມຣິກາ</li> <li>• ອາເມຣິກາພື້ນເມືອງ</li> <li>• ອາຊີ</li> <li>• ອາຊີອິນເດຍ</li> <li>• ຄົນຜິວດຳ/ອາຟຣິກາອາເມຣິກາ</li> <li>• ກຳປູເຈຍ</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ຈີນ</li> <li>• ຟິລິບປິນ</li> <li>• ກູມາເນຍ</li> <li>• ຮາວາຍ</li> <li>• ຮີສປານກິ/ລາຕິນ</li> <li>• ຍີ່ປຸ່ນ</li> <li>• ເກົາຫຼີ</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ຄົນລາວ</li> <li>• ຊາມົວ</li> <li>• ຫວຽດນາມ</li> <li>• ຄົນຜິວຂາວ</li> <li>• ອື່ນໆ</li> </ul> |
|--|---|--|

- 8. **ໝາຍເລກປະກັນສັງຄົມ (ເລືອກຕອບຫຼືບໍ່ຕອບກາດ)** ຂຽນເລກປະກັນສັງຄົມເກົ້າຫຼັກຂອງຜູ້ສະໝັກ.
- 9. **ພາວະ ຫຼື ຄວາມພິການທີ່ສົງໄສວ່າຈະເປັນທີ່ເຂົ້າເກນຂອງໂຄງການ CCS :** ຂຽນຄວາມພິການຂອງຜູ້ສະໝັກ ຫຼື ຄວາມຈຳເປັນໃນການໄດ້ຮັບການດູແລສຸຂະພາບພິເສດທີ່ຈະໄດ້ຮັບການປົນປົວໂດຍໂຄງການ CCS. ຄຳອະທິບາຍ ກ່ຽວກັບພາວະທີ່ເຂົ້າເກນຂອງໂຄງການ CCS ອາດຈະຊ່ວຍທ່ານໄດ້ (ເບິ່ງ “ພາວະທາງການແພດໃດທີ່ CCS ຄຸ້ມຄອງ” ໃນຫນ້າ 1 ແລະ 2). ຖ້າທ່ານບໍ່ຮູ້ໃຫ້ສອບຖາມແພດຜູ້ສະໝັກ ຫຼື ເວັບພື້ນທີ່ຫ່າງໄວ້. ໂຄງການ CCS ຈະຕິດຕາມຜົນ ກັບແພດຂອງຜູ້ສະໝັກຖ້າຕ້ອງການຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ.
- 10. **ຊື່ແພດຕົ້ນຕໍຂອງຜູ້ສະໝັກ:** ຂຽນຊື່ຂອງແພດຂອງຜູ້ສະໝັກ.
- 11. **ເບີໂທລະສັບຂອງແພດ:** ຂຽນເບີໂທລະສັບຂອງແພດທີ່ລະບຸໄວ້ໃນຂໍ້ 10.

**ພາກສ່ວນ B: ຂໍ້ມູນພໍ່ຫຼືແມ່/ຜູ້ປົກຄອງຕາມກົດໝາຍ** (ຜູ້ສະໝັກອາຍຸ 18 ປີຂຶ້ນໄປ ຫຼື ຜູ້ເຜົາທີ່ບັນລຸນິຕິພາວະ ໃຫ້ ຂໍ້ມູນຂໍ້ 12 ແລະ 14).

- 12. **ຊື່ພໍ່ຫຼືແມ່/ຜູ້ປົກຄອງ:** ຂຽນຊື່ຂອງພໍ່ແມ່ຂອງຜູ້ສະໝັກ ຫຼື ຊື່ຂອງຜູ້ປົກຄອງຕາມກົດໝາຍຂອງຜູ້ສະໝັກ.
- 13. **ຊື່ແລະນາມສະກຸນຂອງແມ່:** ຂຽນຊື່ແມ່ຂອງຜູ້ສະໝັກ ແລະ ລະບຸນາມສະກຸນກ່ອນແຕ່ງງານຂອງແມ່ໃນກ່ອງຖັດໄປ.
- 14. **ທີ່ຢູ່:** ຂຽນເລກທີ, ຊື່ຖະໜົນ, ເບື້ອງ, ເບື້ອງ, ເຄົາຕີ້ ແລະ ລະຫັດໄປສະນີຂອງທີ່ຢູ່ອາໄສໃນປັດຈຸບັນຂອງທ່ານ. ຫ້າມໃຊ້ຕູ້ໄປສະນີ.
- 15. **ທີ່ຢູ່ທາງໄປສະນີ:** ຖ້າທີ່ຢູ່ນີ້ແຕກຕ່າງຈາກຂໍ້ 14 ໃຫ້ຂຽນເລກທີ, ຊື່ຖະໜົນ, ເບື້ອງ ແລະ ລະຫັດໄປສະນີ.
- 16. **ເບີໂທລະສັບບ້ານ:** ຂຽນເບີໂທລະສັບບ້ານບ່ອນທີ່ສາມາດຕິດຕໍ່ທ່ານໄດ້.
- 17. **ເບີໂທລະສັບ:** ຂຽນເບີໂທລະສັບທີ່ສາມາດຕິດຕໍ່ທ່ານໄດ້.
- 18. **ເບີໂທລະສັບບ່ອນເຮັດວຽກ:** ຂຽນເບີໂທລະສັບບ່ອນເຮັດວຽກທີ່ສາມາດຕິດຕໍ່ທ່ານໄດ້.
- 19. **ພາສາທີ່ເວົ້າ:** ຂຽນພາສາທີ່ທ່ານເວົ້າຢູ່ເຮືອນ.
- 20. **ທີ່ຢູ່ອາໄສ:** ຂຽນທີ່ຢູ່ອາໄສສຳລັບພໍ່ຫຼືແມ່ ຫຼື ຜູ້ປົກຄອງຕາມກົດໝາຍ.
- 21. **ຈຳນວນຄົນໃນຄອບຄົວ** ຂຽນຈຳນວນຄົນທີ່ອາໄສຢູ່ໃນຄອບຄົວດຽວກັນ.
- 22. **ຊື່ແລະທີ່ຢູ່ຂອງພໍ່ຫຼືແມ່ອີກຄົນໜຶ່ງ ຖ້າບໍ່ໄດ້ຢູ່ກັບຜູ້ສະໝັກ:** ຂຽນຊື່ແລະທີ່ຢູ່ຂອງບຸກຄົນທີ່ສາມາດຕິດຕໍ່ໄດ້ ຄົນທີ່ສອງ.

**ພາກສ່ວນ C: ຂໍ້ມູນປະກັນສຸຂະພາບ**

ຖ້າໂຄງການ CCS ຄິດວ່າທ່ານອາດຈະມີສິດ ເຂົ້າເຈົ້າຈະຂໍໃຫ້ທ່ານສະໝັກ Medi-Cal ຖ້າໃນປັດຈຸບັນທ່ານຍັງບໍ່ໄດ້ຮັບສິດ ປະໂຫຍດດ້ານການດູແລສຸຂະພາບຂອງ Medi-Cal.

- 23. ຖ້າຜູ້ສະໝັກບໍ່ໄດ້ຮັບ Medi-Cal ໃຫ້ເຮັດເຄື່ອງໝາຍທີ່ຄຳຕອບ “ບໍ່ແມ່ນ” ແລະ ໄປທີ່ຂໍ້ 27a. ຖ້າຜູ້ສະໝັກໄດ້ຮັບ Medi-Cal ໃຫ້ເຮັດເຄື່ອງໝາຍທີ່ຄຳຕອບ “ແມ່ນ” ແລະ ກອກໝາຍເລກ Medi-Cal ຂອງຜູ້ສະໝັກ.
- 24. ຖ້າທ່ານຜູ້ສະໝັກມີ Medi-Cal ໃຫ້ໃສ່ໝາຍເລກ Medi-Cal 14 ຫຼັກ.
- 25. ຖ້າທ່ານຈ່າຍຄ່າປະກັນໄພ Medi-Cal ບາງສ່ວນ ໃຫ້ເຮັດເຄື່ອງໝາຍທີ່ຄຳຕອບ “ແມ່ນ”.
- 26. ຖ້າທ່ານຈ່າຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ຮັບບໍລິການຕ້ອງຈ່າຍເອງບາງສ່ວນ ໃຫ້ກອກຈຳນວນທີ່ຈ່າຍໃນແຕ່ລະເດືອນ.
- 27a. ຖ້າຜູ້ສະໝັກມີປະກັນສຸຂະພາບອື່ນ ໃຫ້ເຮັດເຄື່ອງໝາຍທີ່ຄຳຕອບ “ບໍ່ແມ່ນ” ແລະ ໄປທີ່ຂໍ້ 29.
- 27b. ຖ້າຜູ້ສະໝັກມີປະກັນສຸຂະພາບ ໃຫ້ກອກຊື່ແຜນປະກັນໄພ ຫຼື ບໍລິສັດ.
- 27c. ຖ້າຜູ້ສະໝັກມີປະກັນສຸຂະພາບ ໃຫ້ກອກໝາຍເລກກົມມະທັ້ນ ຫຼື ໝາຍເລກແຜນປະກັນ.

- 28. ຖ້າຜູ້ສະໝັກມີປະກັນສຸຂະພາບ ໃຫ້ເຮັດເຄື່ອງໝາຍທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບໜ້າທີ່ທີ່ເໝາະສົມ ຂຶ້ນຢູ່ກັບປະເພດຂອງປະກັນ. ແບບຟອມປະກັນສຸຂະພາບຂອງທ່ານຈະບອກວ່າທ່ານມີປະກັນສຸຂະພາບປະເພດໃດແດ່. ຖ້າທ່ານບໍ່ແນ່ໃຈ ໃຫ້ໂທຫາບໍລິສັດປະກັນສຸຂະພາບຂອງທ່ານເພື່ອສອບຖາມ.
- 29. ຖ້າຜູ້ສະໝັກມີປະກັນທັນຕະກຳ ໃຫ້ເຮັດເຄື່ອງໝາຍທີ່ຄຳຕອບ "ແມ່ນ". ຖ້າຜູ້ສະໝັກບໍ່ມີປະກັນທັນຕະກຳ ໃຫ້ເຮັດເຄື່ອງໝາຍທີ່ຄຳຕອບ "ບໍ່ແມ່ນ".
- 30. ຖ້າຜູ້ສະໝັກມີປະກັນສາຍຕາ, ໃຫ້ເຮັດເຄື່ອງໝາຍທີ່ຄຳຕອບ "ແມ່ນ". ຖ້າຜູ້ສະໝັກບໍ່ມີປະກັນສາຍຕາ, ໃຫ້ເຮັດເຄື່ອງໝາຍທີ່ຄຳຕອບ "ບໍ່ແມ່ນ".

**ພາກສ່ວນ D: ການຢັ້ງຢືນ**

ກວດສອບໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າໄດ້ຊັນແລະວັນທີ່ດ້ວຍປາກກາ. ຖ້າມີການລົງລາຍເຊັນດ້ວຍການຂຽນເຄື່ອງໝາຍ ໃຫ້ພະຍານເຊັນຊື່ແລະກອກວັນທີ່.

ພາຍໃຕ້ "ຄວາມສຳພັນກັບຜູ້ສະໝັກ," ໃຫ້ໃສ່ພໍ່, ແມ່, ຜູ້ປົກຄອງຕາມກົດໝາຍ ຫຼື ຕົນເອງ (ໃນກໍລະນີຂອງບຸກຄົນອາຍຸ 18 ປີຂຶ້ນໄປ ຫຼື ຜູ້ຢັ້ງຢືນບັນລຸຕີພາວະ).

**ການສົ່ງໃບສະໝັກຂອງທ່ານ**

ສົ່ງທາງໄປສະນີ ຫຼື ສົ່ງໃບສະໝັກຂອງທ່ານໄປທີ່ຫ້ອງການ CCS ໃນເຄົາຕີທ້ອງຖິ່ນຂອງທ່ານ. ຖ້າຕ້ອງການຊອກຫາຫ້ອງການ CCS ເຄົາຕີຂອງທ່ານ ໃຫ້ໄປທີ່ <https://www.dhcs.ca.gov/services/ccs/Pages/CountyOffices.aspx> ຫຼື ເບິ່ງໃນສ່ວນຂໍ້ມູນລັດຖະບານໃນສະໝຸດໂທລະສັບໃນທ້ອງຖິ່ນຂອງທ່ານ ພາຍໃຕ້ "California Children's Services" ຫຼື "ພະແນກສາທາລະນະສຸກຂອງເຄົາຕີ."