

Информация о Программе медицинской помощи детям Калифорнии (California Children's Services — CCS)

Что такое Программа медицинской помощи детям Калифорнии (CCS)?

CCS — это программа, действующая по всему штату, предназначенная для лечения детей с хроническими заболеваниями и физическими нарушениями. CCS может одобрить и оплатить определённые медицинские услуги и оборудование, предоставляемые специалистами, прошедшими одобрение в рамках программы. Программой CCS управляет Департамент медицинских услуг штата Калифорния (DHCS). В крупных округах действуют собственные программы CCS, тогда как меньшие округа осуществляют программу совместно с Департаментом медицинских услуг штата Калифорния (DHCS). Программа CCS финансируется за счёт налогов штата, округа и федерального бюджета, а также частично за счёт взносов, уплачиваемых родителями, законными опекунами или самим заявителем (если ему 18 лет или он является эмансипированным несовершеннолетним).

Какие услуги предоставляет программа CCS для детей?

Если вы или врач вашего ребенка подозреваете наличие у него заболевания, подходящего под критерии CCS, программа может оплатить или организовать медицинское обследование для подтверждения этого.

Если ваш ребенок соответствует требованиям программы, CCS может оплатить или предоставить:

- Лечение, включая услуги врачей, госпитализацию и хирургическое вмешательство, физиотерапию и трудотерапию, лабораторные анализы, рентгеновские снимки, ортопедические приспособления и медицинское оборудование.
- Медицинское сопровождение для обеспечения доступа к специализированным врачам и уходу при наличии медицинских показаний, а также направление в другие организации, включая службы общественного здоровья и региональные центры; либо
- Программа медицинской терапии (МТП), которая может предоставлять физиотерапию и/или трудотерапию в государственных школах для детей, имеющих медицинские показания.

Кто имеет право на участие в программе CCS?

Программа CCS доступна всем, кто:

- Младше 21 года;
- Имеет или может иметь медицинское состояние, покрываемое программой CCS;
- Является резидентом Калифорнии; и
- Имеет семейный доход менее \$40,000 согласно скорректированному валовому доходу, указанному в налоговой декларации штата, или чьи ожидаемые собственные медицинские расходы на ребенка, имеющего право на участие, превышают 20 процентов семейного дохода.

Семейный доход не учитывается для детей, которые:

- Нуждаются в диагностических услугах для подтверждения медицинского состояния, подходящего под программу CCS; или
- Были усыновлены с известным медицинским состоянием, подходящим под программу CCS; или
- Подают заявку только на услуги через Программу медицинской терапии (МТП); или
- Имеют полное покрытие по программе Medi-Cal без обязательной доплаты.

Какие медицинские состояния покрывает программа CCS?

Только определённые заболевания покрываются программой CCS. Программа CCS обычно охватывает заболевания, которые приводят к физическим ограничениям или требуют лечения, хирургического вмешательства либо восстановительных процедур. Также могут существовать определённые критерии, которые определяют, соответствует ли медицинское состояние вашего ребёнка требованиям для участия. Ниже приведены категории медицинских состояний, которые могут покрываться программой, а также некоторые примеры для каждой из них:

- Заболевания сердца (врождённые пороки сердца)
- Опухоли (рак, новообразования)
- Заболевания крови (гемофилия, серповидноклеточная анемия)
- Эндокринные, пищевые и метаболические заболевания (проблемы с щитовидной железой, фенилкетонурия (ФКУ), диабет)
- Заболевания мочеполовой системы (тяжёлые хронические заболевания почек)
- Заболевания желудочно-кишечного тракта (хронические воспалительные заболевания, болезни печени)
- Тяжёлые врождённые дефекты (расщелина губы/нёба, spina bifida)
- Заболевания органов чувств (потеря слуха, глаукома, катаракта)
- Заболевания нервной системы (церебральный паралич, неконтролируемые судороги)
- Заболевания опорно-двигательной системы и соединительной ткани (ревматоидный артрит, мышечная дистрофия)
- Тяжёлые заболевания иммунной системы (инфекция вируса иммунодефицита человека (ВИЧ))
- Инвалидизирующие состояния или отравления, требующие интенсивной терапии или реабилитации (тяжёлые травмы головы, мозга или спинного мозга, серьёзные ожоги)
- Осложнения преждевременных родов, требующие интенсивного ухода
- Заболевания кожи и подкожной клетчатки (тяжелая гемангиома)
- Медицински значимые нарушения прикуса (сильное искривление зубов)

Если у вас есть вопросы, обратитесь в офис программы CCS в вашем округе.

Что должен сделать заявитель или семья, чтобы соответствовать требованиям?

Семьи (или сам заявитель, если ему 18 лет или больше, либо он является эмансипированным несовершеннолетним) должны:

- Заполнить форму заявления, начиная со страницы 4, и вернуть её в местный офис программы CCS округа;
- Предоставить программе CCS всю запрашиваемую информацию, чтобы они могли определить, соответствует ли семья требованиям;
- Подать заявку на программу Medi-Cal. Если семья соответствует требованиям программы Medi-Cal, ребёнок также получает покрытие от CCS. CCS одобряет услуги; оплата производится через Medi-Cal.

Каким образом обеспечивается защита моей личной информации?

Калифорнийский закон требует, чтобы семьи, подающие заявки на получение услуг, получали информацию о том, как программа CCS обеспечивает защиту их конфиденциальности.¹

Для обеспечения защиты вашей личной информации:

- Программа CCS обязана сохранять эту информацию в конфиденциальности.²
- CCS может передавать информацию из формы уполномоченным сотрудникам других программ здравоохранения и социальной защиты только при условии, что вы подписали форму согласия.

¹Гражданский кодекс, раздел 1798.17

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

²В соответствии с разделом 41670, Заголовок 22, Кодекс правил Калифорнии и Калифорнийским Законом о публичных документах (Гражданский кодекс, разделы 6250-6255)

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

Вы имеете право ознакомиться с вашей заявкой и записями CCS, касающимися вас или вашего ребёнка. Если вы хотите ознакомиться с этими записями, свяжитесь с местным офисом программы CCS вашего округа. По закону информация, которую вы предоставляете программе CCS, хранится в программе CCS.³

Имею ли я право обжаловать решение?

Вы имеете право не соглашаться с решениями, принятыми программой CCS.⁴ Это называется обжалованием. Процесс обжалования предоставляет родителю, законному опекуну или заявителю возможность сотрудничать с программой CCS для поиска решений при возникновении разногласий. Для получения информации о процессе обжалования свяжитесь с местным офисом программы CCS вашего округа.

Где я могу получить дополнительную информацию о программе CCS?

Для получения дополнительной информации о программе CCS, пожалуйста, посетите главную страницу CCS на сайте DHCS по следующей ссылке: <https://www.dhcs.ca.gov/services/ccs/Pages/default.aspx>

Если вам нужна помощь в заполнении этого заявления, пожалуйста, свяжитесь с местным офисом программы CCS вашего округа. Чтобы найти офис программы CCS в вашем округе, перейдите по ссылке: <https://www.dhcs.ca.gov/services/ccs/Pages/CountyOffices.aspx> или найдите в разделе «Правительство» вашего местного телефонного справочника под заголовками «California Children's Services» или «отдел здравоохранения округа».

³Раздел 123800 и последующие разделы Кодекса здравоохранения и безопасности Калифорнии
https://leginfo.legislature.ca.gov/faces/codes_displaySection.xhtml?sectionNum=123800.&lawCode=HSC

⁴Кодекс правил Калифорнии, Заголовок 22, Глава 13, разделы 42702–42703
<https://www.law.cornell.edu/regulations/california/22-CCR-42702>

Заявление для определения права на участие в программе California Children Services

Это заявление должно быть заполнено родителем, законным опекуном или самим заявителем (если ему 18 лет или больше, либо он является эмансипированным несовершеннолетним), чтобы определить, соответствует ли заявитель требованиям для получения услуг/льгот CCS. Термин «заявитель» означает ребёнка, лицо в возрасте 18 лет и старше или эмансипированного несовершеннолетнего, для которого запрашиваются услуги. Пожалуйста, заполните разборчиво, печатными буквами.

А. Информация о заявителе

1. Имя заявителя (Фамилия) (Имя) (Второе имя)		
Имя, указанное в свидетельстве о рождении (если отличается)		Любое другое имя, под которым известен заявитель
2. Дата рождения (месяц, день, год)	3. Место рождения - Округ	Штат
Страна, если место рождения находится за пределами США		
4. Адрес проживания заявителя (номер, улица) (почтовые ящики не использовать)		
Город	Округ	Почтовый индекс
5. Пол <input type="checkbox"/> Женщина <input type="checkbox"/> Мужчина		
6. Сексуальная ориентация и гендерная идентичность (по желанию): <i>Если заявитель хочет сообщить дополнительную информацию о своём поле, гендерной идентичности, гендерном самовыражении или сексуальной ориентации, пожалуйста, заполните пункты а, в и с ниже. Раздел 6 является необязательным для заполнения, но его включение требуется Департаментом здравоохранения Калифорнии (DHCS) в соответствии с принятым Законопроектом Ассамблеи № 959 (2015–2016 гг.).</i>		
а. Какой пол у заявителя? (Отметьте вариант, который лучше всего описывает вашу текущую гендерную идентичность):		
<input type="checkbox"/> Женщина <input type="checkbox"/> Мужчина <input type="checkbox"/> Трансгендер: Переход от мужского пола к женскому <input type="checkbox"/> Трансгендер: Переход от женского пола к мужскому <input type="checkbox"/> Небинарный (не относится исключительно ни к мужскому, ни к женскому полу) <input type="checkbox"/> Иная гендерная идентичность		
б. Какой пол был указан в свидетельстве о рождении заявителя?		
<input type="checkbox"/> Женщина <input type="checkbox"/> Мужчина		
в. Считает ли заявитель себя:		
<input type="checkbox"/> Гетеросексуал <input type="checkbox"/> Гей/лесбиянка <input type="checkbox"/> Бисексуал <input type="checkbox"/> Квир <input type="checkbox"/> Другая сексуальная ориентация <input type="checkbox"/> Неизвестно		

7. Расовая/этническая принадлежность	8. Номер социального страхования (необязательно)
9. Какое предполагаемое заболевание или инвалидность заявителя, соответствующая требованиям программы CCS?	
10. Основной лечащий врач	11. Номер телефона врача

В. Информация о родителе/законном опекуне/семье

(Заявители в возрасте 18 лет и старше или эмансипированные несовершеннолетние пропускают пункты 12 и 14 ниже).

12. Имя родителя или законного опекуна	13. Имя матери и её девичья фамилия (не указан(а) в пункте 12)	
14. Адрес проживания (номер, улица) (почтовые ящики не использовать)		
Город	Округ	Почтовый индекс

15. Почтовый адрес (если отличается от пункта 14)

Город	Округ	Почтовый индекс
-------	-------	-----------------

16. Номер домашнего телефона	17. Номер мобильного телефона	18. Номер рабочего телефона
19. На каком языке вы говорите дома?		20. Адрес электронной почты

21. Количество человек в семье	22. Фамилия и имя другого родителя (если не проживает вместе с заявителем)	
Адрес проживания другого родителя	Город	Почтовый индекс

С. Информация о медицинской страховке

23. Есть ли у заявителя программа Medi-Cal? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	24. Если да, какой у заявителя номер Medi-Cal?
25. Есть ли доля расходов (share of cost)? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	26. Если да, то какова сумма вашей ежемесячной оплаты?
27a. Есть ли у заявителя другая медицинская страховка? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	27b. Если да, то как называется страховой план или компания?

27с. Номер полиса или плана

28. Тип страхового плана или компании

- Организация предпочитаемых поставщиков (PPO)
- Организация, предоставляющая услуги медицинского обслуживания (HMO)
- Другое:

29. Есть ли у заявителя стоматологическая страховка?

- Да Нет

30. Имеет ли заявитель страховое покрытие для зрения?

- Да Нет

D. Сертификация

(Поставьте инициалы и подпись ниже. Ваша подпись даёт программе CCS разрешение продолжить обработку этого заявления.)

Я подаю заявление в программу CCS для определения права на получение услуг/льгот.

Я понимаю, что заполнение этого заявления не гарантирует принятие заявителя в программу CCS.

Я даю своё разрешение на проверку моего места жительства, медицинской информации или других данных, необходимых для определения права на услуги/льготы программы CCS.

Я также подтверждаю, что предоставленная мной в этой форме информация является правдивой и точной.

Подпись лица, заполняющего заявление	Отношение к заявителю	Дата
(Подпись свидетеля (только если лицо подписалось отметкой))		(Дата)

*См. инструкции на следующей странице.

ИНСТРУКЦИИ ПО ЗАПОЛНЕНИЮ ЗАЯВЛЕНИЯ В ПРОГРАММУ CALIFORNIA CHILDREN'S SERVICES (DHCS 4480)

Пишите разборчиво, чтобы ваше заявление могло быть обработано как можно быстрее.

Заполните каждый раздел полностью. Если вы не предоставите всю необходимую информацию, программа CCS не сможет продолжить обработку вашего заявления. Если вам нужна помощь в заполнении этой формы, обратитесь в местный офис программы CCS вашего округа.

После заполнения заявления отправьте его по почте в местный офис программы CCS вашего округа. Не забудьте подписать и поставить дату на форме.

Раздел А: Информация о заявителе («Заявитель» — это ребёнок, лицо в возрасте 18 лет и старше или эмансипированный несовершеннолетний, для которого запрашиваются услуги).

1. **Имя заявителя:** Укажите фамилию, имя и отчество (если есть) заявителя. В следующем поле впишите полное имя заявителя из свидетельства о рождении, если оно отличается от указанного выше. Если заявитель известен под другим именем, укажите это имя в последнем поле.
2. **Дата рождения заявителя:** Укажите месяц, день и год рождения заявителя.
3. **Место рождения:** Укажите округ и штат, в котором родился заявитель. Укажите страну, если заявитель родился за пределами США.
4. **Адрес:** Укажите номер дома, название улицы, номер квартиры, город, округ и почтовый индекс текущего места жительства заявителя в этом поле. Не указывайте абонентский ящик (P.O. Box).
5. **Пол заявителя:** Отметьте соответствующий пол заявителя (мужской или женский).
6. **Сексуальная ориентация и гендерная идентичность (по желанию):** Если заявитель хочет сообщить дополнительную информацию о своём поле, гендерной идентичности, гендерном самовыражении или сексуальной ориентации, пожалуйста, заполните пункты а, б и с. Раздел 6 является необязательным, но требуется для заполнения по требованию DHCS в соответствии с принятием [Законопроекта Ассамблеи 959](#) (2015–2016 гг.).
 - 6а. Отметьте вариант, который лучше всего описывает текущую гендерную идентичность заявителя.
 - 6б. Отметьте вариант пола, указанный в оригинальном свидетельстве о рождении заявителя.
 - 6с. Отметьте вариант, который лучше всего описывает сексуальную ориентацию заявителя.
7. **Расовая/этническая принадлежность:** Выберите категорию из следующего списка, которая лучше всего описывает основную расовую/этническую принадлежность заявителя:

• Коренной житель Аляски	• Китаец	• Лаосец
• Американско-азиат (Амерейзиан)	• Филиппинец	• Самоанец
• Американский индеец	• Гуамец	• Вьетнамец
• Азиат	• Гавайец	• Белый
• Индийский азиат	• Испаноязычный/ латиноамериканец	• Другой
• Чернокожий/Афроамериканец	• Японец	
• Камбоджиец	• Кореец	

8. **Номер социального страхования заявителя (необязательно):** Укажите девятизначный номер социального страхования заявителя.
9. **Предполагаемое заболевание или инвалидность по программе CCS:** Напишите инвалидность или особую медицинскую потребность заявителя, которую будет лечить CCS. Вложенное описание состояний, подходящих для CCS, может вам помочь (см. «Какие медицинские состояния покрывает CCS» на страницах 1 и 2). Если вы не знаете, спросите врача заявителя или оставьте это поле пустым. CCS свяжется с врачом заявителя, если потребуются дополнительная информация.
10. **Имя основного лечащего врача заявителя:** Укажите имя врача заявителя.
11. **Номер телефона врача:** Укажите номер телефона врача, указанного в пункте 10.

Раздел В: Информация о родителе/законном опекуне (Заявители в возрасте 18 лет и старше или эмансипированные несовершеннолетние пропускают пункты 12 и 14).

12. **Имя(на) родителя/опекуна:** Укажите имя(на) родителя(ей) заявителя или имя(на) законного(ых) опекуна(ов) заявителя.
13. **Имя матери и её девичья фамилия:** Укажите имя матери заявителя; девичью фамилию матери укажите в следующем поле.
14. **Адрес:** Укажите номер дома, название улицы, номер квартиры, город, округ и почтовый индекс вашего текущего места жительства. Не указывайте абонентский ящик (P.O. Box).
15. **Почтовый адрес:** Если этот адрес отличается от адреса в пункте 14, укажите номер дома, название улицы, город и почтовый индекс.
16. **Номер домашнего телефона:** Укажите домашний номер телефона, по которому с вами можно связаться.
17. **Номер мобильного телефона:** Укажите номер мобильного телефона, по которому с вами можно связаться.
18. **Номер рабочего телефона:** Укажите номер рабочего телефона, по которому с вами можно связаться.
19. **Владение языками:** Укажите язык, на котором вы говорите дома.
20. **Адрес электронной почты:** Укажите адрес электронной почты родителя или законного опекуна.
21. **Количество человек в составе семьи:** Укажите количество человек, проживающих в вашем доме.
22. **Имя и адрес другого родителя, если он не проживает с заявителем:** Укажите имя и адрес второго контактного лица.

Раздел С: Информация о медицинском страховании

Если CCS сочтёт, что вы можете соответствовать требованиям, вас попросят подать заявление на участие в программе Medi-Cal, если вы в настоящее время не получаете медицинские услуги по Medi-Cal.

23. Если заявитель не получает Medi-Cal, отметьте "Нет" и перейдите к пункту 27а. Если заявитель получает Medi-Cal, отметьте «Да» и укажите номер Medi-Cal заявителя.
24. Если у заявителя есть Medi-Cal, введите 14-значный номер Medi-Cal.
25. Если вы оплачиваете часть стоимости вашей страховки Medi-Cal, отметьте «Да».
26. Если вы оплачиваете часть стоимости, укажите ежемесячную сумму платежа.
- 27а. Если у заявителя нет другой медицинской страховки, отметьте «Нет» и перейдите к пункту 29.
- 27б. Если у заявителя есть медицинская страховка, укажите название страхового плана или компании.

- 27с. Если у заявителя есть медицинская страховка, укажите номер полиса или плана.
28. Если у заявителя есть медицинская страховка, отметьте соответствующий вариант в зависимости от типа страховки. Ваши страховые документы укажут, какой тип медицинской страховки у вас есть. Если вы не уверены, позвоните в свою страховую компанию и уточните.
29. Если у заявителя есть стоматологическая страховка, отметьте "Да" Если у заявителя нет стоматологической страховки, отметьте "Нет"
30. Если у заявителя имеется страховое покрытие для зрения, отметьте «Да». Если у заявителя не имеется страхового покрытия для зрения отметьте "Нет"

Раздел D: Сертификация

Обязательно подпишите и укажите дату чернилами. Если подпись сделана в виде отметки, свидетель должен поставить свою подпись и указать дату.

В разделе «Степень родства с заявителем» укажите: отец, мать, законный опекун или «сам» (для лиц в возрасте 18 лет и старше либо эмансипированных несовершеннолетних).

Подача вашего заявления

Отправьте или передайте ваше заявление в местное окружное отделение CCS. Чтобы найти окружное отделение CCS, перейдите по ссылке <https://www.dhcs.ca.gov/services/ccs/Pages/CountyOffices.aspx> или найдите его в разделе государственных служб вашего местного телефонного справочника под заголовком «California Children's Services» (Службы помощи детям Калифорнии) или «county health department» (окружной департамент здравоохранения).