

Información sobre los Servicios para Niños de California

¿Qué es el Programa de Servicios para Niños de California (California Children's Services/CCS)?

CCS es un programa estatal que trata a niños con ciertas limitaciones físicas y enfermedades o condiciones de salud crónicas. CCS puede autorizar y pagar servicios y equipos médicos específicos proporcionado por especialistas aprobados por CCS. El Departamento de Servicios de Atención Médica de California (Department of Health Care Services/DHCS) administra el Programa CCS. Los condados más grandes operan sus propios programas CCS, mientras que los condados más pequeños comparten la operación de su programa con DHCS. El Programa CCS se financia con dinero de impuestos estatales, del condado y federales, junto con algunas tarifas pagadas por el padre, tutor legal o solicitante (si tiene 18 años o más, o es un menor de edad emancipado).

¿Qué ofrece CCS a los niños?

Si usted o el médico de su hijo creen que su hijo podría tener una condición médica elegible para CCS, CCS puede pagar o proporcionar una evaluación médica para determinar si la condición de su hijo está cubierta.

Si su hijo es elegible, CCS puede pagar o proporcionar:

- Tratamiento, como servicios médicos, atención hospitalaria y quirúrgica, fisioterapia y terapia ocupacional, pruebas de laboratorio, radiografías, aparatos ortopédicos y equipo médico.
- Gestión de casos médicos para ayudar a conseguir médicos especiales y atención para su hijo cuando sea médicamente necesario, y recomendación a otras agencias, incluyendo centros de enfermería de salud pública y regionales; o
- Programa de Terapia Médica (Medical Therapy Program/MTP), la cual puede proporcionar fisioterapia y/o terapia ocupacional en escuelas públicas para niños que son médicamente elegibles.

¿Quién califica para CCS?

El Programa CCS está abierto a cualquier persona que:

- Tenga menos de 21 años;
- Tenga o pueda tener una condición médica que esté cubierta por CCS;
- Es residente de California; y
- Tiene un ingreso familiar de menos de \$40,000 según lo informado en el ingreso bruto ajustado en el formulario de impuestos estatales, o cuyos gastos médicos por cuenta propia para un niño que califica se espera que sean más del 20 por ciento del ingreso familiar.

Los ingresos familiares no son un factor para los niños que:

- Necesitan servicios de diagnóstico para confirmar una condición médica elegible para CCS; o
- Fueron adoptados con una condición médica conocida que los hace elegibles para CCS; o
- Están solicitando únicamente servicios a través del MTP; o
- Tenga Medi-Cal con cobertura completa, sin compartir el costo.

¿Qué condiciones médicas cubre CCS?

El Programa CCS sólo cubre ciertas condiciones. En general, CCS cubre condiciones médicas que son físicamente incapacitantes o requieren servicios médicos, quirúrgicos o de rehabilitación. También puede haber ciertos requisitos que determinen si la condición médica de su hijo es elegible. A continuación se enumeran categorías de afecciones médicas que pueden estar cubiertas y algunos ejemplos de cada una:

- Afecciones que afectan al corazón (enfermedad cardíaca congénita)
- Neoplasias (cánceres, tumores)
- Trastornos de la sangre (hemofilia, anemia de células falciformes)
- Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (problemas de tiroides, Fenilcetonuria (PKU), diabetes)
- Trastornos del sistema genitourinario (problemas renales crónicos graves)
- Trastornos del sistema gastrointestinal (enfermedad inflamatoria crónica, enfermedades del hígado)
- Defectos congénitos graves (labio hendido y paladar hendido, espina bífida)
- Trastornos de los órganos de los sentidos (pérdida auditiva, glaucoma, cataratas)
- Trastornos del sistema nervioso (parálisis cerebral, convulsiones incontroladas)
- Trastornos del sistema musculoesquelético y del tejido conectivo (artritis reumatoide, distrofia muscular)
- Trastornos graves del sistema inmunitario (infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (HIV))
- Afecciones discapacitantes o intoxicaciones que requieren cuidados intensivos o rehabilitación (lesiones graves en la cabeza, el cerebro o la médula espinal, quemaduras graves)
- Complicaciones del parto prematuro que requieren un nivel intensivo de cuidados
- Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo (hemangioma grave)
- Maloclusión médicamente discapacitante (dientes severamente torcidos)

Pregunte en la oficina CCS de su condado si usted tiene preguntas.

¿Qué debe hacer el solicitante o la familia para calificar?

Las familias (o el solicitante si tiene 18 años o más, o es un menor de edad emancipado) deben:

- Complete el formulario de solicitud que comienza en la página 4 y devuélvalo a la oficina local de CCS del condado;
- Proporcionar a CCS toda la información solicitada para que CCS pueda determinar si la familia califica;
- Solicitar Medi-Cal. Si una familia califica para Medi-Cal, el niño también está cubierto por CCS. CCS aprueba los servicios; el pago se realiza a través de Medi-Cal.

¿Cómo se protege mi privacidad?

La ley de California exige que a las familias que solicitan servicios se les proporcione información sobre cómo CCS protege su privacidad.¹

Para proteger su privacidad:

- CCS debe mantener esta información confidencial.²
- CCS puede compartir información del formulario con personal autorizado de otros programas de salud y bienestar solo cuando usted haya firmado un formulario de consentimiento.

¹Código Civil, Sección 1798.17

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

²De conformidad con la Sección 41670, Título 22, Código de Regulaciones de California y la Ley de Registros Públicos de California (Código de Gobierno, Secciones 6250-6255)

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

Usted tiene derecho a ver su solicitud y los archivos de CCS relacionados con usted o su hijo. Si desea ver estos archivos, comuníquese con la oficina CCS de su condado local. Por ley, la información que usted proporciona a CCS queda guardada por el Programa CCS.³

¿Tengo derecho a apelar una decisión?

Usted tiene derecho a estar en desacuerdo con las decisiones tomadas por CCS.⁴ Esto se llama apelación. El proceso de apelación brinda al padre/tutor legal o solicitante una manera de trabajar con el Programa CCS para encontrar soluciones a los desacuerdos. Para obtener información sobre el proceso de apelación, comuníquese con la oficina CCS de su condado local.

¿Dónde puedo obtener más información sobre CCS?

Para obtener más información sobre CCS, visite la página de inicio de CCS en el sitio web del DHCS aquí: <https://www.dhcs.ca.gov/services/ccs/Pages/default.aspx>

Para obtener ayuda para completar esta solicitud, comuníquese con la oficina CCS de su condado local. Para encontrar la oficina CCS de su condado, visite: <https://www.dhcs.ca.gov/services/ccs/Pages/CountyOffices.aspx> o busque en la sección gubernamental de su directorio telefónico local en “Servicios para Niños de California” o “Departamento de Salud del Condado”.

³Sección 123800 y siguientes del Código de Salud y Seguridad de California

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

⁴Código de Regulaciones de California, Título 22, Capítulo 13, Secciones 42702–42703

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

Solicitud para Determinar la Elegibilidad del Programa de Servicios para Niños de California

Esta solicitud debe ser completada por el padre, tutor legal o solicitante (si tiene 18 años o más, o es un menor de edad emancipado) para determinar si el solicitante es elegible para los servicios/beneficios de CCS. El término "solicitante" significa el niño, individuo de 18 años o más, o menor de edad emancipado para quien se solicitan los servicios. Por favor, escriba o imprima con claridad.

A. Información del Solicitante

1. Nombre del Solicitante
(Apellido) (Primero Nombre) (Segundo Nombre)

Nombre en la acta de nacimiento
(si es diferente) Cualquier otro nombre por el que se conozca al solicitante

2. Fecha de nacimiento
(mes, día, año) 3. Lugar de nacimiento – Condado Estado

País, si nació fuera de los EE. UU.

4. Domicilio de residencia del solicitante (número, calle) (no utilice un apartado postal)

Ciudad Condado Código Postal

5. Sexo

☐ Femenino ☐ Masculino

6. Orientación Sexual e Identidad de Género (Opcional):

Si el solicitante desea contarnos más sobre su género, identidad de género, expresión de género u orientación sexual, complete las secciones a, b y c a continuación. La Sección 6 es opcional, pero es necesaria para que el DHCS la solicite con la aprobación del Proyecto de Ley 959 (2015-2016) de la Asamblea.

a. ¿Cuál es el género del solicitante (marque el recuadro que mejor describa su identidad de género actual)?

☐ Femenino ☐ Masculino ☐ Transgénero: De Masculino a Femenino ☐ Transgénero: De Femenino a Masculino

☐ No binario (ni hombre ni mujer) ☐ Otra identidad de género

b. ¿Qué sexo figuraba en la acta de nacimiento original del solicitante?

☐ Femenino ☐ Masculino

c. ¿El solicitante se considera a sí mismo como:

☐ Heterosexual ☐ Gay/lesbiana ☐ Bisexual ☐ Queer

☐ Otra orientación sexual ☐ Desconocido

7. Raza/Etnia	8. Número de Seguro Social (opcional)
---------------	---------------------------------------

9. ¿Cuál es la presunta condición o discapacidad elegible del CCS del solicitante?

10. Médico de Atención Primaria	11. Número de teléfono del médico
---------------------------------	-----------------------------------

B. Información del Padre/Tutor Legal/Familia

(Los solicitantes mayores de 18 años o menores de edad emancipados deben omitir las secciones 12 y 14 a continuación).

12. Nombre del padre o tutor legal	13. Primer nombre y apellido de soltera de la madre (no identificado en 12)
------------------------------------	---

14. Dirección de residencia (número, calle) (no utilizar Apartado Postal)

Ciudad	Condado	Código Postal
--------	---------	---------------

15. Dirección postal (si es diferente de 14)

Ciudad	Condado	Código Postal
--------	---------	---------------

16. Número de teléfono de casa	17. Número de teléfono celular	18. Número de teléfono del trabajo
--------------------------------	--------------------------------	------------------------------------

19. ¿Qué idioma se habla en el hogar?	20. Dirección de correo electrónico
---------------------------------------	-------------------------------------

21. Número de personas en la unidad familiar	22. Apellido y Primer Nombre del Otro Padre (si no vive con el solicitante)
--	---

Dirección Postal del Otro Padre	Ciudad	Código Postal
---------------------------------	--------	---------------

C. Información Sobre Seguro de Salud

23. ¿Tiene el solicitante Medi-Cal? ☐ Sí ☐ No	24. Si es así, ¿cuál es el número de Medi-Cal del solicitante?
--	--

25. ¿Existe una parte del coste? ☐ Sí ☐ No	26. Si es así, ¿cuál es el monto que paga por mes?
---	--

27a. ¿Tiene el solicitante otro Seguro médico? ☐ Sí ☐ No	27b. Si es así, ¿cuál es el nombre del plan o compañía de Seguros?
---	--

27c. Número de Póliza o Plan

28. Tipo de plan o compañía de Seguros

- ☐ Organización de Proveedores Preferidos (PPO)
- ☐ Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO)
- ☐ Otro:

29. ¿Tiene el solicitante Seguro dental?

☐ Sí ☐ No

30. ¿Tiene el solicitante Seguro de visión?

☐ Sí ☐ No

D. Certificación

(Iniciales y firme a continuación. Su firma autoriza al Programa CCS a proceder con esta solicitud).

Yo estoy solicitando ingreso al Programa CCS para determinar mi elegibilidad para recibir servicios/beneficios.

Yo entiendo que completar esta solicitud no garantiza la aceptación del solicitante por parte del Programa CCS.

Yo doy mi permiso para verificar mi residencia, información de salud u otras circunstancias requeridas para determinar la elegibilidad para los servicios/beneficios de CCS.

Yo también certifico que la información que he proporcionado en este formulario es verdadera y correcta.

Firma de la persona que completa la solicitud	Parentesco con el solicitante	Fecha
(Firma del testigo (solo si la persona firmó con marca))		(Fecha)

***Vea las instrucciones en la página siguiente.**

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA SOLICITUD DE SERVICIOS PARA NIÑOS DE CALIFORNIA (DHCS 4480)

Imprima con letra de imprenta claramente para que su solicitud pueda ser procesada lo más rápido posible.

Complete cada sección en su totalidad. Si no proporciona toda la información, CCS no podrá continuar con su solicitud. Si necesita ayuda para completar este formulario, comuníquese con la oficina CCS de su condado local.

Una vez completada la solicitud, envíela por correo a la oficina CCS de su condado local. Recuerde firmar y fechar el formulario.

Sección A: Información del Solicitante (“Solicitante” significa el niño, individuo de 18 años o más, o menor de edad emancipado para quien se solicitan los servicios).

1. **Nombre del Solicitante:** Complete el apellido, nombre y segundo nombre del solicitante. En el siguiente Recuadro, escriba el nombre completo del solicitante tal como aparece en su acta de nacimiento si es diferente de su nombre. Si el solicitante es conocido por otro nombre, incluya ese nombre en el último recuadro.
2. **Fecha de nacimiento del solicitante:** Escriba el mes, día y año del nacimiento del solicitante.
3. **Lugar de nacimiento:** Escriba el condado y el estado donde nació el solicitante. Incluya el país si el solicitante nació fuera de los EE. UU.
4. **Dirección:** Escriba el número de calle, el nombre de la calle, el número de apartamento, la ciudad, el condado y el código postal de la residencia actual del solicitante en este espacio. No utilice un Apartado Postal.
5. **Sexo del solicitante:** Marque el recuadro del sexo correcto para el solicitante (masculino o femenino).
6. **Orientación Sexual e Identidad de Género (Opcional):** Si el solicitante desea contarnos más sobre su género, identidad de género, expresión de género u orientación sexual, complete las secciones a, b y c. La Sección 6 es opcional, pero es necesaria para que el DHCS solicite la aprobación de [Proyecto de ley 959 de la Asamblea](#) (2015 - 2016).
 - 6a. Marque el recuadro que mejor describa la identidad de género actual del solicitante.
 - 6b. Marque la opción del sexo que figura en el acta de nacimiento original del solicitante.
 - 6c. Marque el recuadro que mejor describa la orientación sexual del solicitante.
7. **Raza/Etnia:** Ingrese la categoría de la siguiente lista que mejor describa la raza/etnia principal del solicitante:

• Indígena de Alaska	• Chino	• Laosiano
• Amerasiático	• Filipino	• Samoano
• Indio Americano	• Guameño	• Vietnamita
• Asiático	• Hawaiano	• Blanco
• Indio Asiático	• Hispano/Latino	• Otro
• Negro/Afroamericano	• Japonés	
• Camboyano	• Coreano	

8. **Número de seguro social del solicitante (opcional):** Escriba el número de seguro social de nueve dígitos del solicitante.
9. **Sospecha de condición o discapacidad del CCS:** Escriba la discapacidad del solicitante o la necesidad especial de atención médica que sería tratada por CCS. La descripción adjunta de las condiciones elegibles para CCS puede ayudarlo (consulte "Qué condiciones médicas cubre CCS" en las páginas 1 y 2). Si no lo sabe, pregúntele al médico del solicitante o deje el espacio en blanco. CCS se comunicará con el médico del solicitante si se necesita más información.
10. **Nombre del médico de atención primaria del solicitante:** Escriba el nombre del médico del solicitante.
11. **Número de teléfono del médico:** Escriba el número de teléfono del médico que aparece en el número 10.

Sección B: Información del Padre/Tutor Legal (los solicitantes mayores de 18 años o menores de edad emancipados deben omitir las secciones 12 y 14).

12. **Nombre(s) del padre/tutor:** Escriba el nombre(s) de los padres del solicitante o el nombre(s) del tutor(es) legal(es) del solicitante.
13. **Nombre de la madre y apellido de soltera:** Escriba el nombre de la madre del solicitante e identifique el apellido de soltera de la madre en el siguiente recuadro.
14. **Dirección:** Escriba el número de calle, el nombre de la calle, el número de apartamento, la ciudad, el condado y el código postal de su residencia actual. No utilice un Apartado Postal.
15. **Dirección Postal:** Si esta dirección es diferente del número 14, escriba el número de la calle, el nombre de la calle, la ciudad y el código postal.
16. **Número de teléfono de casa:** Escriba el número de teléfono de casa donde podamos localizarlo.
17. **Número de teléfono celular:** Escriba el número de celular donde podamos localizarlo.
18. **Número de teléfono del trabajo:** Escriba el número de teléfono del trabajo donde podamos localizarlo.
19. **Idioma(s) hablados:** Escriba el idioma que habla en casa.
20. **Dirección de correo electrónico:** Escriba la dirección de correo electrónico del padre o tutor legal.
21. **Número de personas en la unidad familiar:** Escriba el número de personas que viven en el mismo hogar.
22. **Nombre y dirección del otro padre si no vive con el solicitante:** Escriba el nombre y la dirección de una segunda persona de contacto.

Sección C: Información Sobre Seguro de Salud

Si el CCS considera que usted puede calificar, le pedirán que solicite Medi-Cal si actualmente no recibe beneficios de atención médica de Medi-Cal.

23. Si el solicitante no recibe Medi-Cal, marque "No" y pase al número 27a. Si el solicitante recibe Medi-Cal, marque "Sí" y complete el número de Medi-Cal del solicitante.
24. Si usted, el solicitante, tiene Medi-Cal, ingrese el número de Medi-Cal de 14 dígitos.
25. Si paga una parte del costo de su seguro de Medi-Cal, marque "Sí".
26. Si paga una parte del costo compartido, complete el monto mensual pagado.
- 27a. Si el solicitante no cuenta con otro Seguro médico, marque "No" y pase al número 29.
- 27b. Si el solicitante tiene Seguro médico, complete el nombre del plan o compañía de Seguros.

- 27c. Si el solicitante tiene Seguro médico, complete el número de póliza o plan.
28. Si el solicitante tiene Seguro médico, marque el recuadro correspondiente dependiendo de qué tipo de Seguro sea. Sus formularios de Seguro le indicarán qué tipo de Seguro médico tiene. Si no está seguro, llame a su compañía de Seguro médico y pregúnteles.
29. Si el solicitante tiene Seguro dental, marque "Sí". Si el solicitante no tiene Seguro dental, marque "No".
30. Si el solicitante tiene Seguro de visión, marque "Sí". Si el solicitante no tiene Seguro de visión, marque "No".

Sección D: Certificación

Asegúrese de firmar y fechar con tinta. Si la firma está firmada con una marca, haga que un testigo firme y complete la fecha.

En "Parentesco con el solicitante", ingrese padre, madre, tutor legal o usted mismo (en el caso de personas de 18 años o más o menores de edad emancipados).

Presentando Su Solicitud

Envíe por correo o entregue su solicitud en la oficina local de CCS de su condado. Para encontrar la oficina CCS de su condado, visite <https://www.dhcs.ca.gov/services/ccs/Pages/CountyOffices.aspx> o busque en la sección gubernamental de su directorio telefónico local bajo "Servicios para Niños de California" o "Departamento de Salud del Condado".