

Impormasyon tungkol sa Mga Serbisyon Pambata ng California (California Children's Services)

Ano ang Programa ng Mga Serbisyon Pambata ng California (California Children's Services o CCS)?

Ang CCS ay isang programa sa buong estado na gumagamot sa mga bata na may ilang pisikal na limitasyon at malalang kondisyon o sakit sa kalusugan. Maaaring pahintulutan at bayaran ng CCS ang mga partikular na serbisyo at kagamitang medikal na ibinigay ng mga inaprubang espesyalista ng CCS. Ang Mga Serbisyo sa Pangangalagang Pangkalusugan ng California (Department of Health Care Services o DHCS) ang namamahala sa Programa ng CCS. Ang mga malalaking county ay nagpapatakbo ng kanilang sariling mga programa ng CCS, habang ang mga maliliit na county ay nagbabahagi ng pagpapatakbo ng kanilang programa sa DHCS. Ang Programa ng CCS ay pinondohan ng mga perang buwis ng estado, county, at pederal, kasama ang ilang mga bayarin na binabayaran ng magulang, legal na tagapag-alaga, o aplikante (kung edad 18 o mas matanda, o isang pinalaya na menor de edad).

Ano ang inaalok ng CCS sa mga bata?

Kung sa tingin mo o ng doktor ng iyong anak na ang iyong anak ay maaaring may karapat-dapat na kondisyong medikal, maaaring magbayad o magbigay ng medikal na pagsusuri ang CCS para malaman kung saklaw ang kondisyon ng iyong anak.

Kung kwalipikado ang iyong anak, maaaring bayaran o ibigay ng CCS ang:

- Paggamot, gaya ng mga serbisyo ng doktor, pangangalaga sa ospital at pag-opera, pisikal na terapiya at okupasyonal na terapiya, mga pagsusuri sa laboratoryo, X-ray, mga ortopedikong kasangkapan, at kagamitang medikal.
- Pamamahala ng medikal na kaso upang tumulong na makakuha ng mga espesyal na doktor at pangangalaga para sa iyong anak kapag medikal na kinakailangan, at pagsangguni sa ibang mga ahensya, kabilang ang pampublikong nursing sa kalusugan at mga sentrong pangrehiyon; o
- Programa ng Medikal na Terapiya (Medical Therapy Program o MTP), na maaaring magbigay ng pisikal na terapiya at/okupasyonal na terapiya sa isang pampublikong paaralan para sa mga bata na medikal na kwalipikado.

Sino ang kwalipikado para sa CCS?

Ang Programang CCS ay bukas sa sinumang:

- Wala pang 21 taong gulang;
- May o maaaring may kondisyong medikal na sakop ng CCS;
- Ay isang residente ng California; at
- Ang kita ng pamilya ay mas mababa sa \$40,000 gaya ng iniulat sa adjusted gross income sa form ng buwis sa estado, o kung saan ang out-of-pocket na gastusin sa medikal para sa isang bata na kwalipikado ay inaasahang higit sa 20 porsiyento ng kita ng pamilya.

Ang kita ng pamilya ay hindi isang kadahilanan para sa mga bata na:

- Kailangan ng mga diyagnostikong serbisyo upang makumpirma ang isang karapat-dapat na kondisyong medikal ng CCS; o
- Pinagtibay na may kilalang CCS na karapat-dapat na kondisyong medikal; o
- Nag-aaplay lamang para sa mga serbisyo sa pamamagitan ng MTP; o
- May buong saklaw ng Medi-Cal, walang bahagi sa gastos.

Anong mga kondisyong medikal ang saklaw ng CCS?

Ilang kundisyon lamang ang saklaw ng Programang CCS. Sa pangkalahatan, sinasaklaw ng CCS ang mga kondisyong medikal na pisikal na hindi nagpapagana o nangangailangan ng mga serbisyon medikal, surhikal, o rehabilitatibo. Maaaring mayroon ding ilang mga pamantayan na tumutukoy kung ang kondisyong medikal ng iyong anak ay karapat-dapat. Nakalista sa ibaba ang mga kategorya ng mga kondisyong medikal na maaaring saklawin at ilang halimbawa ng bawat isa:

- Mga kondisyong kinasasangkutan ng puso (congenital heart disease)
- Mga neoplasma (mga kanser, tumor)
- Mga karamdaman sa dugo (hemophilia, sickle cell anemia)
- Mga sakit sa Endocrine, nutrisyonal, at metaboliko (mga problema sa teroydeo, Phenylketonuria (PKU), diabetes)
- Mga karamdaman ng sistema ng genitourinary (malubhang malalang problema sa bato)
- Mga karamdaman ng sistema ng gastrointestinal (talamak na nagpapaalab na sakit, mga sakit sa atay)
- Mga malubhang depekto sa panganganak (cleft lip/palate, spina bifida)
- Mga karamdaman sa mga pandama (pagkawala ng pandinig, glaucoma, katarata)
- Mga karamdaman sa sistema ng nerbiyos (cerebral palsy, hindi nakokontrol na mga pangingingin)
- Mga karamdaman ng sistema ng musculoskeletal at mga nag-uugnay na mga tisyu (rheumatoid arthritis, muscular dystrophy)
- Matinding karamdaman ng immune system (Human immunodeficiency virus (HIV) infection)
- Hindi pinapagana ang mga kondisyon o pagkalason na nangangailangan ng masinsinang pangangalaga o rehabilitasyon (malubhang pinsala sa ulo, utak, o utak ng galugod (spinal cord), matinding pagkasunog)
- Mga komplikasyon ng napaaga na panganganak na nangangailangan ng masinsinang antas ng pangangalaga
- Mga karamdaman sa balat at subcutaneous na tisyu (malubhang hemangioma)
- Mal-oklusyon sa ngipin na medikal na nakaka-apekto (medically handicapping malocclusion) (malubhang baluktot na ngipin)

Tanungin ang opisina ng CCS ng iyong county kung mayroon kang mga katanungan.

Ano ang dapat gawin ng aplikante o pamilya para maging kwalipikado?

Ang mga pamilya (o ang aplikante kung edad 18 o mas matanda, o isang pinalaya na menor de edad) ay dapat na:

- Kumpletuhin ang form ng aplikasyon simula sa pahina 4 at isumite ito sa kanilang lokal na opisina ng CCS ng county;
- Ibigay sa CCS ang lahat ng hinihiling na impormasyon upang matukoy ng CCS kung kwalipikado ang pamilya;
- Mag-apply sa Medi-Cal. Kung ang isang pamilya ay kwalipikado para sa Medi-Cal, ang bata ay sakop din ng CCS. Inaaprubahan ng CCS ang mga serbisyo; ang pagbabayad ay ginagawa sa pamamagitan ng Medi-Cal.

Paano pinoprotektahan ang aking pagkapribado?

Ang batas ng California ay nag-aatas na ang mga pamilyang nag-aaplay para sa mga serbisyo ay mabigyan ng impormasyon kung paano pinoprotektahan ng CCS ang kanilang pagkapribado.¹

Para protektahan ang iyong pagkapribado:

- Dapat panatilihin kumpidensyal ng CCS ang impormasyong ito.²
- Ang CCS ay maaaring magbahagi ng impormasyon sa form sa mga awtorisadong kawani mula sa ibang mga programang pangkalusugan at kapakanan kapag pumirma ka sa isang form ng pahintulot.

¹Kodigo Sibil, Seksyon 1798.17

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

²Alinsunod sa Seksyon 41670, Titulo 22, Kodigo ng Mga Regulasyon ng California at ng Batas ng mga Pampublikong mga Tara (Public Records Act) (Kodigo ng Pamahalaan, Mga Seksyon 6250-6255)

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

May karapatan kang makita ang iyong aplikasyon at mga talaan ng CCS tungkol sa iyo o sa iyong anak. Kung nais mong makita ang mga talaang ito makipag-ugnayan sa iyong lokal na tanggapan ng CCS ng county. Ayon sa batas, ang impormasyong ibibigay mo sa CCS ay iniingatan ng Programang CCS.³

May karapatan ba akong iapela ang desisyon?

May karapatan kang hindi sumang-ayon sa mga desisyong ginawa ng CCS.⁴ Ito ay tinatawag na apela. Ang proseso ng apela ay nagbibigay sa magulang/legal na tagapag-alaga o aplikante ng paraan upang makipagtulungan sa Programa ng CCS upang makahanap ng mga solusyon sa mga hindi pagkakasundo. Para sa impormasyon sa proseso ng apela, makipag-ugnayan sa iyong lokal na tanggapan ng CCS ng county.

Saan ako makakakuha ng higit pang impormasyon tungkol sa CCS?

Para sa karagdagang impormasyon tungkol sa CCS, pakibisita ang home page ng CCS sa website ng DHCS dito: <https://www.dhcs.ca.gov/services/ccs/Pages/default.aspx>

Para sa tulong sa pagsagot sa aplikasyong ito, mangyaring makipag-ugnayan sa iyong lokal na tanggapan ng CCS ng county. Upang mahanap ang opisina ng CCS ng iyong county, pumunta sa: <https://www.dhcs.ca.gov/services/ccs/Pages/CountyOffices.aspx>, o tumingin sa seksyon ng pamahalaan ng iyong lokal na direktoryo ng telepono sa ilalim ng “California Children's Services” o “county health department.”

³Seksyon 123800 et. seq. ng Kodigo sa Kalusugan at Kaligtasan ng California

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

⁴Kodigo ng Mga Regulasyon ng California, Titulo 22, Kabanata 13, Mga Seksyon 42702–42703

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

Aplikasyon para Tukuyin ang Pagiging Kwalipikado sa Programa sa Mga Serbisyo para sa Mga Bata ng California

Ang aplikasyon na ito ay dapat kumpletuhin ng magulang, legal na tagapag-alaga, o aplikante (kung edad 18 o mas matanda, o isang pinalaya na menor de edad) upang matukoy kung ang aplikante ay karapat-dapat para sa mga serbisyo/mga benepisyo ng CCS. Ang terminong "aplikante" ay nangangahulugang ang bata, indibidwal na edad 18 o mas matanda, o pinalaya na menor de edad kung kanino hinihiling ang mga serbisyo. Mangyaring i-type o i-print nang malinaw.

A. Impormasyon ng Aplikante		
1. Pangalan ng Aplikante (Apelyido)	(Pangalan)	(Gitna)
Pangalan sa sertipiko ng kapanganakan (kung iba)		Anumang ibang pangalan na kilala ang aplikante
2. Petsa ng kapanganakan (buwan, araw, taon)	3. Lugar ng kapanganakan - County	Estado
	Bansa, kung ipinanganak sa labas ng US	
4. Address ng tirahan ng aplikante (numero, kalye) (huwag gumamit ng PO Box)		
Lungsod	County	Zip Code
5. Kasarian		
☐ Babae ☐ Lalaki		
6. Oryentasyong Sekswal at Pagkakakilanlan ng Kasarian (Opsyonal):		
<i>Kung gusto ng aplikante na sabihin sa amin ang higit pa tungkol sa kanilang kasarian, pagkakakilanlan ng kasarian, pagpapahayag ng kasarian o oryentasyong sekswal, mangyaring punan ang a, b, at c sa ibaba. Ang Seksyon 6 ay opsyonal ngunit kinakailangan para sa DHCS na magtanong kasama ng pagpasa ng Batas ng Kapulungan (Assembly Bill) 959 (2015-2016).</i>		
a. Ano ang kasarian ng aplikante (lagyan ng tsek ang kahon na pinakamahusay na naglalarawan sa iyong kasalukuyang pagkakakilanlan ng kasarian)?		
☐ Babae ☐ Lalaki ☐ Transdyender: Lalaki naging Babae ☐ Transdyender: Babae sa Lalaki		
☐ Non-binary (hindi lalaki o babae) ☐ Isa pang pagkakakilanlan ng kasarian		
b. Anong kasarian ang nakalista sa orihinal na sertipiko ng kapanganakan ng aplikante?		
☐ Babae ☐ Lalaki		
c. Inisip ba ng aplikante ang kanilang sarili bilang:		
☐ Deretso/heterosekswal ☐ Bakla/tomboy ☐ Silahis (Bisexual) ☐ Kakaiba (Queer)		
☐ Isa pang oryentasyong sekswal ☐ Hindi kilala		

7. Lahi/Etnisidad	8. Numero ng Social Security (opsyonal)
9. Ano ang pinaghihinalaang karapat-dapat na kondisyon o kapansanan ng CCS ng aplikante?	
10. Doktor ng Pangunahing Pangangalaga	11. Numero ng telepono ng manggagamot

B. Impormasyon ng Magulang/Legal na Tagapangalaga/Pamilya

(Ang mga aplikanteng edad 18 o mas matanda, o pinalaya na mga menor de edad ay laktawan ang mga bilang 12 at 14 sa ibaba).

12. Pangalan ng magulang o legal na tagapag-alaga	13. Pangalan ng ina at pangalan noong dalaga (hindi kinilala sa 12)	
14. Address ng tirahan (numero, kalye) (huwag gumamit ng PO Box)		
Lungsod	County	Zip Code
15. Address sa koreo (kung iba sa 14)		
Lungsod	County	Zip Code
16. Numero ng telepono ng bahay	17. Numero ng cellphone	18. Numero ng telepono sa trabaho
19. Anong wika ang ginagamit mo sa bahay?		20. Email address
21. Bilang ng mga tao sa yunit ng pamilya	22. Iba pang Apelyido at Pangalan ng Magulang (kung hindi nakatira kasama ang aplikante)	
Address ng Kalye ng Ibang Magulang	Lungsod	Zip Code

C. Impormasyon sa Seguro sa Kalusugan

23. May Medi-Cal ba ang aplikante? ☐ Oo ☐ Hindi	24. Kung oo, ano ang numero ng Medi-Cal ng aplikante?
25. May bahagi ba sa gastos? ☐ Oo ☐ Hindi	26. Kung oo, ano ang halagang binabayaran mo kada buwan?
27a. May iba bang seguro sa kalusugan ang aplikante? ☐ Oo ☐ Hindi	27b. Kung oo, ano ang pangalan ng seguro sa kalusugan o kumpanya?

27c. Numero ng Polisiya o Plano

28. Uri ng seguro sa kalusugan o kumpanya

- ☐ Piniling Organisasyon ng Tagapagbigay (Preferred Provider Organization o PPO)
☐ Organisasyon sa Pagpapanatili ng Kalusugan (Health Maintenance Organization o HMO)
☐ Iba pa:
-

29. May seguro ba sa dental ang aplikante?

☐ Oo ☐ Hindi

30. May seguro ba sa paningin ang aplikante?

☐ Oo ☐ Hindi

D. Sertipikasyon

(Lagyan ng inisyal at pirmahan sa ibaba. Ang iyong lagda ay nagpapahintulot sa Programa ng CCS na magpatuloy sa aplikasyong ito).

Nag-aaplay ako sa Programa ng CCS upang matukoy ang pagiging karapat-dapat para sa mga serbisyo/mga benepisyo.

Naiintindihan ko na ang pagkumpleto ng aplikasyong ito ay hindi nagtitiyak ng pagtanggap ng aplikante ng Programa ng CCS.

Ibinibigay ko ang aking pahintulot na iberipika ang aking tirahan, impormasyon sa kalusugan, o iba pang mga pangyayari na kinakailangan upang matukoy ang pagiging karapat-dapat para sa mga serbisyo/mga benepisyo ng CCS.

Pinatutunayan ko rin na ang impormasyong ibinigay ko sa form na ito ay totoo at tama.

Lagda ng taong kumukumpleto ng aplikasyon	Relasyon sa aplikante	Petsa
Signature of witness (only if the person signed with a mark) (Lagda ng saksi (kung ang aplikante ay lumagda lamang gamit ang marka))		Date (Petsa)

***Tingnan ang mga tagubilin sa susunod na pahina.**

MGA TAGUBILIN PARA SA PAG KUMPLETO NG APLIKASYON SA MGA SERBISYO SA BATA NG CALIFORNIA (DHCS 4480)

I-print nang malinaw para maproseso ang iyong aplikasyon sa lalong madaling panahon.

Punan nang buo ang bawat seksyon. Kung hindi mo ibibigay ang lahat ng impormasyon, hindi makakapagpatuloy ang CCS sa iyong aplikasyon. Kung kailangan mo ng tulong sa pagsagot sa form na ito, makipag-ugnayan sa iyong lokal na tanggapan ng CCS ng county.

Kapag nakumpleto na ang aplikasyon, ipadala ito sa iyong lokal na tanggapan ng CCS ng county. Tandaang lagdaan at lagyan ng petsa ang form.

Seksyon A: Impormasyon ng Aplikante ("Aplikante" ay nangangahulugang ang bata, indibidwal na edad 18 o mas matanda, o pinalaya na menor de edad kung para kanino hinihiling ang mga serbisyo).

1. **Pangalan ng aplikante:** Punan ang apelyido, pangalan, at gitnang pangalan ng aplikante. Sa susunod na Kahon, isulat ang buong pangalan ng aplikante na makikita sa kanilang sertipiko ng kapanganakan kung iba sa kanilang pangalan. Kung ang aplikante ay kilala sa ibang pangalan, isama ang pangalang iyon sa huling kahon.
2. **Petsa ng kapanganakan ng aplikante:** Isulat ang buwan, araw, at taon ng kapanganakan ng aplikante.
3. **Lugar ng kapanganakan:** Isulat ang county at estado kung saan ipinanganak ang aplikante. Isama ang bansa kung ang aplikante ay ipinanganak sa labas ng Estados Unidos
4. **Address ng Tirahan:** Isulat ang numero ng kalye, pangalan ng kalye, numero ng apartment, lungsod, county, at ZIP code ng kasalukuyang tirahan ng aplikante sa puwang na ito. Huwag gumamit ng PO Box.
5. **Kasarian ng aplikante:** Markahan ang tamang kahon ng kasarian para sa aplikante (lalaki o babae).
6. **Oryentasyong Sekswal at Pagkakakilanlan ng Kasarian (Opsyonal):** Kung ang aplikante ay gustong magsabi sa amin ng higit pa tungkol sa kanilang kasarian, pagkakakilanlan ng kasarian, pagpapahayag ng kasarian o oryentasyong sekswal, mangyaring punan ang a, b, at c. Ang Seksyon 6 ay opsyonal, ngunit kinakailangan para sa DHCS na magtanong kasama ang pagpasa ng [Batas ng Kapulungan 959](#) (2015 - 2016).
 - 6a. Lagyan ng tsek ang kahon na pinakamahusay na naglalarawan sa kasalukuyang pagkakakilanlan ng kasarian ng aplikante.
 - 6b. Markahan ang opsyon ng kasarian na nakalista sa orihinal na sertipiko ng kapanganakan ng aplikante.
 - 6c. Lagyan ng tsek ang kahon na pinakamahusay na naglalarawan sa sekswal na oryentasyon ng aplikante.
7. **Lahi/Etnisidad:** Ipasok ang kategorya mula sa sumusunod na listahan na pinakamahusay na naglalarawan sa pangunahing lahi/etnisidad ng aplikante:

• Katutubo ng Alaska	• Tsino	• Laotian
• Amerasian	• Filipino	• Samoan
• Amerikanong Indian	• Guamanian	• Vietnamese
• Asyano	• Hawaiian	• Puti
• Asyanong Indian	• Hispaniko/Latino	• Iba pa
• Itim/Aprikano Amerikano	• Hapon	
• Cambodian	• Koreano	

8. **Numero ng social security ng aplikante (opsyonal):** Isulat ang siyam na numero ng social security ng aplikante.
9. **Pinaghihinalaang kundisyon o kapansanan sa CCS:** Isulat ang kapansanan o espesyal na pangangailangan sa pangangalagang pangkalusugan ng aplikante na gagamutin ng CCS. Ang nakalakip na paglalarawan ng mga karapat-dapat na kondisyon ng CCS ay maaaring makatulong sa iyo (tingnan ang "Anong mga medikal na kondisyon ang saklaw ng CCS" sa pahina 1 at 2). Kung hindi mo alam, tanungin ang doktor ng aplikante o iwanang blanko ang espasyo. Susundan ng CCS ang doktor ng aplikante kung kailangan ng karagdagang impormasyon.
10. **Pangalan ng doktor sa pangunahing pangangalaga ng aplikante:** Isulat ang pangalan ng manggagamot ng aplikante.
11. **Numero ng telepono ng manggagamot:** Isulat ang numero ng telepono ng doktor na nakalista sa numero 10.

Seksyon B: Impormasyon ng Magulang/Legal na Tagapangalaga (Ang mga aplikanteng edad 18 o mas matanda, o pinalaya na mga menor de edad ay laktawan ang bilang 12 at 14).

12. **Pangalan ng magulang/tagapag-alaga:** Isulat ang (mga) pangalan ng (mga) magulang ng aplikante o ang (mga) pangalan ng (mga) legal na tagapag-alaga ng aplikante.
13. **Unang pangalan at pangalan noong dalaga:** Isulat ang unang pangalan ng ina ng aplikante at tukuyin ang pangalan ng pagkadalaga ng ina sa susunod na kahon.
14. **Address ng Tirahan:** Isulat ang numero ng kalye, pangalan ng kalye, numero ng apartment, lungsod, county, at ZIP code ng iyong kasalukuyang tirahan. Huwag gumamit ng PO Box.
15. **Address sa koreo:** Kung ang address na ito ay iba sa numero 14, isulat ang numero ng kalye, pangalan ng kalye, lungsod, at ZIP code.
16. **Numero ng telepono ng tahanan:** Isulat ang numero ng telepono sa bahay kung saan ka makokontak.
17. **Numero ng cell phone:** Isulat ang numero ng cell phone kung saan ka makokontak.
18. **Numero ng telepono sa trabaho:** Isulat ang numero ng telepono sa trabaho kung saan ka makokontak.
19. **(Mga) wikang sinasalita:** Isulat ang wikang ginagamit mo sa bahay.
20. **Email address:** Isulat ang email address para sa magulang o legal na tagapag-alaga.
21. **Bilang ng mga tao sa yunit ng pamilya:** Isulat ang bilang ng mga taong naninirahan sa parehong sambayanan.
22. **Pangalan at Address ng Tirahan ng Ibang Magulang kung hindi nakatira kasama ang aplikante:** Isulat ang pangalan at address para sa pangalawang taong maaaring makaugnayan.

Seksyon C: Impormasyon sa Seguro sa Kalusugan

Kung sa tingin ng CCS ay maaari kang maging kwalipikado, hihilingin nila sa iyo na mag-aplay para sa Medi-Cal kung hindi ka kasalukuyang tumatanggap ng mga benepisyo sa pangangalagang pangkalusugan ng Medi-Cal.

23. Kung ang aplikante ay hindi nakatanggap ng Medi-Cal, markahan ang "Hindi" at pumunta sa numero 27a. Kung nakatanggap ang aplikante ng Medi-Cal, markahan ang "Oo" at punan ang numero ng Medi-Cal ng aplikante.
24. Kung ikaw ang aplikante ay mayroong Medi-Cal, ilagay ang 14 na numero ng Medi-Cal.

25. Kung nagbabayad ka ng bahagi ng halaga ng iyong seguro sa Medi-Cal, markahan ang "Oo".
26. Kung nagbabayad ka ng bahagi ng gastos, punan ang buwanang halagang binabayaran.
- 27a. Kung ang aplikante ay walang ibang seguro sa kalusugan, markahan ang "Hindi" at pumunta sa numero 29.
- 27b. Kung ang aplikante ay may plano ng seguro o kumpanya, punan ang pangalan ng plano ng seguro o kompanya.
- 27c. Kung ang aplikante ay may seguro sa kalusugan, punan ang polisiya o numero ng plano.
28. Kung ang aplikante ay may seguro sa kalusugan, markahan ang naaangkop na kahon depende sa kung anong uri ng seguro ito. Sasabihin sa iyo ng iyong mga form ng seguro kung anong uri ng seguro sa kalusugan ang mayroon ka. Kung hindi ka sigurado, tawagan ang iyong kompanya ng seguro sa kalusugan at tanungin sila.
29. Kung ang aplikante ay may seguro sa dental, markahan ang "Oo." Kung ang aplikante ay walang seguro sa dental, markahan ang "Hindi."
30. Kung ang aplikante ay may seguro sa paningin, markahan ang "Oo." Kung ang aplikante ay walang seguro sa paningin, markahan ang "Hindi."

Seksyon D: Sertipikasyon

Siguraduhing pumirma at lagyan ng petsa gamit ang tinta. Kung ang pirma ay nilagdaan ng isang marka, kumuha ng isang saksi sign at punan ang petsa.

Sa ilalim ng "Relasyon sa aplikante," ilagay ang ama, ina, legal na tagapag-alaga, o sarili (sa kaso ng mga indibidwal na edad 18 o mas matanda, o pinalaya na mga menor de edad).

Pagsusumite ng Iyong Aplikasyon

Ipadala o ihatid ang iyong aplikasyon sa iyong lokal na tanggapan ng CCS ng county. Upang mahanap ang opisina ng CCS ng iyong county, pumunta sa <https://www.dhcs.ca.gov/services/ccs/Pages/CountyOffices.aspx> o tumingin sa seksyon ng pamahalaan ng iyong lokal na direktoryo ng telepono sa ilalim ng "California Children's Services" o "county health department."