

ข้อมูลเกี่ยวกับ California Children's Services

โครงการ California Children's Services (CCS) คืออะไร

CCS เป็นโครงการระดับรัฐที่รักษาเด็กที่มีข้อจำกัดทางร่างกายบางประการและมีภาวะสุขภาพหรือโรคเรื้อรัง CCS สามารถอนุมัติและชำระเงินสำหรับบริการทางการแพทย์และอุปกรณ์เฉพาะได้ ที่ให้บริการโดยผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับการรับรองจาก CCS California Department of Health Care Services (DHCS) บริหารจัดการโครงการ CCS เทศมณฑลขนาดใหญ่ ดำเนินการโครงการ CCS ของตนเอง ในขณะที่เทศมณฑลขนาดเล็ก แบ่งปันการดำเนินการโครงการของตนกับ DHCS โครงการ CCS ได้รับเงินทุนจากเงินภาษีของรัฐ เทศมณฑล และรัฐบาลกลาง พร้อมด้วยค่าธรรมเนียมบางส่วนที่ชำระโดยผู้ปกครอง ผู้พิทักษ์ตามกฎหมาย หรือผู้สมัคร (หากอายุ 18 ปีขึ้นไป หรือผู้เยาว์ที่บรรลุนิติภาวะ)

CCS มอบอะไรให้กับเด็ก ๆ

หากท่านหรือแพทย์ของบุตรหลานของท่านคิดว่าบุตรหลานของท่านอาจมีภาวะทางการแพทย์ที่เข้าเกณฑ์ของ CCS ทาง CCS อาจชำระหรือให้การประเมินทางการแพทย์เพื่อดูว่าอาการของบุตรหลานของท่านได้รับความคุ้มครองหรือไม่

หากบุตรหลานของท่านมีสิทธิ์ CCS อาจชำระหรือให้บริการดังต่อไปนี้:

- การรักษา เช่น การบริการของแพทย์ การดูแลในโรงพยาบาลและการผ่าตัด การกายภาพบำบัดและกิจกรรมบำบัด การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การเอกซเรย์ เครื่องมือทางกระดูกและข้อ และอุปกรณ์ทางการแพทย์
- การจัดการกรณีทางการแพทย์เพื่อช่วยให้ได้แพทย์เฉพาะทางและการดูแลบุตรหลานของท่านเมื่อมีความจำเป็นทางการแพทย์ และการส่งต่อไปยังหน่วยงานอื่น ๆ รวมถึงสถานพยาบาลสาธารณสุขและศูนย์ภูมิภาค หรือ
- โครงการ Medical Therapy Program (MTP) ซึ่งสามารถให้การบำบัดทางกายภาพและ/หรือกิจกรรมบำบัดในโรงเรียนของรัฐสำหรับเด็กที่เข้าเกณฑ์ทางการแพทย์

ใครมีสิทธิ์เข้าร่วม CCS

โครงการ CCS มีให้สำหรับทุกคนที่:

- อายุต่ำกว่า 21 ปี
- มีหรืออาจมีภาวะทางการแพทย์ที่ได้รับความคุ้มครองโดย CCS
- เป็นผู้อยู่อาศัยในรัฐแคลิฟอร์เนีย และ
- มีรายได้ครอบครัวน้อยกว่า 40,000 ดอลลาร์ ตามที่รายงานในรายได้รวมที่ปรับแล้วในแบบฟอร์มภาษีของรัฐ หรือมีค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ส่วนเกินสำหรับเด็กที่เข้าเกณฑ์ซึ่งคาดว่าจะมากกว่า 20 เปอร์เซ็นต์ของรายได้ครอบครัว

รายได้ของครอบครัวไม่ใช่ปัจจัยสำหรับเด็กที่:

- ต้องการบริการการวินิจฉัยเพื่อยืนยันภาวะทางการแพทย์ที่เข้าเกณฑ์ CCS หรือ
- ได้รับการรับเลี้ยงโดยมีภาวะทางการแพทย์ที่ทราบแล้วว่าเข้าเกณฑ์ CCS หรือ
- สมัครใช้บริการผ่านระบบ MTP เท่านั้น หรือ
- มี Medi-Cal คุ้มครองเต็มรูปแบบ ไม่มีค่าใช้จ่ายร่วม

CCS คุ้มครองภาวะทางการแพทย์ใด

โครงการ CCS คุ้มครองเฉพาะภาวะบางประการเท่านั้น โดยทั่วไป CCS คุ้มครองภาวะทางการแพทย์ที่ทำให้พิการทางร่างกายหรือต้องใช้บริการทางการแพทย์ การผ่าตัด หรือการฟื้นฟูสมรรถภาพ นอกจากนี้ อาจมีเกณฑ์บางประการที่ใช้กำหนดว่าภาวะทางการแพทย์ของบุตรหลานของท่านมีสิทธิ์หรือไม่ ด้านล่างนี้เป็นหมวดหมู่ของภาวะทางการแพทย์ที่อาจได้รับการคุ้มครองและตัวอย่างบางส่วนของแต่ละหมวดหมู่:

- ภาวะที่เกี่ยวข้องกับหัวใจ (โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด)
- เนื้องอก (มะเร็ง เนื้องอก)
- ความผิดปกติทางเลือด (ฮีโมฟีเลีย โรคโลหิตจางชนิดเม็ดเลือดรูปเคียว)
- โรคต่อมไร้ท่อ โภชนาการ และการเผาผลาญ (ปัญหาต่อมไทรอยด์ ฟีนิลคีโตนูเรีย (PKU) เบาหวาน)
- ความผิดปกติของระบบทางเดินปัสสาวะและอวัยวะสืบพันธุ์ (ปัญหาไตเรื้อรังร้ายแรง)
- ความผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร (โรคอ้วนเสบเรื้อรัง โรคตับ)
- ความผิดปกติแต่กำเนิดที่ร้ายแรง (ปากแหว่งเพดานโหว่ กระดูกสันหลังแยก)
- ความผิดปกติของอวัยวะรับความรู้สึก (สูญเสียการได้ยิน ต้อหิน ต้อกระจก)
- ความผิดปกติของระบบประสาท (สมองพิการ อากาศชักที่ควบคุมไม่ได้)
- ความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและโครงกระดูกและเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน (โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ โรคกล้ามเนื้อเสื่อม)
- ความผิดปกติร้ายแรงของระบบภูมิคุ้มกัน (การติดเชื้อไวรัสภูมิคุ้มกันบกพร่องของมนุษย์ (HIV))
- ภาวะทุพพลภาพหรือการเป็นพิษที่ก่อให้เกิดความพิการที่ต้องได้รับการดูแลหรือการฟื้นฟูอย่างมาก (บาดเจ็บที่ศีรษะ สมอง หรือไขสันหลังอย่างรุนแรง แผลไฟไหม้รุนแรง)
- ภาวะแทรกซ้อนจากการคลอดก่อนกำหนดที่ต้องได้รับการดูแลอย่างมาก
- ความผิดปกติของผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง (เนื้องอกหลอดเลือดรุนแรง)
- ภาวะฟันสบกันผิดปกติที่ทำให้พิการทางการแพทย์ (ฟันเกมาก)

หากท่านมีคำถาม โปรดสอบถามสำนักงาน CCS ของเทศมณฑลของท่าน

ผู้สมัครหรือครอบครัวจะต้องทำอย่างไรจึงจะมีสิทธิ

ครอบครัว (หรือผู้สมัครหากอายุ 18 ปีขึ้นไป หรือผู้เยาว์ที่บรรลุนิติภาวะ) จะต้อง:

- กรอกแบบฟอร์มใบสมัครโดยเริ่มตั้งแต่หน้าที่ 4 และส่งคืนไปที่สำนักงาน CCS ของเทศมณฑลในพื้นที่ของท่าน
- ให้ข้อมูลทั้งหมดที่ CCS ร้องขอเพื่อให้ CCS สามารถพิจารณาได้ว่าครอบครัวนั้นมีคุณสมบัติหรือไม่
- สมัคร Medi-Cal หากครอบครัวมีสิทธิได้รับ Medi-Cal เด็กก็จะได้รับความคุ้มครองจาก CCS ด้วยเช่นกัน CCS อนุมัติบริการ จะมีการชำระเงินผ่าน Medi-Cal

ความเป็นส่วนตัวของฉันได้รับการปกป้องอย่างไร

กฎหมายของรัฐแคลิฟอร์เนียกำหนดให้ครอบครัวที่สมัครขอรับบริการต้องได้รับข้อมูลเกี่ยวกับวิธีที่ CCS ปกป้องความเป็นส่วนตัวของพวกเขา ¹

เพื่อปกป้องความเป็นส่วนตัวของท่าน:

- CCS จะต้องรักษาข้อมูลนี้เป็นความลับ ²
- CCS อาจแบ่งปันข้อมูลในแบบฟอร์มกับเจ้าหน้าที่ที่ได้รับอนุญาตจากโครงการด้านสุขภาพและสวัสดิการอื่นๆ เฉพาะเมื่อท่านลงนามในแบบฟอร์มยินยอมเท่านั้น

¹ ประมวลกฎหมายแพ่ง มาตรา 1798.17

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

² ตามมาตรา 41670 หมวดที่ 22 แห่งประมวลกฎหมายกฎเกณฑ์และข้อบังคับแห่งรัฐแคลิฟอร์เนียและ พระราชบัญญัติฉบับที่กษัตริย์แห่งรัฐแคลิฟอร์เนีย (ประมวลกฎหมายรัฐบาล มาตรา 6250-6255)

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

ท่านมีสิทธิดูใบสมัครและบันทึก CCS ที่เกี่ยวข้องกับท่านหรือบุตรหลานของท่าน หากท่านต้องการดูบันทึกเหล่านี้ โปรดติดต่อสำนักงาน CCS ของเทศมณฑลในพื้นที่ของท่าน ตามกฎหมาย ข้อมูลที่ท่านให้กับ CCS จะถูกเก็บรักษาโดยโครงการ CCS ³

ฉันมีสิทธิอุทธรณ์คำตัดสินหรือไม่

ท่านมีสิทธิที่จะไม่เห็นด้วยกับการตัดสินใจของ CCS ⁴ สิ่งนี้เรียกว่าการอุทธรณ์ กระบวนการอุทธรณ์ช่วยให้ผู้ปกครอง/ผู้พิทักษ์ตามกฎหมายหรือผู้สมัครสามารถทำงานร่วมกับโครงการ CCS เพื่อหาทางแก้ไขข้อขัดแย้ง หากต้องการข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับกระบวนการอุทธรณ์ โปรดติดต่อสำนักงาน CCS ของเทศมณฑลในพื้นที่ของท่าน

ฉันสามารถหาข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับ CCS ได้จากที่ใด

สำหรับข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับ CCS โปรดไปที่หน้าแรกของ CCS บนเว็บไซต์ DHCS ที่นี่:

<https://www.dhcs.ca.gov/services/ccs/Pages/default.aspx>

หากต้องการความช่วยเหลือในการกรอกใบสมัครนี้ โปรดติดต่อสำนักงาน CCS ของเทศมณฑลในพื้นที่ของท่าน หากต้องการค้นหาสำนักงาน CCS ของเทศมณฑลของท่าน โปรดไปที่:

<https://www.dhcs.ca.gov/services/ccs/Pages/CountyOffices.aspx> หรือค้นหาในสวนรัฐบาลในสมุดโทรศัพท์ท้องถิ่นของท่านภายใต้หัวข้อ "California Children's Services" หรือ "county health department"

³ มาตรา 123800 เป็นต้นไปของประมวลกฎหมายสุขภาพและความปลอดภัยของรัฐแคลิฟอร์เนีย

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

⁴ ประมวลกฎหมายแห่งรัฐแคลิฟอร์เนีย หมวดที่ 22 บทที่ 13 มาตรา 42702–42703

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

ใบสมัครเพื่อพิจารณาคุณสมบัติการเข้าร่วมโครงการ California Children Services

ใบสมัครนี้จะต้องกรอกโดยผู้ปกครอง ผู้พิทักษ์ตามกฎหมาย หรือผู้สมัคร (หากอายุ 18 ปีขึ้นไป หรือเป็นผู้เยาว์ที่บรรลุนิติภาวะ) เพื่อพิจารณาว่าผู้สมัครมีสิทธิได้รับบริการ/สิทธิประโยชน์ CCS หรือไม่ คำว่า "ผู้สมัคร" หมายถึง เด็ก บุคคลที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป หรือผู้เยาว์ที่บรรลุนิติภาวะซึ่งเป็นผู้ขอรับบริการ กรณานิยามหรือเขียนตัวบรรจงให้ชัดเจน

A. ข้อมูลผู้สมัคร

1. ชื่อของผู้สมัคร
(นามสกุล)

(ชื่อ)

(ชื่อย่อ)

ชื่อในสูติบัตร (ถ้าแตกต่างกัน)

ชื่ออื่นที่ผู้สมัครเป็นที่รู้จัก

2. วันเกิด (เดือน, วัน, ปี)

3. สถานที่เกิด – เทศมณฑล

รัฐ

ประเทศ หากเกิดนอกสหรัฐอเมริกา

4. ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านของผู้สมัคร (เลขที่ ถนน) (ห้ามใช้ตู้ ป.ณ.)

เมือง

เทศมณฑล

รหัสไปรษณีย์

5. เพศ

หญิง ชาย

6. รสนิยมทางเพศและอัตลักษณ์ทางเพศ (ไม่บังคับ):

หากผู้สมัครต้องการแจ้งให้เราทราบเพิ่มเติมเกี่ยวกับเพศ อัตลักษณ์ทางเพศ การแสดงออกทางเพศ หรือรสนิยมทางเพศ โปรดกรอกข้อ a, b และ c ด้านล่าง ส่วนที่ 6 เป็นทางเลือกแต่ DHCS จำเป็นต้องขอเพื่อให้ผ่านร่างกฎหมายหมายเลข 959 (2015-2016)

a. เพศของผู้สมัครคือเพศใด (ทำเครื่องหมายในช่องที่อธิบายอัตลักษณ์ทางเพศปัจจุบันของท่านได้ดีที่สุด)

หญิง ชาย คนข้ามเพศ: ชายเป็นหญิง คนข้ามเพศ: หญิงเป็นชาย

ไม่ระบุเพศ (ไม่ใช่ชายหรือหญิง) อัตลักษณ์ทางเพศอื่น

b. สูติบัตรฉบับเดิมของผู้สมัครระบุเพศอะไร

หญิง ชาย

c. ผู้สมัครคิดว่าตนเองเป็น:

รักเพศตรงข้าม/รักต่างเพศ เกย์/เลสเบียน รักทั้งสองเพศ เคเวียร์

รสนิยมทางเพศอื่น ไม่ทราบ

7. เชื้อชาติ/ชาติพันธุ์	8. หมายเลขประกันสังคม (ไม่บังคับ)
-------------------------	-----------------------------------

9. ผู้สมัครมีภาวะหรือความพิการประเภทใดที่สงสัยว่าจะเข้าเกณฑ์โครงการ CCS	
---	--

10. แพทย์ประจำครอบครัว	11. หมายเลขโทรศัพท์ของแพทย์
------------------------	-----------------------------

B. ข้อมูลผู้ปกครอง/ผู้พิทักษ์ตามกฎหมาย/ครอบครัว

(ผู้สมัครที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไปหรือผู้เยาว์ที่บรรลุนิติภาวะสามารถข้ามข้อ 12 และ 14 ด้านล่างได้)

12. ชื่อผู้ปกครองหรือผู้พิทักษ์ตามกฎหมาย	13. ชื่อและนามสกุลเดิมของมารดา (ไม่ระบุในข้อ 12)
--	--

14. ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน (เลขที่ ถนน) (ห้ามใช้ตู้ ป.ณ.)	
--	--

เมือง	เทศมณฑล	รหัสไปรษณีย์
-------	---------	--------------

15. ที่อยู่สำหรับส่งไปรษณีย์ (หากแตกต่างจากข้อ 14)		
--	--	--

เมือง	เทศมณฑล	รหัสไปรษณีย์
-------	---------	--------------

16. หมายเลขโทรศัพท์บ้าน	17. หมายเลขโทรศัพท์มือถือ	18. หมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงาน
-------------------------	---------------------------	-----------------------------

19. ท่านพูดภาษาอะไรที่บ้าน	20. ที่อยู่อีเมล
----------------------------	------------------

21. จำนวนบุคคลในครอบครัว	22. นามสกุลและชื่อของผู้ปกครองท่านอื่น (หากไม่ได้อยู่ร่วมกับผู้สมัคร)
--------------------------	---

ที่อยู่ของผู้ปกครองท่านอื่น	เมือง	รหัสไปรษณีย์
-----------------------------	-------	--------------

C. ข้อมูลประกันสุขภาพ

23. ผู้สมัครมี Medi-Cal หรือไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	24. หากใช่ หมายเลข Medi-Cal ของผู้สมัครคืออะไร
---	--

25. มีค่าใช้จ่ายร่วมหรือไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	26. หากใช่ ท่านต้องชำระเงินเดือนละเท่าใด
---	--

27a. ผู้สมัครมีประกันสุขภาพอย่างอื่นหรือไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	27b. หากใช่ ชื่อแผนประกันหรือบริษัทประกันคืออะไร
---	--

27c. หมายเลขกรมธรรม์หรือแผน

28. ประเภทแผนประกันหรือบริษัทประกัน

 องค์กรผู้ให้บริการที่ต้องการ (PPO) องค์กรบำรุงรักษาสุขภาพ (HMO) อื่น ๆ:

29. ผู้สมัครมีประกันทันตกรรมหรือไม่

 ใช่ ไม่ใช่

30. ผู้สมัครมีประกันการมองเห็นหรือไม่

 ใช่ ไม่ใช่**D. การรับรอง**

(ลงชื่อย่อและลงนามด้านล่าง การลงนามของท่านแสดงว่าท่านอนุญาตให้โครงการ CCS ดำเนินการกับใบสมัครนี้)

ฉันกำลังสมัครเข้าร่วมโครงการ CCS เพื่อพิจารณาคุณสมบัติในการรับบริการ/สิทธิประโยชน์

ฉันเข้าใจว่าการกรอกใบสมัครนี้ไม่ได้รับประกันว่าผู้สมัครจะได้รับการตอบรับจากโครงการ CCS

ฉันยินยอมให้ตรวจสอบที่อยู่ ข้อมูลสุขภาพ หรือสถานการณ์อื่น ๆ ที่จำเป็นในการพิจารณาสิทธิในการรับบริการ/สิทธิประโยชน์ CCS

ฉันขอรับรองว่าข้อมูลที่ฉันให้ไว้ในแบบฟอร์มนี้เป็นความจริงและถูกต้อง

ลายมือชื่อผู้กรอกใบสมัคร	ความสัมพันธ์กับผู้สมัคร	วันที่
Signature of witness (only if the person signed with a mark) (ลายมือชื่อพยาน (เฉพาะกรณีที่ผู้กรอกลงนามด้วยเครื่องหมาย))		Date (วันที่)

*** คำแนะนำในหน้าถัดไป**

คำแนะนำในการกรอกแบบฟอร์ม ใบสมัคร CALIFORNIA CHILDREN'S SERVICES (DHCS ๔๔๘๐)

เขียนตัวบรรจงให้ชัดเจนเพื่อให้เราสามารถดำเนินการใบสมัครของท่านได้เร็วที่สุด

กรอกข้อมูลในแต่ละส่วนให้ครบถ้วน หากท่านไม่ให้อข้อมูลทั้งหมด CCS จะไม่สามารถดำเนินการสมัครของท่านได้ หากท่านต้องการความช่วยเหลือในการกรอกแบบฟอร์มนี้ โปรดติดต่อสำนักงาน CCS ของเทศมณฑลในพื้นที่ของท่าน

เมื่อกรอกใบสมัครเสร็จเรียบร้อยแล้ว ให้ส่งไปที่สำนักงาน CCS ของเทศมณฑลในพื้นที่ของท่าน อย่าลืมลงนามและลงวันที่ในแบบฟอร์ม

ส่วน ก: ข้อมูลของผู้สมัคร ("ผู้สมัคร" หมายถึง เด็ก บุคคลที่มีอายุ ๑๘ ปีขึ้นไป หรือผู้เยาว์ที่บรรลุนิติภาวะซึ่งเป็นผู้ขอรับบริการ)

1. **ชื่อของผู้สมัคร** : กรอกนามสกุล ชื่อ และชื่อกลางของผู้สมัคร ในช่องถัดไป ให้เขียนชื่อนามสกุลของผู้สมัครให้ครบถ้วนตามที่ปรากฏในสูติบัตร หากแตกต่างจากชื่อของตน หากทราบชื่ออื่นของผู้สมัคร ให้ระบุชื่อนั้นในช่องสุดท้าย
2. **วันเกิดของผู้สมัคร**: กรอกเดือน วัน และปีเกิดของผู้สมัคร
3. **สถานที่เกิด**: กรอกเทศมณฑลและรัฐที่เกิดของผู้สมัคร กรอกประเทศหากผู้สมัครเกิดนอกสหรัฐอเมริกา
4. **ที่อยู่**: เขียนบ้านเลขที่ ชื่อถนน หมายเลขห้องชุด เมือง เทศมณฑล และรหัสไปรษณีย์ของที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ปัจจุบันของผู้สมัครในช่องนี้ ห้ามใช้ตู้ ป.ณ.
5. **เพศของผู้สมัคร**: ทำเครื่องหมายในช่องเพศที่ถูกต้องของผู้สมัคร (ชายหรือหญิง)
6. **รสนิยมทางเพศและอัตลักษณ์ทางเพศ (ไม่บังคับ)**: หากผู้สมัครต้องการแจ้งให้เราทราบเพิ่มเติมเกี่ยวกับเพศ อัตลักษณ์ทางเพศ การแสดงออกทางเพศ หรือรสนิยมทางเพศ โปรดกรอกข้อ a, b และ c ส่วนที่ ๖ เป็นทางเลือก แต่ DHCS จำเป็นต้องขอเพื่อให้ผ่าน [ร่างพระราชบัญญัติ ๙๕๙](#) (๒๐๑๕ - ๒๐๑๖)
 - 6a. ทำเครื่องหมายในช่องที่อธิบายอัตลักษณ์ทางเพศปัจจุบันของผู้สมัครได้ดีที่สุด
 - 6b. ทำเครื่องหมายตัวเลือกเพศที่ระบุไว้ในสูติบัตรฉบับจริงของผู้สมัคร
 - 6c. ทำเครื่องหมายในช่องที่อธิบายรสนิยมทางเพศของผู้สมัครได้ดีที่สุด
7. **เชื้อชาติ/ชาติพันธุ์**: กรอกหมวดหมู่จากรายการดังต่อไปนี้ซึ่งอธิบายเชื้อชาติ/ชาติพันธุ์หลักของผู้สมัครได้ดีที่สุด:

<ul style="list-style-type: none"> • ชาวอะแลสกาพื้นเมือง • อเมริกันเอเชีย • ชนพื้นเมืองอเมริกัน • ชาวเอเชีย • ชาวอินเดียเชื้อสายเอเชีย • คนผิวดำ/แอฟริกันอเมริกัน • ชาวเก๋มพูชา 	<ul style="list-style-type: none"> • ชาวจีน • ชาวฟิลิปปินส์ • ชาวกวม • ชาวฮาวาย • ผู้ที่พูดภาษาสเปน/ผู้ที่มาจากประเทศในละตินอเมริกา • ชาวญี่ปุ่น • ชาวเกาหลี 	<ul style="list-style-type: none"> • ชาวลาว • ชาวซามัว • ชาวเวียดนาม • คนผิวขาว • อื่น ๆ
--	---	---

8. **หมายเลขประกันสังคมของผู้สมัคร (ไม่บังคับ):** กรอกเลขประกันสังคม ๙ หลักของผู้สมัคร
9. **ภาวะหรือความพิการที่สงสัยว่าเข้าเกณฑ์โครงการ CCS:** กรอกความพิการหรือความต้องการด้านการดูแลสุขภาพพิเศษของผู้สมัครที่จะได้รับการรักษาโดย CCS คำอธิบายที่แนบมาเกี่ยวกับภาวะที่เข้าเกณฑ์โครงการ CCS อาจช่วยท่านได้ (ดู "ภาวะทางการแพทย์ใดบ้างที่ CCS ค้ำครอง" ในหน้า ๑ และ ๒) หากท่านไม่ทราบ โปรดสอบถามแพทย์ของผู้สมัครหรือเว้นช่องว่างไว้ CCS จะสอบถามกับแพทย์ของผู้สมัครหากต้องการข้อมูลเพิ่มเติม
10. **ชื่อแพทย์ประจำตัวของผู้สมัคร:** กรอกชื่อแพทย์ของผู้สมัคร
11. **หมายเลขโทรศัพท์ของแพทย์:** กรอกหมายเลขโทรศัพท์ของแพทย์ที่ระบุไว้ในข้อ ๑๐

ส่วน B: ข้อมูลผู้ปกครอง/ผู้พิทักษ์ตามกฎหมาย (ผู้สมัครที่มีอายุ ๑๘ ปีขึ้นไปหรือผู้เยาว์ที่บรรลุนิติภาวะสามารถข้ามข้อ ๑๒ และ ๑๔ ได้)

12. **ชื่อผู้ปกครอง/ผู้พิทักษ์:** กรอกชื่อผู้ปกครองของผู้สมัครหรือชื่อผู้พิทักษ์ตามกฎหมายของผู้สมัคร
13. **ชื่อและนามสกุลเดิมของมารดา:** กรอกชื่อมารดาของผู้สมัครและระบุนามสกุลเดิมของมารดาในช่องถัดไป
14. **ที่อยู่:** กรอกบ้านเลขที่ ชื่อถนน หมายเลขห้องชุด เมือง เทศมณฑล และรหัสไปรษณีย์ของที่อยู่ตามทะเบียนบ้านปัจจุบันของท่าน ห้ามใช้ตู้ ป.ณ.
15. **ที่อยู่สำหรับส่งไปรษณีย์:** หากที่อยู่นี้แตกต่างจากข้อ ๑๔ ให้กรอกบ้านเลขที่ ชื่อถนน เมือง และรหัสไปรษณีย์
16. **หมายเลขโทรศัพท์บ้าน:** กรอกหมายเลขโทรศัพท์บ้านที่สามารถติดต่อท่านได้
17. **หมายเลขโทรศัพท์มือถือ:** กรอกหมายเลขโทรศัพท์มือถือที่สามารถติดต่อท่านได้
18. **หมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงาน :** กรอกหมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงานที่สามารถติดต่อท่านได้
19. **ภาษาที่พูด:** กรอกภาษาที่ท่านพูดที่บ้าน
20. **ที่อยู่อีเมล:** กรอกที่อยู่อีเมลของผู้ปกครองหรือผู้พิทักษ์ตามกฎหมาย
21. **จำนวนบุคคลในครอบครัว:** กรอกจำนวนบุคคลอาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน
22. **ชื่อและที่อยู่ของผู้ปกครองท่านอื่น หากไม่ได้อาศัยอยู่กับผู้สมัคร:** กรอกชื่อและที่อยู่ของผู้ติดต่อคนที่สอง

ส่วน C: ข้อมูลประกันสุขภาพ

หาก CCS คิดว่าท่านอาจมีคุณสมบัติเข้าเกณฑ์ พวกเขาจะขอให้ท่านสมัคร Medi-Cal หากท่านไม่ได้รับสิทธิประโยชน์ด้านการดูแลสุขภาพของ Medi-Cal ในปัจจุบัน

23. หากผู้สมัครไม่ได้รับ Medi-Cal ให้ทำเครื่องหมาย "ไม่" และไปที่ข้อ ๒๗a หากผู้สมัครได้รับ Medi-Cal ให้ทำเครื่องหมาย "ใช่" และกรอกหมายเลข Medi-Cal ของผู้สมัคร
24. หากท่านเป็นผู้สมัครที่มี Medi-Cal ให้กรอกหมายเลข Medi-Cal ๑๔ หลัก
25. หากท่านชำระส่วนหนึ่งของค่าใช้จ่ายของประกัน Medi-Cal ให้ทำเครื่องหมาย "ใช่"
26. หากท่านชำระเงินส่วนหนึ่งของส่วนค่าใช้จ่ายรวม ให้กรอกจำนวนเงินที่ชำระรายเดือน
- 27a. หากผู้สมัครไม่มีประกันสุขภาพอื่น ให้ทำเครื่องหมาย "ไม่" และไปที่ข้อ 29
- 27b. หากผู้สมัครมีประกันสุขภาพ ให้กรอกชื่อแผนประกันหรือบริษัทประกัน
- 27c. หากผู้สมัครมีประกันสุขภาพ ให้กรอกหมายเลขกรมธรรม์หรือแผน

28. หากผู้สมัครมีประกันสุขภาพ ให้ทำเครื่องหมายในช่องที่เหมาะสมตามประเภทของประกัน แบบฟอร์มประกันของท่าน จะแจ้งให้ท่านทราบว่าท่านมีประกันสุขภาพประเภทใด หากท่านไม่แน่ใจ โปรดโทรติดต่อบริษัทประกันสุขภาพของท่าน และสอบถาม
29. หากผู้สมัครมีประกันทันตกรรม ให้ทำเครื่องหมาย "ใช่" หากผู้สมัครไม่มีประกันทันตกรรม ให้ทำเครื่องหมาย "ไม่"
30. หากผู้สมัครมีประกันการมองเห็น ให้ทำเครื่องหมาย "ใช่" หากผู้สมัครไม่มีประกันการมองเห็น ให้ทำเครื่องหมาย "ไม่"

ส่วน D: การรับรอง

อย่าลืมลงนามและลงวันที่ด้วยปากกา หากมีการลงนามด้วยเครื่องหมาย ให้ขอให้พยานลงนามและกรอกวันที่

ภายใต้ "ความสัมพันธ์กับผู้สมัคร" ให้กรอกบิดา มารดา ผู้ปกครองตามกฎหมาย หรือตนเอง (ในกรณีของบุคคลที่มีอายุ ๑๘ ปีขึ้นไป หรือผู้เยาว์ที่บรรลุนิติภาวะ)

การส่งใบสมัครของท่าน

ส่งใบสมัครของท่านทางไปรษณีย์หรือส่งไปยังสำนักงาน CCS ของเทศมณฑลในพื้นที่ของท่าน หากต้องการค้นหาสำนักงาน CCS ของเทศมณฑลของท่าน โปรดไปที่ <https://www.dhcs.ca.gov/services/ccs/Pages/CountyOffices.aspx> หรือค้นหาในสวนรัฐบาลในสมุดโทรศัพท์ท้องถิ่นของท่านภายใต้หัวข้อ "California Children's Services" หรือ "county health department"