

## Інформація про Програму спеціальної медичної допомоги дітям штату Каліфорнія

### Що таке Програма спеціальної медичної допомоги дітям штату Каліфорнія (California Children's Service, CCS)?

CCS - це програма на рівні штату, яка призначена для лікування дітей з певними фізичними обмеженнями та хронічними станами здоров'я або захворюваннями. CCS може надавати дозвіл та оплачувати певні медичні послуги та обладнання, що надаються фахівцями, затвердженими CCS. Програмою CCS керує Департамент охорони здоров'я Каліфорнії (DHCS). Більші округи мають власні програми CCS, тоді як менші округи ділять управління своїми програмами з DHCS. Програма CCS фінансується за рахунок податкових коштів штату, округу та федерального бюджету, а також деяких внесків, що сплачуються батьками, законними опікунами або заявниками (якщо вони досягли 18-річного віку або є емансипованими неповнолітніми особами).

### Що пропонує CCS дітям?

Якщо ви або лікар вашої дитини вважаєте, що у вашої дитини може бути захворювання, яке відповідає вимогам програми CCS, CCS може оплатити або провести медичне обстеження, щоб з'ясувати, чи покривається лікування захворювання вашої дитини.

Якщо ваша дитина відповідає вимогам, CCS може оплатити або надати такі послуги:

- лікування, наприклад, послуги лікарів, стаціонарне та хірургічне лікування, фізична терапія та ерготерапія, лабораторні дослідження, рентген, ортопедичні пристосування та медичне обладнання;
- менеджмент медичної справи, щоб допомогти залучити медичних спеціалістів та спеціальний догляд за вашою дитиною, коли це необхідно за медичними показаннями, а також видати направлення до інших установ, включаючи медсестер громадського здоров'я та регіональні центри; або
- програма медичної терапії (МТР), яка може надавати фізичну терапію та/або ерготерапію в державних школах для дітей, які відповідають вимогам до медичних показань.

### Хто має право на CCS?

Програма CCS відкрита для всіх, хто:

- молодше 21 року;
- має або може мати медичний стан, який покривається програмою CCS;
- проживає в Каліфорнії і
- має сімейний дохід менше \$40 000, як зазначено в скоригованому валовому доході у формі податкової декларації штату, або чії медичні витрати з власної кишені на дитину, яка має право на участь у програмі, за очікуваннями, становитимуть більше 20% сімейного доходу.

Дохід сім'ї не враховується для дітей, які:

- потребують діагностичних послуг для підтвердження медичного стану, що відповідає вимогам програми CCS; або
- були усиновлені з відомим медичним станом, що відповідає вимогам програми CCS; або
- звертаються тільки за послугами через МТР; або
- отримують повний обсяг пільг Medi-Cal без дольової участі у витратах.

### Які медичні стани покриває CCS?

Програма CCS охоплює лише певні стани. Загалом, CCS покриває медичні стани, які призводять до фізичної обмеженості або потребують медичних, хірургічних чи реабілітаційних послуг. Також можуть існувати певні критерії, які визначають, чи відповідає стан здоров'я вашої дитини вимогам. Нижче перераховані категорії медичних станів, які можуть бути покриті, та деякі приклади кожного з них.

- Захворювання серця (вроджені вади серця).
- Новоутворення (рак, пухлини).
- Захворювання крові (гемофілія, серповидноклітинна анемія).
- Ендокринні, харчові та метаболічні захворювання (проблеми зі щитовидною залозою, фенілкетонурія (ФКУ), діабет).
- Розлади сечостатевої системи (серйозні хронічні проблеми з нирками).
- Захворювання шлунково-кишкового тракту (хронічні запальні захворювання, захворювання печінки).
- Серйозні вроджені вади розвитку (розщелина губи/піднебіння, розщеплення хребта).
- Порушення органів чуття (втрата слуху, глаукома, катаракта).
- Розлади нервової системи (церебральний параліч, неконтрольовані судоми).
- Захворювання опорно-рухового апарату та сполучних тканин (ревматоїдний артрит, м'язова дистрофія).
- Тяжкі порушення імунної системи (інфікування вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ)).
- Стан обмеженості або отруєння, що потребують інтенсивної терапії або реабілітації (важкі травми голови, головного або спинного мозку, важкі опіки).
- Ускладнення передчасних пологів, що потребують інтенсивного рівня догляду.
- Порушення шкіри та підшкірної клітковини (важка гемангіома).
- Неправильний прикус (сильно викривлені зуби), який потребує медичного втручання.

Якщо у вас є запитання, зверніться до окружного офісу CCS.

### **Що повинен зробити заявник або сім'я, щоб отримати право на участь у програмі?**

Сім'ї (або заявник, якщо йому 18 або більше років, або емансипована неповнолітня особа) повинні:

- Заповнити аплікаційну форму, починаючи зі сторінки 4, та надіслати її до місцевого окружного офісу CCS;
- Надати CCS всю запитовану інформацію, щоб у CCS могли визначити, чи має сім'я право;
- Подати заявку на Medi-Cal. Якщо сім'я має право на Medi-Cal, лікування дитини також покривається програмою CCS. CCS затверджує послуги; оплата здійснюється через Medi-Cal.

### **Як захищена моя конфіденційність?**

Каліфорнійське законодавство вимагає, щоб сім'ї, які звертаються за послугами, отримували інформацію про те, як CCS захищає їхню конфіденціальність.<sup>1</sup>

Щоб захистити вашу конфіденційність:

- CCS повинна зберігати цю інформацію конфіденційною.<sup>2</sup>
- CCS може передавати інформацію з цієї форми уповноваженим працівникам інших програм охорони здоров'я та соціального забезпечення лише після того, як ви підпишете форму згоди.

---

<sup>1</sup>Цивільний кодекс, стаття 1798.17

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

<sup>2</sup>Відповідно до Розділу 41670, Статті 22 Зводу нормативних актів Каліфорнії та Закону штату Каліфорнія про доступ до публічних записів (Урядовий кодекс, Розділи 6250-6255)

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

Ви маєте право ознайомитися з вашою заявою та записами CCS, що стосуються вас або вашої дитини. Якщо ви бажаєте ознайомитися з цими записами, зверніться до місцевого окружного офісу CCS. За законом, інформація, яку ви надаєте CCS, зберігається Програмою CCS.<sup>3</sup>

### **Чи маю я право подавати апеляційну скаргу на рішення?**

Ви маєте право не погоджуватися з рішеннями, прийнятими CCS.<sup>4</sup> Це називається апеляцією. Процес подачі апеляції дає можливість батькам/законним опікунам або заявнику співпрацювати з Програмою CCS, щоб знайти рішення щодо розбіжностей. Для отримання інформації про процес подання апеляційної скарги зверніться до місцевого окружного офісу CCS.

### **Де я можу отримати більше інформації про CCS?**

Для отримання додаткової інформації про CCS, будь ласка, відвідайте домашню сторінку CCS на веб-сайті DHCS тут: <https://www.dhcs.ca.gov/services/ccs/Pages/default.aspx>

За допомогою у заповненні цієї заявки, будь ласка, зверніться до місцевого окружного офісу CCS. Щоб знайти офіс CCS у вашому окрузі, перейдіть за адресою: <https://www.dhcs.ca.gov/services/ccs/Pages/CountyOffices.aspx> або загляньте в урядовий розділ місцевого телефонного довідника в рубрику "California Children's Services" або "county health department".

---

<sup>3</sup>Розділ 123800 і далі Кодекс законів про охорону здоров'я та безпеку штату Каліфорнія

[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>Звід нормативних актів уряду штату Каліфорнія, Стаття 22, Глава 13, Розділи 42702-42703

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

### Заява на визначення права на участь у Програмі спеціальної медичної допомоги дітям штату Каліфорнія

Ця заява заповнюється батьками, законними опікунами або заявником (якщо йому виповнилося 18 років або він є емансипованою неповнолітньою особою), щоб визначити, чи має заявник право на отримання послуг/пільг CCS. Термін "заявник" означає дитину, особу віком від 18 років і старше або емансиповану неповнолітню особу, для якої запитуються послуги. Будь ласка, друкуйте або пишіть друкованими літерами чітко.

#### A. Інформація про заявника

1. Ім'я заявника  
(Прізвище) (Ім'я) (Середнє ім'я)

Ім'я у свідоцтві про народження (якщо інше) Будь-яке інше ім'я, під яким заявник відомий

2. Дата народження (місяць, день, рік) 3. Місце народження - Округ Штат

Країна, якщо ви народилися за межами США.

4. Адреса проживання заявника (номер будинку, вулиця) (не використовуйте абонентську скриньку)

Місто Округ Поштовий індекс

5. Стать

Жіноча  Чоловіча

6. Сексуальна орієнтація та гендерна ідентичність (необов'язково):

*Якщо заявник бажає розповісти нам більше про свою стать, гендерну ідентичність, гендерне самовираження або сексуальну орієнтацію, будь ласка, заповніть пункти a, b і c нижче. Розділ 6 є необов'язковим, але DHCS зоб'язаний включити його через прийняття законопроєкту, внесеного нижньою палатою законодавчого органу штату Assembly Bil 959 (2015-2016).*

a. Яка гендерна ідентичність заявника (відмітьте варіант, який найкраще описує вашу поточну гендерну ідентичність)?

Жінка  Чоловік  Трансгендер: Чоловік до жінки  Трансгендер: Жінка до чоловіка

Небінарна (ні чоловік, ні жінка)  Інша гендерна ідентичність

b. Яка стать була вказана в оригінальному свідоцтві про народження заявника?

Жіноча  Чоловіча

c. Чи думає заявник про себе як про:

Натурала/гетеросексуала  Гея/лесбійку  Бісексуала  Квіра

Інша сексуальна орієнтація  Невідомо

7. Раса/етнічна приналежність	8. Номер соціального страхування (необов'язково)
9. Яке захворювання або обмеженість заявника, що відповідає вимогам програми CCS, є підозрюваним?	
10. Лікар первинної медичної допомоги	11. Номер телефону лікаря

**В. Інформація про батьків/законних опікунів/сім'ю**

(Заявники віком від 18 років і старше або емансиповані неповнолітні пропускають пункти 12 і 14 нижче).

12. Ім'я одного з батьків або законного опікуна	13. Ім'я та дівоче прізвище матері (не ідентифіковано у п. 12)	
14. Адреса проживання (номер будинку, вулиця) (не використовуйте абонентську скриньку)		
Місто	Округ	Поштовий індекс

15. Поштова адреса (якщо відрізняється від п. 14)

Місто	Округ	Поштовий індекс
15. Поштова адреса (якщо відрізняється від п. 14)		
16. Номер домашнього телефону	17. Номер мобільного телефону	18. Робочий номер телефону
19. Якою мовою ви говорите вдома?		20. Адреса електронної пошти

21. Кількість осіб у сім'ї	22. Прізвище та ім'я іншого з батьків (якщо не проживає разом із заявником)	
Номер будинку, вулиця іншого з батьків	Місто	Поштовий індекс

**С. Інформація про медичне страхування**

23. Чи є у заявника Medi-Cal? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	24. Якщо так, то який номер Medi-Cal у заявника?
25. Чи є частка витрат (до сплати)? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	26. Якщо так, то скільки ви платите щомісяця?
27а. Чи має заявник інше медичне страхування? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	27б. Якщо так, то як називається страховий план або компанія?

27с. Номер поліса або плану

28. Тип страхового плану або компанії

Організація, якій надається перевага (PPO)

Організація підтримки здоров'я (HMO)

Інше:

29. Чи є у заявника стоматологічне страхування?

Так  Ні

30. Чи є у заявника страхування зору?

Так  Ні

#### D. Сертифікація

(Ініціали та підпис нижче. Ваш підпис уповноважує Програму CCS продовжити розгляд цієї заяви).

Я подаю заяву на участь у Програмі CCS, щоб визначити відповідність вимогам на отримання послуг/пільг.

Я розумію, що заповнення цієї заяви не гарантує прийняття заявника до Програми CCS.

Я даю дозвіл на перевірку мого місця проживання, інформації про стан здоров'я та інших обставин, необхідних для визначення відповідності вимогам на отримання послуг/пільг CCS.

Я також підтверджую, що інформація, надана мною в цій формі, є достовірною і правильною.

Підпис особи, яка заповнює заяву	Зв'язок із заявником	Дата
Signature of witness (only if the person signed with a mark) (Підпис свідка (тільки якщо особа підписалася відміткою))		Date (Дата)

**\*Дивіться інструкції на наступній сторінці.**

## ІНСТРУКЦІЯ ЩОДО ЗАПОВНЕННЯ ЗАЯВИ ЗАЯВА НА УЧАСТЬ У ПРОГРАМІ СПЕЦІАЛЬНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ ШТАТУ КАЛІФОРНІЯ (DHCS 4480)

Друкуйте чітко, щоб ваша заявка була оброблена якнайшвидше.

Заповніть кожен розділ повністю. Якщо ви не надасте всю інформацію, CCS не зможе продовжити розгляд вашої заяви. Якщо вам потрібна допомога в заповненні цієї форми, зверніться до місцевого окружного офісу CCS.

Заповнивши заяву, надішліть її до місцевого окружного офісу CCS. Не забудьте поставити підпис і дату.

**Розділ А: Інформація про заявника** ("Заявник" означає дитину, особу віком 18 років або старше, або емансиповану неповнолітню особу, для якої запитуються послуги).

1. **Ім'я заявника:** Вкажіть прізвище, ім'я та середнє ім'я заявника. У наступній графі напишіть повне ім'я заявника так, як воно вказано у свідоцтві про народження, якщо воно відрізняється від того, як зазначено їхнє ім'я. Якщо заявник відомий під іншим ім'ям, вкажіть це ім'я в останньому полі.
2. **Дата народження заявника:** Напишіть місяць, день і рік народження заявника.
3. **Місце народження:** Вкажіть округ і штат, де народився заявник. Вкажіть країну, якщо заявник народився за межами США.
4. **Адреса:** У цьому полі напишіть номер будинку, назву вулиці, номер квартири, місто, округ та поштовий індекс поточного місця проживання заявника. Не використовуйте поштову скриньку.
5. **Стать заявника:** Позначте правильне поле статі заявника (чоловіча або жіноча).
6. **Сексуальна орієнтація та гендерна ідентичність (необов'язково):** Якщо заявник бажає розповісти нам більше про свою стать, гендерну ідентичність, гендерне самовираження або сексуальну орієнтацію, будь ласка, заповніть пункти а, б і с. Розділ 6 є необов'язковим, але DHCS зоб'язаний включити його через прийняття законопроєкту, внесеного нижньою палатою законодавчого органу штату [Assembly Bil 959](#) (2015 - 2016).
  - 6а. Поставте позначку біля варіанта, який найкраще описує поточну гендерну ідентичність заявника.
  - 6б. Позначте варіант статі, вказаний в оригіналі свідоцтва про народження заявника.
  - 6с. Поставте позначку біля варіанта, який найкраще описує сексуальну орієнтацію заявника.
7. **Раса/етнічна приналежність:** Виберіть категорію з наведеного нижче списку, яка найкраще описує основну расу/етнічну приналежність заявника:
  - Уродженець Аляски
  - Американсько-азійська
  - Американські індіанці
  - Азійська
  - Азіатські індіанці
  - Чорношкірі/афроамериканська
  - Камбоджійський
  - Китайська
  - Філіппінська
  - Гуамська
  - Гавайська
  - Іспаномовні/латиноамериканці
  - Японська
  - Корейська
  - Лаоська
  - Самоанська
  - В'єтнамська
  - Біла
  - Інше

8. **Номер соціального страхування заявника (необов'язково):** Напишіть дев'ятизначний номер соціального страхування заявника.
9. **Підозрюваний медичний стан або обмеженість, яка надає право на участь у CCS:** Напишіть про обмеженість або особливі медичні потреби заявника, які будуть лікуватися за програмою CCS. У цьому вам може допомогти опис станів, які відповідають вимогам програми CCS (див. "Які медичні стани покриває CCS " на стор. 1 і 2). Якщо ви не знаєте, запитайте у лікаря заявника або залиште поле порожнім. CCS зв'яжеться з лікарем заявника, якщо знадобиться додаткова інформація.
10. **Ім'я основного лікаря заявника:** Напишіть ім'я лікаря заявника.
11. **Номер телефону лікаря:** Запишіть номер телефону лікаря, вказаного в п. 10.

**Розділ В: Інформація про батьків/законних опікунів** (Заявники віком від 18 років і старше або емансиповані неповнолітні пропускають пункти 12 і 14).

12. **Ім'я (імена) батьків/опікунів:** Вкажіть ім'я (імена) батьків заявника або ім'я (імена) законного(их) опікуна(ів) заявника.
13. **Ім'я та дівоче прізвище матері:** Впишіть ім'я матері заявника та дівоче прізвище матері в наступному полі.
14. **Адреса:** Напишіть номер будинку, назву вулиці, номер квартири, місто, округ і поштовий індекс вашого поточного місця проживання. Не використовуйте поштову скриньку.
15. **Поштова адреса:** Якщо ця адреса відрізняється від п. 14, напишіть номер будинку, назву вулиці, місто та поштовий індекс.
16. **Домашній номер телефону:** Напишіть домашній номер телефону, за яким з вами можна зв'язатися.
17. **Номер мобільного телефону:** Напишіть номер мобільного телефону, за яким з вами можна зв'язатися.
18. **Робочий номер телефону:** Напишіть робочий номер телефону, за яким з вами можна зв'язатися.
19. **Мова(и), якою(ими) ви розмовляєте:** Напишіть, якою мовою ви розмовляєте вдома.
20. **Адреса електронної пошти:** Напишіть адресу електронної пошти батьків або законних опікунів.
21. **Кількість осіб у сім'ї:** Вкажіть кількість осіб, які проживають в одній родині.
22. **Ім'я та адреса іншого з батьків, якщо не проживає разом із заявником:** Напишіть ім'я та адресу другої контактної особи.

### Розділ С: Інформація про медичне страхування

Якщо CCS вважає, що ви можете відповідати вимогам програми, вони попросять вас подати заяву на участь у програмі Medi-Cal, якщо ви не отримуєте медичні послуги за програмою Medi-Cal на даний момент.

23. Якщо заявник не отримує Medi-Cal, позначте "Ні" і перейдіть до п. 27а. Якщо заявник отримує Medi-Cal, позначте "Так" і введіть номер Medi-Cal заявника.
24. Якщо у вас, заявника, є Medi-Cal, введіть 14-значний номер Medi-Cal.
25. Якщо ви оплачуєте частину витрат за страхуванням Medi-Cal, позначте "Так".
26. Якщо ви сплачуєте частку витрат, вкажіть щомісячну суму, яку ви сплачуєте.
- 27а. Якщо заявник не має іншого медичного страхування, позначте "Ні" і перейдіть до п. 29.
- 27б. Якщо заявник має медичне страхування, вкажіть назву страхового плану або компанії.
- 27с. Якщо заявник має медичне страхування, вкажіть номер поліса або плану.

28. Якщо заявник має медичне страхування, поставте позначку у відповідному полі, залежно від того, який це вид страхування. У ваших страхових формах буде вказано, який тип медичного страхування ви маєте. Якщо ви не впевнені, зателефонуйте до своєї медичної страхової компанії і запитайте їх.
29. Якщо заявник має стоматологічне страхування, позначте "Так". Якщо заявник не має стоматологічного страхування, позначте "Ні".
30. Якщо у заявника є страхування зору, позначте "Так". Якщо заявник не має страхування зору, позначте "Ні".

#### **Розділ D: Сертифікація**

Обов'язково поставте підпис і дату чорнилом. Якщо підпис зроблений відміткою, попросіть свідка поставити свій підпис і дату.

У розділі "Зв'язок з заявником" вкажіть «батько», «матір», «законний опікун» або «сам(а)» (у випадку осіб віком 18 років або старше, або емансипованих неповнолітніх).

#### **Подання заявки**

Надішліть або принесіть вашу заявку поштою до місцевого окружного офісу CCS. Щоб знайти офіс CCS вашого округу, перейдіть на сайт <https://www.dhcs.ca.gov/services/ccs/Pages/CountyOffices.aspx> або загляньте в урядовий розділ місцевого телефонного довідника в рубрику "California Children's Services" або "county health department"