

## Thông Tin Về Dịch Vụ Trẻ Em California

### Chương Trình Dịch Vụ Trẻ Em California (CCS) Là Gì?

Chương Trình Dịch Vụ Trẻ Em California (California Children's Services, hoặc CCS) là chương trình toàn tiểu bang dành cho trẻ em có một số hạn chế về thể chất và tình trạng sức khỏe mãn tính hoặc bệnh tật. CCS có thể ủy quyền và thanh toán cho các dịch vụ và thiết bị y tế cụ thể do các chuyên gia được CCS phê duyệt cung cấp. Sở Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe (Department of Health Care Services, DHCS) California quản lý Chương Trình CCS. Các quận lớn hơn vận hành chương trình CCS của riêng quận, trong khi các quận nhỏ hơn chia sẻ hoạt động chương trình với DHCS. Chương trình CCS được tài trợ bằng tiền thuế của tiểu bang, quận và liên bang, cùng với một số khoản phí do phụ huynh, người giám hộ hợp pháp hoặc người nộp đơn (nếu từ 18 tuổi trở lên hoặc trẻ vị thành niên được giải phóng) chi trả.

### CCS mang lại điều gì cho trẻ em?

Nếu quý vị hoặc bác sĩ của con quý vị cho rằng con quý vị có thể mắc bệnh lý đủ điều kiện được CCS bảo hiểm, CCS có thể chi trả hoặc cung cấp dịch vụ đánh giá y tế để tìm hiểu xem bệnh lý của con quý vị có được bảo hiểm hay không.

Nếu con quý vị đủ điều kiện, CCS có thể thanh toán hoặc cung cấp:

- Điều trị, chẳng hạn như dịch vụ bác sĩ, chăm sóc tại bệnh viện và phẫu thuật, trị liệu vật lý và trị liệu hoạt động, xét nghiệm, chụp X-quang, dụng cụ chỉnh hình và thiết bị y tế.
- Quản lý trường hợp y tế để giúp tìm được bác sĩ chuyên khoa và chăm sóc cho con quý vị khi cần thiết về mặt y tế, và giới thiệu đến các cơ quan khác, bao gồm điều dưỡng y tế công cộng và các trung tâm khu vực; hoặc
- Chương Trình Trị Liệu Y Tế (Medical Therapy Program, hoặc MTP) có thể cung cấp trị liệu vật lý và/hoặc trị liệu hoạt động tại các trường công lập cho trẻ em đủ điều kiện về mặt y tế.

### Ai đủ điều kiện tham gia CCS?

Chương trình CCS dành cho bất kỳ ai:

- Dưới 21 tuổi;
- Có hoặc có thể có tình trạng bệnh lý được CCS bảo hiểm;
- Là cư dân của California; và
- Có thu nhập gia đình dưới \$40,000 theo khai báo trên tờ khai thuế tiểu bang về tổng thu nhập đã điều chỉnh hoặc có chi phí y tế cá nhân cho một đứa trẻ đủ điều kiện dự kiến sẽ vượt quá 20 phần trăm thu nhập gia đình.

Thu nhập gia đình không phải là yếu tố ảnh hưởng đến trẻ em:

- Cần dịch vụ chẩn đoán để xác nhận tình trạng sức khỏe đủ điều kiện của CCS; hoặc
- Được nhận nuôi với tình trạng sức khỏe đủ điều kiện theo CCS đã biết; hoặc
- Chỉ đăng ký dịch vụ thông qua MTP; hoặc
- Có Medi-Cal toàn diện, không chia sẻ chi phí.

### CCS bảo hiểm những tình trạng bệnh lý nào?

Chương trình CCS chỉ bảo hiểm một số tình trạng nhất định. Nhìn chung, CCS bảo hiểm các tình trạng bệnh lý gây tàn tật về thể chất hoặc cần dịch vụ y tế, phẫu thuật hoặc phục hồi chức năng. Ngoài ra, có thể có một số tiêu chí nhất định để xác định xem tình trạng sức khỏe của con quý vị có đủ điều kiện hay không. Bên dưới đây là danh mục các tình trạng bệnh lý có thể được bảo hiểm chi trả và một số ví dụ cho từng danh mục:

- Các tình trạng liên quan đến tim (bệnh tim bẩm sinh)
- Khối u (ung thư, khối u)
- Rối loạn máu (bệnh máu khó đông, thiếu máu hồng cầu hình liềm)
- Các bệnh về nội tiết, dinh dưỡng và chuyển hóa (vấn đề về tuyến giáp, Phenylketon niệu (PKU), tiểu đường)
- Rối loạn hệ tiết niệu sinh dục (vấn đề mãn tính nghiêm trọng về thận)
- Rối loạn hệ tiêu hóa (bệnh viêm mãn tính, bệnh gan)
- Các dị tật bẩm sinh nghiêm trọng (hở môi/vòm miệng, tật nứt đốt sống)
- Rối loạn các cơ quan cảm giác (mất thính lực, bệnh tăng nhãn áp, đục thủy tinh thể)
- Rối loạn hệ thần kinh (bại não, co giật không kiểm soát)
- Rối loạn hệ thống cơ xương và mô liên kết (viêm khớp dạng thấp, loạn dưỡng cơ)
- Rối loạn nghiêm trọng của hệ thống miễn dịch (Nhiễm virus gây suy giảm miễn dịch ở người (HIV))
- Tình trạng khuyết tật hoặc ngộ độc đòi hỏi phải chăm sóc đặc biệt hoặc phục hồi chức năng (chấn thương đầu, não hoặc tủy sống nghiêm trọng, bỏng nặng)
- Biến chứng của sinh non đòi hỏi mức độ chăm sóc chuyên sâu
- Rối loạn da và mô dưới da (u máu nặng)
- Tình trạng sai khớp cắn gây ảnh hưởng đến sức khỏe (răng bị lệch nghiêm trọng)

Hãy hỏi văn phòng CCS của quận nếu quý vị có thắc mắc.

### **Người nộp đơn hoặc gia đình phải làm gì để đủ điều kiện?**

Gia đình (hoặc người nộp đơn nếu từ 18 tuổi trở lên hoặc trẻ vị thành niên được giải phóng) phải:

- Hoàn thành mẫu đơn bắt đầu từ trang 4 và gửi lại cho văn phòng CCS địa phương;
- Cung cấp cho CCS tất cả thông tin được yêu cầu để CCS có thể xác định xem gia đình có đủ điều kiện hay không;
- Nộp đơn xin Medi-Cal. Nếu một gia đình đủ điều kiện tham gia Medi-Cal, đứa trẻ cũng được CCS bảo hiểm. CCS phê duyệt các dịch vụ; thanh toán được thực hiện thông qua Medi-Cal.

### **Quyền riêng tư của tôi được bảo vệ như thế nào?**

Luật pháp California yêu cầu các gia đình đăng ký dịch vụ phải được cung cấp thông tin về cách CCS bảo vệ quyền riêng tư của họ.<sup>1</sup>

Để bảo vệ quyền riêng tư của quý vị:

- CCS phải giữ bí mật thông tin này.<sup>2</sup>
- CCS chỉ có thể chia sẻ thông tin trên mẫu đơn với nhân viên được ủy quyền từ các chương trình y tế và chương trình phúc lợi khác khi quý vị đã ký vào mẫu đơn đồng ý.

---

<sup>1</sup>Bộ luật Dân sự, Mục 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>Theo Mục 41670, Tiêu đề 22, Bộ Quy Tắc California và Đạo luật Hồ sơ Công cộng California (CPRA) (Bộ Luật Chính Phủ, Mục 6250-6255)

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

Quý vị có quyền xem đơn đăng ký và hồ sơ CCS liên quan đến quý vị hoặc con quý vị. Nếu quý vị muốn xem những hồ sơ này, hãy liên hệ với văn phòng CCS tại địa phương của quý vị. Theo luật, thông tin quý vị cung cấp cho CCS sẽ được Chương trình CCS lưu giữ.<sup>3</sup>

### **Tôi có quyền kháng cáo quyết định không?**

Quý vị có quyền không đồng ý với các quyết định do CCS đưa ra.<sup>4</sup> Đây được gọi là kháng cáo. Quá trình kháng cáo cung cấp cho phụ huynh/người giám hộ hợp pháp hoặc người nộp đơn một cách để làm việc với Chương trình CCS để tìm giải pháp cho những bất đồng. Để biết thông tin về quy trình kháng cáo, hãy liên hệ với văn phòng CCS tại địa phương của quý vị.

### **Tôi có thể tìm thêm thông tin về CCS ở đâu?**

Để biết thêm thông tin về CCS, vui lòng truy cập trang chủ CCS trên trang mạng DHCS tại đây: <https://www.dhcs.ca.gov/services/ccs/Pages/default.aspx>

Để được trợ giúp điền đơn này, vui lòng liên hệ với văn phòng CCS của quận quý vị. Để tìm văn phòng CCS của quận quý vị, hãy truy cập: <https://www.dhcs.ca.gov/services/ccs/Pages/CountyOffices.aspx>, hoặc xem trong mục chính phủ của danh bạ điện thoại địa phương theo mục “Dịch vụ Trẻ em California” hoặc “sở y tế quận”.

---

<sup>3</sup>Mục 123800 trở đi của Bộ Luật Sức Khỏe và An Toàn California

[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>Bộ Quy Tắc California, Tiêu đề 22, Chương 13, Mục 42702–42703

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

**Đơn Xác Định Tính Đủ Điều Kiện Tham Gia Chương Trình Dịch Vụ Trẻ Em California**

Đơn đăng ký này phải được phụ huynh, người giám hộ hợp pháp hoặc người nộp đơn (nếu từ 18 tuổi trở lên hoặc trẻ vị thành niên được giải phóng) điền vào để xác định xem người nộp đơn có đủ điều kiện nhận dịch vụ/quyền lợi CCS hay không. Thuật ngữ “người nộp đơn” có nghĩa là trẻ em, cá nhân từ 18 tuổi trở lên hoặc trẻ vị thành niên được giải phóng mà người này đang yêu cầu cung cấp dịch vụ. Vui lòng đánh máy hoặc viết in rõ ràng.

**A. Thông Tin về Người Nộp Đơn**

1. Tên Người Nộp Đơn

(Họ)

(Tên)

(Tên lót)

Tên trên giấy khai sinh (nếu khác)

Bất kỳ tên nào khác mà người nộp đơn được biết đến

2. Ngày sinh (tháng, ngày, năm)

3. Nơi sinh – Quận

Tiểu Bang

Quốc gia, nếu sinh ra bên ngoài Hoa Kỳ

4. Địa chỉ cư trú của người nộp đơn (số nhà, đường) (không sử dụng hộp thư bưu điện P.O. Box)

Thành Phố

Quận

Mã Bưu chính (ZIP)

5. Giới tính

 Nữ  Nam

6. Xu Hướng Tình Dục và Bản Dạng Giới (Không bắt buộc):

*Nếu người nộp đơn muốn cho chúng tôi biết thêm về giới tính, bản dạng giới, biểu hiện giới hoặc khuynh hướng tình dục của mình, vui lòng điền vào các mục a, b và c bên dưới. Mục 6 là không bắt buộc, nhưng lại bắt buộc đối với DHCS khi yêu cầu thông qua Dự Luật Hạ Viện 959 (2015-2016).*

a. Giới tính của người nộp đơn là gì (đánh dấu vào ô mô tả đúng nhất giới tính hiện tại của quý vị)?

 Nữ  Nam  Người chuyển giới: Nam sang Nữ  Người chuyển giới: Nữ sang Nam Phi nhị phân (không phải nam cũng không phải nữ)  Một bản dạng giới tính khác

b. Giới tính được ghi trên giấy khai sinh gốc của người nộp đơn là gì?

 Nữ  Nam

c. Người nộp đơn có nghĩ bản thân mình là:

 Thẳng/dị tính  Đồng tính nam/đồng tính nữ  Song tính  Kỳ lạ (Queer) Một khuynh hướng tình dục khác  Không rõ

7. Chủng tộc/Dân tộc	8. Số An Sinh Xã Hội (không bắt buộc)
9. Tình trạng hoặc khuyết tật đủ điều kiện hưởng CCS của người nộp đơn là gì?	
10. Bác sĩ chăm sóc chính	11. Số điện thoại của bác sĩ

**B. Thông Tin Về Cha Mẹ/Người Giám Hộ Hợp Pháp/Gia Đình**

(Người nộp đơn từ 18 tuổi trở lên hoặc trẻ vị thành niên được giải phóng bỏ qua mục 12 và 14 bên dưới).

12. Tên của phụ huynh hoặc người giám hộ hợp pháp	13. Tên và tên thời con gái của mẹ (không xác định được trong 12)	
14. Địa chỉ cư trú (số nhà, đường) (không sử dụng hộp thư bưu điện)		
Thành Phố	Quận	Mã Bưu chính (ZIP)
15. Địa chỉ gửi thư (nếu khác 14)		
Thành Phố	Quận	Mã Bưu chính (ZIP)
16. Số Điện thoại nhà	17. Số Di Động	18. Số Điện thoại công việc
19. Quý vị nói ngôn ngữ gì ở nhà?		20. Địa Chỉ Email
21. Số người trong đơn vị gia đình	22. Họ Và Tên Của Phụ Huynh Khác (nếu không sống cùng người nộp đơn)	
Địa Chỉ Tên Đường Của Phụ Huynh Khác		Mã Bưu chính (ZIP)

**C. Thông Tin Bảo Hiểm Sức Khỏe**

23. Người nộp đơn có Medi-Cal không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	24. Nếu có, số Medi-Cal của người nộp đơn là gì?
25. Có chia sẻ chi phí không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	26. Nếu có, số tiền quý vị phải trả mỗi tháng là bao nhiêu?

27a. Người nộp đơn có bảo hiểm sức khỏe khác không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	27b. Nếu có, tên của chương trình bảo hiểm hoặc công ty bảo hiểm là gì?
27c. Số hợp đồng hoặc chương trình	
28. Loại hình bảo hiểm hoặc công ty bảo hiểm <input type="checkbox"/> Tổ chức Nhà cung cấp Ưu tiên (PPO) <input type="checkbox"/> Tổ chức duy trì sức khỏe (HMO) <input type="checkbox"/> Khác:	
29. Người nộp đơn có bảo hiểm nha khoa không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	30. Người nộp đơn có bảo hiểm thị lực không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không

**D. Xác Thực**

(Ký tắt và ký tên bên dưới. Chữ ký của quý vị ủy quyền Chương trình CCS tiến hành xử lý đơn đăng ký này).

Tôi đang nộp đơn xin tham gia Chương trình CCS để xác định xem có đủ điều kiện nhận dịch vụ/quyền lợi hay không.

Tôi hiểu rằng việc hoàn thành đơn đăng ký này không đảm bảo rằng người nộp đơn sẽ được Chương trình CCS chấp nhận.

Tôi cho phép xác minh thông tin cư trú, sức khỏe hoặc các hoàn cảnh khác cần thiết để xác định đủ điều kiện nhận dịch vụ/quyền lợi CCS.

Tôi cũng xin xác nhận rằng thông tin tôi cung cấp trên mẫu đơn này là đúng sự thật và chính xác.

Chữ ký của người hoàn thành mẫu đơn	Mối quan hệ với người nộp đơn	Ngày
Signature of witness (only if the person signed with a mark) (Chữ ký của nhân chứng (chỉ khi người đó ký bằng cách đánh dấu))		Date (Ngày)

**\*Xem hướng dẫn ở trang tiếp theo.**

## HƯỚNG DẪN HOÀN THÀNH MẪU ĐƠN ĐĂNG KÝ DỊCH VỤ TRẺ EM CALIFORNIA (DHCS 4480)

Hãy in rõ ràng để đơn đăng ký của quý vị có thể được xử lý nhanh nhất có thể.

Điền đầy đủ thông tin vào từng phần. Nếu quý vị không cung cấp đầy đủ thông tin, CCS sẽ không thể tiếp tục xử lý đơn đăng ký của quý vị. Nếu quý vị cần trợ giúp để điền vào mẫu này, hãy liên hệ với văn phòng CCS của quận quý vị.

Sau khi hoàn tất đơn đăng ký, hãy gửi đơn đến văn phòng CCS của quận quý vị. Nhớ ký tên và ghi ngày vào mẫu đơn.

**Phần A: Thông Tin Về Người Nộp Đơn** (“Người nộp đơn” có nghĩa là trẻ em, cá nhân từ 18 tuổi trở lên hoặc trẻ vị thành niên được giải phóng mà các dịch vụ được yêu cầu).

1. **Tên Người Nộp Đơn:** Điền họ, tên và tên lót của người nộp đơn. Trong ô tiếp theo, hãy viết họ tên đầy đủ của người nộp đơn theo tên trên giấy khai sinh nếu tên đó khác với tên của họ. Nếu người nộp đơn được biết đến với bất kỳ tên nào khác, hãy ghi tên đó vào ô cuối cùng.
2. **Ngày sinh của người nộp đơn:** Ghi tháng, ngày, năm sinh của người nộp đơn.
3. **Nơi sinh:** Ghi tên quận và tiểu bang nơi người nộp đơn sinh ra. Bao gồm quốc gia nếu người nộp đơn sinh ra bên ngoài Hoa Kỳ.
4. **Địa Chỉ:** Ghi số nhà, tên đường, số căn hộ, thành phố, quận, và mã bưu chính (zip) của nơi cư trú hiện tại của người nộp đơn vào ô này. Không sử dụng hộp thư bưu điện.
5. **Giới tính của người nộp đơn:** Đánh dấu vào ô giới tính chính xác của người nộp đơn (nam hoặc nữ).
6. **Xu Hướng Tình Dục và Bản Dạng Giới (Không bắt buộc):** Nếu người nộp đơn muốn cho chúng tôi biết thêm về giới tính, bản dạng giới, biểu hiện giới hoặc khuynh hướng tình dục của mình, vui lòng điền vào các mục a, b và c. Mục 6 là không bắt buộc, nhưng lại bắt buộc đối với DHCS khi yêu cầu thông qua [Dụ Luật Hạ Viện 959](#) (2015 - 2016).
  - 6a. Đánh dấu vào ô mô tả đúng nhất về bản dạng giới tính hiện tại của người nộp đơn.
  - 6b. Đánh dấu vào lựa chọn giới tính được ghi trên giấy khai sinh gốc của người nộp đơn.
  - 6c. Đánh dấu vào ô mô tả đúng nhất khuynh hướng tình dục của người nộp đơn.
7. **Chủng tộc/Dân tộc:** Nhập danh mục từ danh sách sau đây mô tả tốt nhất chủng tộc/dân tộc chính của người nộp đơn:
 

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Người Bản Địa Alaska</li> <li>• Người Mỹ gốc Á</li> <li>• Người Mỹ Bản Địa</li> <li>• Người Châu Á</li> <li>• Người Ấn Độ Châu Á</li> <li>• Người Da Đen/Người Mỹ Gốc Phi</li> <li>• Người Campuchia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Người Trung Quốc</li> <li>• Người Philippines</li> <li>• Người Guam</li> <li>• Người Hawaii</li> <li>• Người gốc Tây Ban Nha/Người Mỹ La-tinh</li> <li>• Người Nhật Bản</li> <li>• Người Hàn Quốc</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Người Lào</li> <li>• Người Samoa</li> <li>• Người Việt Nam</li> <li>• Người Da Trắng</li> <li>• Khác</li> </ul>
--	---	--

8. **Số an sinh xã hội của người nộp đơn (không bắt buộc):** Ghi số an sinh xã hội chín chữ số của người nộp đơn.
9. **Nghi ngờ tình trạng CCS hoặc khuyết tật:** Ghi tình trạng khuyết tật hoặc nhu cầu chăm sóc sức khỏe đặc biệt của người nộp đơn mà CCS sẽ giải quyết. Mô tả kèm theo về các điều kiện đủ điều kiện của CCS có thể giúp quý vị (xem “CCS bảo hiểm những tình trạng y tế nào” trên trang 1 và 2). Nếu quý vị không biết, hãy hỏi bác sĩ của người nộp đơn hoặc để trống chỗ trống. CCS sẽ liên hệ với bác sĩ của người nộp đơn nếu cần thêm thông tin.
10. **Tên bác sĩ chăm sóc chính của người nộp đơn:** Ghi tên bác sĩ của người nộp đơn.
11. **Số điện thoại của bác sĩ:** Ghi số điện thoại của bác sĩ được liệt kê ở số 10.

**Phần B: Thông Tin Về Phụ Huynh/Người Giám Hộ Hợp Pháp** (Người nộp đơn từ 18 tuổi trở lên hoặc trẻ vị thành niên được giải phóng bỏ qua mục 12 và 14).

12. **Tên Phụ huynh/Người giám hộ:** Ghi tên của cha mẹ người nộp đơn hoặc tên của người giám hộ hợp pháp của người nộp đơn.
13. **Tên và tên thời con gái của mẹ:** Ghi tên mẹ của người nộp đơn và ghi rõ tên thời con gái của mẹ vào ô tiếp theo.
14. **Địa chỉ:** Ghi số nhà, tên đường, số căn hộ, thành phố, quận, và mã bưu chính (zip) của nơi cư trú hiện tại của quý vị. Không sử dụng hộp thư bưu điện.
15. **Địa chỉ gửi thư:** Nếu địa chỉ này khác với địa chỉ số 14, hãy ghi số nhà, tên đường, thành phố và mã bưu chính (zip).
16. **Số điện thoại nhà:** Ghi số điện thoại nhà mà quý vị có thể liên lạc được.
17. **Số Di Động:** Ghi số di động mà quý vị có thể liên lạc được.
18. **Số Điện thoại công việc:** Ghi số điện thoại công việc mà quý vị có thể liên lạc được.
19. **Ngôn ngữ nói:** Ghi ngôn ngữ quý vị nói ở nhà.
20. **Địa chỉ Email:** Ghi địa chỉ email của phụ huynh hoặc người giám hộ hợp pháp.
21. **Số người trong đơn vị gia đình:** Ghi số người sống trong cùng một hộ gia đình.
22. **Tên và địa chỉ của phụ huynh khác nếu không sống cùng người nộp đơn:** Ghi tên và địa chỉ của người liên hệ thứ hai.

### **Phần C: Thông Tin Bảo Hiểm Sức Khỏe**

Nếu CCS cho rằng quý vị đủ điều kiện, họ sẽ yêu cầu quý vị nộp đơn xin Medi-Cal nếu hiện tại quý vị không nhận được các quyền lợi chăm sóc sức khỏe Medi-Cal.

23. Nếu người nộp đơn không nhận được Medi-Cal, hãy đánh dấu “Không” và chuyển đến số 27a. Nếu người nộp đơn nhận Medi-Cal, hãy đánh dấu “Có” và điền số Medi-Cal của người nộp đơn.
24. Nếu quý vị là người nộp đơn có Medi-Cal, hãy nhập số Medi-Cal gồm 14 chữ số.
25. Nếu quý vị trả một phần chi phí bảo hiểm Medi-Cal, hãy đánh dấu “Có”.
26. Nếu quý vị trả một phần chi phí, hãy điền số tiền phải trả hàng tháng.

- 27a. Nếu người nộp đơn không có bảo hiểm sức khỏe khác, hãy đánh dấu “Không” và chuyển đến số 29.
- 27b. Nếu người nộp đơn có bảo hiểm sức khỏe, hãy điền tên chương trình bảo hiểm hoặc công ty bảo hiểm.
- 27c. Nếu người nộp đơn có bảo hiểm sức khỏe, hãy điền số hợp đồng hoặc số chương trình.
28. Nếu người nộp đơn có bảo hiểm sức khỏe, hãy đánh dấu vào ô thích hợp tùy theo loại bảo hiểm đó. Mẫu đơn bảo hiểm sẽ cho quý vị biết loại bảo hiểm sức khỏe quý vị có. Nếu quý vị không chắc chắn, hãy gọi đến công ty bảo hiểm sức khỏe của quý vị và hỏi họ.
29. Nếu người nộp đơn có bảo hiểm nha khoa, hãy đánh dấu “Có”. Nếu người nộp đơn không có bảo hiểm nha khoa, hãy đánh dấu “Không”.
30. Nếu người nộp đơn có bảo hiểm thị lực, hãy đánh dấu “Có”. Nếu người nộp đơn không có bảo hiểm thị lực, hãy đánh dấu “Không”.

### **Phần D: Xác Thực**

Hãy chắc chắn ký tên và ghi ngày bằng mực. Nếu chữ ký được ký bằng đánh dấu, hãy nhờ nhân chứng ký và ghi ngày tháng.

Trong mục “Mối quan hệ với người nộp đơn”, hãy nhập cha, mẹ, người giám hộ hợp pháp hoặc bản thân (trong trường hợp cá nhân từ 18 tuổi trở lên hoặc trẻ vị thành niên được giải phóng).

### **Nộp Đơn Đăng Ký Của Quý Vị**

Gửi đơn qua đường bưu điện hoặc nộp trực tiếp đến văn phòng CCS tại địa phương của quý vị. Để tìm văn phòng CCS của quận quý vị, hãy truy cập: <https://www.dhcs.ca.gov/services/ccs/Pages/CountyOffices.aspx> hoặc xem trong mục chính phủ của danh bạ điện thoại địa phương theo mục “Dịch vụ Trẻ em California” hoặc “sở y tế quận”.