

February 18, 2003

CCS Information Notice No.: 03-04

TO: ALL COUNTY CALIFORNIA CHILDREN'S SERVICES (CCS)  
ADMINISTRATORS, MEDICAL CONSULTANTS, STATE CHILDREN'S  
MEDICAL SERVICES (CMS) BRANCH STAFF AND REGIONAL OFFICE  
STAFF

SUBJECT: HEALTH INSURANCE INFORMATION FORM NOW AVAILABLE IN  
SPANISH

The Health Insurance Information form is one of the documents local CCS programs use to determine client financial eligibility. The form is used to collect information when the client has insurance coverage of any kind.

The form has been translated into Spanish. The English and Spanish versions (revised 10/01) can be obtained through two methods:

- The CCS Website – Go to [www.dhs.ca.gov/ccs](http://www.dhs.ca.gov/ccs), click on “Forms and Publications,” and find the desired form(s). The forms are stored as fillable portable document format (PDF) files. Users can either print a blank form, or can enter their information and print a completed form.
- The Department of Health Services (DHS) Warehouse – Use the DHS 2031 order form to place an order. The English and Spanish versions are known as MC 2600 and MC 2600 SP, respectively. If you have any questions on the ordering process, please refer to the [CMS Forms and Publications Catalog](#) on the CCS website.

Questions about the use of the Health Insurance Information form should be directed to your Regional Administrative Consultant/Analyst.

**Original Signed by Maridee Gregory, M.D.**

Maridee A. Gregory, M.D., Chief  
Children's Medical Services Branch

Enclosures



Do your part to help California save energy. To learn more about saving energy, visit the following web site:  
[www.consumerenergycenter.org/flex/index.html](http://www.consumerenergycenter.org/flex/index.html)

Children's Medical Services Branch  
714/744 P Street, P.O. Box 942732, Sacramento, CA 94234-7320  
(916) 327-1400

Internet Address: <http://www.dhs.ca.gov/pcf/cms>

## CALIFORNIA CHILDREN'S SERVICES HEALTH INSURANCE INFORMATION

Medical Insurance  
Dental Insurance

Patient's name	CCS number	County
----------------	------------	--------

Type of insurance plan (check one)  
 Major medical      Preferred Provider Organization (PPO)      Health Maintenance Organization (HMO)

1. Name of insurance plan	Policy identification/group number	Effective date of policy
Claims office address (number, street)	City	State      ZIP code
		Phone number (      )

2. Policy holder's name	Social security number
Address (number, street)	City      State      ZIP code

3. Employer of insured	Phone number (      )
Address (number, street)	City      State      ZIP code

4. Union name	Local number
Address (number, street)	City      State      ZIP code

### DESCRIPTION OF INSURANCE BENEFITS

Child's Professional Care (Maximum Amount)			Child's Hospital Care (Maximum Amount)			
	Coverage		Extent			
	Yes	No				
5. Office visits	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	13. Room and board <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
6. Outpatient, x-ray, laboratory	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	\$ _____ per day for _____ days		
7. Surgery	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	14. Miscellaneous hospital services    \$		
8. Assistant surgery	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	15. Limitations:		
9. Anesthesia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$			
10. Hospital visits	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$			
11. Other	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$			
12. Limitations:						

16. Major medical or extended benefits <input type="checkbox"/> Yes    No					
	Yes	No		Yes	No
Prescriptions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Brace repairs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glasses/repair	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hearing aids	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Braces	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hearing aid accessories	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Dental plan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Orthodontics	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Other: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Deductible \$ \_\_\_\_\_ at \_\_\_\_\_ % per      Calendar year     Benefit year  
 If benefit year, effective date \_\_\_\_\_      If newborn, effective date of policy \_\_\_\_\_

18. Maximum benefits \$ \_\_\_\_\_ per      Lifetime of policy:     Illness     Year

19. I agree to repay California Children's Services any insurance proceeds improperly diverted by me. I acknowledge the Privacy Statement on the back side of this form.

Signature of parent or legal guardian	Date
Report completed by	Title
	Date

## PRIVACY STATEMENT

The information on this form is required by the county and state California Children's Services (CCS) as part of your application for assistance, as CCS cannot pay for that portion of expenses which are a benefit of your insurance resource. The information is maintained pursuant to Section 123800, *et seq.*, of the California Health and Safety Code. You are required to provide the information on this form. If you do not provide this information, eligibility for services may be denied. Any information which you provide may be used by county and state CCS offices, the State Department of Health Services, and providers of services. You have a right to review records maintained by CCS concerning you. If you wish to review these records, contact the person responsible for the records in your county CCS office. Appeals may be directed to: Maridee A. Gregory, M.D., Chief, Children's Medical Services (CMS), P.O. Box 942732, Sacramento, CA 94234-7320 (telephone (916) 327-1400). After reviewing your records you may request in writing that they be corrected or amended to make them accurate, relevant, and complete.

## SERVICIOS DE NIÑOS DE CALIFORNIA INFORMACIÓN DE SEGURO DE SALUD

Seguro Médico  
Seguro Dental

Nombre del paciente	Número de CCS	Condado
---------------------	---------------	---------

Tipo de plan de seguro (indique uno)  
 Médico principal     Organización Proveedora Preferida (PPO)     Organización de Cuidado de Salud (HMO)

1. Nombre del plan de seguro		Número de grupo/ID de plan		Fecha de vigencia del plan	
Dirección de la oficina de reclamo (número, calle)	Ciudad	Estado	Código postal	Número de teléfono (      )	
2. Nombre del asegurado		Número de seguro social			
Dirección (número, calle)	Ciudad	Estado	Código postal		
3. Empleador del asegurado		Número de teléfono (      )			
Dirección (número, calle)	Ciudad	Estado	Código postal		
4. Nombre del sindicato		Número local			
Dirección (número, calle)	Ciudad	Estado	Código postal		

### DESCRIPCIÓN DE LOS BENEFICIOS DE SEGURO

Cuidado Profesional del Niño (Cantidad Máxima)			Cuidado de Hospital del Niño (Cantidad Máxima)			
	Cobertura		Grado			
	Sí	No				
5. Visitas de oficina	<input type="checkbox"/>	\$	13. Cuarto y comida    Sí <input type="checkbox"/> No			
6. Paciente externo, rayos x, laboratorio	<input type="checkbox"/>	\$	\$ _____ diario por _____ días			
7. Cirugía	<input type="checkbox"/>	\$	14. Servicios de hospital diversos    \$			
8. Cirugía auxiliar	<input type="checkbox"/>	\$	15. Limitaciones:			
9. Anestesia	<input type="checkbox"/>	\$				
10. Visitas de hospital	<input type="checkbox"/>	\$				
11. Otro	<input type="checkbox"/>	\$				
12. Limitaciones:						

16. Beneficios extensos o médicos principales     Sí     No

Sí    No		Sí    No	
Prescripciones <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Reparaciones de aparato <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Plan dental <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Anteojos/reparación <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Prótesis auditiva <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ortodoncia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Aparatos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Accesorios de prótesis auditiva <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Otro: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

17. Deducible \$ \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_% por     Año civil     Año de beneficio  
 Si es el año de beneficio, fecha efectiva \_\_\_\_\_    Si es recién nacido fecha efectiva del plan \_\_\_\_\_

18. Beneficios máximos \$ \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_    Vida del plan:    Enfermedad    Año

19. Yo acuerdo a reembolsar los Servicios de Niños de California cualquier ingreso incorrectamente desviado por mí. Yo acepto la Declaración Confidencial al final de este formulario.

Firma del padre o tutor legal	Fecha
Informe completado por	Fecha
Título	

## DECLARACIÓN CONFIDENCIAL

La información en este formulario es requerida por el condado y estado de los Servicios de Niños de California (CCS) como parte de su solicitud para asistencia, ya que CCS no puede pagar por esa porción de los gastos los cuales son un beneficio de su recurso de seguro. La información es mantenida de acuerdo con la Sección 123800, *et seq.*, del Código de Seguridad y Salud de California. usted es requerido proporcionar la información en este formulario. Si usted no proporciona esta información, la elegibilidad para los servicios puede ser negada. Cualquier información que usted proporcione puede ser usada por las oficinas de CCS del condado y del estado, los Servicios de Salud del Departamento de Estado, y proveedores de servicios. Usted tiene derecho a reexaminar los expedientes mantenidos por CCS relacionados con usted. Si usted desea reexaminar estos expedientes, comuníquese con la persona responsable de los expedientes en la oficina de CCS de su condado. Apelos pueden ser dirigidos a: Maridee A. Gregory, M.D., Jefa, de los Servicios Médicos de los Niños (CMS), P.O. Box 942732, Sacramento, CA 94234-7320 (teléfono (916) 327-1400). Después de reexaminar sus expedientes usted puede solicitar por escrito que sean corregidos o rectificadas para hacerlos exactos, pertinentes y completos.