

معلومات عن برنامج خدمات الأطفال في كاليفورنيا

ما هو برنامج خدمات الأطفال في كاليفورنيا (CCS)؟

برنامج خدمات الأطفال في كاليفورنيا (CCS) هو برنامج على مستوى الولاية، ويهتم بالأطفال من ذوي القدرات الجسدية المحدودة والمصابين بحالات أو أمراض صحية مزمنة معينة. ويمكن أن يخول برنامج CCS الأفراد للحصول على خدمات ومعدات طبية محددة التي يقدمها اختصاصيون معتمدون لدى برنامج CCS ويسدد ثمنها أيضًا. وتتولى إدارة خدمات الرعاية الصحية لولاية كاليفورنيا (DHCS) تسيير شؤون برنامج CCS. وبينما تدير المقاطعات الأكبر برامج CCS الخاصة بها، تتشارك المقاطعات الأصغر في إدارة برامجهم مع إدارة DHCS. يتم تمويل برنامج CCS من أموال الضرائب على مستوى الولاية والمقاطعة والحكومة الفيدرالية، بالإضافة إلى بعض الرسوم التي يدفعها ولي الأمر أو الوصي القانوني أو مُقدم الطلب (في حالة كان الشخص في سن 18 عامًا أو أكبر، أو قاصرًا مستقلًا قانونًا).

ما الذي يقدمه برنامج CCS إلى الأطفال؟

إذا كنت تعتقد أنت أو طبيب طفلك، أن طفلك قد يكون لديه حالة طبية تؤهله للحصول على CCS، فقد يسدد البرنامج تكلفة إجراء تقييم طبي أو يتكفل بإجرائه، لمعرفة ما إذا كانت حالة طفلك الطبية مشمولة في البرنامج. في حالة كان طفلك مؤهلاً، فقد يسدد برنامج CCS تكلفة أحد الخيارات التالية أو يتكفل بتقديمها:

- العلاج، مثلًا خدمات الطبيب والرعاية في المستشفى والرعاية الجراحية والعلاج الطبيعي والعلاج الوظيفي والاختبارات المعملية والأشعة السينية وأجهزة تقويم العظام والمعدات الطبية.
- إدارة الملفات الطبية لمساعدتك في الوصول إلى أطباء متميزين والعناية بطفلك في حالة وجود ضرورة طبية، بالإضافة إلى الإحالة لمؤسسات أخرى من بينها مراكز خدمات الرعاية التمريضية العامة والمراكز الإقليمية.
- برنامج العلاج الطبي (MTP)، والذي يمكن أن يقدم علاجًا طبيعيًا أو وظيفيًا أو كلاهما في المدارس العامة للأطفال المؤهلين طبيًا.

من هم المؤهلون للحصول على برامج CCS؟

برنامج CCS متاح لجميع الآتي:

- الأشخاص دون سن 21 عامًا؛
- المصابون أو الذين يُحتمل إصابتهم بحالة طبية يغطيها برنامج CCS؛
- المقيمون في كاليفورنيا؛
- الذين لديهم أسر يقل دخلها عن \$40,000 كما هو مذكور تحت إجمالي الدخل المعدل في نموذج الإقرار الضريبي للولاية أو الذين من المتوقع أن تزيد نفقاتهم الطبية الخاصة على طفل مؤهل عن أكثر من 20 في المائة من دخل الأسرة.

لا يعتبر دخل الأسرة عاملاً أساسيًا لهؤلاء الأطفال:

- الذين يحتاجون إلى خدمات تشخيصية بغرض التأكيد على أهلية الحالة الطبية للحصول على برامج CCS؛ أو
- المُتَبَيَّنون المصابون بحالة طبية معروفة ومؤهلة للحصول على CCS × أو
- المتقدمون للحصول على الخدمات من خلال برنامج MTP؛
- المتمتعون بنطاق تغطية كامل في Medi-Cal من دون تقاسم التكاليف.

ما هي الحالات الطبية التي يغطيها برنامج CCS؟

لا يغطي برنامج CCS سوى حالات محددة. بشكل عام، يغطي برنامج CCS الحالات الطبية التي تسبب إعاقة جسدية أو التي تتطلب خدمات طبية أو جراحية أو إعادة تأهيل. قد تتوفر أيضًا معايير معينة تحدد ما إذا كانت حالة طفلك الطبية مؤهلة. أدناه، الفئات المُدرجة تحت الحالات الطبية التي قد يغطيها البرنامج مع بعض الأمثلة على كل منها:

- حالات طبية تتضمن القلب (مرض القلب الخلقى).
 - الأورام (السرطانات والأورام الخبيثة).
 - اضطرابات الدم (الناعور، فقر الدم المنجلي).
 - أمراض الغدد الصماء وأمراض سوء التغذية وأمراض التمثيل الغذائي (مشاكل الغدة الدرقية، بيلة الفينيل كيتون (PKU)، داء السكري).
 - اضطرابات الجهاز البولي التناسلي (مشاكل الكلى المزمنة الخطيرة).
 - اضطرابات الجهاز الهضمي (مرض الالتهاب المزمن، أمراض الكبد).
 - تشوهات الأجنة الخلقية الخطيرة (الشفة/الحنك المشقوق، تشقق العمود الفقري).
 - اضطرابات الأعضاء الحسية (فقدان السمع، المياه الزرقاء، إعتام عدسة العين).
 - اضطرابات الجهاز العصبي (الشلل الدماغي، النوبات غير المنضبطة).
 - اضطرابات الجهاز العضلي الهيكلي والأنسجة الضامة (التهاب المفاصل الروماتويدي، ضمور العضلات).
 - اضطرابات شديدة في الجهاز المناعي (عدوى فيروس نقص المناعة البشرية (HIV)).
 - حالات تؤدي إلى الإعاقة أو التسمم وتتطلب عناية مركزة أو إعادة تأهيل (إصابات شديدة في الرأس أو المخ أو الحبل الشوكي أو الحروق البالغة).
 - مضاعفات الولادة المبكرة التي تحتاج إلى عناية مركزة.
 - اضطرابات الجلد والنسيج تحت الجلد (الورم الوعائي الدموي الحاد).
 - سوء إطباق يؤثر على الحالة الصحية (اعوجاج شديد في الأسنان).
- تواصل مع مكتب CCS المحلي في مقاطعتك إذا كان لديك أسئلة.

ما الذي يجب على مقدم الطلب أو الأسرة القيام به للتأهل؟

- يجب على العائلات (أو مقدم الطلب إذا كان عمره 18 عامًا أو أكبر أو القاصر المستقل قانونًا) القيام بما يلي:
- استكمال نموذج الطلب الموجود في بداية صفحة رقم 4 وإعادته إلى المكتب المحلي لبرنامج CCS في مقاطعته؛
 - تقديم كل المعلومات المطلوبة إلى برنامج CCS حتى يتسنى للبرنامج تحديد ما إذا كانت الأسرة مؤهلة؛
 - تقديم طلب لبرنامج Medi-Cal (إذا كانت الأسرة مؤهلة للحصول على برنامج Medi-Cal، فسيغطي برنامج CCS الطفل أيضًا. يقوم برنامج CCS بالموافقة على الخدمات وتسديد قيمتها عبر Medi-Cal).

كيف تتم حماية خصوصيتي؟

- يوجب قانون ولاية كاليفورنيا تقديم معلومات للعائلات المتقدمة للحصول على خدمات، حول كيفية حماية برنامج CCS لخصوصيتها.¹
- لحماية خصوصيتك:
- يلتزم برنامج CCS بالحفاظ على سرية هذه المعلومات.²
 - لا يجوز لبرنامج CCS مشاركة المعلومات الموجودة في النموذج مع الموظفين المخولين في برامج الصحة والرفاهية الأخرى إلا عند توقيعك على نموذج الموافقة.

¹القانون المدني، القسم 1798.17

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

²وفقًا للقسم 41670، الباب 22، قانون ولاية كاليفورنيا للأنظمة وقانون السجلات العامة في كاليفورنيا (قانون الحكومة، الأقسام 6250-6255)

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

يحق لك الاطلاع على طلبك وسجلاتك في برنامج CCS المتعلقة بك أو بطفلك. اتصل بمكتب برنامج CCS في مقاطعتك إذا كنت ترغب في الاطلاع على هذه السجلات. بموجب القانون، يحتفظ برنامج CCS بالمعلومات التي تقدمها إلى برنامج CCS.³

هل يحق لي الطعن في القرار؟

يحق لك عدم الموافقة على قرارات برنامج CCS.4 يطلق على هذا مصطلح طعن أو استئناف. تتيح عملية الطعن لولي الأمر/الوصي القانوني أو مُقدم الطلب سبباً لمعالجة الأمر مع برنامج CCS، للتوصل إلى حلول للخلافات. لمعلومات حول عملية الطعن، اتصل بمكتب برنامج CCS المحلي في مقاطعتك.

أين يمكنني الحصول على المزيد من المعلومات عن برنامج CCS؟

للمزيد من المعلومات حول CCS، يرجى زيارة الصفحة الرئيسية لخدمات CCS على موقع DHCS هنا:
<https://www.dhcs.ca.gov/services/ccs/Pages/default.aspx>

لطلب مساعدة في تعبئة هذا الطلب، يرجى الاتصال بمكتب برنامج CCS المحلي في مقاطعتك. للعثور على مكتب برنامج CCS في مقاطعتك، قم بزيارة <https://www.dhcs.ca.gov/services/ccs/Pages/CountyOffices.aspx>، أو ابحث في قسم الحكومة في دليل الهاتف المحلي تحت عنوان "خدمات أطفال كاليفورنيا أو "إدارة صحة المقاطعة".

³القسم 123800 وما يليه من قانون الصحة والسلامة في كاليفورنيا

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

⁴قانون ولاية كاليفورنيا للأنظمة، الباب 22، الفصل 13، الأقسام 42702-42703

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

طلب تحديد الأهلية لبرنامج خدمات الأطفال في كاليفورنيا

يجب إكمال هذا الطلب من قبل ولي الأمر أو الوصي القانوني أو مُقدم الطلب نفسه (إذا كان مُقدم الطلب هذا في سن 18 عامًا أو أكبر أو كان قاصرًا مستقلًا قانونيًا) لتحديد ما إذا كان مُقدم الطلب مؤهلاً للحصول على خدمات/مخصصات برنامج CCS. يُقصد بمصطلح "مُقدم الطلب" الطفل أو الفرد البالغ من العمر 18 عامًا أو أكبر أو القاصر المستقل قانونًا، الذي يتقدم بطلب للحصول على خدمات. يرجى الطباعة أو الكتابة بأحرف واضحة.

A. معلومات مُقدم الطلب

1. اسم مُقدم الطلب:		1. اسم مُقدم الطلب:
(الأخير)	(الأول)	(الأوسط)
الاسم في شهادة الميلاد (في حالة الاختلاف)		أي اسم آخر يُعرف به مُقدم الطلب
2. تاريخ الميلاد (الشهر، اليوم، السنة)	3. مكان الميلاد - المقاطعة	الولاية
البلد، إذا كان مولودًا خارج الولايات المتحدة		
4. عنوان إقامة مُقدم الطلب (الرقم، الشارع) (لا تستخدم صندوق البريد)		

المدينة	المقاطعة	الرمز البريدي
---------	----------	---------------

5. الجنس

 أنثى ذكر

6. التوجه الجنسي والهوية الجنسية (اختياري):

إذا رغب مُقدم الطلب في إخبارنا المزيد عن نوعه أو هويته الجندرية أو تعبيره الجندري أو توجهه الجنسي، يرجى تعبئة البنود (أ) و (ب) و (ج) أدناه. القسم 6 اختياري، ولكن إدارة DHCS ملزمة بطلبه تماشيًا مع إقرار مشروع قانون الجمعية رقم 959 لعام (2015-2016).

a. ما هي الهوية الجندرية لمُقدم الطلب (حدد المربع الذي يصف هويتك الجندرية الحالية)؟

 أنثى ذكر متحول جنسيًا: ذكر إلى أنثى متحول جنسيًا: أنثى إلى ذكر

 هوية غير الثنائية الجنسية (لا ذكر ولا أنثى) هوية جندرية أخرى

b. ما هو جنس طفلك المحدد في شهادة ميلاده الأصلية؟

 أنثى ذكر

c. أي من الآتي يرى مُقدم الطلب نفسه:

 مستقيم/مغاير الجنس مثلي/مثلية مزدوج الميول الجنسية حر الجنس

 توجه جنسي آخر غير معروف

7. الأصل العرقي/الإثنية		8. رقم الضمان الاجتماعي (اختياري)	
9. ما هي حالة أو إعاقة مُقدم الطلب المُتوقع التأهل بسببها في برنامج CCS؟			
10. طبيب الرعاية الأولية		11. رقم هاتف الطبيب	
B. معلومات ولي الأمر/ الوصي القانوني/ الأسرة			
(إذا كان مُقدم الطلب يبلغ 18 عامًا أو أكبر أو كان قاصرًا مستقل قانونًا، تخطى ولا تجب عن البندين 12 و 14 أدناه).			
12. اسم ولي الأمر أو الوصي القانوني		13. اسم الأم الأول واسم عائلتها قبل الزواج (لم يتم تحديده في 12)	
14. عنوان الإقامة (الرقم، الشارع) (لا تستخدم صندوق البريد)			
المدينة		المقاطعة	
الرمز البريدي			
15. العنوان البريدي (في حالة الاختلاف عن رقم 14)			
المدينة		المقاطعة	
الرمز البريدي			
16. رقم هاتف المنزل		17. رقم الهاتف النقال	
18. رقم هاتف العمل			
19. ما هي اللغة التي تتحدث بها في المنزل؟		20. عنوان البريد الإلكتروني	
21. عدد أفراد الأسرة		22. الاسم الأول والأخير لولي الأمر الآخر (إذا لم يكن يعيش مع مُقدم الطلب)	
عنوان الشارع لولي الأمر الآخر		المدينة	
الرمز البريدي			
C. معلومات التأمين الصحي			
23. هل مُقدم الطلب مشارك في برنامج Medi-Cal؟		24. في حال الإجابة بنعم، ما هو رقم Medi-Cal الخاص بمُقدم الطلب؟	
نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>			
25. هل هناك مشاركة في التكاليف؟		26. في حال الإجابة بنعم، ما هو المبلغ الذي تسدده شهريًا؟	
نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>			
27a. هل لدى مُقدم الطلب تأمين صحي آخر؟		27b. إذا كانت الإجابة "نعم، ما هو اسم برنامج أو شركة التأمين؟	
نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>			

27c. رقم البوليصة أو البرنامج

28. نوع برنامج أو شركة التأمين

 منظمة مقدمي الخدمات المفضلين (PPO) منظمة إدارة الرعاية الصحية (HMO) غير ذلك:

30. هل لدى مُقدم الطلب تأمين رعاية البصر؟

 نعم لا

29. هل لدى مُقدم الطلب تأمين على الأسنان؟

 نعم لا**D. إقرار**

(اكتب الأحرف الأولى ووقع أدناه. يُفوض توقيعك برنامج CCS بمتابعة إجراءات هذا الطلب).

أنا أقدم طلبًا إلى برنامج CCS من أجل تحديد أهلية الحصول على الخدمات/المخصصات.

أدرك أن استكمال هذا الطلب لا يضمن قبول مُقدم الطلب من قِبَل برنامج CCS.

أنا أُمَنح الإذن بالتحقق من محل إقامتي أو معلوماتي الصحية أو أي ظروف أخرى مطلوبة لتحديد أهلية الحصول على خدمات/مخصصات برنامج CCS.

أنا أقر أيضًا أن المعلومات التي قدمتها في هذا النموذج حقيقية وصحيحة.

التاريخ	صلة القرابة بمُقدم الطلب	توقيع الشخص المستكمل للطلب
Date (التاريخ)	Signature of witness (only if the person signed with a mark) (توقيع الشاهد (فقط في حالة توقيع الشخص بعلامة)	

*راجع التعليمات في الصفحة التالية.

تعليمات لإكمال نموذج طلب برنامج خدمات الأطفال في كاليفورنيا (DHCS 4480)

قم بالكتابة بوضوح حتى يمكن معالجة طلبك في أسرع وقت ممكن.

قم بتعبئة كل قسم بالكامل. في حالة عدم تقديمك للمعلومات بالكامل، لن يتمكن برنامج CCS من معالجة طلبك. إذا كنت بحاجة إلى المساعدة في تعبئة هذا النموذج، اتصل بالمكتب المحلي لبرنامج CCS في مقاطعتك.

بمجرد استكمال الطلب، أرسله بالبريد إلى المكتب المحلي لبرنامج CCS في مقاطعتك. لا تنس التوقيع وكتابة التاريخ على النموذج.

القسم (أ): معلومات مُقدم الطلب (يُقصد بمصطلح "مُقدم الطلب" الطفل أو الفرد البالغ من العمر 18 عامًا أو أكبر أو القاصر المستقل قانونًا، الذي يتقدم بطلب للحصول على خدمات).

1. اسم مُقدم الطلب: اكتب اسم مُقدم الطلب الأخير والأول والأوسط. في المربع التالي، اكتب اسم مُقدم الطلب كاملاً كما يظهر في شهادة الميلاد إذا كان مختلفًا عن الاسم. إذا كان مُقدم الطلب معروفًا بأي اسم آخر، اكتب هذا الاسم في المربع الأخير.
2. تاريخ ميلاد مُقدم الطلب: اكتب تاريخ ميلاد مُقدم الطلب: الشهر، اليوم، السنة.
3. مكان الميلاد: اكتب المقاطعة والولاية التي ولد فيها مُقدم الطلب. اكتب اسم البلد إذا كان مُقدم الطلب مولود خارج الولايات المتحدة.
4. العنوان: اكتب في هذه المساحة رقم الشارع واسم الشارع ورقم الشقة والمدينة والمقاطعة والرمز البريدي لمكان الإقامة الحالي لمُقدم الطلب. يرجى عدم استخدام عنوان صندوق بريد.
5. جنس مُقدم الطلب: ضع علامة على المربع للجنس الصحيح لمُقدم الطلب (ذكر أو أنثى).
6. أسئلة حول التوجه الجنسي والهوية الجندرية (اختياري): إذا كان مُقدم الطلب يرغب في إخبارنا بالمزيد عن جنسه أو هويته الجندرية أو تعبيره الجندري أو توجهه الجنسي، يرجى تعبئة البنود (أ) و (ب) و (ج). القسم 6 اختياري، ولكن إدارة DHCS ملزمة بطلبه تماشيًا مع إقرار مشروع قانون الجمعية رقم 959 لعام (2015-2016).
 - 6-أ. حدد المربع الذي يصف هوية مُقدم الطلب الجندرية الحالية.
 - 6-ب. قم بتحديد خيار الجنس المدرج في شهادة الميلاد الأصلية لمُقدم الطلب.
 - 6-ج. قم بتحديد المربع الذي يصف التوجه الجنسي لمُقدم الطلب بشكل أفضل.
7. الأصل العرقي/الإثنية: أدخل الفئة من القائمة التالية التي تصف بشكل أفضل الأصل العرقي/الإثنية الأساسي لمُقدم الطلب:

- | | | |
|------------------------|-----------------|------------------|
| • سكان ألاسكا الأصليين | • صيني | • لاوسي |
| • أمرو-آسيوي | • فلبيني | • مواطن من ساموا |
| • أمريكي هندي | • غوامي | • الفيتنامية |
| • آسيوي | • من هاواي | • أبيض |
| • هندي آسيوي | • هسباني/لاتيني | • غير ذلك |
| • أمريكي إفريقي/أسود | • اليابانية | |
| • كمبودي | • الكورية | |

8. رقم الضمان الاجتماعي لمقدم الطلب (اختياري): اكتب رقم الضمان الاجتماعي الخاص بمقدم الطلب المكون من تسعة أرقام.
9. الحالة أو الإعاقة المتوقع التأهل بسببها لبرنامج CCS: اكتب إعاقة مُقدم الطلب أو احتياجاته الصحية الخاصة التي سيتم معالجتها من قبل CCS. قد يساعدك الوصف المرفق للحالات المؤهلة لبرنامج CCS (انظر "ما هي الحالات الطبية التي يغطيها برنامج CCS" في الصفحتين 1 و 2). في حال عدم معرفتك، اسأل طبيب مُقدم الطلب أو اترك المساحة فارغة. سيتابع برنامج CCS مع طبيب مُقدم الطلب في حالة الحاجة لمزيد من المعلومات.
10. اسم طبيب الرعاية الأولية لمُقدم الطلب: اكتب اسم طبيب مقدم الطلب.
11. رقم هاتف الطبيب: اكتب رقم هاتف الطبيب المذكور في الرقم 10.
- القسم (ب): معلومات ولي الأمر/الوصي القانوني (إذا كان مُقدم الطلب يبلغ 18 عامًا أو أكبر أو كان قاصرًا مستقلًا قانونًا، تخطى ولا تجب عن البندين 12 و 14).
12. اسم (أسماء) ولي الأمر/الوصي: اكتب اسم ولي أمر لمُقدم الطلب أو اسم الوصي القانوني لمُقدم الطلب.
13. الاسم الأول للوالدة واسم عائلتها قبل الزواج: اكتب الاسم الأول لوالدة مُقدم الطلب وحدد اسم عائلة الأم قبل الزواج في المربع التالي.
14. العنوان: اكتب رقم الشارع، واسم الشارع، ورقم الشقة، والمدينة، والمقاطعة، والرمز البريدي لمكان إقامتك الحالي. يرجى عدم استخدام عنوان صندوق بريد.
15. العنوان البريدي: إذا كان هذا العنوان مختلفًا عن الموجود في البند 14، اكتب رقم الشارع واسم الشارع والمدينة والرمز البريدي.
16. رقم هاتف المنزل: اكتب رقم الهاتف المنزلي الذي يمكن التواصل معك من خلاله.
17. رقم الهاتف النقال: اكتب رقم الهاتف النقال الذي يمكن التواصل معك من خلاله.
18. رقم هاتف العمل: اكتب رقم هاتف العمل الذي يمكن التواصل معك من خلاله.
19. اللغة (اللغات) التي تتحدثها: اكتب اللغة التي تتحدث بها في المنزل.
20. عنوان البريد الإلكتروني: اكتب عنوان البريد الإلكتروني لولي الأمر أو الوصي القانوني.
21. عدد الأفراد في الأسرة: اكتب عدد الأشخاص الذين يعيشون في نفس الأسرة المعيشية.
22. اسم ولي الأمر الآخر وعنوانه في حالة عدم السكن مع مُقدم الطلب: اكتب الاسم والعنوان لجهة اتصال ثانية.

القسم (ج): معلومات التأمين الصحي

- في حال رأى برنامج CCS أنك قد تكون مؤهلاً، فستطلب منك التقدم لبرنامج Medi-Cal، في حال عدم تلقيك حاليًا لمخصصات الرعاية الصحية المقدمة من برنامج Medi-Cal.
23. إذا لم يكن مُقدم الطلب مشاركًا في برنامج Medi-Cal، حدد "لا" وانتقل إلى الرقم 27-أ. في حالة تلقي مُقدم الطلب مخصصات Medi-Cal، ضع علامة أمام "نعم" و اكتب رقم Medi-Cal الخاص بمُقدم الطلب.
24. إذا مُقدم الطلب لديه Medi-Cal، أدخل رقم بطاقة Medi-Cal المكون من 14 رقمًا.
25. في حالة سدادك جزء من تكلفة تأمين Medi-Cal، ضع علامة أمام "نعم".
26. في حالة سدادك جزءًا من مبلغ التكلفة، اكتب المبلغ الشهري المدفوع.
- 27-أ. إذا لم يكن لدى مُقدم الطلب تأمين صحي آخر، ضع علامة أمام "لا" وانتقل إلى رقم 29.
- 27-ب. في حالة كان لدى مُقدم الطلب تأمين صحي، اكتب اسم برنامج أو شركة التأمين.
- 27-ج. إذا كان مُقدم الطلب لديه تأمين صحي، قم بملء رقم البوليصه أو البرنامج.

28. في حالة تمتع مُقدم الطلب بتأمين صحي، ضع علامة أمام المربع المناسب بناءً على نوع التأمين. يمكنك التعرف على نوع التأمين الصحي الذي تحصل عليه من خلال نماذج التأمين لديك. إذا لم تكن متأكدًا، اتصل بشركة التأمين الصحي الخاصة بك للاستفسار.
29. إذا كان لدى مُقدم الطلب تأمين رعاية الأسنان، ضع علامة أمام "نعم". إذا لم يكن لدى مُقدم الطلب تأمين رعاية الأسنان، ضع علامة أمام "لا".
30. إذا كان لدى مُقدم الطلب تأمين رعاية البصر، ضع علامة أمام "نعم". إذا لم يكن لدى مُقدم الطلب تأمين رعاية البصر، ضع علامة أمام "لا".

القسم (د): إقرار

أحرص على التوقيع وكتابة التاريخ بالحبر. في حالة التوقيع بعلامة، اطلب من الشاهد التوقيع وكتابة التاريخ. تحت عنوان "الصلة بمُقدم الطلب"، اكتب والد أو والدة أو وصي قانوني أو الشخص نفسه (في حالة كان الشخص في سن 18 عامًا أو أكبر أو قاصرًا مستقلًا قانونيًا).

إرسال طلبك

أرسل طلبك عبر البريد الإلكتروني أو سلمه إلى المكتب المحلي لبرنامج CCS في مقاطعتك. للعثور على مكتب برنامج CCS في مقاطعتك، قم بزيارة <https://www.dhcs.ca.gov/services/ccs/Pages/CountyOffices.aspx> أو ابحث في قسم الحكومة في دليل الهاتف المحلي تحت عنوان "خدمات أطفال كاليفورنيا أو "إدارة صحة المقاطعة".