

### Տեղեկատվություն Կալիֆորնիայի Մանկական ծառայությունների մասին

#### Ի՞նչ է Կալիֆորնիայի Մանկական ծառայությունների (CCS) ծրագիրը:

CCS-ը նահանգային ծրագիր է, որը բուժում է որոշակի ֆիզիկական սահմանափակումներ և քրոնիկ առողջական խնդիրներ կամ հիվանդություններ ունեցող երեխաներին: CCS-ը կարող է թույլատրել և վճարել որոշակի բժշկական ծառայությունների և սարքավորումների համար, որոնք տրամադրվում են CCS-ի կողմից հավաստագրված մասնագետների կողմից: Կալիֆորնիայի Առողջապահական ծառայությունների վարչությունը (DHCS) կառավարում է CCS ծրագիրը: Ավելի մեծ վարչաշրջանները գործարկում են իրենց սեփական CCS ծրագրերը, մինչդեռ փոքր վարչաշրջանները կիսում են իրենց ծրագրի իրականացումը DHCS-ի հետ: CCS ծրագիրը ֆինանսավորվում է նահանգային, վարչաշրջանային և դաշնային հարկային միջոցներից, ինչպես նաև որոշ վճարներից, որոնք վճարում են ծնողը, օրինական խնամակալը կամ դիմորդը (եթե նա 18 տարեկան կամ ավելի մեծ է, կամ չափահաս հայտարարված անչափահաս է):

#### Ի՞նչ է առաջարկում CCS-ը երեխաներին:

Եթե դուք կամ ձեր երեխայի բժիշկը կարծում եք, որ ձեր երեխան կարող է ունենալ CCS-ի համար իրավասու բժշկական վիճակ, CCS-ը կարող է վճարել կամ անցկացնել բժշկական գնահատում՝ պարզելու համար, թե արդյոք ձեր երեխայի վիճակը ներառված է ապահովագրության մեջ:

Եթե ձեր երեխան իրավասու է, CCS-ը կարող է վճարել կամ տրամադրել հետևյալը՝

- Բուժում, ինչպիսիք են բժշկի ծառայությունները, հիվանդանոցային և վիրաբուժական խնամքը, ֆիզիկական թերապիան և երգոթերապիան, լաբորատոր հետազոտությունները, ռենտգեն հետազոտությունները, օրթոպեդիկ սարքավորումները և բժշկական սարքավորումները:
- Բժշկական գործի կառավարում՝ բժշկական անհրաժեշտության դեպքում ձեր երեխայի համար մասնագիտացված բժիշկներ և խնամք գտնելու համար, ինչպես նաև այլ գործակալություններին, այդ թվում՝ հանրային առողջապահության բուժքույրական և տարածաշրջանային կենտրոններին ուղեգիր տրամադրելու համար:
- Բժշկական թերապիայի ծրագիր (MTP), որը կարող է ապահովել ֆիզիկական թերապիա և/կամ աշխատանքային թերապիա հանրային դպրոցներում բժշկական առումով իրավասու երեխաների համար:

#### Ո՞վ է որակավորվում CCS-ի համար:

CCS ծրագիրը բաց է բոլոր նրանց համար, ովքեր՝

- 21 տարեկանից փոքր են,
- Ունեն կամ կարող են ունենալ բժշկական վիճակ, որը ծածկվում է CCS-ով,
- Կալիֆորնիայի բնակիչ են, և
- Նահանգային հարկային ձևաթղթում ճշգրտված համախառն եկամտի վերաբերյալ տվյալների համաձայն՝ ընտանեկան եկամուտը կազմում է \$40,000-ից պակաս, կամ որակավորված երեխայի համար բժշկական ծախսերը, ենթադրաբար, կկազմեն ընտանեկան եկամտի 20 տոկոսից ավելին:

Ընտանեկան եկամուտը գործոն չէ այն երեխաների համար, ովքեր՝

- Կարիք ունեն ախտորոշիչ ծառայությունների՝ CCS-ի համար իրավասու բժշկական վիճակը հաստատելու համար, կամ
- Որդեգրվել են CCS-ի համար իրավասու հայտնի առողջական վիճակով, կամ
- Դիմում են միայն MTP-ի միջոցով ծառայությունների համար, կամ
- Ունեն Medi-Cal-ի լիարժեք ծածկույթ՝ առանց ծախսերի մասնաբաժնի:

#### Ի՞նչ բժշկական վիճակներ է ապահովագրում CCS-ը:

CCS ծրագիրը ներառում է միայն որոշակի պայմաններ: Ընդհանուր առմամբ, CCS-ը ներառում է բժշկական վիճակներ, որոնք ֆիզիկապես հաշմանդամություն են առաջացնում կամ պահանջում են բժշկական, վիրաբուժական կամ վերականգնողական ծառայություններ: Կարող են լինել նաև որոշակի չափանիշներ, որոնք որոշում են, թե արդյոք ձեր երեխայի առողջական վիճակը համապատասխանում է պահանջներին: Ստորև թվարկված են բժշկական վիճակների այն կատեգորիաները, որոնք կարող են ապահովագրվել, և յուրաքանչյուրի որոշ օրինակներ՝

- Սրտի հետ կապված հիվանդություններ (բնածին սրտի հիվանդություն)
- Նորագոյացություններ (քաղցկեղ, ուռուցքներ)
- Արյան հիվանդություններ (հեմոֆիլիա, մանգաղածև բջջային անեմիա)
- Էնդոկրին, սննդային և նյութափոխանակության հիվանդություններ (վահանածև գեղձի խնդիրներ, ֆենիլկետոնուրիա (PKU), շաքարային դիաբետ)
- Միզասեռական համակարգի խանգարումներ (երիկամների լուրջ քրոնիկ խնդիրներ)
- Մարսողական համակարգի խանգարումներ (քրոնիկ բորբոքային հիվանդություններ, յարդի հիվանդություններ)
- Ի ծնե լուրջ արատներ (շրթունքի/քիմքի ճեղքվածք, ողնաշարի դիսֆունկցիա)
- Չգայական օրգանների խանգարումներ (լսողության կորուստ, գլաուկոմա, կատարակտ)
- Նյարդային համակարգի խանգարումներ (ուղեղային կաթված, անվերահսկելի ցնցումներ)
- Մկանային-կմախքային համակարգի և շարակցական հյուսվածքների խանգարումներ (ռևմատոիդ արթրիտ, մկանային դիստրոֆիա)
- Իմունային համակարգի ծանր խանգարումներ (մարդու իմունային անբավարարության վիրուսի (ՄԻՎՎ) վարակ)
- Հաշմանդամություն առաջացնող վիճակներ կամ թունավորումներ, որոնք պահանջում են ինտենսիվ թերապիա կամ վերականգնում (գլխի, ուղեղի կամ ողնաշարի ծանր վնասվածքներ, ծանր այրվածքներ):
- Վաղաժամ ծննդաբերության բարդություններ, որոնք պահանջում են ինտենսիվ խնամք
- Մաշկի և ենթամաշկային հյուսվածքի հիվանդություններ (ծանր հեմանգիոմա)
- Բժշկական առումով հաշմանդամ դարձնող անոմալիա (ծանր ծոված ատամներ)

Հարցերի դեպքում դիմեք ձեր վարչաշրջանի CCS գրասենյակ:

### **Ի՞նչ պետք է անի դիմորդը կամ նրա ընտանիքը՝ որակավորվելու համար:**

Ընտանիքները (կամ դիմորդը, եթե նա 18 տարեկան կամ ավելի մեծ է, կամ չափահաս հայտարարված անչափահասը) պետք է.

- Լրացրեն դիմումի ձևը՝ սկսած 4-րդ Էջից, և վերադարձրեն այն իրենց տեղական վարչաշրջանի CCS գրասենյակ:
- CCS-ին տրամադրեն պահանջվող բոլոր տեղեկությունները, որպեսզի CCS-ը կարողանա որոշել, թե արդյոք ընտանիքը համապատասխանում է պահանջներին:
- Դիմեն Medi-Cal-ին: Եթե ընտանիքը համապատասխանում է Medi-Cal-ի պահանջներին, երեխան կստանա ապահովագրված է CCS-ով: CCS-ը հաստատում է ծառայությունները, իսկ վճարումը կատարվում է Medi-Cal-ի միջոցով:

### **Ինչպե՞ս է պաշտպանված իմ գաղտնիությունը:**

Կալիֆորնիայի օրենքը պահանջում է, որ ծառայությունների համար դիմող ընտանիքներին տրամադրվի տեղեկատվություն այն մասին, թե ինչպես է CCS-ը պաշտպանում իրենց գաղտնիությունը:<sup>1</sup>

Ձեր գաղտնիությունը պաշտպանելու համար՝

- CCS-ը պետք է այս տեղեկատվությունը գաղտնի պահի:<sup>2</sup>
- CCS-ը կարող է ձևաթղթի վրա նշված տեղեկատվությունը կիսել այլ առողջապահական և սոցիալական ծրագրերի լիազորված աշխատակիցների հետ միայն այն դեպքում, եթե դուք ստորագրել եք համաձայնության ձևաթուղթը:

Քաղաքացիական օրենսգրքի Հոդված 1, Բաժին 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> Համաձայն Կալիֆորնիայի կանոնակարգերի օրենսգրքի Բաժին 41670-ի, Վերնագիր 22-ի և Կալիֆորնիայի Հանրային գրառումների մասին օրենքի (Կառավարության օրենսգիրք, բաժիններ 6250\_6255)

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

Դուք իրավունք ունեք տեսնելու ձեր դիմումը և ձեզ կամ ձեր երեխային վերաբերող CCS գրառումները: Եթե ցանկանում եք տեսնել այս գրառումները, կապվեք ձեր տեղական վարչաշրջանի CCS գրասենյակի հետ: Օրենքով, CCS-ին տրամադրված տեղեկատվությունը պահվում է CCS ծրագրի կողմից:<sup>3</sup>

### **Արդյո՞ք ես իրավունք ունեմ բողոքարկել որոշումը:**

Դուք իրավունք ունեք չհամաձայնվել CCS-ի կողմից կայացված որոշումների հետ:<sup>4</sup> Սա կոչվում է բողոքարկում: Բողոքարկման գործընթացը ծնողին/օրինական խնամակալին կամ դիմորդին հնարավորություն է տալիս համագործակցել CCS ծրագրի հետ՝ անհամաձայնությունների լուծումներ գտնելու համար: Բողոքարկման գործընթացի վերաբերյալ տեղեկությունների համար կապվեք ձեր տեղական վարչաշրջանի CCS գրասենյակի հետ:

### **Որտե՞ղ կարող եմ ավելի շատ տեղեկություններ ստանալ CCS-ի մասին:**

CCS-ի մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք DHCS կայքի CCS-ի գլխավոր էջը՝ <https://www.dhcs.ca.gov/services/ccs/Pages/default.aspx>

Այս դիմումը լրացնելու հարցում օգնության համար խնդրում ենք կապվել ձեր տեղական վարչաշրջանի CCS գրասենյակի հետ: Ձեր վարչաշրջանի CCS գրասենյակը գտնելու համար այցելեք հետևյալ կայքը՝ <https://www.dhcs.ca.gov/services/ccs/Pages/CountyOffices.aspx> կամ փնտրեք ձեր տեղական հեռախոսային տեղեկատուի կառավարության բաժնում «Կալիֆորնիայի Մանկական ծառայություններ» կամ «Վարչաշրջանի առողջապահության վարչություն» բաժիններում:

---

<sup>3</sup>Կալիֆորնիայի Առողջապահության և անվտանգության օրենսգրքի Բաժին 123800 և հաջորդները [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>Կալիֆորնիայի Կանոնակարգերի օրենսգիրք, Վերնագիր 22, Գլուխ 13, Բաժիններ 42702–42703 <https://www.law.cornell.edu/regulations/california/22-CCR-42702>

**Կալիֆորնիայի երեխաների ծառայությունների ծրագրի իրավասությունը որոշելու դիմում**

Այս դիմումը պետք է լրացվի ծնողի, օրինական ինսամակալի կամ դիմորդի (եթե նա 18 տարեկան կամ ավելի մեծ է, կամ չափահաս հայտարարված անչափահաս է) կողմից՝ որոշելու համար, թե արդյոք դիմորդն իրավասու է CCS ծառայություններից/նպաստներից օգտվելու համար: «Դիմորդ» տերմինը նշանակում է այն երեխան, 18 տարեկան կամ ավելի մեծ անհատը կամ չափահաս հայտարարված անչափահասը, որի համար ծառայությունները պահանջվում են: Խնդրում ենք տպել կամ հստակ գրել:

**A. Դիմորդի մասին տեղեկություններ**

1. Դիմորդի անունը (Ազգանուն)	(Անուն)	(Միջին անուն)
---------------------------------	---------	---------------

Ծննդյան վկայականում նշված անունը (եթե տարբեր է)	Ցանկացած այլ անուն, որով հայտնի է դիմորդը
---	---

2. Ծննդյան ամսաթիվը (ամիս, օր, տարի)	3. Ծննդավայր - վարչաշրջան  Երկիր, եթե ծնվել էք ԱՄՆ-ից դուրս	Նահանգ
---	---	--------

4. Դիմորդի բնակության հասցեն (համարը, փողոցը) (մի օգտագործեք փոստային արկղը)

Քաղաք	Վարչաշրջան	Փոստային կոդ
-------	------------	--------------

5. Սեռ

Իգական  Արական

6. Սեռական կողմնորոշում և գենդերային ինքնություն (ըստ ցանկության):

*Եթե դիմորդը ցանկանում է ավելին պատմել իր սեռի, գենդերային ինքնության, գենդերային արտահայտման կամ սեռական կողմնորոշման մասին, խնդրում ենք լրացնել ստորև նշված a, b և c կետերը: 6-րդ բաժինը կամավոր է, բայց DHCS-ի պահանջվում է հարցնել՝ համաձայն Ասսամբլեայի օրանսդրական նախագիծ 959 (2015-2016)-ի:*

a. Ո՞րն է դիմորդի սեռը (նշեք այն վանդակը, որը լավագույնս նկարագրում է ձեր ներկայիս սեռական ինքնությունը):

Իգական  Արական  Տրանսգենդեր՝ Արականից իգական  Տրանսգենդեր՝ Իգականից արական

Ոչ բինար (ո՛չ արական, ո՛չ իգական)  Մեկ այլ սեռական ինքնություն

b. Ի՞նչ սեռ էր նշված դիմորդի ծննդյան վկայականի բնօրինակում:

Իգական  Արական

c. Դիմորդը իրեն համարո՞ւմ է հետևյալը.

Հետերոսեքսուալ  Գեյ/լեսբուհի  Բիսեքսուալ  Զվիր

Մեկ այլ սեռական կողմնորոշում  Անհայտ

7. Ռասա/Եթնիկ պատկանելություն	8. Սոցիալական ապահովագրության համար (կամավոր)
-------------------------------	---

9. Ո՞րն է դիմորդի կասկածելի իրավասու վիճակը կամ հաշմանդամությունը CCS-ի համար:

10. Առաջնային բուժօգնության բժիշկ	11. Բժշկի հեռախոսահամարը
-----------------------------------	--------------------------

**B. Ծնողի/օրինական խնամակալի/ընտանիքի մասին տեղեկություններ**  
 (18 տարեկան կամ ավելի մեծ դիմորդները կամ չափահաս հայտարարված անչափահասները բաց են թողնում ստորև նշված 12-րդ և 14-րդ կետերը):

12. Ծնողի կամ օրինական խնամակալի անունը	13. Մոր անունը և օրիորդական ազգանունը (12-ում նշված չէ)
---	---

14. Բնակության հասցեն (համարը, փողոցը) (մի օգտագործեք փոստային արկղը)

Քաղաք	Վարչաշրջան	Փոստային կոդ
-------	------------	--------------

15. Փոստային հասցե (եթե տարբերվում է 14-ից)

Քաղաք	Վարչաշրջան	Փոստային կոդ
-------	------------	--------------

16. Տան հեռախոսահամար	17. Բջջային հեռախոսահամար	18. Աշխատանքային հեռախոսահամար
-----------------------	---------------------------	--------------------------------

19. Ի՞նչ լեզվով եք խոսում տանը:	20. Էլ.փոստի հասցե
---------------------------------	--------------------

21. Ընտանիքի անդամների թիվը	22. Մյուս ծնողի ազգանունը և անունը (եթե դիմորդի հետ չի ապրում)
-----------------------------	--

Մյուս ծնողի փողոցի հասցեն	Քաղաք	Փոստային կոդ
---------------------------	-------	--------------

**C. Առողջության ապահովագրության մասին տեղեկատվություն**

23. Դիմորդը Medi-Cal ունի՞: <input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ	24. Եթե այո, ո՞րն է դիմորդի Medi-Cal համարը:
---	--

25. Կա՞ր արդյոք ծախսաբաժին: <input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ	26. Եթե այո, ապա ամսական որքա՞ն գումար եք վճարում:
---	--

27a. Դիմորդն ունի՞ այլ առողջապահական ապահովագրություն: <input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ	27b. Եթե այո, ո՞րն է ապահովագրական ծրագրի կամ ընկերության անվանումը:
--	--

27c. Պոլիսի կամ պլանի համարը

28. Ապահովագրական ծրագրի կամ ընկերության տեսակը

- Նախընտրելի մատակարար կազմակերպություն (PPO)
- Առողջության պահպանման կազմակերպություն (HMO)
- Այլ՝

29. Դիմորդը ատամնաբուժական ապահովագրություն ունի՞:

- Այո  Ոչ

30. Դիմորդը տեսողության ապահովագրություն ունի՞:

- Այո  Ոչ

**D. Հավաստագրում**

(Անվան սկզբնատառը և ստորագրությունը ներքևում: Ձեր ստորագրությունը լիազորում է CCS ծրագրին շարունակել այս դիմումի մշակումը):

Ես դիմում եմ CCS ծրագրին՝ ծառայությունների/սպաստների համար իմ իրավասությունը որոշելու համար:

Ես հասկանում եմ, որ այս դիմումի լրացումը չի երաշխավորում դիմորդի ընդունումը CCS ծրագրի կողմից:

Ես տալիս եմ իմ թույլտվությունը ստուգելու իմ բնակության վայրը, առողջական տեղեկությունները կամ այլ հանգամանքներ, որոնք անհրաժեշտ են CCS ծառայություններից/սպաստներից օգտվելու իրավասությունը որոշելու համար:

Ես նաև հավաստում եմ, որ այս ձևաթղթում տրամադրված տեղեկությունները ճշմարիտ և ճշգրիտ են:

Դիմումը լրացնող անձի ստորագրությունը	Հարաբերությունը դիմորդի հետ	Ամսաթիվ՝
Signature of witness (only if the person signed with a mark) (Վկայի ստորագրությունը (միայն այն դեպքում, եթե անձը ստորագրել է նշանով))		Date (Ամսաթիվ)

\* **Տեսեք հրահանգները հաջորդ էջում:**

**ՀՐԱՅԱՆՔՆԵՐ ԿԱԼԻՖՈՐՆԻԱՅԻ ԵՐԵՒԱՆԵՐԻ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԴԻՄՈՒՄԻ (DHCS 4480) ԼՐԱՑՄԱՆ ՀԱՄԱՐ**

Տպեք հստակ, որպեսզի ձեր դիմումը հնարավորինս արագ մշակվի:

Լրացրեք յուրաքանչյուր բաժինն ամբողջությամբ: Եթե դուք չտրամադրեք բոլոր տեղեկությունները, CCS-ը չի կարողանա շարունակել ձեր դիմումի մշակումը: Եթե ձեզ օգնություն է անհրաժեշտ այս ձևաթուղթը լրացնելու համար, կապվեք ձեր տեղական վարչաշրջանի CCS գրասենյակի հետ:

Դիմումը լրացնելուց հետո այն ուղարկեք ձեր տեղական վարչաշրջանի CCS գրասենյակ: Հիշեք ստորագրել և ամսաթիվը նշել ձևաթղթի վրա:

**Բաժին A. Դիմորդի մասին տեղեկություններ** («Դիմորդ» նշանակում է երեխան, 18 տարեկան կամ ավելի մեծ անհատ կամ չափահաս հայտարարված անչափահաս, որի համար պահանջվում են ծառայությունները):

1. **Դիմորդի անունը`** Լրացրեք դիմորդի ազգանունը, անունը և միջին անունը: Հաջորդ վանդակում գրեք դիմորդի անունն ու ազգանունը, ինչպես այն նշված է ծննդյան վկայականում, եթե այն տարբերվում է նրա անունից: Եթե դիմորդը հայտնի է որևէ այլ անունով, այդ անունը նշեք վերջին վանդակում:
2. **Դիմորդի ծննդյան ամսաթիվը`** Գրեք դիմորդի ծննդյան ամիսը, օրը և տարեթիվը:
3. **Ծննդավայր`** Գրեք այն վարչաշրջանը և նահանգը, որտեղ ծնվել է դիմորդը: Նշեք երկիրը, եթե դիմորդը ծնվել է ԱՄՆ-ից դուրս
4. **Հասցե`** Այս դաշտում գրեք դիմորդի ներկայիս բնակության վայրի փողոցի համարը, փողոցի անվանումը, բնակարանի համարը, քաղաքը, վարչաշրջանը և փոստային ինդեքսը: Մի օգտագործեք փոստային արկղ:
5. **Դիմորդի սեռը`** Նշեք դիմորդի համար համապատասխան սեռի վանդակը (արական կամ իգական):
6. **Սեռական կողմնորոշում և գենդերային ինքնություն (ըստ ցանկության)`** Եթե դիմորդը ցանկանում է ավելին պատմել իր սեռի, գենդերային ինքնության, գենդերային արտահայտման կամ սեռական կողմնորոշման մասին, խնդրում ենք լրացնել a, b և c կետերը: Բաժին 6-ը կամավոր է, բայց բայց DHCS-ի պահանջվում է հարցնել՝ [համաձայն Աստամբլեյի օրանտրոպական նախագիծ 959](#) (2015-2016)-ի:
  - 6a. Նշեք այն վանդակը, որը լավագույնս նկարագրում է դիմորդի ներկայիս սեռական ինքնությունը:
  - 6b. Նշեք դիմորդի ծննդյան վկայականի բնօրինակում նշված սեռի տարբերակը:
  - 6c. Նշեք այն վանդակը, որը լավագույնս նկարագրում է դիմորդի սեռական կողմնորոշումը:
7. **Ռասա/Էթնիկ պատկանելություն`** Հետևյալ ցանկից մուտքագրեք այն կատեգորիան, որը լավագույնս նկարագրում է դիմորդի հիմնական ռասան/էթնիկ պատկանելությունը.
 

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Այասկայի բնիկ</li> <li>• Ամերիկացի ասիացի</li> <li>• Ամերիկյան հնդկացի</li> <li>• Ասիացի</li> <li>• Ասիացի հնդիկ</li> <li>• Սևամորթ/Աֆրոամերիկացի</li> <li>• Կամբոջերեն</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• չինացի</li> <li>• Ֆիլիպինցի</li> <li>• Գուամանցի</li> <li>• Հավայացի</li> <li>• Հիսպանիկ/ Լատինոամերիկացի</li> <li>• Ճապոներեն</li> <li>• Կորեացի</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Լաոսցի</li> <li>• Սամոան</li> <li>• Վիետնամցի</li> <li>• Սպիտակամորթ</li> <li>• Այլ</li> </ul>
---	---	---

8. **Դիմորդի սոցիալական ապահովագրության համարը (ըստ ցանկության)**՝ Գրեք դիմորդի ինը նիշանոց սոցիալական ապահովագրության համարը:
9. **Կասկածելի CCS վիճակ կամ հաշմանդամություն**՝ Գրեք դիմորդի հաշմանդամությունը կամ հատուկ առողջապահական կարիքը, որը կբուժվի CCS-ի կողմից: CCS-ի համար իրավասու վիճակների կից նկարագրությունը կարող է օգնել ձեզ (տե՛ս «Ի՞նչ բժշկական վիճակներ է ներառում CCS-ը» 1-ին և 2-րդ էջերում): Եթե չգիտեք, հարցրեք դիմորդի բժշկին կամ տեղը դատարկ թողեք: CCS-ը կկապվի դիմորդի բժշկի հետ, եթե լրացուցիչ տեղեկատվության անհրաժեշտություն լինի:
10. **Դիմորդի ընտանեկան բժշկի անունը**՝ Գրեք դիմորդի բժշկի անունը:
11. **Բժշկի հեռախոսահամար**՝ Գրեք 10-րդ համարում նշված բժշկի հեռախոսահամարը:

**Բաժին B. Ծնողի/օրինական խնամակալի մասին տեղեկություններ** (18 տարեկան կամ ավելի մեծ դիմորդները կամ չափահաս հայտարարված անչափահասները բաց են թողնում 12-րդ և 14-րդ կետերը):

12. **Ծնողի/խնամակալի անուն(ներ)ը**՝ Գրեք դիմորդի ծնողի(ների) անունը(ները) կամ դիմորդի օրինական խնամակալի(ների) անունը(ները):
13. **Մոր անունը և օրհորդական ազգանունը**՝ Գրեք դիմորդի մոր անունը և հաջորդ վանդակում նշեք մոր օրհորդական ազգանունը:
14. **Ջասցե**՝ Գրեք ձեր ներկայիս բնակության վայրի փողոցի համարը, փողոցի անվանումը, բնակարանի համարը, քաղաքը, վարչաշրջանը և փոստային ինդեքսը: Մի օգտագործեք փոստային արկղ:
15. **Փոստային հասցե**՝ Եթե այս հասցեն տարբերվում է 14 համարից, գրեք փողոցի համարը, փողոցի անվանումը, քաղաքը և փոստային ինդեքսը:
16. **Տան հեռախոսահամար**՝ Գրեք տան հեռախոսահամարը, որով կարող են կապ հաստատել ձեզ հետ:
17. **Բջջային հեռախոսահամար**՝ Գրեք բջջային հեռախոսահամարը, որով կարող են կապ հաստատել ձեզ հետ:
18. **Աշխատանքային հեռախոսահամար**՝ Գրեք աշխատանքային հեռախոսահամարը, որով կարող են կապ հաստատել ձեզ հետ:
19. **Խոսակցական լեզու(ներ)**՝ Գրեք այն լեզուն, որով խոսում եք տանը:
20. **Էլ. հասցե**՝ Գրեք ծնողի կամ օրինական խնամակալի էլեկտրոնային փոստի հասցեն:
21. **Ընտանիքի անդամների թիվը**՝ Գրեք նույն տնային տնտեսությունում ապրող անձանց թիվը:
22. **Մյուս ծնողի անունը և հասցեն, եթե նա դիմորդի հետ չի ապրում**. Գրեք երկրորդ կոնտակտային անձի անունը և հասցեն:

### **Բաժին C. Առողջության ապահովագրության մասին տեղեկատվություն**

Եթե CCS-ը կարծի, որ դուք կարող եք որակավորվել, նրանք կխնդրեն ձեզ դիմել Medi-Cal-ի համար, եթե ներկայումս չեք ստանում Medi-Cal առողջապահական նպաստներ:

23. Եթե դիմորդը չի ստանում Medi-Cal, նշեք «Ոչ» և անցեք 27a համարին: Եթե դիմորդը ստանում է Medi-Cal, նշեք «Այո» և լրացրեք դիմորդի Medi-Cal համարը:
24. Եթե դուք՝ որպես դիմորդ, ունեք Medi-Cal, մուտքագրեք Medi-Cal-ի 14-անիշ համարը:
25. Եթե դուք վճարում եք ձեր Medi-Cal ապահովագրության արժեքի մի մասը, նշեք «Այո»:
26. Եթե վճարում եք ծախսերի մի մասը, լրացրեք ամսական վճարվող գումարը:
- 27a. Եթե դիմորդը չունի այլ առողջության ապահովագրություն, նշեք «Ոչ» և անցեք 29 համարին:
- 27b. Եթե դիմորդն ունի առողջության ապահովագրություն, լրացրեք ապահովագրական ծրագրի կամ ընկերության անվանումը:

- 27c. Եթե դիմորդն ունի առողջության ապահովագրություն, լրացրեք պոլիսի կամ ծրագրի համարը:
28. Եթե դիմորդն ունի առողջության ապահովագրություն, նշեք համապատասխան վանդակը՝ կախված ապահովագրության տեսակից: Ձեր ապահովագրության ձևաթղթերում նշված է, թե ինչ տեսակի առողջության ապահովագրություն ունեք: Եթե համոզված չեք, զանգահարեք ձեր առողջության ապահովագրության ընկերությանը և հարցրեք նրանց:
29. Եթե դիմորդն ունի ատամնաբուժական ապահովագրություն, նշեք «Այո»: Եթե դիմորդը չունի ատամնաբուժական ապահովագրություն, նշեք «Ոչ»:
30. Եթե դիմորդն ունի տեսողության ապահովագրություն, նշեք «Այո»: Եթե դիմորդը տեսողության ապահովագրություն չունի, նշեք «Ոչ»:

### **Բաժին D. Հավաստագրում**

Համոզվեք, որ ստորագրում եք և ամսաթիվ նշում եք թանաքով: Եթե ստորագրությունը ստորագրված է նշանով, ինդրեք վկայի ստորագրել և լրացնել ամսաթիվը:

«Դիմորդի հետ կապը» բաժնում մուտքագրեք հայրը, մայրը, օրինական ինսամակալը կամ ինքներդ (18 տարեկան կամ ավելի մեծ անձանց կամ չափահաս հայտարարված անչափահասների դեպքում):

### **Ձեր դիմումի ներկայացնելը**

Ձեր դիմումը ուղարկեք փոստով կամ հանձնեք ձեր տեղական վարչաշրջանի CCS գրասենյակ: Ձեր վարչաշրջանի CCS գրասենյակը գտնելու համար այցելեք <https://www.dhcs.ca.gov/services/ccs/Pages/CountyOffices.aspx> կայքը կամ փնտրեք ձեր տեղական հեռախոսային տեղեկատուի կառավարության բաժնում՝ «Կալիֆորնիայի Երեխաների ծառայություններ» կամ «վարչաշրջանի առողջապահության վարչություն» բաժիններում: