

關於 California Children' s Services 的資訊

什麼是 California Children' s Services (CCS) 計畫？

CCS 是一項全州性計畫，專為患有某些身體功能障礙與慢性健康狀況或疾病的兒童提供治療。CCS 可授權並支付由 CCS 認可專科醫師所提供的特定醫療服務與設備費用。加州衛生保健服務部 (DHCS) 負責管理 CCS 計畫。較大的縣自行營運其 CCS 計畫，而較小的縣則與 DHCS 共同營運該計畫。CCS 計畫的資金來源包括州政府、縣政府與聯邦稅收資金，以及由父母、法定監護人或申請人（若年滿 18 歲或是已獨立之未成年人）支付的部分費用。

CCS 為兒童提供哪些服務？

如果您或您孩子的醫生認為孩子可能患有符合 CCS 資格的醫療狀況，CCS 可支付或提供醫療評估，以判定孩子的病情是否符合參加 CCS 計畫的資格。

如果您的孩子符合資格，CCS 可支付或提供下列服務：

- 治療服務，例如醫生服務、住院與外科手術照護、物理治療與職能治療、實驗室檢查、X 光檢查、矯形器具及醫療設備。
- 醫療個案管理服務，協助安排必要時所需的專科醫師與照護，並可轉介至其他機構，包括公共衛生護理機構與區域中心；或者
- Medical Therapy 計畫 (MTP)，可以為符合醫療資格的兒童在公立學校內提供物理治療和/或職能治療。

誰有資格獲得 CCS 服務？

CCS 計畫開放給符合下列條件的對象申請：

- 未滿 21 歲；
- 具有或可能具有 CCS 所涵蓋的醫療狀況；
- 是加州居民；并且
- 在州報稅表中的調整後家庭年收入總額少於 40,000 美元，或者預期為符合資格的孩子支付的自費醫療費用將超過家庭年收入的 20%。

對於下列情況的兒童，家庭收入不會作為評估資格的因素：

- 需要診斷服務以確認是否具有符合 CCS 資格的醫療狀況；
- 為已知患有符合 CCS 資格醫療狀況的收養兒童；或者
- 僅申請 Medical Therapy 計畫 (MTP) 提供的服務；或者
- 具有 Medi-Cal (加州醫療補助計劃) 完整福利且無自付額。

CCS 涵蓋哪些醫療狀況？

CCS 計畫僅涵蓋某些特定情況。一般而言，CCS 涵蓋那些會導致身體功能障礙、或需要醫療、外科手術或復健服務的醫療狀況。您的孩子是否符合資格，可能還需依據某些特定標準進一步評估。以下列出可能被涵蓋的醫療狀況類別及部分示例：

- 心臟相關疾病 (先天性心臟病)
- 腫瘤類疾病 (癌症、腫瘤)
- 血液疾病 (血友病、鐮刀型紅血球貧血)
- 內分泌、營養與代謝疾病 (甲狀腺問題、苯酮尿症 (PKU)、糖尿病)
- 泌尿生殖系統疾病 (嚴重的慢性腎臟疾病)
- 胃腸道疾病 (慢性發炎性疾病、肝臟疾病)
- 嚴重的先天缺陷 (唇顎裂、脊髓脊膜膨出)
- 感覺器官疾病 (聽力損失、青光眼、白內障)
- 神經系統疾病 (腦性麻痺、無法控制的癲癇)
- 肌肉骨骼與結締組織疾病 (類風濕性關節炎、肌肉萎縮症)
- 嚴重的免疫系統疾病 (人類免疫缺陷病毒 (HIV) 感染)
- 需重症照護或復健的致殘性狀況或中毒 (嚴重的頭部、腦部或脊髓損傷、嚴重燒燙傷)
- 因早產所導致需高強度照護的併發症
- 皮膚與皮下組織疾病 (嚴重的血管瘤)
- 導致功能障礙的齒列咬合不正 (嚴重牙齒擁擠或錯位)

如您有任何疑問，請聯絡您所在縣的 CCS 辦公室。

申請人或家庭需要做些什麼才能符合資格？

家庭 (或申請人，例如年滿 18 歲或是已獨立之未成年人) 必須：

- 填寫第 4 頁起的申請表，並將其寄回當地縣的 CCS 辦公室；
- 提供 CCS 要求的所有資訊，以便 CCS 判定該家庭是否符合資格；
- 申請 Medi-Cal。如果家庭符合 Medi-Cal 資格，則該名兒童也將受到 CCS 的保障。CCS 批准相關服務；費用將透過 Medi-Cal 支付。

我的隱私如何受到保護？

加州法律規定，申請 CCS 服務的家庭必須獲得關於 CCS 如何保護隱私的資訊。¹

為了保護您的隱私：

- CCS 必須對這些資訊保密。²
- CCS 僅在您簽署同意書的情況下，才可將表格上的資訊分享給其他衛生與福利計畫的授權工作人員。

¹ 《民法典》第 1798.17 條

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

² 根據《加州法規彙編》第 22 篇第 41670 條以及《加州公共紀錄法》(《政府法典》第 6250 條至第 6255 條)

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

您有權查看您或您孩子的申請資料與 CCS 記錄。如果您希望查看這些記錄，請聯絡您當地縣的 CCS 辦公室。根據法律規定，您提供給 CCS 的資訊將由 CCS 計畫保留存檔。³

我有權對決定提出上訴嗎？

您有權對 CCS 做出的決定提出異議。⁴ 這稱為上訴。上訴程序讓父母 / 法定監護人或申請人能夠與 CCS 計畫合作，針對意見分歧尋求解決方案。如需了解上訴程序的相關資訊，請聯絡您當地縣的 CCS 辦公室。

在哪裡可以獲得關於 CCS 的更多資訊？

關於 CCS 的更多信息，請造訪 DHCS 網站上的 CCS 主頁：<https://www.dhcs.ca.gov/services/ccs/Pages/default.aspx>

如需填寫此申請表的協助，請聯絡您當地縣的 CCS 辦公室。要查找您所在縣的 CCS 辦公室，請造訪：<https://www.dhcs.ca.gov/services/ccs/Pages/CountyOffices.aspx>，或者查閱您當地電話簿政府部門欄目下的「California Children's Services」或「縣衛生部門」。

³ 《加州健康與安全法典》第 123800 條及其後條文

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

⁴ 《加州法規彙編》第 22 篇第 13 章第 42702 條至第 42703 條

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

7. 種族 / 族裔	8. 社會安全號碼 (可選)
------------	------------------

9. 申請人疑似符合 CCS 資格的疾病或障礙是什麼？

10. 初級保健醫生	11. 醫生的電話號碼
------------	-------------

B. 父母/法定監護人/家庭資訊

(年滿 18 歲之申請人或已獨立之未成年人可略過下列第 12 與第 14 項。)

12. 父母或法定監護人的姓名	13. 母親的名字和娘家姓 (未在 12 項中指明)
-----------------	------------------------------

14. 居住地址 (門牌號碼、街道) (請勿使用郵政信箱)

城市	縣	郵遞區號
----	---	------

15. 郵寄地址 (如與 14 項不同)

城市	縣	郵遞區號
----	---	------

16. 家庭電話號碼	17. 手機號碼	18. 工作電話號碼
------------	----------	------------

19. 您在家說什麼語言？	20. 電子郵件地址
---------------	------------

21. 家庭成員人數	22. 另一位父 / 母的姓氏與名字 (如果不與申請人同住)
------------	----------------------------------

另一位家長的街道地址	城市	郵遞區號
------------	----	------

C. 健康保險資訊

23. 申請人是否有 Medi-Cal ? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	24. 如果是，申請人的 Medi-Cal 號碼是多少？
--------------------------------------------------------------------------------	------------------------------

25. 是否有自付額？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	26. 如果「是」，請填寫您每月需支付的金額：
----------------------------------------------------------------------	-------------------------

27a. 申請人是否有其他健康保險？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	27b. 如果「是」，請填寫保險計畫或保險公司的名稱：
-----------------------------------------------------------------------------	-----------------------------

27c. 保單或計畫編號

28. 保險計畫或公司類型

首選醫療機構 (PPO)

健康保健組織 (HMO)

其他：

29. 申請人是否有牙科保險？

是 否

30. 申請人是否有眼科保險？

是 否

D. 認證

(請在下方填寫姓名首字母並簽名。您的簽名即授權 CCS 計畫繼續處理此申請。)

本人正在向 CCS 計畫提出申請，以判定是否符合服務 / 福利資格。

本人明白，填寫此申請表並不保證 CCS 計畫將接受申請人。

本人同意授權查核本人的居住地址、健康資訊或其他用以判定是否符合 CCS 服務 / 福利資格之相關情況。

本人同時證明，此表格中所提供的資訊皆真實且正確。

填寫申請表之人簽名	與申請人的關係	日期
(見證人簽名 (僅限已勾選的人簽名))		(日期)

*請參閱下一頁的說明。

CALIFORNIA CHILDREN' S SERVICES 申請表 (DHCS 4480) 填寫說明

請用正楷清楚填寫，以利您的申請盡快處理。

完整填寫每個部分。如果您未提供所有所需資訊，CCS 將無法繼續處理您的申請。如果您需要填寫協助，請聯絡您當地縣的 CCS 辦公室。

完成申請表後，請將其郵寄至您當地縣的 CCS 辦公室。請記得在表格上簽名並填寫日期。

A 部分：申請人資訊（「申請人」是指所申請服務之對象，包括兒童、年滿 18 歲之個人，或已獨立之未成年人）。

1. **申請人姓名**：填寫申請人的姓氏、名字與中間名。如果申請人的姓名與出生證明上顯示的姓名不同，請在下一個方格中填寫申請人的全名。如果申請人有其他姓名，請在最後一個方格中填寫該姓名。
2. **申請人出生日期**：填寫申請人的出生年、月、日。
3. **出生地**：填寫申請人出生的縣和州。如果申請人在美國以外出生，請註明出生國家。
4. **地址**：在此填寫申請人目前住所的街道號碼、街道名稱、公寓號碼、城市、縣和郵遞區號。請勿使用郵政信箱。
5. **申請人性別**：在申請人的性別框中勾選正確的性別（男或女）。
6. **性取向與性別認同（選填）**：如果申請人希望向我們說明更多關於其性別、性別認同、性別表達或性取向的資訊，請填寫 a、b、c 三項內容。第 6 部分為選填項目，但根據已通過的 [《第 959 號州議會法案》](#)（2015–2016），DHCS 必須詢問相關資訊。
 - 6a. 勾選最能描述申請人目前性別認同的選項。
 - 6b. 勾選申請人原始出生證明上所列的性別。
 - 6c. 勾選最能描述申請人性取向的選項。
7. **種族 / 族裔**：請從以下列表中選出最能描述申請人主要種族 / 族裔的類別：

• 阿拉斯加原住民	• 華人	• 老撾人
• 美亞人	• 菲律賓人	• 薩摩亞人
• 美洲印地安人	• 關島人	• 越南人
• 亞裔	• 夏威夷人	• 白人
• 亞洲印度人	• 西班牙裔/拉丁裔	• 其他
• 黑人/非裔美國人	• 日本人	
• 柬埔寨語	• 韓國語	

8. **申請人社會安全號碼 (可選)** : 填寫申請人的九位數社會安全號碼。
9. **疑似符合 CCS 資格的疾病或障礙** : 填寫申請人的障礙或特殊健康照護需求, 該狀況應為 CCS 可提供治療的類別。所附的 CCS 資格疾病說明可能有助於您判斷 (請參見第 1 至第 2 頁的「CCS 涵蓋哪些醫療狀況」)。如果您不知道, 可詢問申請人的醫師, 或留空。如果需要更多資訊, CCS 將與申請人的醫師聯繫。
10. **申請人的初級照護醫生姓名** : 填寫申請人醫生的姓名。
11. **醫生電話號碼** : 填寫第 10 項列出的醫生的電話號碼。

B部分: 父母/法定監護人資訊 (申請人若年滿 18 歲, 或是已獨立之未成年人, 可略過第 12 與第 14 項)。

12. **父母/監護人姓名** : 填寫申請人父母的姓名, 或申請人法定監護人的姓名。
13. **母親的名字和娘家姓** : 填寫申請人母親的名字, 並在下一欄填寫母親的娘家姓。
14. **地址** : 填寫您目前居住地的門牌號碼、街道名稱、公寓號碼、城市、縣別與郵遞區號。請勿填寫郵政信箱。
15. **郵寄地址** : 如果此地址與第 14 項不同, 請填寫街道號碼、街道名稱、城市與郵遞區號。
16. **家庭電話號碼** : 填寫可聯絡到您的住家電話號碼。
17. **手機號碼** : 填寫可聯絡到您的手機號碼。
18. **工作電話號碼** : 填寫可聯絡到您的工作電話號碼。
19. **使用語言** : 填寫您在家中使用的語言。
20. **電子郵件** : 填寫父母或法定監護人的電子郵件地址。
21. **家庭單位人數** : 填寫與您同住的家庭成員人數。
22. **如果未與申請人同住, 請填寫另一位家長的姓名與地址** : 填寫第二聯絡人的姓名與地址。

C部分: 健康保險資訊

如果 CCS 認為您可能符合資格, 且您目前尚未獲得 Medi-Cal 醫療福利, 他們將要求您申請 Medi-Cal。

23. 如果申請人未領取 Medi-Cal, 請勾選「否」, 並跳至第 27a 項。如果申請人已領取 Medi-Cal, 請勾選「是」, 並填寫申請人的 Medi-Cal 編號。
24. 如果申請人具有 Medi-Cal, 請填寫 14 位數的 Medi-Cal 編號。
25. 如果您需自付部分 Medi-Cal 保險費用, 請勾選「是」。
26. 如果需分擔部分費用, 請填寫每月支付的金額。
- 27a. 如果申請人沒有其他健康保險, 請勾選「否」, 並跳至第 29 項。
- 27b. 如果申請人具有健康保險, 請填寫保險計畫或保險公司的名稱。
- 27c. 如果申請人具有健康保險, 請填寫保單或計畫編號。

28. 如果申請人具有健康保險，請根據保險類型勾選相應的選項。您的保險文件會列出您所持有的健康保險類型。如果您不確定，請致電您的健康保險公司詢問。
29. 如果申請人具有牙科保險，請勾選「是」。如果申請人沒有牙科保險，請勾選「否」。
30. 如果申請人具有眼科保險，請勾選「是」。如果申請人沒有眼科保險，請勾選「否」。

D部分：認證

請務必使用墨水簽名並填寫日期。如果以記名簽名，請由見證人簽名並填寫日期。

在「與申請人之關係」欄位中，請填寫父親、母親、法定監護人，或（若是年滿 18 歲或已獨立之未成年人）填寫本人。

提交申請

請將申請表郵寄或親送至您所在地縣的 CCS 辦公室。要查找您所在縣的 CCS 辦公室，請造訪：

<https://www.dhcs.ca.gov/services/ccs/Pages/CountyOffices.aspx>，或者查閱您當地電話簿政府部門欄目下的「California Children's Services」或「縣衛生部門」。