

## اطلاعات مربوط به California Children's Services

### برنامه California Children's Services (خدمات ویژه کودکان در کالیفرنیا، CCS) چیست؟

برنامه CCS یک برنامه سراسری ایالتی است که کودکان دارای محدودیت‌های جسمی خاص و بیماری‌ها یا شرایط مزمن سلامتی را درمان می‌کند. CCS می‌تواند خدمات پزشکی و تجهیزات خاصی را که توسط متخصصان مورد تأیید CCS ارائه می‌شوند، تأیید و هزینه آن‌ها را پرداخت کند. برنامه CCS توسط اداره خدمات مراقبت از سلامت کالیفرنیا (DHCS) مدیریت می‌شود. شهرستان‌های بزرگ، برنامه CCS خود را به صورت مستقل اجرا می‌کنند، در حالی که شهرستان‌های کوچکتر این برنامه را به صورت مشترک با DHCS اداره می‌کنند. برنامه CCS از محل مالیات‌های ایالتی، شهرستانی و فدرال تأمین مالی می‌شود، به علاوه برخی هزینه‌هایی که توسط والدین، قیم قانونی، یا خود متقاضی (در صورتی که 18 ساله یا بزرگتر باشد یا یک فرد صغیر دارای استقلال قانونی باشد) پرداخت می‌گردد.

### CCS چه خدماتی به کودکان ارائه می‌دهد؟

اگر شما یا پزشک فرزندتان فکر می‌کنید که فرزندتان ممکن است یک وضعیت پزشکی واجد شرایط برای برنامه CCS داشته باشد، این برنامه ممکن است هزینه ارزیابی پزشکی را پرداخت کند یا آن را ارائه دهد تا مشخص شود آیا بیماری فرزندتان تحت پوشش قرار می‌گیرد یا خیر.

اگر فرزند شما واجد شرایط باشد، برنامه CCS ممکن است هزینه موارد زیر را پرداخت کند یا آن‌ها را فراهم کند:

- درمان‌هایی مانند خدمات پزشک، مراقبت‌های بیمارستانی و جراحی، فیزیوتراپی و کاردرمانی، آزمایش‌های آزمایشگاهی، رادیوگرافی (اشعه ایکس)، وسایل ارتوپدی و تجهیزات پزشکی.
- مدیریت پرونده پزشکی برای کمک به یافتن پزشکان متخصص و مراقبت‌های لازم برای فرزند شما در مواقع ضروری پزشکی و ارجاع به سایر سازمان‌ها، از جمله پرستاری سلامت عمومی و مراکز منطقه‌ای؛ یا
- Medical Therapy Program (برنامه درمان پزشکی، MTP)، که می‌تواند فیزیوتراپی و/یا کاردرمانی را در مدارس دولتی برای کودکانی که از نظر پزشکی واجد شرایط هستند، ارائه دهد.

### چه کسانی واجد شرایط برنامه CCS هستند؟

برنامه CCS برای افرادی که شرایط زیر را داشته باشند در دسترس است:

- کمتر از 21 سال دارند؛
- وضعیت پزشکی دارند یا ممکن است داشته باشند که تحت پوشش CCS قرار می‌گیرد؛
- ساکن ایالت کالیفرنیا هستند؛ و
- درآمد خانواده کمتر از 40,000 دلار باشد، همان‌طور که در بخش درآمد ناخالص تعدیل‌شده در فرم مالیات ایالتی گزارش شده است، یا هزینه‌های پزشکی پرداخت‌شده از جیب برای فرزندی که واجد شرایط است، انتظار می‌رود که بیش از 20 درصد از درآمد خانواده باشد.

درآمد خانواده برای کودکانی که شرایط زیر را دارند، ملاک محسوب نمی‌شود:

- به خدمات تشخیصی نیاز دارد تا یک وضعیت پزشکی واجد شرایط CCS تأیید شود؛ یا
- به فرزندی پذیرفته شده‌اند و دارای یک وضعیت پزشکی مشمول برنامه CCS هستند؛ یا
- فقط برای دریافت خدمات از طریق برنامه MTP درخواست داده‌اند؛ یا
- دارای Medi-Cal کامل، بدون سهم هزینه هستند.

### چه وضعیت‌های پزشکی تحت پوشش برنامه CCS قرار می‌گیرند؟

تنها برخی بیماری‌ها توسط برنامه CCS پوشش داده می‌شوند. به‌طور کلی، برنامه CCS وضعیت‌های پزشکی را پوشش می‌دهد که باعث ناتوانی جسمی می‌شوند یا به خدمات پزشکی، جراحی یا توان‌بخشی نیاز دارند. همچنین ممکن است معیارهای خاصی وجود داشته باشد که تعیین کند آیا وضعیت پزشکی فرزند شما واجد شرایط برنامه است یا خیر. در ادامه دسته‌هایی از وضعیت‌های پزشکی که ممکن است تحت پوشش باشند به همراه نمونه‌هایی از هر گروه آمده است:

- بیماری‌های مربوط به قلب (مانند بیماری‌های مادرزادی قلب)
  - نئوپلاسم‌ها (سرطان‌ها، تومورها)
  - اختلالات خونی (هموفیلی، کم‌خونی داسی‌شکل)
  - بیماری‌های غدد درون‌ریز، تغذیه‌ای و متابولیک (مشکلات تیروئید، فنیل‌کتونوری (PKU)، دیابت)
  - اختلالات دستگاه ادراری-تناسلی (مشکلات مزمن و جدی کلیه)
  - اختلالات دستگاه گوارش (بیماری‌های التهابی مزمن، بیماری‌های کبدی)
  - ناهنجاری‌های مادرزادی جدی (شکاف لب/کام، مَهرشکاف)
  - اختلالات اندام‌های حسی (کم‌شنوایی، آب‌سیاه (گلوکوم)، آب‌مرورید)
  - اختلالات دستگاه عصبی (فلج مغزی، تشنج‌های کنترل‌نشده)
  - اختلالات سیستم اسکلتی-عضلانی و بافت‌های همبند (آرتروز، دیستروفی عضلانی)
  - اختلالات شدید سیستم ایمنی (عفونت ویروس نقص ایمنی انسانی (HIV))
  - شرایط ناتوان‌کننده یا مسمومیت‌هایی که نیاز به مراقبت ویژه یا توان‌بخشی دارند (آسیب‌های شدید به سر، مغز یا نخاع، سوختگی‌های شدید)
  - عوارض ناشی از تولد زودرس که نیاز به سطح بالایی از مراقبت دارند
  - اختلالات پوست و بافت زیرپوستی (همانژیوم شدید)
  - ناهنجاری‌های شدید دندانی از نظر پزشکی (نامرتبی شدید دندان‌ها)
- در صورت داشتن هرگونه سؤال، با دفتر CCS شهرستان خود تماس بگیرید.

#### متقاضی یا خانواده برای واجد شرایط شدن چه کاری باید انجام دهند؟

- خانواده‌ها (یا خود متقاضی، اگر 18 ساله یا بزرگتر باشد، یا یک صغیر دارای استقلال قانونی باشد) باید:
- فرم درخواست را از صفحه 4 تکمیل کرده و آن را به دفتر CCS شهرستان محل سکونت خود تحویل دهند؛
  - تمام اطلاعات خواسته‌شده را در اختیار CCS قرار دهند تا بتواند واجد شرایط بودن خانواده را بررسی کند؛
  - برای برنامه Medi-Cal درخواست دهند. اگر خانواده‌ای واجد شرایط Medi-Cal باشد، کودک نیز تحت پوشش CCS قرار می‌گیرد. خدمات توسط CCS تأیید می‌شوند و پرداخت از طریق Medi-Cal انجام می‌شود.

#### چگونه از حریم خصوصی من محافظت می‌شود؟

- طبق قانون کالیفرنیا، به خانواده‌هایی که برای دریافت خدمات درخواست می‌دهند، اطلاعاتی در مورد چگونگی محافظت CCS از حریم خصوصی‌شان ارائه می‌شود.<sup>1</sup>
- برای حفاظت از حریم خصوصی شما:
- CCS موظف است این اطلاعات را محرمانه نگه دارد.<sup>2</sup>
  - CCS تنها در صورتی می‌تواند اطلاعات موجود در فرم را با کارکنان مجاز سایر برنامه‌های سلامت و رفاهی به اشتراک بگذارد که شما یک فرم رضایت‌نامه را امضا کرده باشید.

<sup>1</sup>قانون مدنی، بخش 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>مطابق با بخش 41670 از عنوان 22 «مجموعه مقررات ایالت کالیفرنیا» (California Code of Regulations) و همچنین «قانون اسناد عمومی ایالت کالیفرنیا» (California Public Records Act) — (قانون دولتی، بخش‌های 6250 6255 ات)

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

شما این حق را دارید که درخواست و سوابق CCS مربوط به خود یا فرزندتان را مشاهده کنید. اگر مایل به مشاهده این سوابق هستید، با دفتر CCS شهرستان محل سکونت خود تماس بگیرید. طبق قانون، اطلاعاتی که در اختیار CCS قرار می‌دهید توسط برنامه CCS نگهداری می‌شود.<sup>3</sup>

#### آیا من حق درخواست تجدید نظر در مورد یک تصمیم را دارم؟

شما این حق را دارید که با تصمیمات اتخاذ شده توسط CCS مخالفت کنید.<sup>4</sup> این فرایند «درخواست تجدیدنظر» (appeal) نامیده می‌شود. فرایند تجدیدنظر راهی را در اختیار والد/قیم قانونی یا متقاضی قرار می‌دهد تا با همکاری برنامه CCS برای یافتن راهکارهایی جهت رفع اختلاف‌ها تلاش کنند. برای کسب اطلاعات درباره فرایند تجدیدنظر، با دفتر CCS شهرستان محل سکونت خود تماس بگیرید.

#### از کجا می‌توانم اطلاعات بیشتری در مورد CCS به دست بیاورم؟

برای کسب اطلاعات بیشتر درباره برنامه CCS، لطفاً به صفحه اصلی CCS در وبسایت DHCS رجوع کنید:  
<https://www.dhcs.ca.gov/services/ccs/Pages/default.aspx>

برای دریافت کمک در تکمیل این فرم درخواست، لطفاً با دفتر CCS شهرستان محل سکونت خود تماس بگیرید. برای پیدا کردن دفتر CCS در شهرستان خود، به نشانی زیر رجوع کنید: <https://www.dhcs.ca.gov/services/ccs/Pages/CountyOffices.aspx>، یا در بخش دولتی دفترچه راهنمای تلفن محلی خود، زیر عنوان‌های «California Children's Services» (خدمات ویژه کودکان در کالیفرنیا) یا «county health department» (اداره سلامت شهرستان) جستجو کنید.

<sup>3</sup>بخش 123800 و مواد بعدی از قانون سلامت و ایمنی کالیفرنیا (California Health and Safety Code).

[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>مجموعه مقررات ایالت کالیفرنیا، عنوان 22، فصل 13، بخش‌های 42702-42703

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

### درخواست برای تعیین واجد شرایط بودن در برنامه California Children Services

این درخواست باید توسط والد، قیم قانونی، یا متقاضی (در صورتی که 18 سال یا بیشتر داشته باشد، یا یک فرد صغیر دارای استقلال قانونی باشد) تکمیل شود تا مشخص گردد آیا متقاضی واجد شرایط دریافت خدمات/مزایای برنامه CCS هست یا خیر. اصطلاح «متقاضی» به کودک، فرد 18 ساله یا بزرگتر، یا صغیر دارای استقلال قانونی اشاره دارد که خدمات برای او درخواست شده است. لطفاً با حروف خوانا تایپ کنید یا به صورت واضح بنویسید.

#### A. اطلاعات متقاضی

1. نام متقاضی (نام خانوادگی) (نام) (نام میانی)

نام درج شده در گواهی تولد (اگر متفاوت است) هر نام دیگری که متقاضی با آن شناخته می شود

2. تاریخ تولد (روز، ماه، سال) 3. محل تولد - شهرستان ایالت

کشور محل تولد، در صورت تولد خارج از ایالات متحده

4. نشانی محل سکونت متقاضی (شماره، خیابان) (از صندوق پستی استفاده نکنید)

شهر شهرستان کد پستی

5. جنسیت

زن  مرد

6. گرایش جنسی و هویت جنسیتی (اختیاری):

اگر متقاضی مایل است اطلاعات بیشتری درباره جنسیت، هویت جنسیتی، بیان جنسیتی یا گرایش جنسی خود ارائه دهد، لطفاً موارد a، b و c را در زیر تکمیل کند. بخش 6 اختیاری است، اما با تصویب لایحه مجلس شماره 959 (دوره 2015-2016)، DHCS موظف به طرح این پرسش ها شده است.

a. جنسیت متقاضی چیست؟ (لطفاً گزینه ای را که بهترین توصیف از هویت جنسیتی فعلی شماست، علامت بزنید):

زن  مرد  تراجنسیتی: مرد به زن  تراجنسیتی: زن به مرد

غیردوگانه (نه مرد و نه زن)  سایر هویت های جنسیتی

b. چه جنسیتی در گواهی اصلی تولد متقاضی ثبت شده است؟

زن  مرد

c. آیا متقاضی خود را این گونه می بیند:

استریت/دگرجنس گرا  همجنس گرای مرد (گی)/همجنس گرای زن (لزبین)  دوجنس گرا  کویر

سایر گرایش های جنسی  نامعلوم

7. نژاد/قومیت	8. شماره تأمین اجتماعی (اختیاری)
---------------	----------------------------------

9. بیماری یا ناتوانی که احتمال دارد متقاضی به آن مبتلا باشد و مشمول خدمات برنامه CCS باشد چیست؟

10. پزشک مراقبت‌های اولیه	11. شماره تلفن پزشک
---------------------------	---------------------

### B. اطلاعات والد/قیم قانونی/خانواده

(متقاضیان 18 ساله یا بزرگتر، یا افراد صغیر دارای استقلال قانونی، از پاسخ به موارد 12 و 14 در زیر صرف‌نظر کنند.)

12. نام والد یا قیم قانونی	13. نام مادر و نام خانوادگی او قبل از ازدواج (در بخش 12 مشخص نشده است)
----------------------------	--

14. نشانی محل سکونت (شماره، خیابان) (از صندوق پستی استفاده نکنید)

شهر	شهرستان	کد پستی
-----	---------	---------

15. نشانی پستی (اگر با گزینه 14 متفاوت است)

شهر	شهرستان	کد پستی
-----	---------	---------

16. شماره تلفن منزل	17. شماره تلفن همراه	18. شماره تلفن محل کار
---------------------	----------------------	------------------------

19. در خانه به چه زبانی صحبت می‌کنید؟	20. نشانی ایمیل
---------------------------------------	-----------------

21. تعداد افراد در واحد خانواده	22. نام و نام خانوادگی والد دیگر (در صورتی که با متقاضی زندگی نمی‌کند)
---------------------------------	--

نشانی والد دیگر	شهر	کد پستی
-----------------	-----	---------

### C. اطلاعات بیمه سلامت

23. آیا متقاضی دارای Medi-Cal است؟	24. اگر پاسخ «بله» است، شماره Medi-Cal متقاضی چیست؟
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	

25. آیا سهم هزینه پرداخت می‌کنید؟	26. اگر پاسخ «بله» است، مبلغی که ماهانه پرداخت می‌کنید چقدر است؟
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	

27a. آیا متقاضی بیمه سلامت دیگری دارد؟	27b. اگر پاسخ «بله» است، نام طرح یا شرکت بیمه چیست؟
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	

27c. شماره بیمه‌نامه یا شماره طرح

28. نوع طرح یا شرکت بیمه

 سازمان ارائه‌دهنده خدمات ترجیحی (PPO) سازمان حفظ سلامت (HMO) سایر موارد:

29. آیا متقاضی بیمه دندانپزشکی دارد؟

 بله  خیر

30. آیا متقاضی بیمه چشمپزشکی دارد؟

 بله  خیر**D. گواهی‌نامه**

(لطفاً در زیر، امضا و ابتدای نام خود را درج کنید. امضای شما به برنامه CCS اجازه می‌دهد که فرایند بررسی این درخواست را ادامه دهد.)

من برای برنامه CCS درخواست می‌دهم تا واجد شرایط بودنم برای دریافت خدمات/مزایا مشخص شود.

من می‌دانم که تکمیل این درخواست تضمینی برای پذیرش متقاضی در برنامه CCS نیست.

من اجازه می‌دهم که اطلاعات محل سکونت، اطلاعات سلامت، یا سایر شرایط لازم برای تعیین واجد شرایط بودن برای دریافت خدمات/مزایای CCS بررسی و تأیید شود.

همچنین تأیید می‌کنم که اطلاعاتی که در این فرم ارائه داده‌ام، صحیح و درست است.

امضای فرد تکمیل‌کننده درخواست	نسبت با متقاضی	تاریخ
Signature of witness (only if the person signed with a mark) (امضای شاهد (فقط در صورتی که فرد با علامت امضا کرده باشد))		Date (تاریخ)

به دستورالعمل‌های صفحه بعد رجوع کنید\*

**دستورالعمل‌های تکمیل فرم درخواست برنامه (CALIFORNIA CHILDREN'S SERVICES (DHCS 4480**

با خط خوانا بنویسید تا درخواست شما در سریع‌ترین زمان ممکن بررسی شود.

تمام بخش‌ها را به‌طور کامل پر کنید. اگر همه اطلاعات را ارائه ندهید، CCS قادر به بررسی درخواست شما نخواهد بود. اگر برای پر کردن این فرم به کمک نیاز دارید، با دفتر CCS شهرستان محل سکونت خود تماس بگیرید.

پس از تکمیل فرم درخواست، آن را به دفتر CCS شهرستان محل سکونت خود پست کنید. فراموش نکنید فرم را امضا و تاریخ‌گذاری کنید.

**بخش A: اطلاعات متقاضی** («متقاضی» به کودک، فرد 18 ساله یا بزرگتر، یا صغیر دارای استقلال قانونی اشاره دارد که خدمات برای او درخواست می‌شود).

1. **نام متقاضی:** نام خانوادگی، نام و نام میانی متقاضی را وارد کنید. در کادر بعدی، نام کامل متقاضی را همان‌طور که در گواهی تولد او درج شده است (اگر با نام فعلی تفاوت دارد) وارد کنید. اگر متقاضی با نام دیگری نیز شناخته می‌شود، آن نام را در کادر آخر وارد کنید.
2. **تاریخ تولد متقاضی:** تاریخ تولد متقاضی را به صورت روز، ماه و سال وارد کنید.
3. **محل تولد:** شهرستان و ایالتی که متقاضی در آن متولد شده است را بنویسید. در صورتی که متقاضی خارج از ایالات متحده متولد شده است، نام کشور را نیز وارد کنید.
4. **نشانی:** شماره خیابان، نام خیابان، شماره آپارتمان، شهر، شهرستان و کد پستی محل سکونت فعلی متقاضی را در این قسمت وارد کنید. از صندوق پستی (P.O. Box) استفاده نکنید.
5. **جنسیت متقاضی:** در کادر مربوطه، جنسیت صحیح متقاضی را علامت بزنید (مرد یا زن).
6. **گرایش جنسی و هویت جنسیتی (اختیاری):** اگر متقاضی مایل است اطلاعات بیشتری درباره جنسیت، هویت جنسیتی، بیان جنسیتی یا گرایش جنسی خود ارائه دهد، لطفاً موارد a، b و c را تکمیل کند. بخش 6 اختیاری است، اما با تصویب [لایحه مجلس شماره 959 \(دوره 2015-2016\)](#)، DHCS موظف به طرح این پرسش‌ها شده است.
  - 6a. کادری را علامت بزنید که بهترین توصیف از هویت جنسیتی فعلی متقاضی باشد.
  - 6b. گزینه‌ای را علامت بزنید که نشان‌دهنده جنسیت ثبت‌شده در گواهی اولیه تولد متقاضی باشد.
  - 6c. کادری را علامت بزنید که بهترین توصیف از گرایش جنسی متقاضی باشد.
7. **نژاد/قومیت:** از فهرست زیر، دسته‌ای را انتخاب و وارد کنید که بهترین توصیف از نژاد/قومیت اصلی متقاضی باشد:

- |                               |                             |              |
|-------------------------------|-----------------------------|--------------|
| • بومی آلاسکا                 | • چینی                      | • لائوسی     |
| • آمریکایی آسیایی-تبار        | • فیلیپینی                  | • ساموآیی    |
| • سرخ‌پوست آمریکایی           | • گوامانیایی                | • ویتنامی    |
| • آسیایی                      | • اهل هاوایی                | • سفیدپوست   |
| • هندی آسیایی                 | • اسپانیایی-تبار/لاتین‌تبار | • سایر موارد |
| • سیاه‌پوست/آفریقایی-آمریکایی | • ژاپنی                     |              |
| • کامبوجی                     | • کره‌ای                    |              |

8. شماره تأمین اجتماعی متقاضی (اختیاری): شماره 9 رقمی تأمین اجتماعی متقاضی را وارد کنید.
9. بیماری یا ناتوانی که احتمال دارد مشمول برنامه CCS باشد: ناتوانی یا نیاز ویژه مراقبتی متقاضی که توسط برنامه CCS درمان خواهد شد را بنویسید. توضیحات پیوست شده درباره معیارهای واجد شرایط بودن برای برنامه CCS ممکن است به شما کمک کند (به بخش «چه وضعیت‌های پزشکی تحت پوشش برنامه CCS قرار می‌گیرند؟» در صفحات 1 و 2 رجوع کنید). اگر نمی‌دانید، از پزشک معالج متقاضی بپرسید یا این قسمت را خالی بگذارید. در صورت نیاز به اطلاعات بیشتر، CCS با پزشک معالج متقاضی تماس خواهد گرفت.
10. نام پزشک مراقبت‌های اولیه متقاضی: نام پزشک معالج متقاضی را بنویسید.
11. شماره تلفن پزشک: شماره تلفن پزشک ذکر شده در شماره 10 را بنویسید.
- بخش B: اطلاعات والد/قیم قانونی (متقاضیان 18 ساله یا بزرگتر، یا افراد صغیر دارای استقلال قانونی، از پاسخ به موارد 12 و 14 صرف‌نظر کنند).**
12. نام والد/قیم: نام والد(الدین) متقاضی یا نام قیم(قیم‌های) قانونی متقاضی را بنویسید.
13. نام مادر و نام خانوادگی او قبل از ازدواج: نام مادر متقاضی را بنویسید و در کادر بعدی، نام خانوادگی مادر قبل از ازدواج را وارد کنید.
14. نشانی: شماره خیابان، نام خیابان، شماره آپارتمان، شهر، شهرستان و کد پستی محل سکونت فعلی خود را وارد کنید. از صندوق پستی (P.O. Box) استفاده نکنید.
15. نشانی پستی: اگر این نشانی با نشانی مندرج در شماره 14 متفاوت است، شماره خیابان، نام خیابان، شهر و کد پستی را وارد کنید.
16. شماره تلفن منزل: شماره تلفن ثابت منزل را بنویسید که از طریق آن بتوان با شما تماس گرفت.
17. شماره تلفن همراه: شماره تلفن همراهی را بنویسید که از طریق آن بتوان با شما تماس گرفت.
18. شماره تلفن محل کار: شماره تلفن محل کار را بنویسید که از طریق آن بتوان با شما تماس گرفت.
19. زبان(های) گفتاری: زبانی که در منزل صحبت می‌کنید را وارد کنید.
20. نشانی ایمیل: نشانی ایمیل والد یا قیم قانونی را بنویسید.
21. تعداد افراد در واحد خانواده: تعداد افرادی که در یک خانه زندگی می‌کنند را بنویسید.
22. نام و نشانی والد دیگر، در صورتی که با متقاضی زندگی نمی‌کند: نام و نشانی دومین شخص رابط را بنویسید.

### بخش C: اطلاعات بیمه سلامت

- اگر CCS تشخیص دهد که ممکن است واجد شرایط باشید، در صورتی که در حال حاضر مزایای مراقبت از سلامت Medi-Cal را دریافت نمی‌کنید، از شما می‌خواهند که برای دریافت آن درخواست دهید.
23. اگر متقاضی از خدمات Medi-Cal استفاده نمی‌کند، گزینه «خیر» را علامت بزنید و به شماره 27a بروید. اگر متقاضی از خدمات Medi-Cal استفاده می‌کند، گزینه «بله» را علامت بزنید و شماره Medi-Cal متقاضی را وارد کنید.
24. اگر متقاضی Medi-Cal دارد، شماره 14 رقمی Medi-Cal را وارد کنید.
25. اگر شما بخشی از هزینه خدمات بیمه Medi-Cal خود را پرداخت می‌کنید، گزینه «بله» را علامت بزنید.
26. اگر بخشی از سهم هزینه را پرداخت می‌کنید، مبلغ پرداختی ماهانه را وارد کنید.
- 27a. اگر متقاضی بیمه سلامت دیگری ندارد، گزینه «خیر» را علامت بزنید و به شماره 29 بروید.
- 27b. اگر متقاضی بیمه سلامت دارد، نام طرح یا شرکت بیمه را وارد کنید.
- 27c. اگر متقاضی بیمه سلامت دارد، شماره بیمه‌نامه یا شماره طرح را وارد کنید.

28. اگر متقاضی بیمه سلامت دارد، با توجه به نوع بیمه، گزینه مناسب را علامت بزنید. فرم‌های بیمه‌تان نشان می‌دهند که چه نوع بیمه سلامتی دارید. اگر مطمئن نیستید، با شرکت بیمه سلامت خود تماس بگیرید و از آنها سؤال کنید.
29. اگر متقاضی بیمه دندانپزشکی دارد، گزینه «بله» را علامت بزنید. اگر متقاضی بیمه دندانپزشکی ندارد، گزینه «خیر» را علامت بزنید.
30. اگر متقاضی بیمه چشمپزشکی دارد، گزینه «بله» را علامت بزنید. اگر متقاضی بیمه چشمپزشکی ندارد، گزینه «خیر» را علامت بزنید.

#### بخش D: گواهی‌نامه

حتماً فرم را با خودکار امضا و تاریخ‌گذاری کنید. اگر امضا با علامت انجام شده است، یک شاهد نیز باید فرم را امضا کرده و تاریخ بزنند. در قسمت «نسبت با متقاضی»، یکی از گزینه‌های پدر، مادر، قیم قانونی یا خودم (در مورد افراد 18 سال به بالا یا افراد صغیر دارای استقلال قانونی) را وارد کنید.

#### ارسال درخواست

درخواست خود را از طریق پست یا حضوری به دفتر CCS در شهرستان محل سکونت خود ارسال کنید. برای پیدا کردن دفتر CCS در شهرستان خود، به نشانی زیر رجوع کنید: <https://www.dhcs.ca.gov/services/ccs/Pages/CountyOffices.aspx> یا در بخش دولتی دفترچه راهنمای تلفن محلی خود، زیر عنوان‌های «California Children's Services» (خدمات ویژه کودکان در کالیفرنیا) یا «county health department» (اداره سلامت شهرستان) جستجو کنید.