

कैलिफ़ोर्निया बच्चों की सेवाओं के बारे में जानकारी

कैलिफ़ोर्निया बच्चों की सेवाएँ (CCS) प्रोग्राम क्या है?

CCS एक राज्यव्यापी प्रोग्राम है जो कुछ शारीरिक सीमाओं और दीर्घकालिक स्वास्थ्य स्थितियों या बीमारियों से ग्रस्त बच्चों का इलाज करता है। CCS अनुमोदित विशेषज्ञों द्वारा प्रदान की गई विशिष्ट चिकित्सा सेवाओं और उपकरणों के लिए अधिकृत और भुगतान कर सकता है। कैलिफ़ोर्निया स्वास्थ्य देखभाल सेवा विभाग (DHCS) CCS प्रोग्राम का प्रबंधन करता है। बड़े काउंटी अपने स्वयं के CCS प्रोग्राम संचालित करते हैं, जबकि छोटी काउंटियाँ अपने प्रोग्राम के संचालन को DHCS के साथ साझा करती हैं। CCS प्रोग्राम को राज्य, काउंटी और संघीय टैक्स के धन से वित्तपोषित किया जाता है, साथ ही माता-पिता, कानूनी अभिभावक या आवेदक (अगर आयु 18 वर्ष या उससे अधिक है, या मुक्त नाबालिग है) द्वारा भुगतान की गई कुछ फीस भी शामिल है।

CCS बच्चों को क्या प्रदान करता है?

अगर आप या आपके बच्चे के डॉक्टर को लगता है कि आपके बच्चे की कोई चिकित्सीय स्थिति CCS के अंतर्गत आती है, तो CCS आपके बच्चे की स्थिति के लिए चिकित्सा मूल्यांकन का भुगतान कर सकता है या उसे उपलब्ध करा सकता है, ताकि यह पता लगाया जा सके कि आपके बच्चे की स्थिति इसके अंतर्गत आती है या नहीं।

अगर आपका बच्चा योग्य है, तो CCS निम्नलिखित के लिए भुगतान कर सकता है या प्रदान कर सकता है:

- उपचार, जैसे कि डॉक्टर सेवाएँ, अस्पताल और शल्य चिकित्सा देखभाल, भौतिक चिकित्सा और व्यावसायिक चिकित्सा, प्रयोगशाला परीक्षण, एक्स-रे, आर्थोपेडिक उपकरण और चिकित्सा उपकरण।
- चिकित्सीय रूप से आवश्यक होने पर आपके बच्चे के लिए विशेष डॉक्टर और देखभाल प्राप्त करने में सहायता के लिए चिकित्सा मामला प्रबंधन, और सार्वजनिक स्वास्थ्य नर्सिंग और क्षेत्रीय केंद्रों सहित अन्य एजेंसियों को रेफर करना; या
- मेडिकल थेरेपी प्रोग्राम (MTP), जो चिकित्सकीय रूप से योग्य बच्चों के लिए सार्वजनिक स्कूलों में भौतिक चिकित्सा और/या व्यावसायिक चिकित्सा प्रदान कर सकता है।

CCS के लिए कौन योग्य होता है?

CCS प्रोग्राम उन सभी के लिए खुला है जो:

- 21 वर्ष से कम आयु का हो;
- ऐसी चिकित्सा स्थिति है या हो सकता है जो CCS द्वारा कवर की जाती है;
- कैलिफ़ोर्निया का निवासी है; और
- राज्य टैक्स फॉर्म पर समायोजित सकल आय के अनुसार परिवार की आय \$40,000 से कम है, या जिनके योग्य बच्चे के लिए जेब से किए जाने वाले चिकित्सा खर्च परिवार की आय के 20 प्रतिशत से अधिक होने की उम्मीद है।

पारिवारिक आय उन बच्चों के लिए एक कारक नहीं है जिन्हें:

- CCS योग्य चिकित्सा स्थिति की पुष्टि के लिए नैदानिक सेवाओं की आवश्यकता हो; या
- पता लगाई गई CCS योग्य चिकित्सा स्थिति के साथ गोद लिए गए हों; या
- केवल MTP के जरिए सेवाओं के लिए आवेदन कर रहे हैं; या
- Medi-Cal का पूर्ण दायरा हो, लागत का कोई हिस्सा न हो।

CCS किन चिकित्सा स्थितियों को कवर करता है?

CCS प्रोग्राम द्वारा केवल कुछ ही स्थितियों को कवर किया जाता है। आम तौर पर, CCS उन चिकित्सीय स्थितियों को कवर करता है जो शारीरिक रूप से अक्षम करने वाली हों या जिनके लिए चिकित्सा, शल्य चिकित्सा या पुनर्वास सेवाओं की आवश्यकता हो। इसके अलावा कुछ निश्चित मानदंड भी हो सकते हैं जो यह निर्धारित करते हैं कि आपके बच्चे की चिकित्सा स्थिति इसके लिए योग्य है या नहीं। नीचे चिकित्सा स्थितियों की श्रेणियाँ सूचीबद्ध हैं जिन्हें कवर किया जा सकता है और प्रत्येक के कुछ उदाहरण हैं:

- हृदय से जुड़ी स्थितियाँ (जन्मजात हृदय रोग)
- नियोप्लाज्म (कैंसर, ट्यूमर)
- रक्त विकार (हीमोफिलिया, सिकल सेल एनीमिया)
- अंतःस्रावी, पोषण संबंधी और चयापचय संबंधी रोग (थायरॉइड समस्याएँ, फेनिलकेटोनुरिया (PKU), डायबिटीज़)
- जनन-मूत्र प्रणाली के विकार (गंभीर दीर्घकालिक गुर्दे की समस्याएँ)
- जठरांत्र प्रणाली के विकार (दीर्घकालिक सूजन संबंधी रोग, यकृत के रोग)
- गंभीर जन्म दोष (कटे होंठ/तालु, स्पाइना बिफिडा)
- इंद्रिय अंगों के विकार (सुनने की क्षमता कम होना, ग्लूकोमा, मोतियाबिंद)
- तंत्रिका तंत्र के विकार (मस्तिष्क पक्षाघात, अनियंत्रित दौरे)
- मस्कुलोस्केलेटल प्रणाली और संयोजी ऊतकों के विकार (रुमेटाइड गठिया, मांसपेशीय दुर्बिकास)
- प्रतिरक्षा प्रणाली के गंभीर विकार (मानव इम्यूनोडेफिशिएंसी वायरस (HIV) संक्रमण)
- अशक्त करने वाली स्थितियाँ या विघातता जिसके लिए गहन देखभाल या पुनर्वास की आवश्यकता होती है (सिर, मस्तिष्क या रीढ़ की हड्डी में गंभीर चोट, गंभीर जलन)
- समय से पहले जन्म की जटिलताओं के लिए गहन देखभाल की आवश्यकता होती है
- त्वचा और चमड़ी के नीचे के ऊतकों के विकार (गंभीर हेमांगीओमा)
- चिकित्सकीय दृष्टि से अक्षम करने वाला मैलोक्युज़न (गंभीर रूप से टेढ़े दांत)

अगर आपके कोई प्रश्न हों तो अपने काउंटी CCS कार्यालय से पूछें।

योग्य होने के लिए आवेदक या परिवार को क्या करना होगा?

परिवारों को (या आवेदक अगर उसकी आयु 18 वर्ष या उससे अधिक है, या वह मुक्त नाबालिग है) निम्न कार्य करने होंगे:

- पृष्ठ 4 से शुरू होने वाले आवेदन पत्र को पूरा करें और इसे अपने स्थानीय काउंटी CCS कार्यालय में वापस भेजें;
- CCS को मांगी गई सभी जानकारी दें ताकि CCS यह निर्धारित कर सके कि परिवार योग्य है या नहीं;
- Medi-Cal के लिए आवेदन करें। अगर कोई परिवार Medi-Cal के लिए योग्यता प्राप्त करता है, तो बच्चा भी CCS द्वारा कवर किया जाता है। CCS सेवाओं को मंजूरी देता है; भुगतान Medi-Cal के जरिए किया जाता है।

मेरी गोपनीयता कैसे सुरक्षित है?

कैलिफोर्निया कानून के अनुसार सेवाओं के लिए आवेदन करने वाले परिवारों को यह जानकारी दी जानी चाहिए कि CCS उनकी गोपनीयता की सुरक्षा किस प्रकार करता है।¹

आपकी गोपनीयता की सुरक्षा के लिए:

- CCS को यह जानकारी गोपनीय रखनी होगी।²
- CCS फॉर्म पर दी गई जानकारी को अन्य स्वास्थ्य एवं कल्याण प्रोग्रामों के अधिकृत कर्मचारियों के साथ तभी साझा कर सकता है जब आपने सहमति फॉर्म पर हस्ताक्षर कर दिए हों।

¹ सिविल संहिता, अनुभाग 1798.17

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

² अनुभाग 41670, टाइटल 22, कैलिफोर्निया विनियम संहिता और कैलिफोर्निया सार्वजनिक अभिलेख अधिनियम (सरकारी संहिता, अनुभाग 6250_-6255) के अनुसार

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

आपको अपने या अपने बच्चे से संबंधित आवेदन और CCS रिकॉर्ड देखने का अधिकार है। अगर आप ये रिकॉर्ड देखना चाहते हैं तो अपने स्थानीय काउंटी CCS कार्यालय से संपर्क करें। कानून के अनुसार, आपके द्वारा CCS को दी गई जानकारी CCS प्रोग्राम द्वारा रखी जाती है।³

क्या मुझे किसी निर्णय के विरुद्ध अपील करने का अधिकार है?

आपको CCS द्वारा लिए गए निर्णयों से असहमत होने का अधिकार है।⁴ इसे अपील कहा जाता है। अपील प्रक्रिया माता-पिता/कानूनी अभिभावक या आवेदक को मतभेदों का समाधान खोजने के लिए CCS प्रोग्राम के साथ काम करने का एक तरीका प्रदान करती है। अपील प्रक्रिया की जानकारी के लिए अपने स्थानीय काउंटी CCS कार्यालय से संपर्क करें।

मुझे CCS के बारे में अधिक जानकारी कहाँ मिल सकती है?

CCS के बारे में अधिक जानकारी के लिए कृपया DHCS वेबसाइट पर CCS होम पेज पर जाएँ:

<https://www.dhcs.ca.gov/services/ccs/Pages/default.aspx>

इस आवेदन को भरने में सहायता के लिए कृपया अपने स्थानीय काउंटी CCS कार्यालय से संपर्क करें। अपने काउंटी CCS कार्यालय को खोजने के लिए, यहाँ जाएँ: <https://www.dhcs.ca.gov/services/ccs/Pages/CountyOffices.aspx>, या अपने स्थानीय टेलीफोन निर्देशिका के सरकारी अनुभाग में "कैलिफ़ोर्निया चिल्ड्रन सर्विसेज" या "काउंटी स्वास्थ्य विभाग" के अंतर्गत देखें।

³ कैलिफ़ोर्निया स्वास्थ्य और सुरक्षा संहिता का अनुभाग 123800 एवं अन्य

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

⁴ कैलिफ़ोर्निया विनियम संहिता, टाइटल 22, अध्याय 13, अनुभाग 42702-42703

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

कैलिफ़ोर्निया बच्चों की सेवाएँ प्रोग्राम की पात्रता निर्धारित करने के लिए आवेदन

यह आवेदन माता-पिता, कानूनी अभिभावक, या आवेदक (अगर आयु 18 वर्ष या उससे अधिक है, या मुक्त नाबालिग है) द्वारा पूरा किया जाना है, ताकि यह निर्धारित किया जा सके कि आवेदक CCS सेवाओं/लाभों के लिए पात्र है या नहीं। "आवेदक" शब्द का अर्थ है बच्चा, 18 वर्ष या उससे अधिक आयु का व्यक्ति, या मुक्त नाबालिग जिसके लिए सेवाओं का अनुरोध किया जा रहा है। कृपया स्पष्ट रूप से टाइप करें या लिखें।

A. आवेदक की जानकारी

1. आवेदक का नाम
(अंतिम)

(पहला)

(मध्य)

जन्म प्रमाण पत्र पर नाम (अगर अलग हो)

कोई अन्य नाम जिससे आवेदक को जाना जाता है

2. जन्म तिथि (महीना, दिन, वर्ष)

3. जन्म स्थान – काउंटी

राज्य

अगर आपका जन्म अमेरिका के बाहर हुआ है तो देश

4. आवेदक का निवास पता (नंबर, गली) (पीओ बॉक्स का इस्तेमाल न करें)

शहर

काउंटी

ज़िप कोड

5. लिंग

महिला पुरुष

6. यौन अभिविन्यास और लिंग पहचान (वैकल्पिक):

अगर आवेदक हमें अपने लिंग, लिंग पहचान, लिंग अभिव्यक्ति या यौन अभिविन्यास के बारे में अधिक बताना चाहते हैं, तो कृपया नीचे दिए गए आइटम a, b, और c भरें। अनुभाग 6 वैकल्पिक है, लेकिन विधानसभा विधेयक 959 (2015-2016) के पारित होने के कारण DHCS के लिए इसे पूछना आवश्यक है।

a. आवेदक का लिंग क्या है (उस बॉक्स पर निशान लगाएँ जो आपकी वर्तमान लिंग पहचान का सबसे अच्छा वर्णन करता है)?

महिला पुरुष ट्रांसजेंडर: पुरुष से महिला ट्रांसजेंडर: महिला से पुरुष

गैर-द्विआधारी (न तो पुरुष और न ही महिला) कोई अन्य लिंग पहचान

b. आवेदक के मूल जन्म प्रमाण पत्र पर कौन सा लिंग सूचीबद्ध था?

महिला पुरुष

c. क्या आवेदक स्वयं को इस तरह मानता है:

सीधा/विषमलैंगिक समलैंगिक/लेस्बियन उभयलैंगिक क्वीअर

कोई अन्य यौन अभिविन्यास अज्ञात

7. जाति/नस्ल	8. सामाजिक सुरक्षा संख्या (वैकल्पिक)
--------------	--------------------------------------

9. आवेदक की संदिग्ध CCS पात्रता स्थिति या विकलांगता क्या है?

10. मुख्य देखभाल करने वाला डॉक्टर	11. डॉक्टर का फ़ोन नंबर
-----------------------------------	-------------------------

B. माता-पिता/कानूनी अभिभावक/पारिवारिक जानकारी

(18 वर्ष या उससे अधिक आयु के आवेदक, या मुक्त नाबालिग नीचे दिए गए आइटम 12 और 14 को छोड़ दें।)

12. माता-पिता या कानूनी अभिभावक का नाम	13. माता का पहला नाम और विवाह से पहले का नाम (12 में पहचाना नहीं गया)
--	---

14. निवास पता (नंबर, गली) (पीओ बॉक्स का इस्तेमाल न करें)

शहर	काउंटी	ज़िप कोड
-----	--------	----------

15. डाक पता (अगर 14 से अलग हो)

शहर	काउंटी	ज़िप कोड
-----	--------	----------

16. घर का फ़ोन नंबर	17. सेल फ़ोन नंबर	18. दफ़्तर का फ़ोन नंबर
---------------------	-------------------	-------------------------

19. आप घर पर कौन सी भाषा बोलते हैं?	20. ईमेल पता
-------------------------------------	--------------

21. परिवार इकाई में व्यक्तियों की संख्या	22. अन्य माता-पिता का अंतिम और पहला नाम (अगर आवेदक के साथ नहीं रह रहे हैं)
--	--

अन्य अभिभावक का पता	शहर	ज़िप कोड
---------------------	-----	----------

C. स्वास्थ्य बीमा जानकारी

23. क्या आवेदक के पास Medi-Cal है? <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	24. अगर हाँ, तो आवेदक का Medi-Cal नंबर क्या है?
--	---

25. क्या लागत में कोई हिस्सा है? <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	26. अगर हाँ, तो आप प्रति माह कितनी राशि का भुगतान करते हैं?
--	---

27a. क्या आवेदक के पास कोई अन्य स्वास्थ्य बीमा है? <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	27b. अगर हाँ, तो बीमा योजना या कंपनी का नाम क्या है?
--	--

27c. पॉलिसी या प्लैन का नम्बर

28. बीमा योजना या कंपनी का प्रकार

- पसंदीदा प्रदाता संगठन (PPO)
 स्वास्थ्य रखरखाव संगठन (HMO)
 अन्य:

29. क्या आवेदक के पास दंत-चिकित्सा बीमा है?

- हाँ नहीं

30. क्या आवेदक के पास नज़र के लिए बीमा है?

- हाँ नहीं

D. प्रमाणीकरण

(नीचे आद्याक्षर करें और हस्ताक्षर करें। आपके हस्ताक्षर CCS प्रोग्राम को इस आवेदन पर आगे बढ़ने के लिए अधिकृत करते हैं)।

मैं सेवाओं/लाभों के लिए पात्रता निर्धारित करने हेतु CCS प्रोग्राम में आवेदन कर रहा/ही हूँ।

मैं समझता/समझती हूँ कि इस आवेदन के पूरा होने से CCS प्रोग्राम द्वारा आवेदक की स्वीकृति सुनिश्चित नहीं होती है।

मैं अपने निवास, स्वास्थ्य संबंधी जानकारी, या CCS सेवाओं/लाभों के लिए पात्रता निर्धारित करने के लिए आवश्यक अन्य परिस्थितियों को सत्यापित करने की अनुमति देता/ती हूँ।

मैं यह भी प्रमाणित करता/ती हूँ कि इस फॉर्म पर मेरे द्वारा दी गई जानकारी सत्य और सही है।

आवेदन भरने वाले व्यक्ति के हस्ताक्षर	आवेदक से संबंध	तारीख
Signature of witness (only if the person signed with a mark) (गवाह के हस्ताक्षर (केवल तभी जब व्यक्ति ने निशान के रूप में हस्ताक्षर किए हों (Signature of witness (only if the person signed with a mark)))		Date (तारीख)

*अगले पृष्ठ पर दिए गए निर्देश देखें।

कैलिफ़ोर्निया बच्चों की सेवाएँ आवेदन (DHCS 4480) पूरा करने के लिए निर्देश

स्पष्ट रूप से लिखें ताकि आपके आवेदन पर यथाशीघ्र कार्रवाई की जा सके।

प्रत्येक अनुभाग को पूरी तरह भरें। अगर आप सभी जानकारी उपलब्ध नहीं कराते हैं तो CCS आपके आवेदन पर आगे कार्रवाई नहीं कर सकेगा। अगर आपको यह फॉर्म भरने में सहायता चाहिए तो अपने स्थानीय काउंटी CCS कार्यालय से संपर्क करें।

आवेदन पूरा हो जाने पर उसे अपने स्थानीय काउंटी CCS कार्यालय को भेज दें। फॉर्म पर हस्ताक्षर और तारीख लिखना याद रखें।

अनुभाग A: आवेदक सूचना ('आवेदक' का अर्थ है वह बच्चा, 18 वर्ष या उससे अधिक आयु का व्यक्ति, या मुक्त नाबालिग जिसके लिए सेवाओं का अनुरोध किया जा रहा है)।

- आवेदक का नाम:** आवेदक का अंतिम, पहला और मध्य नाम भरें। अगले बॉक्स में आवेदक का पूरा नाम लिखें जैसा कि उनके जन्म प्रमाण पत्र पर दिया गया है, अगर वह उनके नाम से अलग है। अगर आवेदक किसी अन्य नाम से जाना जाता है तो उस नाम को अंतिम बॉक्स में शामिल करें।
- आवेदक की जन्म तिथि:** आवेदक के जन्म का महीना, दिन और वर्ष लिखें।
- जन्म स्थान:** उस काउंटी और राज्य का नाम लिखें जहाँ आवेदक का जन्म हुआ था। अगर आवेदक का जन्म अमेरिका के बाहर हुआ है तो देश का नाम भी शामिल करें।
- पता:** इस स्थान पर आवेदक के वर्तमान निवास का गली नंबर, गली का नाम, अपार्टमेंट नंबर, शहर, काउंटी और ज़िप कोड लिखें। पी.ओ. बॉक्स का इस्तेमाल न करें।
- आवेदक का लिंग:** आवेदक के लिए सही लिंग बॉक्स (पुरुष या महिला) पर निशान लगाएँ।
- यौन अभिविन्यास और लिंग पहचान (वैकल्पिक):** अगर आवेदक हमें अपने लिंग, लिंग पहचान, लिंग अभिव्यक्ति या यौन अभिविन्यास के बारे में अधिक बताना चाहते हैं, तो कृपया नीचे दिए गए आइटम a, b, और c भरें। अनुभाग 6 वैकल्पिक है, लेकिन DHCS के लिए [विधानसभा विधेयक 959](#) (2015 - 2016) के पारित होने के साथ इसके लिए पूछना आवश्यक है।
 - आवेदक की वर्तमान लिंग पहचान का सर्वोत्तम वर्णन करने वाले बॉक्स पर निशान लगाएँ।
 - आवेदक के मूल जन्म प्रमाण पत्र पर सूचीबद्ध लिंग के विकल्प को चिह्नित करें।
 - आवेदक के यौन रुझान का सर्वोत्तम वर्णन करने वाले बॉक्स पर निशान लगाएँ।
- जाति/नस्ल:** निम्नलिखित सूची में से वह श्रेणी दर्ज करें जो आवेदक की प्राथमिक जाति/नस्ल का सर्वोत्तम वर्णन करती है:

• अलास्का मूल निवासी	• चीनी	• लाओशियन
• अमेरिसियन	• फिलीपीनो	• समोआवासी
• अमेरिकन इंडियन	• गुआमानियाई	• वियतनामी
• एशियाई	• हवाई	• श्वेत
• एशियाई भारतीय	• हिस्पैनिक/लैटीनो	• कोई अन्य
• अश्वेत/अफ्रीकी अमेरिकी	• जापानी	
• कम्बोडियन	• कोरियाई	

8. **आवेदक का सामाजिक सुरक्षा नंबर (वैकल्पिक):** आवेदक का नौ अंकों का सामाजिक सुरक्षा नंबर लिखें।
9. **संदिग्ध CCS स्थिति या विकलांगता:** आवेदक की विकलांगता या विशेष स्वास्थ्य देखभाल की आवश्यकता लिखें जिसका उपचार CCS द्वारा किया जाएगा। CCS योग्य स्थितियों का संलग्न विवरण आपकी आइटमद कर सकता है (पृष्ठ 1 और 2 पर "CCS किन चिकित्सा स्थितियों को कवर करता है" देखें)। अगर आपको नहीं पता तो आवेदक के डॉक्टर से पूछें या स्थान खाली छोड़ दें। अगर अधिक जानकारी की आवश्यकता होगी तो CCS आवेदक के डॉक्टर से संपर्क करेगा।
10. **आवेदक की मुख्य देखभाल करने वाले डॉक्टर का नाम:** आवेदक के डॉक्टर का नाम लिखें।
11. **डॉक्टर का फ़ोन नंबर:** क्रमांक 10 में सूचीबद्ध डॉक्टर का फ़ोन नंबर लिखें।

अनुभाग B: माता-पिता/कानूनी अभिभावक की जानकारी (18 वर्ष या उससे अधिक आयु के आवेदक, या मुक्त नाबालिग, आइटम 12 और 14 को छोड़ दें)।

12. **माता-पिता/अभिभावक का नाम:** आवेदक के माता-पिता का नाम या आवेदक के कानूनी अभिभावक का नाम लिखें।
13. **माता का प्रथम नाम और विवाहपूर्व नाम:** आवेदक की मां का पहला नाम लिखें और अगले बॉक्स में मां का पहला नाम बताएँ।
14. **पता:** अपने वर्तमान निवास का गली नंबर, गली का नाम, अपार्टमेंट नंबर, शहर, काउंटी और ज़िप कोड लिखें। पी.ओ. बॉक्स का इस्तेमाल न करें।
15. **डाक पता:** अगर यह पता संख्या 14 से अलग है, तो गली संख्या, गली का नाम, शहर और ज़िप कोड लिखें।
16. **घर का फ़ोन नंबर:** घर का फ़ोन नंबर लिखें जहाँ आपसे संपर्क किया जा सके।
17. **सेल फ़ोन नंबर:** वह मोबाइल नंबर लिखें जहाँ आपसे संपर्क किया जा सके।
18. **दफ़्तर का फ़ोन नंबर:** कार्यालय का फ़ोन नंबर लिखें जहाँ आपसे संपर्क किया जा सके।
19. **बोली जाने वाली भाषा(एँ):** आप घर पर जो भाषा बोलते हैं उसे लिखें।
20. **ईमेल पता:** माता-पिता या कानूनी अभिभावक का ईमेल पता लिखें।
21. **परिवार इकाई में व्यक्तियों की संख्या:** एक ही घर में रहने वाले व्यक्तियों की संख्या लिखिए।
22. **अगर आवेदक के साथ नहीं रहते हैं तो अन्य माता-पिता का नाम और पता:** दूसरे संपर्क व्यक्ति का नाम और पता लिखें।

अनुभाग C: स्वास्थ्य बीमा जानकारी

अगर CCS को लगता है कि आप योग्य हो सकते हैं, तो वे आपसे Medi-Cal के लिए आवेदन करने के लिए कहेंगे, अगर आप वर्तमान में Medi-Cal स्वास्थ्य देखभाल लाभ प्राप्त नहीं कर रहे हैं।

23. अगर आवेदक को Medi-Cal नहीं मिलता है, तो "नहीं" पर निशान लगाएँ और नम्बर 27a पर जाएँ। अगर आवेदक को Medi-Cal प्राप्त होता है, तो "हाँ" पर निशान लगाएँ और आवेदक का Medi-Cal नंबर भरें।
24. अगर आपके आवेदक के पास Medi-Cal है, तो 14 अंकों का Medi-Cal नंबर दर्ज करें।
25. अगर आप अपने Medi-Cal बीमा की लागत का एक हिस्सा भुगतान करते हैं, तो "हाँ" पर निशान लगाएँ।
26. अगर आप लागत के हिस्से का एक हिस्सा भुगतान करते हैं, तो भुगतान की गई मासिक राशि भरें।
- 27a. अगर आवेदक के पास अन्य स्वास्थ्य बीमा नहीं है, तो "नहीं" पर निशान लगाएँ और संख्या 29 पर जाएँ।
- 27b. अगर आवेदक के पास स्वास्थ्य बीमा है, तो बीमा योजना या कंपनी का नाम भरें।
- 27c. अगर आवेदक के पास स्वास्थ्य बीमा है, तो पॉलिसी या योजना संख्या भरें।

28. अगर आवेदक के पास स्वास्थ्य बीमा है, तो बीमा के प्रकार के आधार पर उपयुक्त बॉक्स पर निशान लगाएँ। आपके बीमा फॉर्म से आपको पता चल जाएगा कि आपके पास किस प्रकार का स्वास्थ्य बीमा है। अगर आप निश्चित नहीं हैं, तो अपनी स्वास्थ्य बीमा कंपनी को फ़ोन करें और उनसे पूछें।
29. अगर आवेदक के पास दंत बीमा है, तो "हाँ" पर निशान लगाएँ अगर आवेदक के पास दंत बीमा नहीं है, तो "नहीं" पर निशान लगाएँ।
30. अगर आवेदक के पास नज़र संबंधी बीमा है, तो "हाँ" पर निशान लगाएँ। अगर आवेदक के पास नज़र संबंधी बीमा नहीं है, तो "नहीं" पर निशान लगाएँ।

अनुभाग D: प्रमाणीकरण

स्याही से हस्ताक्षर करें और तारीख अवश्य लिखें। अगर हस्ताक्षर पर कोई निशान लगा हो तो किसी गवाह से हस्ताक्षर करवाएँ और तारीख भरें।

"आवेदक से संबंध" के अंतर्गत पिता, माता, कानूनी अभिभावक, या स्वयं (18 वर्ष या उससे अधिक आयु के व्यक्तियों, या मुक्त नाबालिगों के मामले में) दर्ज करें।

अपना आवेदन जमा करना

अपना आवेदन पत्र अपने स्थानीय काउंटी CCS कार्यालय में डाक द्वारा भेजें या जमा करें। अपने काउंटी CCS कार्यालय को खोजने के लिए, <https://www.dhcs.ca.gov/services/ccs/Pages/CountyOffices.aspx> पर जाएँ या अपने स्थानीय टेलीफ़ोन निर्देशिका के सरकारी अनुभाग में "कैलिफोर्निया बच्चों की सेवाएँ" या "काउंटी स्वास्थ्य विभाग" के अंतर्गत देखें।