

معلومات عن برنامج خدمات الأطفال في كاليفورنيا (CCS)

ما هو برنامج خدمات الأطفال في كاليفورنيا؟

برنامج خدمات الأطفال في كاليفورنيا (CCS) هو برنامج يمتد 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 ويحدد ثمنها أيضًا. ويتولى برنامج خدمات الرعاية الصحية لولاية كاليفورنيا تسيير شؤون برنامج CCS. وبينما تدير المقاطعات الأكبر برنامج CCS الخاصة بها، تشارك المقاطعات الأصغر في إدارة برامجهم مع مكاتب برنامج CCS الإقليمية بالولاية والتي يوجد مقرها في ساكرامنتو وسان فرانسيسكو ولوس أنجلوس. يحصل البرنامج على التمويل من الولاية والمقاطعة وأموال الضرائب الفيدرالية، بالإضافة إلى بعض الرسوم التي يسددها أولياء الأمور.

ما الذي يقدمه برنامج CCS إلى الأطفال؟

إذا كنت تعتقد أنت أو طبيب طفلك، أن طفلك قد يكون مصاباً بحالة طيبة تؤهله للحصول على CCS، فقد يسدد البرنامج تكالفة إجراء تقييم طبي أو يتکفل بإجرائه، لمعرفة ما إذا كانت حالة طفلك الطبية مسؤولة في البرنامج.

في حالة كان طفلك مؤهلاً، فقد يسدد برنامج CCS تكالفة أحد الخيارات التالية أو يتکفل بتقديمها:

- العلاج، مثل خدمات الطبيب والرعاية في المستشفى والرعاية الجراحية والعلاج الطبيعي والعلاج الوظيفي والاختبارات المعملية والأشعة السينية وأجهزة تقويم العظام والمعدات الطبية.
- إدارة الحالات الطبية لمساعدتك في الوصول إلى أطباء متخصصين والعناية بطفلك في حالة وجود ضرورة طبية، بالإضافة إلى الإحالة لمؤسسات أخرى من بينها مراكز تمريض الصحة العامة والمراكم الإقليمية.
- برنامج العلاج الطبيعي والذي يمكن أن يقدم علاج طبيعي أو وظيفي أو كلاهما في المدارس العامة للأطفال المؤهلين طبياً.

من هم المؤهلون للحصول على برامج CCS؟

إن البرنامج متاح لجميع من تتطبق عليهم الشروط التالية:

- الأشخاص دون سن 21 عاماً.
- المصابيون أو الذين يُحتمل إصابتهم بحالة طيبة يغطيها برنامج CCS.
- المقيمين في كاليفورنيا.
- العائلة التي يقل دخلها عن 40,000 دولار أمريكي كما هو مذكور تحت إجمالي الدخل المعدل في نموذج الإقرار الضريبي للولاية أو الذين من المتوقع أن تزيد نفقاتهم الطبية الخاصة على الطفل المؤهل عن أكثر من 20 في المائة من دخل العائلة.

لا يعتبر دخل العائلة ضمن الشروط المطلوبة في أي من الحالات التالية:

- الأطفال المحتججون إلى خدمات تشخيصية بغرض التأكيد على أهمية الحالة الطبية للحصول على برنامج CCS.
- الطفل المتبني المصاب بحالة طيبة معروفة ومؤهلة للحصول على CCS.
- الطفل المنتقم للحصول على الخدمات من خلال برنامج العلاج الطبيعي فقط.
- الطفل المنتفع بنطاق تغطية كامل في ميدي كال (Medi-Cal) دون تقاسم التكاليف.

ما هي الحالات الطبية التي يغطيها برنامج CCS؟

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

- حالات طبية تتضمن القلب (مرض القلب الخالي).
- 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، داء السكري).
- اضطرابات الجهاز البولي التناسلي (مشاكل الكلى المزمنة الخطيرة).
- اضطرابات الجهاز المغعبي المعوي (مرض الالتهاب المزمن، أمراض الكبد).
- تشوهات الأجنحة الخلقية الخطيرة (الشفة/الحنك المشقوق، تشدق العمود الفقري).
- اضطرابات أعضاء الحس (فقدان السمع، المياه الزرقاء، الساد).
- اضطرابات الجهاز العصبي (الشلل الدماغي، التهابات غير المنضبطة).
- اضطرابات الجهاز العضلي الهيكلي والأنسجة الضامنة (التهاب المفاصل الروماتويدي، ضمور العضلات).
- اضطرابات حادة في الجهاز المناعي (عدوى فيروس نقص المناعة البشرية).
- حالات تؤدي إلى الإعاقة أو التسمم وتتطلب عناية مركزية أو إعادة تأهيل (إصابات شديدة في الرأس أو المخ أو الحبل الشوكي أو الحروق البالغة).
- مضاعفات الولادة المبكرة التي تحتاج إلى عناية مركزية.

- اضطرابات الجلد والنسيج تحت الجلد (الورم الوعائي الدموي الحاد).
- سوء الإطباق طيباً بسبب الإعاقة (الأسنان شديدة الالتواء)
- إذا كانت لديك أي استفسارات، فاسأل مكتب برنامج CCS في مقاطعتك.

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

يجب على العائلات (أو مقدم الطلب إذا كان عمره 18 عاماً أو أكبر أو القاصر المستقل) القيام بما يلي:

- استكمال نموذج الطلب الموجود في صفحة رقم 3 وإعادته إلى مكتب برنامج CCS في مقاطعته.
- تقديم كل المعلومات المطلوبة إلى برنامج CCS حتى يتسرى للبرنامج تحديد ما إذا كانت العائلة مؤهلة.
- تقديم طلب إلى Medi-Cal إذا كان برنامج CCS يرى أن دخل العائلة يؤهلها لبرنامج Medi-Cal. (إذا كانت العائلة مؤهلة للحصول على برنامج Medi-Cal فسيعطي برنامج CCS الطفل أيضاً. ويعتمد برنامج CCS الخدمات وثسدد 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، لحماية خصوصيتك تُتخذ التدابير التالية:
 - يلتزم برنامج CCS بالحفاظ على سرية هذه المعلومات.
 - لا يجوز لبرنامج CCS مشاركة المعلومات الموجودة في النموذج مع الموظفين المخولين في برامج الصحة والرفاهية الأخرى إلا عند توقيفك على نموذج الموافقة.
- 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 إليه.³

هل يحق لي استئناف القرار؟

يحق لك عدم الموافقة على قرارات برنامج CCS⁴. وهو ما يطلق عليه اسم "الاستئناف". تتيح عملية الاستئناف لولي الأمر/الوصي القانوني أو مقدم الطلب سبيلاً لمعالجة الأمر مع برنامج CCS، للتوصل إلى حلول للخلافات. لمعلومات حول عملية الاستئناف، اتصل بمكتب برنامج CCS في مقاطعتك.

أين يمكنني الحصول على مزيد من المعلومات عن برنامج CCS؟

لمزيد من المعلومات أو المساعدة في تعبئة هذا الطلب، يرجى الاتصال بمكتب برنامج CCS في مقاطعتك. يدون عادة رقم هاتفهم تحت القسم الحكومي بدليل الهاتف المحلي. ابحث تحت اسم California Children's Services أو إدارة الصحة في المقاطعة.

ملاحظات

1 القانون المدني، المادة 1798.17

2 وفقاً للمادة 41670، الباب 22، قانون ولاية كاليفورنيا للأنظمة وقانون السجلات العامة في كاليفورنيا (قانون الحكم، المواد 6250-6255)

3 المادة 123800 والمواد التي تليها من قانون الصحة والسلامة بكاليفورنيا

4 قانون ولاية كاليفورنيا للأنظمة، الباب 2، الفصل 13، المواد 42702-42703

طلب تحديد الأهلية لبرنامج CCS

يسنكم هذا الطلبولي الأمر أو الوصي القانوني أو مقدم الطلب (إذا كان عمر مقدم الطلب 18 عاماً أو أكبر أو كان قاصراً مستقلاً) لتحديد ما إذا كان مُقدم الطلب مؤهلاً للحصول على خدمات/مخصصات برنامج CCS. ويقصد بمصطلح "مقدم الطلب" الطفل أو الفرد البالغ من العمر 18 عاماً أو أكبر أو القاصر المستقل، المتقدم للحصول على الخدمات.

الرجاء الكتابة أو الطباعة بأحرف واضحة.

أ. معلومات مقدم الطلب

| | | |
|--|--|--|
| 1. اسم مقدم الطلب (الأول) | الاسم في شهادة الميلاد (في حالة الاختلاف) (الأوسط) | أي اسم آخر يُعرف به مقدم الطلب |
| 2. تاريخ الميلاد (الشهر، اليوم، السنة) | 3. مكان الميلاد - المقاطعة والولاية | البلد، في حالة الولادة خارج الولايات المتحدة الأمريكية |
| 4. عنوان إقامة مقدم الطلب (الرقم، الشارع) (لا تستخدم صندوق البريد) | المدينة | الرمز البريدي |
| 5. النوع | 6. الأصل العرقي/الأصل الإثني | 7. رقم الضمان الاجتماعي (اختياري) |
| 8. ما هي حالة أو إعادة مُقدم الطلب المتوقع التأهل بسببها في برنامج CCS؟ | | |
| 9. طبيب الرعاية الأولية | | |
| 10. رقم هاتف الطبيب | | |
| ب. معلوماتولي الأمر/الوصي القانوني/العائلية (يتخطى مُقدم الطلب البالغ 18 عاماً أو أكبر أو القاصر المستقل النقاط 11 و 13). | | |
| 11. اسم (أسماء)ولي الأمر أو الوصي القانوني | 12. الاسم الأول للأم (في حالة عدم التحديد في رقم 11) | اسم الأم قبل الزواج |
| 13. عنوان الإقامة (الرقم، الشارع) (لا تستخدم صندوق البريد) | المدينة | الرمز البريدي |
| 14. العنوان البريدي (في حالة الاختلاف عن رقم 13) | المدينة | الرمز البريدي |
| 15. رقم هاتف المنزل | 16. رقم الهاتف المحمول | 17. رقم هاتف العمل |
| () | () | () |
| 18. ما اللغة التي تتحدث بها في المنزل؟ | 20. عدد أفراد الأسرة | 19. عنوان البريد الإلكتروني |
| 21. اسمولي الأمر الآخر وعنوانه في حالة عدم السكن مع مُقدم الطلب | | |

ج. معلومات التأمين الصحي

| | | |
|---|---|----|
| 22. هل لدى مُقدم الطلب تأمين في Medi-Cal؟ | نعم | لا |
| 23. في حال الإجابة بنعم، ما هو رقم Medi-Cal الخاص بمُقدم الطلب؟ | | |
| 24. هل هناك مشاركة في التكالفة؟ | نعم | لا |
| 25. في حال الإجابة بنعم، ما هو المبلغ الذي تستدده شهرياً؟ | دولار أمريكي | |
| 26. هل لدى مُقدم الطلب تأمين صحي آخر؟ | نعم | لا |
| 27. نوع خطة التأمين أو شركة التأمين | □ المنظمة المفضلة لتقديم التأمين (PPO) □ منظمات أخرى: | |
| 28. هل لدى مُقدم الطلب تأمين على الأسنان؟ | نعم | لا |
| 29. هل لدى مُقدم الطلب تأمين على الرؤية؟ | | |

د. مصادقة (اكتب الأحرف الأولى ووقع أدناه. إن توقيعك هو بمثابة تحويل لبرنامج CCS لبدء التعامل مع هذا الطلب).

أتقدم أنا إلى برنامج CCS من أجل تحديد أهلية الحصول على الخدمات/المخصصات. وأتفهم أن استكمال هذا الطلب لا يضمن قبول مُقدم الطلب في برنامج CCS.

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

أقر أنا بأنني قرأت المعلومات أو قرأت على مسمعي، وفهمتها.

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

| | | |
|---------|---|----------------------------|
| التاريخ | صلة القرابة بمُقدم الطلب | توقيع الشخص المستكمل للطلب |
| التاريخ | توقيع الشاهد (فقط في حالة توقيع الشخص بعلامة) | |

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

يرجى الكتابة بوضوح حتى يمكن معالجة طلبك في أسرع وقت ممكن.

يرجى تعبئة 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، يرجى الاتصال بمكتب برنامج CCS في مقاطعتك.

بمجرد استكمال الطلب، أرسله بالبريد إلى مكتب برنامج CCS في مقاطعتك. لا تنس التوقيع وكتابة التاريخ على النموذج.

القسم A: معلومات مقدم الطلب (يقصد "مقدم الطلب" الطفل أو الفرد البالغ من العمر 18 عاماً أو أكبر أو القاصر المستقل المنفرد للحصول على الخدمات).

1. اسم **مقدم الطلب**: اكتب اسم مقدم الطلب الأخير والأول والأوسط في المربع التالي، اكتب اسم مقدم الطلب كاملاً كما يظهر في شهادة الميلاد إذا كان مختلفاً عن الاسم، إذا كان مقدم الطلب يُعرف بأي اسم آخر، يُرجى تضمينه في المربع السابق.

2. **تاريخ ميلاد مقدم الطلب**: اكتب تاريخ ميلاد مقدم الطلب: الشهر، اليوم، السنة.

3. **مكان الميلاد**: اكتب المقاطعة والولاية التي ولد بها مقدم الطلب. قم بتضمين البلد، في حال ولادة مقدم الطلب خارج الولايات المتحدة الأمريكية.

4. **العنوان**: اكتب في هذه المساحة رقم الشارع واسم الشارع ورقم الشقة والمدينة والمقاطعة والرمز البريدي لمقر الإقامة الحالي لمقدم الطلب. يُرجى عدم استخدام صندوق البريد.

5. **نوع مقدم الطلب**: ضع علامة اختيار أو علامة X في المربع الصحيح للنوع (ذكر أو أنثى).

6. **الأصل العرقي/الأصل الإثني** يرجى الاختيار من القائمة التالية الفئة التي تصف بشكل أفضل الأصل العرقي/الأصل الإثني الأساسي لمقدم الطلب:

- | | |
|-----------|-----------------|
| • لاؤسي | • صيني |
| • ساموي | • فلبيني |
| • فيتنامي | • غرامي |
| • أبيض | • هوائي |
| • أخرى | • هسباني/لاتيني |
| | • ياباني |
| | • كوري |

7. **رقم الضمان الاجتماعي لمقدم الطلب (اختياري)**: يرجى كتابة رقم الضمان الاجتماعي لمقدم الطلب، والمكون من تسعة أرقام.

8. **الحالة أو الإعاقة المُتوقع التأهل بسببها لبرامج CCS**: اكتب إعاقة مقدم الطلب أو احتياجات الرعاية الصحية الخاصة التي سيعالجها برنامج CCS. قد يساعدك الوصف المرفق للحالات المؤهلة لبرنامج CCS (انظر "ما هي الحالات الطبية التي يعطيها برنامج CCS في صفحة رقم 1). في حال عدم معرفتك، اسأل طبيب مقدم الطلب أو اترك المكان فارغاً. سيعتبر برنامج CCS مع طبيب مقدم الطلب في حالة الحاجة لمزيد من المعلومات.

9. **اسم طبيب الرعاية الأولية لمقدم الطلب**: اكتب اسم طبيب مقدم الطلب.

10. **رقم هاتف الطبيب**: اكتب رقم هاتف الطبيب المذكور في رقم 9.

القسم B: **معلوماتولي الأمر/الوصي القانوني** (يتخطي مقدم الطلب البالغ 18 عاماً أو أكبر أو القاصر المستقل نقطتي 11 و 13).

11. **اسم (أسماء)ولي الأمر/الوصي**: اكتب اسم (أسماء)ولي أمر (أولياء أمر) مقدم الطلب أو اسم (أسماء) الوصي (الأوصياء) القانونيين لمقدم الطلب.

12. **الاسم الأول للأم واسمها قبل الزواج**: اكتب الاسم الأول للأم مقدم الطلب واسمها قبل الزواج.

13. **العنوان**: اكتب رقم الشارع واسم الشارع ورقم الشقة والمدينة والمقاطعة والرمز البريدي لمقر الإقامة الحالي لمقدم الطلب. يُرجى عدم استخدام صندوق البريد.

14. **العنوان البريدي**: في حال اختلاف هذا العنوان عن الموجود في رقم 13، يرجى كتابة رقم الشارع واسم الشارع والمدينة والرمز البريدي.

15. **رقم هاتف المنزل**: يرجى كتابة رقم هاتف المنزل بحيث يسهل الوصول إليك.

16. **رقم الهاتف الخلوي**: يرجى كتابة رقم الهاتف الخلوي بحيث يسهل الوصول إليك.

17. **رقم هاتف العمل**: يرجى كتابة رقم هاتف العمل بحيث يسهل الوصول إليك.

18. **اللغة (اللغات) التي تتحدثها**: اكتب اللغة التي تتحدثها في المنزل.

19. **البريد الإلكتروني**: اكتب عنوان البريد الإلكتروني لولي الأمر أو الوصي القانوني.

20. **عدد أفراد الأسرة**: اكتب عدد الأشخاص الذين يعيشون في نفس المنزل.

21. اسمولي الأمر الآخر وعنوانه في حالة عدم السكن مع مقدم الطلب: اكتب اسم وعنوان جهة الاتصال الأخرى.

القسم ج: معلومات التأمين الصحي

في حال رأى برنامج CCS أنك قد تكون مؤهلاً، فستطلب منك التقديم لبرنامج Medi-Cal، في حال عدم تلقيك حالياً لمخصصات الرعاية الصحية المقدمة من Medi-Cal. 22. في حالة عدم كون مقدم الطلب من متلقى Medi-Cal، ضع علامة أمام "لا" وانتقل إلى رقم 26 أ. في حالة تلقي مقدم الطلب مخصصات Medi-Cal، ضع علامة أمام "نعم" واكتب رقم Medi-Cal الخاص بمقدم الطلب.

23. في حالة كنت أنت مقدم الطلب وتلقي مخصصات Medi-Cal، ادخل رقم Medi-Cal المكون من 14 رقم.

24. في حالة سدادك جزء من تكلفة تأمين Medi-Cal، ضع علامة أمام "نعم".

25. في حالة سدادك جزء من مبلغ التكالفة، اكتب المبلغ الشهري المدفوع.

26. أ. في حالة عدم تمتّع مُقدم الطلب بتأمين صحي آخر، ضع علامة أمام "لا" وانتقل إلى رقم 28. 26 ب. في حالة تمتّع مُقدم الطلب بتأمين صحي، اكتب رقم البوليصة أو رقم الخطة.

27. في حالة تمتّع مُقدم الطلب بتأمين صحي، ضع علامة أمام المربع المناسب بناءً على نوع التأمين. يمكنك التعرّف على نوع التأمين الصحي الذي تحصل عليه من خلال نماذج التأمين لديك. إذا لم تكن متأكداً، يمكنك الاتصال بشركة التأمين الصحي التابع لها وسؤالهم.

28. إذا كان لدى مُقدم الطلب تأمين على الأسنان، ضع علامة أمام "نعم". إذا لم يكن لدى مُقدم الطلب تأمين على الأسنان، ضع علامة أمام "لا".

29. إذا كان لدى مُقدم الطلب تأمين على الرؤية، ضع علامة أمام "نعم". إذا لم يكن لدى مُقدم الطلب تأمين على الرؤية، ضع علامة أمام "لا".

القسم د: مصادقة

احرص على التوقيع وكتابة التاريخ بالحبر. في حالة التوقيع بعلامة، يرجى الطلب من الشاهد التوقيع وكتابة التاريخ.

تحت عنوان "صلة القرابة بمقدم الطلب"، اكتب الأب أو الأم أو الوصي القانوني أو الشخص نفسه (في حالة الأفراد البالغة أعمارهم 18 عاماً أو أكبر أو القصر المستقلين).

تقديم طلب

أرسل الطلب عبر البريد الإلكتروني أو سلمه إلى مكتب برنامج CCS في مقاطعتك. للعثور على مكتب برنامج CCS في مقاطعتك، قم بزيارة www.dhcs.ca.gov/services/ccs أو ابحث تحت القسم الحكومي في دليل الهاتف المحلي تحت اسم California Children's Services أو إدارة صحة المقاطعة.