

## 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 ويسدد ثمنها أيضًا. ويتولى برنامج خدمات الرعاية الصحية لولاية كاليفورنيا تسخير شؤون برنامج CCS. وبينما تدير المقاطعات الأكبر برامج CCS الخاصة بها، تتشارك 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 يسدها أولياء الأمور.

### ما الذي يقدمه برنامج CCS إلى الأطفال؟

إذا كنت تعتقد أنت أو طبيب طفلك، أن طفلك قد يكون مصابًا بحالة طبية تؤهله للحصول على CCS، فقد يسدد البرنامج تكلفة إجراء تقييم طبي أو يتكفل بإجرائه، لمعرفة ما إذا كانت حالة طفلك الطبية مشمولة في البرنامج.

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

- العلاج، مثلًا 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 متميزين والعناية بطفلك في حالة وجود ضرورة طبية، بالإضافة إلى الإحالة لمؤسسات أخرى من بينها مراكز تمرير الصحة العامة والمراكز الإقليمية.
- برنامج العلاج الطبي والذي يمكن أن يقدم علاج طبيعى أو وظيفي أو كلاهما في المدارس العامة للأطفال المؤهلين طبيًا.

### من هم المؤهلون للحصول على برامج CCS؟

إن البرنامج متاح لجميع من تنطبق عليهم الشروط التالية:

- الأشخاص دون سن 21 عامًا.
- المصابون أو الذين يُحتمل إصابتهم بحالة طبية 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 المحتاجون إلى خدمات تشخيصية بغرض التأكيد على أهلية الحالة الطبية للحصول على برامج CCS.
- الطفل المُتنبئ المصاب بحالة طبية معروفة ومؤهلة للحصول على CCS.
- الطفل المتقدم للحصول على الخدمات من خلال برنامج العلاج الطبي فقط.
- الطفل المتمتع 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 الخلقي).
- 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 المعدي المعوي (مرض الالتهاب المزمن، أمراض الكبد).
- تشوهات الأجنة الخلقية الخطيرة (الشفة/الحنك المشقوق، تشقق العمود الفقري).
- اضطرابات أعضاء الحس (فقدان السمع، المياه الزرقاء، الساد).
- اضطرابات الجهاز العصبي (الشلل الدماغي، النوبات غير المنضبطة).
- اضطرابات الجهاز العضلي الهيكلي والأنسجة الضامة (التهاب المفاصل الروماتويدي، ضمور العضلات).
- اضطرابات حادة في الجهاز المناعي (عدوى فيروس نقص المناعة البشري).
- حالات تؤدي إلى الإعاقة أو التسمم وتتطلب عناية مركزة أو إعادة تأهيل (إصابات شديدة في الرأس أو المخ أو الحبل الشوكي أو الحروق البالغة).
- مضاعفات الولادة المبكرة التي تحتاج إلى عناية مركزة.

- اضطرابات الجلد والنسيج تحت الجلد (الورم الوعائي الدموي الحاد).
- سوء الإطباق طبيًا 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 عامًا أو أكبر أو القاصر المستقل) القيام بما يلي:

- استكمال نموذج الطلب الموجود في صفحة رقم 3 وإعادته إلى مكتب برنامج CCS في مقاطعتك.
- تقديم كل المعلومات المطلوبة إلى برنامج CCS حتى يتسنى 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، فسيغطي برنامج CCS الطفل أيضًا. ويعتمد برنامج CCS الخدمات وتُسدد قيمتها عبر Medi-Cal).

#### كيف تتم حماية خصوصيتي؟

1. يوجب قانون ولاية كاليفورنيا تقديم معلومات للعائلات المتقدمة للحصول على خدمات، حول كيفية حماية برنامج CCS لخصوصيتها، لحماية خصوصيتك تُتخذ التدابير التالية:
  2. يلتزم برنامج CCS بالحفاظ على سرية هذه المعلومات
  3. لا يجوز لبرنامج CCS مشاركة المعلومات الموجودة في النموذج مع الموظفين المخولين في برامج الصحة والرفاهية الأخرى إلا عند توقيعك 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 CCS 4، وهو ما يطلق عليه اسم "الاستئناف". تتيح عملية الاستئناف لولي الأمر/الوصي القانوني أو مقدم الطلب سبيلًا 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 للمساعدة في تعبئة هذا الطلب، يرجى الاتصال بمكتب برنامج CCS في مقاطعتك. يدوّن 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 وفقًا 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

يستكمل هذا الطلب ولي الأمر أو الوصي القانوني أو مُقدم الطلب (إذا كان عمر مُقدم الطلب 18 عامًا أو أكبر أو كان قاصرًا مستقلًا) لتحديد ما إذا كان مُقدم الطلب مؤهلاً للحصول على خدمات/مخصصات برنامج CCS. ويُقصد بمصطلح "مُقدم الطلب" الطفل أو الفرد البالغ من العمر 18 عامًا أو أكبر أو القاصر المستقل، المتقدم للحصول على الخدمات. الرجاء الكتابة أو الطباعة بأحرف واضحة.

أ. معلومات مُقدم الطلب			
1. اسم مُقدم الطلب (الأخير)	(الأول)	(الأوسط)	الاسم في شهادة الميلاد (في حالة الاختلاف)
2. تاريخ الميلاد (الشهر، اليوم، السنة)		3. مكان الميلاد - المقاطعة والولاية	
4. عنوان إقامة مُقدم الطلب (الرقم، الشارع) (لا تستخدم صندوق البريد)		المدينة	المقاطعة
5. النوع		6. الأصل العرقي/الأصل الإثني	7. رقم الضمان الاجتماعي (اختياري)
8. ما هي حالة أو إعاقة مُقدم الطلب المُتوقع التأهل بسببها في برنامج CCS؟			
9. طبيب الرعاية الأولية		10. رقم هاتف الطبيب	

### ب. معلومات ولي الأمر/الوصي القانوني/العائلة (يتخطى مُقدم الطلب البالغ 18 عامًا 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	المقاطعة
14. العنوان البريدي (في حالة الاختلاف عن رقم 13)	المدينة	المقاطعة
15. رقم هاتف المنزل	16. رقم الهاتف المحمول	17. رقم هاتف العمل
( )	( )	( )
19. عنوان البريد الإلكتروني	20. عدد أفراد الأسرة	
21. اسم ولي الأمر الآخر وعنوانه في حالة عدم السكن مع مُقدم الطلب		

### ج. معلومات التأمين الصحي

22. هل لدى مُقدم الطلب تأمين في Medi-Cal؟	23. في حال الإجابة بنعم، ما هو رقم Medi-Cal الخاص بمُقدم الطلب؟	24. هل هناك مشاركة في التكلفة؟	25. في حال الإجابة بنعم، ما هو المبلغ الذي تسدده شهريًا؟
نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>		نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	دولار أمريكي
26 أ. هل لدى مُقدم الطلب تأمين صحي آخر؟	26 ب. في حال الإجابة بنعم، ما هو اسم خطة التأمين أو شركة التأمين؟	26 ج. رقم البوليصة أو الخطة	
نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>			
27. نوع خطة التأمين أو شركة التأمين			
<input type="checkbox"/> المنظمة المفضلة لتقديم التأمين (PPO) <input type="checkbox"/> منظمة الحفاظ على الصحة (HMO) <input type="checkbox"/> منظمات أخرى:			
28. هل لدى مُقدم الطلب تأمين على الأسنان؟	29. هل لدى مُقدم الطلب تأمين على الرؤية؟		
نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>		

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

أنا/نحن 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.	
أمنح أنا الإذن 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 حقيقية وصحيحة.	
توقيع الشخص المستكمل للطلب	صلة القرابة بمُقدم الطلب
توقيع الشاهد (فقط في حالة توقيع الشخص بعلامة)	التاريخ

**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 أ: معلومات مُقدم الطلب** (يقصد "بمقدم الطلب" الطفل أو الفرد البالغ من العمر 18 عامًا أو أكبر أو القاصر المستقل المتقدم للحصول على الخدمات).

1. **اسم مُقدم الطلب:** اكتب اسم مُقدم الطلب الأخير والأول والأوسط في المربع التالي، اكتب اسم مُقدم الطلب كاملاً كما يظهر في شهادة الميلاد إذا كان مختلفاً عن الاسم. إذا كان مُقدم الطلب يُعرف بأي اسم آخر، يُرجى تضمينه في المربع السابق.
2. **تاريخ ميلاد مُقدم الطلب:** اكتب تاريخ ميلاد مُقدم الطلب: الشهر، اليوم، السنة.
3. **مكان الميلاد:** اكتب المقاطعة والولاية التي ولد بها مُقدم الطلب. قم بتضمين البلد، في حال ولادة مُقدم الطلب خارج الولايات المتحدة الأمريكية.
4. **العنوان:** اكتب في هذه المساحة رقم الشارع واسم الشارع ورقم الشقة والمدينة والمقاطعة والرمز البريدي لمقر الإقامة الحالي لمُقدم الطلب. يُرجى عدم استخدام صندوق البريد.
5. **نوع مُقدم 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 لمُقدم الطلب:

- |                        |                 |           |
|------------------------|-----------------|-----------|
| • سكان ألاسكا الأصليين | • صيني          | • لاوسي   |
| • أمريكي آسيوي         | • فلبيني        | • ساموي   |
| • هندي أمريكي          | • غوامي         | • فيتنامي |
| • آسيوي                | • هاوائي        | • أبيض    |
| • هندي آسيوي           | • هسباني/لاتيني | • أخرى    |
| • أمريكي إفريقي/أسود   | • ياباني        |           |
| • كمبودي               | • كوري          |           |

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

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

9. **اسم طبيب الرعاية الأولية لمُقدم الطلب:** اكتب اسم طبيب مُقدم الطلب.

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

**القسم ب: معلومات ولي الأمر/الوصي القانوني (يتخطى مُقدم الطلب البالغ 18 عامًا أو أكبر أو القاصر المستقل نقطي 11 و 13).**

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

12. **الاسم الأول للأُم واسمها قبل الزواج:** اكتب الاسم الأول لأُم مُقدم الطلب واسمها قبل الزواج.

13. **العنوان:** اكتب رقم الشارع واسم الشارع ورقم الشقة والمدينة والمقاطعة والرمز البريدي لمقر الإقامة الحالي لمُقدم 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 الخليوي:** يرجى كتابة رقم الهاتف الخليوي 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. اسم ولي الأمر الآخر وعنوانه في حالة عدم السكن مع مُقدم الطلب: اكتب اسم وعنوان جهة الاتصال الأخرى.

#### القسم ج: معلومات التأمين الصحي

في حال رأى برنامج CCS أنك قد تكون مؤهلاً، فستطلب منك التقدم لبرنامج Medi-Cal، في حال عدم تلقيك حالياً لمخصصات الرعاية الصحية المقدمة من Medi-Cal. 22. في حالة عدم كون مُقدم الطلب من متلقي Medi-Cal، ضع علامة أمام "لا" وانتقل إلى رقم 26 أ. في حالة تلقي مُقدم الطلب مخصصات Medi-Cal، ضع علامة أمام "نعم" و اكتب رقم Medi-Cal الخاص بمُقدم الطلب.

23. في حالة كنت أنت مُقدم الطلب وتتلقى 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 التكلفة، اكتب المبلغ الشهري المدفوع.

26 أ. في حالة عدم تمتع مُقدم الطلب بتأمين صحي آخر، ضع علامة أمام "لا" وانتقل إلى رقم 28. 26 ب. في حالة تمتع مُقدم

الطلب بتأمين صحي، اكتب اسم خطة التأمين أو شركة التأمين. 26 ج. في حالة تمتع مُقدم الطلب بتأمين صحي، اكتب رقم البوليصة

أو رقم الخطة.

27. في حالة تمتع مُقدم الطلب بتأمين صحي، ضع علامة أمام المربع المناسب بناءً على نوع التأمين. يمكنك التعرف على نوع التأمين الصحي الذي تحصل عليه من خلال نماذج التأمين لديك. إذا لم تكن متأكدًا، 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

أحرص 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 عامًا أو أكبر أو القصر المستقلين).

#### تقديم طلبك

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](http://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.