

معلومات حول برنامج خدمات الأطفال في كاليفورنيا (CCS)

ما هو برنامج خدمات الأطفال في كاليفورنيا؟

برنامج خدمات الأطفال في كاليفورنيا (CCS) هو برنامج على مستوى الولاية، ويهتم بالأطفال من ذوي القدرات الجسدية المحدودة والمصابين بحالات أو أمراض صحية مزمنة معينة. يمكن أن يخول برنامج CCS الأفراد بالحصول على خدمات ومعدات طبية محددة التي يقدمها اختصاصيون معتمدون لدى برنامج CCS، ويقوم بتسديد ثمنها. وتتولى إدارة خدمات الرعاية الصحية لولاية كاليفورنيا (DHCS) تسيير شئون برنامج CCS. وبينما تدير المقاطعات الأكبر برامج CCS الخاصة بها، تتشارك المقاطعات الأصغر في إدارة برامجهم مع إدارة DHCS. يحصل البرنامج على التمويل من الولاية والمقاطعة وأموال الضرائب الفدرالية، 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 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 ترميز الصحة العامة والمراكز الإقليمية.
 - برنامج العلاج الطبي (MTP)، والذي يمكن أن يقدم علاجًا طبيعيًا أو وظيفيًا أو كلاهما في المدارس العامة للأطفال المؤهلين طبيًا.

من هم المؤهلون للحصول على برامج CCS؟

البرنامج متاح لجميع الآتي:

- الأشخاص دون سن 21 عامًا؛
- المصابون أو الذين يُحتمل إصابتهم بحالة طبية يغطيها برنامج CCS؛
- المقيمون في كاليفورنيا؛ و
- الذين لديهم أسر يقل دخلها عن 40,000 دولار كما هو مذكور تحت إجمالي الدخل المعدل في نموذج الإقرار الضريبي للولاية أو الذين من المتوقع أن تزيد نفقاتهم الطبية الخاصة على طفل مؤهل عن أكثر من 20 في المائة من دخل الأسرة.

لا يعتبر دخل الأسرة عاملاً أساسيًا لهؤلاء الأطفال:

- الذين يحتاجون إلى خدمات تشخيصية بغرض التأكيد على أهلية الحالة الطبية للحصول على برامج CCS؛ أو
- المُتَبَتَّون المصابون بحالة طبية معروفة ومؤهلة للحصول على CCS × أو
- المتقدمون للحصول على الخدمات من خلال برنامج العلاج الطبي فقط؛ أو
- المتمتعون بنطاق تغطية كامل في Medi-Cal من دون تقاسم التكاليف.

ما هي الحالات الطبية التي يغطيها برنامج CCS؟

لا يغطي برنامج CCS سوى حالات محددة. بشكل عام، يغطي برنامج CCS الحالات الطبية التي تسبب إعاقة جسدية أو التي تتطلب خدمات طبية أو جراحية أو إعادة تأهيل. قد تتوفر أيضًا معايير معينة تحدد ما إذا كانت حالة طفلك الطبية مؤهلة. أدناه، 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 الهضمي (مرض الالتهاب المزمن، أمراض الكبد).
 - تشوهات الأجنة الخلقية الخطيرة (الشفة/الحنك المشقوق، تشقق العمود الفقري).
 - اضطرابات الأعضاء الحسية (فقدان السمع، المياه الزرقاء، إعتام عدسة العين).
 - 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 HIV).
 - 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 إطباق طبيًا بسبب الإعاقة (الأسنان شديدة الالتواء).
- اسأل مكتب برنامج CCS في مقاطعتك إذا كانت لديك أي استفسارات.

ما الذي يجب على مُقدم الطلب أو الأسرة القيام به للتأهل؟

- يجب على العائلات (أو مُقدم الطلب إذا كان عمره 18 عامًا أو أكبر أو القاصر المستقل) القيام بما يلي:
- استكمال نموذج الطلب الموجود في بداية صفحة رقم 4 وإعادته إلى المكتب المحلي لبرنامج CCS في مقاطعته؛
 - تقديم كل المعلومات المطلوبة إلى برنامج CCS حتى يتمكن البرنامج تحديد ما إذا كانت الأسرة مؤهلة؛
 - تقديم طلب إلى Medi-Cal إذا كان برنامج CCS يرى أن دخل الأسرة يؤهلها لبرنامج Medi-Cal. (إذا كانت الأسرة مؤهلة للحصول على برنامج Medi-Cal، فسيغطي برنامج CCS الطفل أيضًا. يقوم برنامج CCS بالموافقة على الخدمات وتسديد 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.¹
- لحماية خصوصيتك:
- يلتزم برنامج CCS بالحفاظ على سرية هذه المعلومات.²
 - 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 الاستئناف في القرار؟

يحق لك عدم الموافقة على قرارات برنامج CCS.4، وهو ما يطلق عليه تسمية "الاستئناف". تتيح عملية الاستئناف لولي الأمر/الوصي القانوني أو مُقدم الطلب سبيلًا لمعالجة الأمر مع برنامج CCS، للتوصل إلى حلول للخلافات. لمعلومات حول عملية الاستئناف، اتصل بمكتب برنامج CCS المحلي في مقاطعتك.

أين يمكنني الحصول على المزيد من المعلومات عن برنامج CCS؟

للمزيد من المعلومات حول برنامج CCS، يرجى زيارة الصفحة الرئيسية لبرنامج CCS على موقع DHCS الإلكتروني هنا:
<https://www.dhcs.ca.gov/services/ccs/Pages/default.aspx>

لطلب مساعدة في تعبئة هذا الطلب، يرجى الاتصال بمكتب برنامج CCS المحلي في مقاطعتك. للعثور على مكتب برنامج CCS في مقاطعتك، قم بزيارة <https://www.dhcs.ca.gov/services/ccs/Pages/CountyOffices.aspx>، أو ابحث تحت القسم الحكومي في دليل الهاتف المحلي تحت اسم "California Children's Services" (خدمات الأطفال في كاليفورنيا) أو "county health department" (إدارة صحة المقاطعة).

ملاحظات

1. القانون المدني، القسم 1798.17
https://leginfo.legislature.ca.gov/faces/codes_displaySection.xhtml?sectionNum=1798.17.&lawCode=CIV
2. وفقًا للقسم 41670، الباب 22، قانون ولاية كاليفورنيا للأنظمة وقانون السجلات العامة في كاليفورنيا (قانون الحكومة، الأقسام 6250-6255)
https://leginfo.legislature.ca.gov/faces/codes_displayText.xhtml?division=7.&chapter=3.5.&lawCode=GOV&title=1.&article=1
3. القسم 123800 وما يليه من قانون الصحة والسلامة بـ كاليفورنيا
https://leginfo.legislature.ca.gov/faces/codes_displayText.xhtml?lawCode=HSC&division=106.&title=&part=2.&chapter=3.&article=5
4. قانون ولاية كاليفورنيا للأنظمة، الباب 22، الفصل 13، الأقسام 42702-42703
[https://govt.westlaw.com/calregs/Document/I3EB90F40D4B811DE8879F88E8B0DAAAE?viewTy \(pe=FullText&originationContext=documenttoc&transitionType=CategoryPageItem&contextData=\(sc.Default](https://govt.westlaw.com/calregs/Document/I3EB90F40D4B811DE8879F88E8B0DAAAE?viewTy (pe=FullText&originationContext=documenttoc&transitionType=CategoryPageItem&contextData=(sc.Default)

تقديم طلب لتحديد الأهلية في برنامج 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 مؤهلًا للحصول على خدمات/مخصصات برنامج CCS. يُقصد بمصطلح "مُقدم الطلب" الطفل أو الفرد البالغ من العمر 18 عامًا أو أكبر أو القاصر المستقل، المتقدم للحصول على الخدمات. يرجى الطباعة أو الكتابة بأحرف واضحة.

أ. معلومات مُقدم الطلب

1. اسم مقدم الطلب:
(الأخير) (الأول) (الأوسط)

الاسم في شهادة الميلاد (في حالة الاختلاف)

أي اسم آخر يُعرف به مُقدم الطلب

2. تاريخ الميلاد (الشهر، اليوم، السنة)

3. مكان الميلاد - المقاطعة والولاية

البلد، إذا كان مولودًا خارج الولايات المتحدة

4. عنوان إقامة مُقدم الطلب (الرقم، الشارع) (لا تستخدم صندوق البريد)

المدينة

المقاطعة

الرمز البريدي

5. الجنس

☐ أنثى ☐ ذكر

6. أسئلة حول التوجه الجنسي والهوية الجندرية (اختياري):

إذا رغب مقدم الطلب في إخبارنا المزيد عن نوعه أو هويته الجندرية أو تعبيره الجندري أو توجهه الجنسي، يرجى تعبئة البنود (أ) و(ب) و(ج) أدناه. القسم 6 اختياري، ولكن إدارة DHCS ملزمة بطلبه تماشياً مع إقرار مشروع قانون الجمعية رقم 959 لعام (2015-2016).

أ. ما هي الهوية الجندرية لمقدم الطلب (حدد المربع الذي يصف هويتك الجندرية الحالية)؟

☐ أنثى ☐ ذكر ☐ متحول جنسياً: من ذكر إلى أنثى ☐ متحول جنسياً: أنثى إلى ذكر ☐ هوية غير الثنائية الجنسية (لا ذكر ولا أنثى) ☐ هوية جندرية أخرى

ب. ما هو جنس طفلك المحدد في شهادة ميلاده الأصلية؟

☐ أنثى ☐ ذكر

ج. أي من الآتي يرى مقدم الطلب نفسه:

☐ مستقيم/ مغاير الجنس ☐ مثلي الجنس / مثلية الجنس ☐ ثنائي الميل الجنسي ☐ حر الجنس ☐ توجه جنسي آخر ☐ غير معروف

7. العرق \ الأصل

8. رقم الضمان الاجتماعي (اختياري)

9. ما هي حالة أو إعاقة مُقدم الطلب المُتوقع التأهل بسببها في برنامج CCS؟

10. طبيب الرعاية الأولية

11. رقم هاتف الطبيب

ب. معلومات ولي الأمر/ الوصي القانوني/ الأسرة

(يتخطى مُقدم الطلب البالغ 18 عامًا أو أكبر أو القاصر المستقل النقاط 12 و14).

12. اسم (أسماء) ولي الأمر أو الوصي القانوني

13. الاسم الأول للوالدة (في حالة عدم التحديد في رقم 12)

اسم العائلة قبل الزواج

14. عنوان الإقامة (الرقم، الشارع) (لا تستخدم صندوق البريد)

المدينة

المقاطعة

الرمز البريدي

15. العنوان البريدي (في حالة الاختلاف عن رقم 14)

المدينة

المقاطعة

الرمز البريدي

16. رقم هاتف المنزل

17. رقم الهاتف النقال

18. رقم هاتف العمل

19. ما اللغة التي تتحدث بها في المنزل؟

20. عنوان البريد الإلكتروني

21. عدد أفراد الأسرة

22. اسم ولي الأمر الآخر وعنوانه في حالة عدم السكن مع مُقدم الطلب

ج. معلومات التأمين الصحي

23. هل مُقدم الطلب مشارك في برنامج Medi-Cal؟

24. في حال الإجابة بنعم، ما هو رقم Medi-Cal الخاص بمُقدم الطلب؟

نعم ☐ لا ☐

25. هل هناك مشاركة في التكاليف؟

26. في حال الإجابة بنعم، ما هو المبلغ الذي تسدده شهريًا؟

نعم ☐ لا ☐

27-أ. هل لدى مُقدم الطلب تأمين صحي آخر؟

27-ب. في حال الإجابة بنعم، ما هو اسم برنامج التأمين أو شركة التأمين؟

نعم ☐ لا ☐

27-ج. رقم بطاقه التأمين او الخطة الصحية

28. نوع برنامج التأمين أو شركة التأمين
☐ المنظمة المفضلة لتقديم التأمين (PPO) ☐ منظمة الحفاظ على الصحة (HMO) ☐ غير ذلك:

29. هل لدى مُقدم الطلب تأمين رعاية الأسنان؟

☐ لا

☐ نعم

30 هل لدى مُقدم الطلب تأمين رعاية البصر؟

☐ لا

☐ نعم

د. إقرار

(اكتب الحرف الأول من اسمك واسم العائلة ووقع أدناه. يخوّل توقيعك برنامج CCS بمتابعة إجراءات هذا الطلب).

أنا أقدم طلبًا إلى برنامج CCS من أجل تحديد أهلية الحصول على الخدمات/المخصصات.
أدرك أن استكمال هذا الطلب لا يضمن قبول مُقدم الطلب من قبل برنامج CCS.

أنا أُمَنح الإذن بالتحقق من محل إقامتي أو معلوماتي الصحية أو أي حالات أخرى مطلوبة لتحديد أهلية الحصول على خدمات/
مخصصات برنامج CCS.

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

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

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

*انظر الإرشادات في الصفحة التالية.

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

قم بالكتابة بوضوح حتى يمكن إكمال طلبك في أسرع وقت ممكن.

قم بتعبئة كل قسم بالكامل. في حالة عدم تقديمك للمعلومات بالكامل، لن يتمكن برنامج CCS من إكمال طلبك. إذا كنت بحاجة إلى المساعدة في تعبئة هذا النموذج، اتصل بالمكتب المحلي لبرنامج CCS في مقاطعتك.

بمجرد استكمال الطلب، أرسله بالبريد إلى المكتب المحلي لبرنامج CCS في مقاطعتك. لا تنس التوقيع وكتابة التاريخ على النموذج.

القسم (أ): معلومات مُقدم الطلب (يقصد "مُقدم 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، قم بتضمينه في المربع الأخير.
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.
4. **العنوان:** اكتب في هذه المساحة رقم الشارع واسم الشارع ورقم الشقة والمدينة والمقاطعة والرمز البريدي لمقر الإقامة الحالي لمُقدم الطلب. يرجى عدم استخدام صندوق البريد.
5. **جنس مُقدم الطلب:** ضع علامة على المربع للجنس الصحيح لمقدم الطلب (ذكر أو أنثى).
6. **أسئلة حول التوجه الجنسي والهوية الجندرية (اختياري):** إذا رغب مقدم الطلب في إخبارنا المزيد عن نوعه أو هويته الجندرية أو تعبيره الجندري أو توجهه الجنسي، يرجى تعبئة البنود (أ) و(ب) و(ج). القسم 6 اختياري، ولكن إدارة DHCS ملزمة بطلبه تماشيًا مع إقرار مشروع قانون الجمعية رقم 959 لعام (2015-2016).

6-أ. حدد المربع الذي يصف هوية مقدم الطلب الجندرية الحالية.

6-ب. ضع علامة على خيار الجنس المحدد في شهادة ميلاد مقدم الطلب الأصلية؟

6-ج. حدد المربع الذي يصف هوية مقدم الطلب الجنسية.

7. **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 |
| • أمرو-آسيوي | • فلبيني | • ساموي |
| • أمريكي هندي | • غوامي | • فيتنامي |
| • آسيوي | • من هاواي | • أبيض |
| • هندي آسيوي | • هسباني/لاتيني | • غير ذلك |
| • أمريكي إفريقي/أسود | • ياباني | |
| • كمبودي | • كوري | |

8. رقم الضمان الاجتماعي لمقدم الطلب (اختياري): اكتب رقم الضمان الاجتماعي لمقدم الطلب، والمكون من تسعة أرقام.
9. الحالة أو الإعاقة المتوقع التأهل بسببها لبرنامج 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 يغطيها برنامج CCS" في الصفحتين 1 و 2). في حال عدم معرفتك، اسأل طبيب مقدم الطلب أو اترك المساحة فارغة. سيتابع برنامج CCS مع طبيب مقدم الطلب في حالة الحاجة للمزيد من المعلومات.
10. اسم طبيب الرعاية الأولية لمقدم الطلب: اكتب اسم طبيب مقدم الطلب.
11. رقم هاتف الطبيب: اكتب رقم هاتف الطبيب المذكور في رقم 10.
- القسم ب: معلومات ولي الأمر/الوصي القانوني (يتخطى مقدم الطلب البالغ 18 عامًا أو أكبر أو القاصر المستقل البندين 12 و 14).
12. اسم (أسماء) ولي الأمر/الوصي: اكتب اسم (أسماء) ولي أمر (أولياء أمر) مقدم الطلب أو اسم (أسماء) الوصي (الأوصياء) القانوني لمقدم الطلب.
13. الاسم الأول للوالدة واسم عائلتها قبل الزواج: اكتب الاسم الأول للوالدة مقدم الطلب واسمها قبل الزواج.
14. العنوان: اكتب رقم الشارع واسم الشارع ورقم الشقة والمدينة والمقاطعة والرمز البريدي لمقر الإقامة الحالي لمقدم الطلب. يرجى عدم استخدام صندوق البريد.
15. العنوان البريدي: في حال اختلاف هذا العنوان عن الموجود في رقم 14، اكتب رقم الشارع واسم الشارع والمدينة والرمز البريدي.
16. رقم هاتف المنزل: اكتب رقم هاتف المنزل حيث يسهل الوصول إليك.
17. رقم الهاتف النقال: اكتب رقم الهاتف النقال حيث يسهل الوصول إليك.
18. رقم هاتف العمل: اكتب رقم هاتف العمل حيث يسهل الوصول إليك.
19. اللغة (اللغات) التي تتحدثها: اكتب اللغة التي تتحدثها في المنزل.
20. عنوان البريد الإلكتروني: اكتب عنوان البريد الإلكتروني لولي الأمر أو الوصي القانوني.
21. عدد الأفراد في الأسرة: اكتب عدد الأشخاص الذين يعيشون في نفس الأسرة المعيشية.
22. اسم ولي الأمر الآخر وعنوانه في حالة عدم السكن مع مقدم الطلب: اكتب الاسم والعنوان لجهة اتصال ثانية.

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 برنامج Medi-Cal.
23. في حالة عدم كون مقدم الطلب من متلقي Medi-Cal، ضع علامة أمام "لا" وانتقل إلى رقم 27-أ. في حالة تلقي مقدم الطلب مخصصات Medi-Cal، ضع علامة أمام "نعم" واكتب رقم Medi-Cal الخاص بمقدم الطلب.
 24. في حالة كنت أنت مقدم الطلب وكنت مشاركاً في برنامج Medi-Cal، أدخل رقم Medi-Cal المكون من 14 رقم.
 25. في حالة سدادك جزء من تكلفة تأمين Medi-Cal، ضع علامة أمام "نعم".
 26. في حالة سدادك جزءاً من مبلغ التكلفة، اكتب المبلغ الشهري المدفوع.
 - 27-أ. في حالة لم يكن لدى مقدم الطلب تأمين صحي آخر، ضع علامة أمام "لا" وانتقل إلى رقم 29.
 - 27-ب. في حالة كان لدى مقدم الطلب تأمين صحي، اكتب اسم برنامج التأمين أو شركة التأمين.

27-ج. في حالة تمتع مُقدم الطلب بتأمين صحي، اكتب رقم البطاقة الصحية أو رقم البرنامج.

28. 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، اتصل بشركة التأمين الصحي الخاصة بك للاستفسار.

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

30. إذا كان لدى مُقدم الطلب تأمين رعاية البصر، ضع علامة أمام "نعم". إذا لم يكن لدى مُقدم الطلب تأمين رعاية البصر، ضع علامة أمام "لا".

القسم د: إقرار

أحرص على التوقيع وكتابة التاريخ بالحبر. في حالة التوقيع بعلامة، اطلب من الشاهد التوقيع وكتابة التاريخ.

تحت عنوان "صلة القرابة بمقدم الطلب"، اكتب والد أو والدة أو وصي قانوني أو الشخص نفسه (في حالة الأفراد البالغة أعمارهم 18 عامًا أو أكبر أو القصر المستقلين).

إرسال طلبك

أرسل طلبك عبر البريد الإلكتروني أو سلمه إلى المكتب المحلي لبرنامج CCS في مقاطعتك. للعثور على مكتب برنامج CCS في مقاطعتك، قم بزيارة <https://www.dhcs.ca.gov/services/ccs/Pages/CountyOffices.aspx> أو ابحث تحت القسم الحكومي في دليل الهاتف المحلي تحت اسم "California Children's Services" (خدمات الأطفال في كاليفورنيا) أو "county health department" (إدارة صحة المقاطعة).