

## 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 الجسمية 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 بتسييد ثمنها. وتتولى إدارة خدمات الرعاية الصحية لولاية كاليفورنيا (DHCS) تسيير شئون برنامج CCS. وبينما تدير المقاطعات الأكبر برامج CCS الخاصة بها، تشارك المقاطعات الأصغر في إدارة برامجهم مع إدارة DHCS. يحصل البرنامج على التمويل من الولاية والمقاطعة وأموال الضرائب الفدرالية، 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 مصاباً بحالة طبية تؤهله للحصول على CCS، فقد يسدد البرنامج تكلفة إجراء تقييم طبي أو يتکفل 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 يتکلف بتقديمه:

- العلاج، مثلاً 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 والمراكز الإقليمية.
- برنامج العلاج الطبي (MTP)، والذي يمكن أن يقدم علاجاً طبيعياً أو وظيفياً أو كلاهما في المدارس العامة للأطفال المؤهلين طبياً.

### من هم المؤهلون للحصول على برنامج CCS؟

البرنامج متاح لجميع الآتي:

- الأشخاص دون سن 21 عاماً؛
- المصابون أو الذين يُحتمل إصابتهم بحالة طبية يغطيها برنامج CCS؛
- المقيمين في كاليفورنيا؛ و
- الذين لديهم أسر يقل دخلها عن 40,000 دولار كما هو مذكور تحت إجمالي الدخل المعدل في نموذج الإقرار الضريبي لولاية 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 أساسياً لهؤلاء الأطفال:

- الذين يحتاجون إلى خدمات تشخيصية بغرض التأكيد على أهمية الحالة الطبية للحصول على برنامج CCS؛ أو
- المُتبّعون المصابون بحالة طبية معروفة ومؤهلة للحصول على CCS أو
- المتقدّمون 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 أيضاً معايير معينة تحدد ما إذا كانت حالة طفلك الطبية مؤهلة. أدناه، الفئات المُدرجة تحت الحالات الطبية التي قد يغطيها البرنامج مع بعض الأمثلة على كل منها:

- حالات طبية تتضمن القلب (مرض القلب الخلقي).
  - الأورام (السرطان والأورام الخبيثة).
  - اضطرابات الدم (الناعور، فقر الدم المنجل).
  - 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 الانتهاب المزمن، أمراض الكبد).
  - تشوهات الأجنحة الخلقية الخطيرة (الشفة/الحنك المشقوق، تششق 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 الإلعاقة 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 طبياً بسبب الإلعاقة (الأسنان شديدة الالتواء).
- أسأل مكتب برنامج CCS في مقاطعتك إذا كانت لديك أي استفسارات.

### ما الذي يجب على مقدم الطلب أو الأسرة القيام به للتأهل؟

يجب على العائلات (أو مُقدم الطلب إذا كان عمره 18 عاماً 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 للبرنامج 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 أيضاً. 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.<sup>1</sup> لحماية خصوصيتك:

- يتم برنامج CCS بالحفظ على سرية هذه المعلومات.<sup>2</sup>
- 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.<sup>3</sup>

### هل يحق لي الاستئناف في القرار؟

يحق لك عدم الموافقة على قرارات برنامج CCS، وهو ما يطلق عليه تسمية "الاستئناف". تتيح عملية الاستئناف لولي الأمر/الوصي القانوني أو مُقدم الطلب سبيلاً 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 "county health department" (خدمات الأطفال في كاليفورنيا) أو "California Children's Services" (إدارة صحة المقاطعة).

## ملاحظات

1. القانون المدني، القسم 1798.17 [https://leginfo.legislature.ca.gov/faces/codes\\_displaySection.xhtml?sectionNum=1798.17.&lawCode=CIV](https://leginfo.legislature.ca.gov/faces/codes_displaySection.xhtml?sectionNum=1798.17.&lawCode=CIV)
2. وفقاً 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](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 بكاليفورنيا [https://leginfo.legislature.ca.gov/faces/codes\\_displayText.xhtml?lawCode=HSC&division=106.&title=&part=2.&chapter=3.&article=5](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/I3EB90F40D4B811DE8879F88E8B0DAAE?viewType=FullText&originationContext=documenttoc&transitionType=CategoryPageItem&contextData=\(sc.Default](https://govt.westlaw.com/calregs/Document/I3EB90F40D4B811DE8879F88E8B0DAAE?viewType=FullText&originationContext=documenttoc&transitionType=CategoryPageItem&contextData=(sc.Default)

## تقديم طلب لتحديد الأهلية في برنامج CCS

يُستكمل هذا الطلب ولِي الأمر أو الوصي القانوني أو مُقدم الطلب (إذا كان عمر مُقدم الطلب 18 عاماً أو أكبر أو كان قاصراً مستقلاً) لتحديد ما إذا كان مُقدم الطلب مؤهلاً للحصول على خدمات/مخصصات برنامج CCS. يُقصد بمصطلح "مُقدم الطلب" الطفل أو الفرد البالغ من العمر 18 عاماً أو أكبر أو القاصر المستقل، المتقدم للحصول على الخدمات. يرجى الطباعة أو الكتابة بأحرف واضحة.

أ. معلومات مُقدم الطلب

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

<p>أي اسم آخر يُعرف به مُقدم الطلب</p>	<p>الاسم في شهادة الميلاد (في حالة الاختلاف)</p>
<p>3. مكان الميلاد - المقاطعة والولاية</p>	<p>2. تاريخ الميلاد (الشهر، اليوم، السنة)</p>
<p>البلد، إذا كان مولوداً خارج الولايات المتحدة</p>	
<p>4. عنوان إقامة مُقدم الطلب (الرقم، الشارع) (لا تستخدم صندوق البريد)</p>	

الرمز البريدي	المقاطعة	المدينة
5. الجنس <input type="radio"/> ذكر <input checked="" type="radio"/> أنثى		

6. أسئلة حول التوجه الجنسي والهوية الجندرية (اختياري):  
إذا رغب مقدم الطلب في إخبارنا المزيد عن نوعه أو هويته الجندرية أو تعبيه الجندرية أو توجهه الجنسي، يرجى تعبيه البنود (أ) و(ب) و(ج) أدناه.  
القسم 6 اختياري، ولكن إدارة DHCS ملزمة بطلبه تماشياً مع إقرار مشروع قانون الجمعية رقم 9559 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 الثانية الجنسية (لا ذكر ولا أنثى)  هوية جندرية أخرى

- بـ. ما هو جنس طفلك المحدد في شهادة ميلاده الأصلية؟

- ذكر       أنثى

- جـ. أي من الآتي يرى مقدم الطلب نفسه:

- حر الجنس       مثلي الجنس / مثالية الجنس       ثانئي الميول الجنسية       مستقيم / مغاير الجنس  
 غير معروف       توجّه جنسي آخر

7. العرق الأصلي

8. رقم الضمان الاجتماعي (اختياري)

9. ما هي حالة أو إعاقа مقدم الطلب المتوقع التأهل بسببها في برنامج CCS؟

11. رقم هاتف الطبيب

10. طبيب الرعاية الأولية

**بـ. معلوماتولي الأمر/ الوصي القانوني/ الأسرة**  
(يتخطى مقدم الطلب البالغ 18 عاماً أو أكبر أو القاصر المستقل النقاط 12 و 14).

اسم العائلة قبل الزواج	13. الاسم الأول للوالدة (في حالة عدم التحديد في رقم 12)	12. اسم (أسماء)ولي الأمر أو الوصي القانوني
------------------------	---	--

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	المدينة
---------------------	-----------------------	--------------------	---------

19. ما اللغة التي تتحدث بها في المنزل؟	20. عنوان البريد الإلكتروني
--	-----------------------------

21. عدد أفراد الأسرة	22. اسمولي الأمر الآخر وعنوانه في حالة عدم السكن مع مقدم الطلب
----------------------	--

### جـ. معلومات التأمين الصحي

23. هل مقدم الطلب مشارك في برنامج Medi-Cal؟	نعم <input type="radio"/>	لا <input type="radio"/>
---	---------------------------	--------------------------

25. هل هناك مشاركة في التكاليف؟	نعم <input type="radio"/>	لا <input type="radio"/>
---------------------------------	---------------------------	--------------------------

27-أ. هل لدى مقدم الطلب تأمين صحي آخر؟	نعم <input type="radio"/>	لا <input type="radio"/>
--	---------------------------	--------------------------

27-ج. رقم بطاقة التأمين أو الخطة الصحية

28. نوع برنامج التأمين أو شركة التأمين  
 المنظمة المفضلة لتقديم التأمين (PPO)  غير ذلك: \_\_\_\_\_

29. هل لدى مقدم الطلب تأمين رعاية الأسنان؟  
 لا  نعم

د. إقرار

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

أنا أقدم طلباً إلى برنامج CCS من أجل تحديدأهلية الحصول على الخدمات/المخصصات.  
أدرك أن استكمال هذا الطلب لا يضمن قبول مقدم الطلب من قبل برنامج CCS.

أنا أمنح 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 قرائتها على مسمعي، وفهمتها.

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

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

\*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 بتبني كل قسم بالكامل. في حالة عدم تقديمك للمعلومات بالكامل، لن يتمكن برنامج CCS من إكمال طلبك. إذا كنت بحاجة إلى المساعدة في تبني 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 مقدم الطلب (يقصد بـ“مقدم الطلب” الطفل أو الفرد البالغ من العمر 18 عاماً 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 لمُقدم الطلب (ذكر أو أنثى).

6. أسئلة حول التوجه الجنسي والهوية الجندرية (اختياري): إذا رغب مُقدم الطلب في إخبارنا المزيد عن نوعه أو هويته الجندرية أو تعبيره الجندر أو توجهه الجنسي، يرجى تعبيته البنود (أ) و(ب) و(ج). القسم 6 اختياري، ولكن إدارة DHCS ملزمة بطلبه تماشياً مع إقرار [مشروع قانون الجمعية رقم 959 لعام 2015-2016](#).

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

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

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

7. الأصل العِرق / الأصل الإثنى يرجى الاختيار من القائمة التالية الفتاة التي تصف بشكل أفضل الأصل العِرقى/الأصل الإثنى الأساسى لمُقدم الطلب:

- لاؤسي
  - ساموي
  - فيتنامي
  - أبيض
  - غير ذلك
  - صيني
  - فلبيني
  - غواامي
  - من هاواي
  - هسباني/لاتيني
  - ياباني
  - كوري
  - سكان ألاسكا الأصليين
  - أمريو-آسيوي
  - أمريكي هندي
  - آسيوي
  - هندي آسيوي
  - أمريكي إفريقي/أسود
  - كمبودي

8. رقم الضمان الاجتماعي لمقدم الطلب (اختياري): اكتب رقم الضمان الاجتماعي لمقدم الطلب، والمكون من تسعة أرقام.
  9. الحاله أو الإعاقه المتوقع التأهيل بسببها لبرامج CCS: اكتب إعاقه 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 الأوليه لمقدم الطلب: اكتب اسم طبيب مقدم الطلب.
  11. رقم هاتف الطبيب: اكتب رقم هاتف الطبيب المذكور في رقم 10.
- القسم ب: معلوماتولي الأمر/الوصي القانوني (يتخطى مقدم الطلب البالغ 18 عاماً أو أكبر أو القاصر المستقل البالغين 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 إليه.
  17. رقم الهاتف النقال: اكتب رقم الهاتف النقال حيث يسهل الوصول إليه.
  18. رقم هاتف العمل: اكتب رقم هاتف العمل حيث يسهل الوصول إليه.
  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. اسمولي الأمر الآخر وعنوانه في حالة عدم السكن مع مقدم الطلب: اكتب الاسم والعنوان لجهة اتصال ثانية.

#### القسم ج: معلومات التأمين الصحي

في حال رأي 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 متلقى Medi-Cal، ضع علامة أمام "لا" وانتقل إلى رقم 27-أ. في حالة تلقي مقدم الطلب مخصصات Medi-Cal، ضع علامة أمام "نعم" واتكتب 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 التكفلة، 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 تمتلك 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 متأكداً، اتصل بشركة التأمين الصحي الخاصة بك للإستفسار.
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

احرص 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 عاماً 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 "county health department" (خدمات الأطفال في كاليفورنيا) أو "California Children's Services" (إدارة صحة المقاطعة).