

APPLICATION TO DETERMINE CCS PROGRAM ELIGIBILITY

This application is to be completed by the parent, legal guardian, or applicant (if age 18 or older, or an emancipated minor) in order to determine if the applicant is eligible for CCS services/benefits. The term “**applicant**” means the child, individual age 18 or older, or emancipated minor for whom the services are being requested. For instructions on completing this form, please see page 4. Please type or print clearly.

A. Applicant Information

1. Name of applicant (last) (first) (middle)		Name on birth certificate (if different)		Any other name the applicant is known by	
2. Date of birth (month, day, year)		3. Place of birth—county and state		Country, if born outside the U.S.	
4. Applicant's residence address (number, street) (do not use a P.O. box)			City	County	ZIP code
5. Gender <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female		6. Race/ Ethnicity		7. Social security number (optional)	
8. What is the applicant's suspected eligible CCS condition or disability?					
9. Name of applicant's physician				10. Physician's phone number ()	

B. Parent/Legal Guardian Information (Applicants age 18 or older, or emancipated minors skip items 11 and 13.)

11. Name(s) of parent or legal guardian		12. Mother's first name (if not identified in 11)		Maiden name	
13. Residence address (number, street) (do not use a P.O. box)			City	County	ZIP code
14. Mailing address (if different from 13)			City	County	ZIP code
15. Day phone number ()	16. Evening phone number ()	17. Message phone number ()		18. What language do you speak at home?	

C. Health Insurance Information

19. Does the applicant have Medi-Cal? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		If yes, what is the applicant's Medi-Cal number?		Is there a share-of-cost? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		If yes, what amount do you pay per month? \$	
20. Is the applicant enrolled in the Healthy Families program? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		If yes, what is the name of the plan?					
21. Does the applicant have other health insurance? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		If yes, what is the name of the insurance plan or company?					
Type of insurance plan or company <input type="checkbox"/> Preferred Provider (PPO) <input type="checkbox"/> Health Maintenance Organization (HMO) <input type="checkbox"/> Other: _____							
22. Does the applicant have dental insurance? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No				23. Does the applicant have vision insurance? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			

D. Certification (Initial and sign below. Your signature authorizes the CCS program to proceed with this application.)

___ I am applying to the CCS program in order to determine eligibility for services/benefits. I understand that the completion of this application does not assure acceptance of the applicant by the CCS program.

___ I give my permission to verify my residence, health information, or other circumstances required to determine eligibility for CCS services/benefits.

___ I certify that I have read and understand the information or have had it read to me.

___ I also certify that the information I have given on this form is true and correct.

Signature of person completing the application		Relationship to the applicant	Date
Signature of witness (only if the person signed with a mark)			Date

Mail this form to your county CCS office.

WHAT IS CALIFORNIA CHILDREN'S SERVICES (CCS) PROGRAM? CCS is a program which treats children with certain physical limitations and diseases. The program is paid for by California taxpayers and offers medical care to children whose families cannot afford all or part of needed care.

WHO QUALIFIES FOR CCS? The program is open to anyone who: (1) is under 21 years of age; (2) has a physical limitation or disease that is covered by CCS; (3) is a permanent resident of California; and (4) has a family income of less than \$40,000 reported as Adjusted Gross Income on the state tax form; or whose out-of-pocket medical expenses for a child who qualifies is expected to be more than 20 percent of the family income. There is no income limit for CCS medical therapy unit services, the High Risk Infant Follow-up Program, or the Diagnostics Program.

HOW DOES A CHLD GET CCS SERVICES? The CCS agency in the county where a child lives approves services for a child. Such requests or referrals may be made by anyone including the family, school or public health nurse, family doctor or physician specialist. It is important that referrals be made to CCS as early as possible since CCS does not pay for any medical care that is provided before the date the referral is made. A family must also apply for CCS. Once the family applies, CCS decides whether the child meets the medical, residential, and financial qualifications for CCS.

WHAT MUST THE APPLICANT OR FAMILY DO TO QUALIFY FOR CCS? To obtain CCS for the qualifying disease or limitation families must **1) Complete an application form and return it to CCS by the date given or CCS services will not be authorized.** This also applies to children with Medi-Cal for certain benefits which Medi-Cal does not cover. The completed application form must be received within 50 days of the mailing date of the first Application Request letter. If the application is not received within this period, CCS coverage will not begin until the date the application is received. **2) Provide CCS with all other information requested so that CCS can decide whether the family qualifies.** If all needed information is not provided, the case may not be opened. **3) Apply to Medi-Cal if CCS decides that a family's income qualifies for the Medi-Cal program.** If a family qualifies for Medi-Cal the child is also covered by CCS which approves services, but payment is made by Medi-Cal. CCS may pay for services which are not covered by Medi-Cal and the family benefits from both programs. In this way, limited CCS funds can be stretched to cover many more children.

PRIVACY NOTIFICATION. The California Children's Services agency in the county where you live is asking for the information on this form. The information asked by CCS is required except where the form shows you have a choice. If you do not provide the required information, your child's application is incomplete and CCS may not be able to open the case. CCS may share the information on the form with the State Department of Health Services and the county in which you live. It will not be shared with anyone else without a signed authorization by parents or legal guardian of the child to release information. You have a right to see your application and CCS records concerning you or your child. If you wish to see these records contact your county CCS agency. By law, the information you give to CCS is kept by the program (Section 428 et seq., of the California Health and Safety Code). California law also requires that families applying for services shall be given the above information (Civil Code Section 1798.17).

YOUR APPEAL RIGHTS: You have the right to appeal decisions made by CCS in accordance with California Code of Regulations, Title 22, Chapter 13, Section 42702-42703.

For information on the appeal process, contact the Alameda County CCS office at (510) 208-5970.

SOLICITUD PARA DETERMINAR SI EL SOLICITANTE PUEDE PARTICIPAR EN EL PROGRAMA CCS

Esta solicitud debe ser completada por el padre, el tutor o el solicitante (si cumplió los 18 años de edad o es un menor de edad emancipado) para determinar si el solicitante cumple con los requisitos para recibir servicios y beneficios de CCS. El término "solicitante" significa el niño, la persona de 18 años de edad o más o el menor de edad emancipado para el que se solicitan los servicios. Para obtener instrucciones sobre cómo completar este formulario, consulte la página 4. Escriba a máquina o claramente en letras de molde.

A. Información sobre el solicitante

1. Nombre del solicitante [apellido] [nombre] [segundo nombre]		Nombre en el certificado de nacimiento (si es diferente)	Algún otro nombre por el que se conoce al solicitante
2. Fecha de nacimiento (mes, día, año) ____/____/____		3. Lugar de nacimiento, condado y estado	Pais, si nació fuera de EE.UU.
4. Dirección del solicitante (número y calle) (no usar casilla postal)		Ciudad	Condado
			Código postal
5. Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	6. Raza/ etnia		7. Número del seguro social (optativo) ____-____-____
8. ¿Cuál es el problema o la discapacidad del solicitante que se sospecha que cumple con los requisitos de CCS?			
9. Nombre completo del médico del solicitante		10. Número de teléfono del médico ()	

B. Información sobre el padre o tutor (los solicitantes de 18 años de edad o mayores o los menores emancipados saltean los números 11 y 13).

11. Nombre(s) completo(s) del/de los padre(s) o tutor(es)		12. Nombre de la madre (si no se identificó en 11)	Apellido de soltera
13. Dirección (número y calle) (no usar casilla postal)		Ciudad	Condado
			Código postal
14. Dirección postal (si no es la misma que la del 13)		Ciudad	Código postal
15. N° de teléfono diurno ()	16. N° de teléfono nocturno ()	17. N° para mensajes telefónicos ()	18. ¿Qué idioma se habla en su casa?

C. Información sobre el seguro de salud

19. ¿Tiene Medi-Cal el solicitante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si tiene, ¿cuál es el número de Medi-Cal del solicitante?	¿Comparte el costo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si lo comparte, ¿cuánto paga por mes? \$
20. ¿Está inscrito el solicitante en el programa Healthy Families? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si lo está, ¿cómo se llama el plan?		
21. ¿Tiene el solicitante otro seguro de salud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si lo tiene, ¿cómo se llama el plan o la compañía de seguros?		
Tipo de plan o compañía de seguros <input type="checkbox"/> Proveedor Preferente (PPO) <input type="checkbox"/> Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) <input type="checkbox"/> Otro: _____				
22. ¿Tiene seguro dental el participante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		23. ¿Tiene seguro de la vista el solicitante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

D. Certificación (Coloque sus iniciales y firme a continuación. Su firma autoriza al programa CCS a proceder con esta solicitud).

___ Solicito el programa CCS para determinar el cumplimiento de requisitos para obtener servicios y beneficios. Entiendo que completar esta solicitud no garantiza la aceptación del solicitante en el programa CCS.

___ Doy permiso para que se verifique mi dirección, información sobre la salud u otras circunstancias que se requieran para determinar el cumplimiento de requisitos para recibir servicios y beneficios CCS.

___ Certifico que he leído y comprendo la información o que me la han leído.

___ También certifico que la información que escribí en este formulario es verdadera y correcta.

Firma de la persona que llenó la solicitud	Relación con el solicitante	Fecha
Firma del testigo (sólo si la persona firmó con una marca)		Fecha

Envíe este formulario por correo a la oficina CCS de su condado. Consulte la página 6 para obtener una lista de direcciones.

¿QUE ES EL PROGRAMA DE LOS SERVICIOS DE LOS NIÑOS DE CALIFORNIA (CCS)? El CCS es un programa el cual atiende niños con ciertas limitaciones físicas y enfermedades. El programa es pagado por los contribuyentes de impuestos de California y ofrece cuidado médico a niños cuyas familias no pueden pagar todo o parte del cuidado.

¿QUIEN CALIFICA PARA EL CCS? El programa está abierto para cualquiera que: (1) es menor de 21 años de edad; (2) tiene una limitación física o enfermedad que es cubierta por el CCS; (3) es un residente permanente de California; y (4) tiene un ingreso familiar de menos de \$40,000 reportado como Ingreso Bruto, ajustado por el Estado en la forma de ingresos; o quien cuyos gastos médicos fuera de su bolsa para el niño que califica es esperado que sea más del 20 por ciento del ingreso de la familia. No hay límite en su ingreso económico familiar para los servicios del CCS en el programa unidad de terapia médica, el programa para bebés de alto riesgo o el programa de diagnóstico.

¿COMO PUEDE EL NIÑO RECIBIR SERVICIOS DEL CCS? La agencia del CCS en el condado en el cual el niño vive es el que aprueba los servicios para el niño. Dichos pedidos o referencias, pueden ser hechas por cualquier persona incluyendo la familia, escuela o enfermera de salud pública, el doctor familiar, o un doctor especialista. Es muy importante que las referencias sean hechas al CCS lo más temprano posible ya que el CCS no paga por ningún cuidado médico que fue rendido antes de la fecha que la referencia fue hecha. Una familia también tiene que aplicar para el CCS. Una vez la familia aplica, el CCS decide si el niño satisface los requisitos para el CCS, medicamento y financieramente.

¿QUE ES ESPERADO DEL CANDIDATO O DE LA FAMILIA? Para obtener fondos de CCS para la condición elegible lo más pronto posible, es esencial que: **(1) La aplicación sea completa y regresada dentro del tiempo formulado especificado. Sin la aplicación firmada, CCS es incapaz de proceder con el proceso de determinación de la elegibilidad. Autorizaciones para servicios no pueden ser repartidos a menos que elegibilidad sea confirmada.** Esto también aplica para niños que tienen Medi-Cal para algunos beneficios los cuales Medi-Cal no cubre. La aplicación completada tiene que ser recibida antes de 50 días de la fecha en que la aplicación fue enviada de la primera carta. Si la aplicación no es recibida durante este periodo, el CCS no comenzará a cubrir hasta la fecha en que la aplicación es recibida. **(2) Proveerle al CCS con toda la información requerida para que el CCS pueda decidir si la familia califica.** Si toda la información necesitada no es recibida, el caso tal vez no será abierto. **(3) Aplicar para Medi-Cal si el CCS decide de que el ingreso económico de la familia califica para el programa del Medi-Cal.** Si la familia califica para el Medi-Cal, el niño también es cubierto por el CCS el cual aprueba los servicios, pero el pago es hecho por el Medi-Cal. El CCS tal vez pague por servicios que no son cubiertos por el Medi-Cal, y la familia se beneficia de ambos programas. De esta manera, los fondos limitados del CCS son estrechados para cubrir muchos más niños.

NOTIFICACION PRIVADA: La agencia de los Servicios de los Niños de California en el condado en el que usted vive está preguntando por la información en esta forma. La información pedida por el CCS es requerida excepto donde la forma señala de que usted tiene elección. Si usted no provee la información requerida, la aplicación de su niño estará incompleta y el CCS tal vez no podrá abrir el caso. El CCS tal vez comparta la información en esta forma con el Departamento del Estado de los Servicios de la Salud y el condado en el que usted vive. No será compartido con nadie más sin una autorización firmada por el padre o guardián legal del niño antes de dar cualquier información. Usted tiene el derecho de ver su aplicación y las libretas del CCS concerniente a usted y su niño. Si usted desea ver estas libretas, pongase en contacto con la Agencia del CCS de su condado. Por ley, la información que usted da al CCS es guardada por el programa (Sección 428 et seq., de la Salud de California y Código de Seguridad). La ley de California también requiere de que las familias aplicando para los servicios se le dará la información de arriba (Sección del Código Civil 1798.17).

SUS DERECHOS DE APELACIÓN: Usted tiene el derecho para apelar las decisiones hechas por CCS, de acuerdo con el Código de California de Regulaciones, Título 22, Capítulo 13, Sección 42702–42703.

Para la información sobre el proceso de apelación, llame al Condado de Alameda a la oficina de CCS al (510) 208-5970.



CALIFORNIA CHILDREN'S SERVICES (CCS)

1000 Broadway, Suite 500
 Oakland, CA 94607
 Phone: 510-208-5970
 Fax: 510-267-3254

REFERRAL FORM/REQUEST FOR SERVICE

CCS # _____ County Transfer Yes No

NAME OF CHILD - LAST	BD: MONTH DAY YEAR	DATE REFERRED	DATE ELIGIBLE (for CCS only)
FIRST	SSN	LANGUAGE	FOSTER CHILD YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
AKA:	SEX M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> ETHNICITY	BIRTHPLACE	CA RESIDENT YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
ADDRESS - NUMBER - STREET	CITY/ZIP	HOME PHONE () ALT PHONE ()	WORK/MESSAGE ()
NAME OF MOTHER	ADDRESS	HOME PHONE	WORK PHONE
		SSN:	
NAME OF FATHER	ADDRESS	HOME PHONE	WORK PHONE
		SSN:	
NAME OF LEGAL CUSTODIAN	ADDRESS	RELATION TO CHILD	
PRIMARY DX	PCP	HOSPITAL NAME & MEDICAL RECORD NUMBER	
CCS SIBLINGS – NAME AND DOB			
MEDI-CAL NUMBER	INSURANCE: YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	INSURANCE CO:	
	HMO: YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SUBSCRIBER:	
	POLICY #:		
MEDI-CAL MANAGED CARE PLAN: DIAGNOSES/SERVICES REQUESTED			
PREFERRED SPECIALIST:		PHONE #:	