

## INFORMACIÓN SOBRE LOS SERVICIOS PARA LOS NIÑOS DE CALIFORNIA (CCS)

### ¿Qué son los Servicios para los Niños de California?

CCS es un programa estatal que trata a niños con ciertas limitaciones físicas y con problemas y enfermedades de salud crónicos. CCS puede autorizar y pagar el costo de servicios y equipos médicos específicos provistos por especialistas aprobados por CCS. El Departamento de Servicios de Salud de California administra el programa CCS. Los condados de mayor tamaño operan sus propios programas CCS, mientras que los condados de menor tamaño comparten la operación de su programa con las oficinas regionales estatales de CCS en Sacramento, San Francisco y Los Angeles. El programa está financiado con fondos provenientes de impuestos estatales, del condado y federales, y con algunos honorarios que pagan los padres.

### ¿Qué ofrece CCS a los niños?

Si usted o el médico de su hijo piensa que su hijo puede tener un problema médico que cumple con los requisitos de CCS, es posible que CCS pague o provea una evaluación médica para determinar si el problema de su hijo está cubierto.

Si su hijo cumple con los requisitos, CCS podrá pagar o brindar:

- Tratamiento, como servicios médicos, cuidados en el hospital y de cirugía, fisioterapia y terapia ocupacional, pruebas de laboratorio, radiografías, aparatos ortopédicos y equipo médico.
- Manejo de casos médicos para ayudar a obtener médicos especialistas y cuidados para su hijo si son médicamente necesarios, así como remisión a otros organismos, incluyendo enfermería de salud pública y centros regionales.
- Programa de Terapia Médica (MTP, por sus siglas in inglés), que puede prestar servicios de fisioterapia y/o de terapia ocupacional en escuelas públicas para niños que cumplan con ciertos requisitos médicos.

### ¿Quiénes cumplen con los requisitos para CCS?

El programa está a disposición de todos los que:

- son menores de 21 años de edad;
- tienen o pueden tener un problema médico cubierto por CCS;
- son residentes de California y
- tienen un ingreso familiar de menos de \$40,000, según se informe en el ingreso bruto ajustado del formulario impositivo del estado **o se espera** que tendrán gastos médicos de bolsillo, para un niño que cumple con los requisitos, de más del 20 por ciento del ingreso familiar; o bien, el niño tiene cobertura de Healthy Families.

El ingreso familiar no es un factor determinante en el caso de los niños que:

- necesitan servicios diagnósticos para confirmar un problema médico que cumple con los requisitos de CCS; o
- fueron adoptados con conocimiento de que tenían un problema médico que cumple con los requisitos de CCS; o
- sólo están solicitando servicios mediante el Programa de Terapia Médica; o
- tienen Medi-Cal completo, sin compartir el costo; o
- tienen cobertura de Healthy Families.

### ¿Qué problemas médicos cubre CCS?

Sólo ciertos problemas están cubiertos por CCS. En general, CCS sólo cubre problemas médicos que causan impedimentos físicos o requieren servicios médicos, quirúrgicos o de rehabilitación. También puede haber ciertos criterios que determinan si el problema médico de su hijo cumple con los requisitos. La lista a continuación contiene las categorías de problemas médicos que pueden estar cubiertos y **algunos ejemplos** de cada uno de ellos:

- Problemas del corazón (enfermedad cardíaca congénita)
- Neoplasmas (cánceres, tumores)
- Enfermedades de la sangre (hemofilia, anemia de células falciformes)
- Enfermedades endocrinas, de nutrición y metabólicas (problemas de tiroides, PKU [fenilcetonuria], diabetes)
- Enfermedades del sistema genito-urinario (problemas crónicos serios de los riñones)
- Problemas del sistema gastrointestinal (enfermedad inflamatoria crónica, enfermedades del hígado)
- Defectos de nacimiento serios (paladar hendido, labio leporino, espina bífida)
- Enfermedades de los órganos sensoriales (pérdida del oído, glaucoma, cataratas)
- Enfermedades del sistema nervioso (parálisis cerebral, ataques no controlados)
- Enfermedades del sistema musculoesquelético y de los tejidos conectivos (artritis reumatoide, distrofia muscular)
- Enfermedades graves del sistema inmune (infección por el VIH)

- Problemas que causan impedimentos o intoxicaciones que requieren cuidados intensivos o rehabilitación (lesiones graves de la cabeza, el cerebro o la médula espinal, quemaduras graves)
- Complicaciones del nacimiento prematuro que requieren cuidados intensivos
- Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo (hemangioma grave)
- Mala oclusión que causa impedimentos médicos (dientes muy torcidos)

Si tiene preguntas, la oficina CCS de su condado se las puede responder.

### ¿Qué tiene que hacer el solicitante o la familia para cumplir con los requisitos?

Las familias (o el solicitante, si cumplió los 18 años o es un menor de edad emancipado) deben:

- completar el formulario de solicitud en la página 3 y enviarlo a la oficina CCS de su condado;
- dar a CCS toda la información solicitada, para que CCS pueda determinar si la familia cumple con los requisitos;
- solicitar Medi-Cal si CCS cree que el ingreso de la familia la habilita para registrarse en el programa Medi-Cal. (Si una familia califica para Medi-Cal, el niño también está cubierto por CCS. CCS aprueba los servicios y los pagos se efectúan mediante Medi-Cal).

### ¿Cómo se protege mi privacidad?

La ley de California requiere que se dé a las familias que soliciten servicios información sobre cómo CCS protege su privacidad.<sup>1</sup>

Para proteger su privacidad:

- CCS tiene que mantener esta información confidencial.<sup>2</sup>
- CCS puede compartir la información que figura en el formulario con personal autorizado de otros programas de salud y bienestar **únicamente** si usted firmó un formulario de consentimiento.

Usted tiene derecho a ver su solicitud y los datos de CCS relativos a usted o a su hijo. Si desea ver estos datos, póngase en contacto con la oficina CCS de su condado. Por ley, la información que usted da a CCS es archivada por el programa.<sup>3</sup>

### ¿Tengo derecho a apelar una decisión?

Tiene derecho a estar en desacuerdo con las decisiones que tome CCS.<sup>4</sup> Esto se llama hacer una apelación. El proceso de apelación permite que el padre, el tutor o el solicitante trabaje con el programa CCS para encontrar soluciones a los desacuerdos. Para información sobre el proceso de apelación, póngase en contacto con la oficina CCS de su condado.

### ¿Dónde puedo obtener más información sobre CCS?

Para más información o ayuda para llenar esta solicitud, póngase en contacto con la oficina CCS de su condado. Por lo general, el número de teléfono de dicha oficina figura en la sección de gobierno del directorio telefónico local. Busque bajo *California Children's Services* (Servicios para los Niños de California) o *County Health Department* (Departamento de Salud del condado).

#### Notas

1 Código Civil, Sección 1798.17

2 De conformidad con la Sección 41670, Título 22, Código de Reglamentaciones de California y la ley de Datos Públicos de California (Código de Gobierno, Secciones 6250–6255)

3 Sección 123800 et. seq. del Código de Salud y Seguridad de California

4 Código de Reglamentaciones de California, Título 2, Secciones 42702–42703

### 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		País, 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 ( <i>optativo</i> ) ____ - ____ - _____		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.

**INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR EL FORMULARIO  
PARA SOLICITAR SERVICIOS PARA NIÑOS DE CALIFORNIA (DHCS 4480)**

Escriba claramente en letras de molde para que su solicitud se pueda tramitar lo más rápidamente posible.

Llene cada sección completamente. Si no da toda la información, CCS no podrá proceder con su solicitud. Si necesita ayuda para llenar este formulario, póngase en contacto con la oficina CCS de su condado.

Después de completar la solicitud, envíela por correo a la oficina CCS de su condado (consulte la página 6). No olvide firmar el formulario y colocarle la fecha.

**Sección A: Información sobre el solicitante** (“Solicitante” significa el niño, la persona de 18 años de edad o mayor, o el menor de edad emancipado para el que se solicitan los servicios).

1. **Nombre del solicitante:** Escriba el apellido, el nombre y el segundo nombre del solicitante. En la casilla que sigue, escriba el nombre completo del solicitante como aparece en su certificado de nacimiento si no es igual a su nombre. Si el solicitante se conoce por cualquier otro nombre, escriba ese nombre en la última casilla.
2. **Fecha de nacimiento del solicitante:** Escriba el mes, el día y el año del nacimiento del solicitante.
3. **Lugar de nacimiento:** Escriba el condado y el estado en los que nació el solicitante. Si el solicitante nació fuera de EE.UU., escriba el país.
4. **Dirección:** En este espacio, escriba el número de la calle, el nombre de la calle, el número del departamento, la ciudad, el condado y el código postal del lugar donde vive ahora el solicitante. No use ninguna casilla de correo.
5. **Género del solicitante:** Ponga una marca  o una **X** en la casilla que corresponda al género (masculino o femenino).
6. **Raza o etnia:** Ponga la categoría de la lista que aparece más abajo que mejor describa la raza o etnia principal del solicitante:
  - Nativo de Alaska
  - Amerasiático
  - Indígena norteamericano
  - Asiático
  - Indio asiático
  - Negro/afronorteamericano
  - Camboyano
  - Chino
  - Filipino
  - Guaymeño
  - Hawaiano
  - Hispano/latino
  - Japonés
  - Coreano
  - Laosiano
  - Samoano
  - Vietnamita
  - Blanco
  - Otro
7. **Número del seguro social del solicitante (optativo):** Escriba el número de nueve cifras del seguro social del solicitante.
8. **Problema o discapacidad que se sospecha que cumple con los requisitos de CCS:** Escriba la discapacidad o la necesidad especial de atención de la salud del solicitante que trataría el CCS. La descripción adjunta de los problemas que cumplen con los requisitos de CCS lo puede ayudar (consulte “¿Qué problemas médicos cubre CCS?” en la página 1). Si no sabe, pregunte al médico del solicitante o deje el espacio en blanco. Si hace falta más información, CCS se pondrá en contacto con el médico del solicitante.
9. **Nombre completo del médico del solicitante:** Escriba el nombre completo del médico del solicitante.
10. **Número de teléfono del médico:** Escriba el número de teléfono del médico que puso en el número 9.

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

11. **Nombres completo(s) del/de los padre(s) o tutor(es):** Escriba el/los nombre(s) del/de los padre(s) del solicitante o del/de los tutor(es) del solicitante.
12. **Nombre y apellido de soltera de la madre:** Escriba el nombre y el apellido de soltera de la madre del solicitante.
13. **Dirección:** Escriba el número de la calle, el nombre de la calle, el número del departamento, la ciudad, el condado y el código postal del lugar en que usted vive ahora. No use ninguna casilla de correo.
14. **Dirección postal:** Si la dirección es diferente de la del número 13, escriba el número de la calle, el nombre de la calle, la ciudad y el código postal.
15. **Número de teléfono diurno:** Escriba el número de teléfono al que se lo puede llamar durante el día.
16. **Número de teléfono nocturno:** Escriba el número de teléfono al que se lo puede llamar durante la noche.
17. **Número para mensajes telefónicos:** Si corresponde, escriba el número de teléfono para dejarle mensajes telefónicos.

18. **Idioma(s) que habla:** Escriba el idioma que usted habla **en su casa**.

### **Sección C: Información sobre el seguro de salud**

Si CCS cree que usted puede cumplir con los requisitos de participación, le pedirán que solicite Medi-Cal si en la actualidad no está recibiendo beneficios Medi-Cal para la atención de la salud.

19. Si el solicitante no recibe Medi-Cal, marque "No" y pase al número 20. Si el solicitante recibe Medi-Cal, marque "Sí" y escriba el número de Medi-Cal del solicitante. Si usted paga una parte del costo de su seguro Medi-Cal, marque "Sí" y escriba la cantidad del costo que comparte. De lo contrario, marque "No" y pase al número 20.
20. Si el solicitante recibe seguro de salud del programa Healthy Families, marque "Sí" y escriba el nombre del plan. Si el solicitante no recibe ese seguro, marque "No". Healthy Families es un programa de seguro especial para las familias de ingresos moderados a bajos. Si le parece que puede cumplir con los requisitos, pregúntele al programa CCS de su condado cómo puede solicitar participar en el programa Healthy Families.
21. Si el solicitante no tiene otro seguro de salud, marque "No" y pase al número 22. Si el solicitante tiene seguro de salud, marque "Sí" y escriba el nombre del plan o de la compañía de seguros. Después marque la casilla que corresponda, dependiendo de la clase de seguro que sea. Sus formularios de seguros le indican la clase de seguro de salud que tiene. Si no está seguro puede llamar a su compañía de seguros y preguntarles.
22. Si el solicitante tiene seguro dental, marque "Sí". Si el solicitante no tiene seguro dental, marque "No".
23. Si el solicitante tiene seguro de la vista, marque "Sí". Si el solicitante no tiene seguro de la vista, marque "No".

### **Sección D: Certificación**

Asegúrese de firmar y poner la fecha con tinta. Si firma con una marca, pida a un testigo firme y ponga la fecha.

En la sección "Relación con el solicitante", coloque padre, madre, tutor o sí mismo (en el caso de las personas de 18 años de edad o mayores, de los menores de edad emancipados).

### **Presentación de su solicitud**

Envíe por correo o entregue su solicitud a la oficina CCS de su condado. Para encontrar la oficina CCS de su condado visite [www.dhcs.ca.gov/services/ccs](http://www.dhcs.ca.gov/services/ccs) o busque en la sección de gobierno del directorio telefónico local bajo *California Children's Services* (Servicios para los Niños de California) o *County Health Department* (Departamento de Salud del condado).