

ĐƠN CỨU XÉT SỰ HỢP LỆ ĐỐI VỚI CHƯƠNG TRÌNH DỊCH VỤ Y TẾ CHO TRẺ EM CALIFORNIA (CCS)

Đơn này được điền bởi cha mẹ, người giám hộ hợp pháp, hay chính đương đơn (nếu từ 18 tuổi trở lên, hay người ở tuổi vị thành niên sống một mình) để xác định sự hợp lệ của đương đơn đứng ra xin các dịch vụ hay phúc lợi của chương trình CCS. Từ ngữ "đương đơn" (applicant) có nghĩa là người ở tuổi vị thành niên, cá nhân từ 18 tuổi trở lên, hay người ở tuổi vị thành niên sống một mình làm đơn để yêu cầu được nhận dịch vụ. Xin vui lòng đánh máy hay viết bằng chữ in với mực màu xanh hay đen.

A. Lý Lịch Đương Đơn

1. Tên người đứng đơn (Họ-Last) (Tên-First) (Chữ lót-Middle)		Tên trên giấy khai sinh (nếu khác tên gọi)		Bất cứ tên khác nào mà người đứng đơn được biết đến	
2. Ngày sinh (tháng, ngày, năm)		3. Nơi sinh (quận hạt và tiểu bang)		Quốc gia, nếu sinh ngoài nước Mỹ	
4. Địa chỉ nơi người đứng đơn đang cư ngụ (số, đường) (đừng dùng địa chỉ hộp thư)			Thành phố	Quận	Số Vùng (zip code)
5. Phái tính Nam Nữ	6. Chủng tộc/Sắc dân		7. Số an sinh xã hội (không bắt buộc)		
8. Tình trạng hay sự tàn tật nào khiến đương đơn nghĩ mình hợp lệ đối với chương trình CCS?					
9. Tên bác sĩ gia đình của đương đơn				10. Điện thoại của bác sĩ gia đình	

B. Lý lịch của cha mẹ / người giám hộ hợp pháp (Đương đơn từ 18 tuổi trở lên, hay còn vị thành niên tự sống một mình đừng điền vào mục 11 và 13)

11. Tên của cha mẹ hay người giám hộ		12. Tên gọi của mẹ		Tên họ của mẹ trước khi lập gia đình	
13. Địa chỉ nơi cư ngụ (số nhà, tên đường) (đừng dùng địa chỉ hộp thư-P.O. Box)			Thành phố	Quận	Số vùng (ZIP code)
14. Địa chỉ gửi thư (nếu khác mục 13)				Thành phố	Số vùng (ZIP code)
15. Điện thoại ban ngày	16. Điện thoại buổi chiều	17. Điện thoại dùng để lại lời nhắn	18. Bạn nói bằng tiếng gì lúc ở nhà?		

C. Chi Tiết Bảo Hiểm Y Tế

19. Đương đơn có Medi-Cal không? Có Không		Nếu có, số Medi-Cal của đương đơn là gì? \$	Có chia sẻ tiền mua bảo hiểm không? Có Không		Nếu có, số tiền quý vị phải trả hàng tháng là bao nhiêu?
20. Đương đơn có ghi tên vào chương trình Gia Đình Lành Mạnh (Healthy Families) không? Có Không				Nếu có, tên của bảo hiểm là gì?	
21. Đương đơn có bảo hiểm sức khỏe nào khác không? Có Không			Nếu có, tên hãng bảo hiểm hay công ty bảo hiểm đó là gì?		
Loại bảo hiểm hay công ty bảo hiểm Preferred Provider (PPO)		Health Maintenance Organization (HMO)		Loại bảo hiểm khác:	
22. Đương đơn có bảo hiểm răng không? Có Không			23. Đương đơn có bảo hiểm mắt không? Có Không		

D. Xác nhận (ký tắt và ký tên bên dưới. Chữ ký của quý vị cho phép chương trình CCS xúc tiến việc cứu xét dựa trên tờ đơn này.)

- _____ Tôi nộp đơn cho chương trình CCS để xác định việc hợp lệ đối với những dịch vụ/những phúc lợi. Tôi hiểu rằng việc hoàn tất đơn này không bảo đảm việc đương đơn được nhận vào chương trình CCS.
- _____ Tôi cho phép xác minh nơi cư trú, thông tin liên quan đến vấn đề sức khỏe, hay các trường hợp cần thiết khác nhằm xác định tình trạng hợp lệ đối với chương trình CCS.
- _____ Tôi xác định rằng tôi đã đọc và hiểu hay đã được đọc cho nghe các chi tiết.
- _____ Tôi cũng xác nhận những tin tức tôi ghi trên tờ đơn này là thật và đúng.

Chữ ký của người hoàn tất việc làm đơn	Sự liên hệ đối với đương đơn	Ngày
Chữ ký của người chứng (chỉ dành cho người đánh chữ thay cho chữ ký)		Ngày

Gửi tờ đơn đã hoàn tất với chữ ký về CCS, 200 W. Santa Ana Blvd., Suite 100, Santa Ana, CA 92701.

Những Chỉ Dẫn Nhằm Giúp Hoàn Tất Đơn Xin Chương Trình Các Dịch Vụ Y Tế Cho Trẻ Em Ở California

Xin vui lòng viết rõ ràng bằng chữ in để đơn của quý vị được cứu xét nhanh chóng.

Xin vui lòng hoàn tất từng phần. Nếu quý vị không cung cấp đủ các dữ kiện, CCS sẽ không thể xúc tiến việc xét đơn. Nếu quý vị cần được giúp đỡ để điền đơn này, xin liên lạc với CCS ở số (714) 347-0300.

Một khi đơn được điền xong, ký tên và đề ngày, rồi gửi đến: CCS, 200 W. Santa Ana Blvd., Suite 100, Santa Ana, CA 92701.

Phần A: Lý Lịch Dương Đơn (“Đương đơn” có nghĩa là trẻ em, cá nhân từ 18 tuổi trở lên, hay người ở tuổi vị thành niên sống một mình làm đơn để yêu cầu được nhận dịch vụ.)

- Tên của đương đơn:** Viết bằng chữ in họ (last), tên gọi (first), và tên lót (middle name). Trong ô kế cận, viết bằng chữ in toàn thể tên của đương đơn giống như giấy khai sinh nếu tên trong giấy khai sinh khác với tên của đương đơn. Nếu đương đơn được biết đến dưới tên khác, xin vui lòng bao gồm tên đó trong ô nằm cuối hàng.
- Ngày sinh của đương đơn:** Viết ngày, tháng và năm sinh của đương đơn
- Nơi sinh:** Viết bằng chữ in quận hạt (county) và tiểu bang nơi đương đơn được sinh ra. Bao gồm quốc gia nếu đương đơn được sinh bên ngoài Hoa Kỳ.
- Địa chỉ:** Viết bằng chữ in số nhà, tên đường, số chung cư (nếu ở trong apartment), thành phố, quận hạt (county) và số vùng (Zip code) nơi đương đơn đang sinh sống nơi ô này. Đừng ghi địa chỉ hộp thư (P.O. Box).
- Phái tính của đương đơn:** đánh dấu ✓ hay dấu chữ thập X đúng nơi ô nằm cạnh phái tính (nam hay nữ).
- Chủng tộc / Sắc dân:** Xin vui lòng điền vào chủng tộc / sắc dân nào chính thức mà quý vị nghĩ là phù hợp với quý vị nhất trong danh sách được liệt kê bên dưới:
 - Gốc người Alaska (Alaskan Native)
 - Mỹ lai (Amerasian)
 - Da Đỏ (American Indian)
 - Á Châu (Asian)
 - Á Châu lai da đỏ (Asian Indian)
 - Da Đen / Châu Phi (Black/African American)
 - Căm-Bốt (Cambodian)
 - Trung Hoa (Chinese)
 - Phi Luật Tân (Filipino)
 - Guam (Guamanian)
 - Hạ Uy Di (Hawaiian)
 - Mễ / Nam Mỹ (Hispanic / Latino)
 - Nhật (Japanese)
 - Đại Hàn (Korean)
 - Lào (Laotian)
 - Samoan
 - Việt Nam (Vietnamese)
 - Da Trắng (White)
 - Người khác (Other)
- Số An Sinh Xã Hội** (social security number) của đương đơn (không bắt buộc): Ghi xuống 9 con số của số an sinh xã hội.
- Nghi ngờ tình trạng hay sự tàn tật nào có thể hợp lệ với chương trình CCS:** Viết bằng chữ in về sự tàn tật của đương đơn hay cần sự săn sóc y tế nào mà CCS chữa trị được cho đương đơn. Nếu quý vị không biết rõ, hãy hỏi bác sĩ của đương đơn hay để trống khoảng này. Chương trình CCS sẽ theo dõi bệnh trạng của đương đơn qua bác sĩ chữa trị cho đương đơn nếu CCS cần biết thêm về bệnh trạng của đương đơn.
- Tên bác sĩ gia đình hay chữa trị cho đương đơn:** Viết chữ in tên vị bác sĩ này của đương đơn
- Số điện thoại của bác sĩ gia đình hay chữa trị cho đương đơn:** Viết xuống số điện thoại của vị bác sĩ đã được liệt kê ở ô số 9.

B. Lý Lịch của Cha Mẹ / Người Giám Hộ Hợp Pháp (Đương đơn từ 18 tuổi trở lên, hay các em vị thành niên tự sống một mình xin bỏ trống ô số 11 và 13)

11. **Tên cha mẹ / Người giám hộ:** Viết chữ in tên cha mẹ của đương đơn hay tên của người giám hộ hợp pháp của đương đơn.
12. **Tên gọi và tên họ của mẹ trước khi lập gia đình:** Viết chữ in tên gọi và tên họ của mẹ lúc mẹ chưa lấy chồng.
13. **Địa chỉ:** Viết bằng chữ in số nhà, tên đường, số chung cư (apartment number), thành phố, quận hạt, và số vùng (ZIP) của địa chỉ nơi quý vị hiện đang cư ngụ. Đừng ghi địa chỉ hộp thư (P.O. Box).
14. **Địa chỉ gửi thư:** Nếu địa chỉ này khác với địa chỉ đã ghi ở ô số 13, thì viết bằng chữ in số nhà, tên đường, thành phố, và số vùng.
15. **Số điện thoại ban ngày:** Xin vui lòng ghi xuống số điện thoại nào để có thể liên lạc được với quý vị vào ban ngày.
16. **Số điện thoại ban đêm:** Xin vui lòng viết xuống số điện thoại nào có thể liên lạc được với quý vị vào ban đêm.
17. **Số điện thoại để lại lời nhắn:** Nếu cần xin vui lòng viết xuống số điện thoại nơi nào có thể để lại được lời nhắn cho quý vị.
18. **Ngôn ngữ nói chuyện:** Viết bằng chữ in tiếng nói nào quý vị nói ở nhà.

Phần C. Chi Tiết Bảo Hiểm Y Tế

Nếu nhân viên CCS nghĩ quý vị có thể hợp lệ để hưởng chương trình Medi-Cal, họ sẽ yêu cầu quý vị nộp đơn xin chương trình Medi-Cal nếu hiện tại quý vị không nhận được những phúc lợi của chương trình Medi-Cal.

19. Nếu đương đơn không nhận được Medi-Cal, đánh dấu vào ô nằm ngay chữ "Không" và xuống thẳng ô số 20. Nếu đương đơn đang nhận Medi-Cal, đánh dấu vào ô nằm cạnh chữ "Có" và điền số Medi-Cal của đương đơn. Nếu quý vị chia sẻ phần nào tiền mua bảo hiểm Medi-Cal, vui lòng đánh dấu vào ô trước chữ "Có" và ghi xuống số tiền quý vị phải trả.
20. Nếu đương đơn nhận bảo hiểm y tế từ chương trình Gia Đình Lành Mạnh (Healthy Families) xin vui lòng đánh dấu vào ô bên cạnh chữ "Có" và điền tên của bảo hiểm. Nếu đương đơn không nhận bảo hiểm từ chương trình Gia Đình Lành Mạnh thì đánh dấu vào ô bên cạnh chữ "Không." Chương trình Gia Đình Lành Mạnh là chương trình bảo hiểm y tế đặc biệt dành cho những gia đình có lợi tức trung bình và lợi tức thấp. Nếu quý vị nghĩ quý vị có thể hợp lệ để hưởng chương trình này, quý vị có thể hỏi nhân viên của CCS cách để nộp đơn cho chương trình Gia Đình Lành Mạnh.
21. Nếu đương đơn không có bảo hiểm y tế nào khác, đánh dấu vào ô nằm cạnh chữ "Không" và xuống đến câu 22. Nếu đương đơn có bảo hiểm y tế, đánh dấu vào ô nằm cạnh chữ "Có" và điền tên chương trình hay hãng bảo hiểm. Sau đó đánh dấu vào ô nào thích hợp với bảo hiểm mà quý vị hiện có. Những mẫu đơn của hãng bảo hiểm của quý vị sẽ cho quý vị biết quý vị có loại bảo hiểm y tế nào. Nếu quý vị không chắc có loại bảo hiểm nào, quý vị có thể gọi cho hãng bảo hiểm y tế của quý vị và hỏi họ.
22. Nếu đương đơn có bảo hiểm răng, đánh dấu vào ô bên cạnh chữ "Có." Nếu đương đơn không có bảo hiểm để làm răng, thì đánh dấu vào ô cạnh chữ "Không."
23. Nếu đương đơn có bảo hiểm về mắt, đánh vào ô bên cạnh chữ "Có." Nếu đương đơn không có bảo hiểm mắt, đánh dấu vào ô cạnh chữ "Không."

Phần D: Chứng thực

Nhớ ký tên và ghi ngày bằng mực đen hay mực xanh. Nếu ký tên bằng chữ thập, vui lòng thêm vào chữ ký của người chứng, và ghi xuống ngày tháng.

Dưới khoảng "Liên hệ với đương đơn," ghi cha, mẹ, giám hộ hợp pháp, hay tự làm đơn (self) (trong trường hợp cá nhân nào từ 18 tuổi trở lên, hay là vị thành niên tự sống một mình).

Nộp đơn

Gửi qua bưu điện hay mang tờ đơn đã được quý vị ký tên và điền ngày đến: CCS, 200 W. Santa Ana Blvd., Suite 100, Santa Ana, CA 92701