

### 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. Escriba a máquina o claramente en letras de molde con tinta negra o azul.

#### 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 Masculino      Femenino		6. Raza/origen étnico		7. Número del seguro social
8. ¿Cuál es el problema o la discapacidad del solicitante que puede ser elegible para 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 no necesitan completar 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 durante el día	16. N° de teléfono durante la tarde	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?		Si tiene, ¿cuál es el número de Medi-Cal del solicitante?	¿Comparte el costo?	Si lo comparte, ¿cuánto paga por mes?
Sí	No		Sí	No
20. ¿Está inscrito el solicitante en el programa Healthy Families?		Si lo está, ¿cómo se llama el plan?		
Sí		No		
21. ¿Tiene el solicitante otro seguro de salud?		Si lo tiene, ¿cómo se llama el plan o la compañía de seguros?		
Sí		No		
Tipo de plan o compañía de seguros Proveedor Preferente (PPO)      Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO)      Otro:				
22. ¿Tiene seguro dental el participante?		23. ¿Tiene seguro de la vista el solicitante?		
Sí		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 completado y firmado a CCS, 200 W. Santa Ana Blvd., Suite 100, Santa Ana, CA 92701.

## INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR EL FORMULARIO PARA SOLICITAR SERVICIOS PARA NIÑOS DE CALIFORNIA

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, por favor comuníquese con CCS al (714) 347-0300.

Después de completar, firmar y colocar la fecha, envíe la solicitud a: CCS, 200 W. Santa Ana Blvd., Suite 100, Santa Ana, CA 92701.

**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 postal.
5. **Género del solicitante:** Ponga una marca  o una **X** en la casilla que corresponda al género (masculino o femenino).
6. **Raza o origen étnico:** Ponga la categoría de la lista que aparece más abajo que mejor describa la raza o origen étnico 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:** Escriba el número de nueve cifras del seguro social del solicitante.
8. **Problema o discapacidad que puede ser elegible para CCS:** Escriba la discapacidad o la necesidad especial de atención de salud del solicitante que sería tratada por CCS. 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 no necesitan completar 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 postal.
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.

## Sección B (continuación)

15. **Número de teléfono durante el día:** Escriba el número de teléfono al que se le puede llamar durante el día.
16. **Número de teléfono durante la tarde:** Escriba el número de teléfono al que se le puede llamar durante la tarde.
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.
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 o bajos. Si le parece que puede cumplir con los requisitos, pregúntele a CCS 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 negra o azul. Si firma con una marca, pida a un testigo que 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, o los menores de edad emancipados).

## Presentación de su solicitud

Envíe por correo o entregue la solicitud con su firma y fecha a: CCS, 200 W. Santa Ana Blvd., Suite 100, Santa Ana, CA 92701.