

اظهار نامه اطلاعات تکمیلی برای MEDI-CAL ویژه متقاضی کودک - دستورالعمل های ویژه افراد کمتر از 18 سال (MC 223C)

قبل از اقدام به تکمیل فرم، لطفاً کلیه مطالب زیر را به دقت بخوانید. چنانچه درباره این فرم سؤال یا برای تکمیل آن نیاز به کمک داشته باشید، لطفاً با سازمان خدمات اجتماعی کانتی خود تماس بگیرید.

اطلاعاتی که در این فرم ارائه می دهید توسط California Department of Social Services, Disability Determination Service Division مورد استفاده قرار خواهد گرفت. آن سازمان درباره درخواست Medi-Cal کودک مبنی بر دریافت مزایای معلولیت تصمیم گیری خواهد کرد. جهت تسهیل در رسیدگی سریع تر به پرونده کودک، حتی الامکان تمام بخش های این فرم را تکمیل کنید.

کلیه سؤالات این فرم درباره کودک است - بنابراین اطلاعات مربوط به او را ارائه دهید، نه اطلاعات مربوط به خودتان.

- پاسخ های خود را به دقت تایپ کنید یا با حروف کتابی واضح بنویسید.
- به طور کامل به همه سؤالات پاسخ دهید.
- هیچ سؤالی را بی پاسخ نگذارید. اگر پاسخ سؤالی را نمی دانید، آن را خالی نگذارید.
- بلکه جلوی آن، پاسخ هایی مانند «هیچکدام»، «نمی دانم» یا «شامل حال من نمی شود» را بنویسید.

در هر قسمت از بخش 5 - اطلاعات پزشکی، فقط نام یک بیمارستان/کلینیک یا یک پزشک/درمانگر را درج کنید. حتماً اطلاعات زیر را ارائه دهید:

- نام کامل بیمارستان/کلینیک و پزشک/درمانگر
- نشانی
- شماره بیمارستان/کلینیک کودک.

اگر متقاضی یک کودک زیر 18 سال نیست، باید از فرم مخصوص بزرگسالان (MC 223) استفاده کنید. می توانید این فرم را از سازمان خدمات اجتماعی کانتی خود دریافت کنید.

اطلاعات مربوط به اجازه افشای اطلاعات (MC 220)

- لطفاً یک فرم اجازه افشای اطلاعات (MC 220) را برای هر پزشک، درمانگر، کلینیک یا بیمارستانی ارائه دهید که نام آنها را در این فرم ذکر کرده اید.
- شما باید نام و امضای خودتان (و نه نام کودک) را در سطر «اجازه فردی برای افشای اطلاعات» فرم MC 220 درج کنید و مربع مربوطه (والد، قیم یا نماینده شخصی کودک صغیر) را تیک بزنید. باید تک تک فرم های MC 220 را امضاء کنید - نه اینکه یکی را امضاء کنید و بعد از آن فتوکپی بگیرید.
- چنانچه اشتباهی روی دهد، باید با کانتی تماس بگیرید و یک فرم جدید افشای اطلاعات را درخواست کنید. به هیچ وجه از غلط گیر، خط زدن یا امثال آن برای تصحیح اشتباهات احتمالی، که در فرم اجازه افشای اطلاعات (MC 220) روی می دهد، استفاده نکنید.
- اگر فرد امضاء کننده فرم افشای اطلاعات باید با درج یک «X» یا یک «علامت» فرم افشای اطلاعات را امضاء کند، «X» یا «علامت» باید شامل امضای یک شاهد هم باشد و نسبت شاهد با فرد افشاء کننده اطلاعات را نشان دهد.
- هر کودکی که به سن 12 سال رسیده باشد، اگر معلولیت او به خدمات موجود از طریق برنامه «رضایت صغیر» مرتبط باشد، باید فرم اجازه افشای اطلاعات (MC 220) را خودش امضاء کند. فرد صغیر باید فرم MC 220 را امضاء کند؛ در ضمن، مربع «فقط خدمات رضایت صغیر» هم باید تیک زده شود.

یک فرم MC 223C جداگانه برای هر کودک متقاضی Medi-Cal بر اساس معلولیت لازم است. پر کردن فرم را در صفحه 2 آغاز کنید.

County Use Only		
Case Number	Aid Code	County Number

اظهارنامه اطلاعات تکمیلی برای MEDI-CAL ویژه متقاضی کودک - زیر 18 سال

بخش 1 - اطلاعات شخصی

A. نام کودک (نام کوچک، نام وسط، نام خانوادگی)		B. شماره Social Security	C. تاریخ تولد
D. جنسیت مذکر <input type="checkbox"/> مؤنث <input type="checkbox"/>		E. قد فوت _____ اینچ _____	F. وزن بر حسب پوند

G. کودک نزد چه کسی زندگی می کند؟

نام	نسبت	شماره تلفن	<input type="checkbox"/> تلفن ندارد
نشانی منزل (پلاک، خیابان)	شهر	ایالت	کد پستی

H. نشانی پستی (اگر با نشانی منزل تفاوت دارد)

نشانی (پلاک، خیابان)	شهر	ایالت	کد پستی
----------------------	-----	-------	---------

I. شخص درخواست کننده به نمایندگی از کودک

نام	نسبت	شماره تلفن	<input type="checkbox"/> تلفن ندارد
شماره تلفن پیامگیر	نام شخصی که پیغام را می گیرد		

J. فرد درخواست کننده به نمایندگی از کودک به چه زبان/گوشی بهتر از همه صحبت می کند و می خواند؟

County Use Only	بخش 2 - بیماری ها، جراحات یا وضعیت پزشکی کودک	
	چه موقع شروع شد؟ (ماه/سال)	A. بیماری ها، جراحات یا وضعیت پزشکی کودک چیست؟

County Use Only

بخش 3 – اطلاعات Social Security/SSI

A. آیا کودک طی دو سال گذشته برای مزایای معلولیت Social Security یا مزایای معلولیت Supplemental Security Income (SSI) درخواست داده است؟

بله
خیر

B. آیا درخواست مزایای معلولیت Social Security یا SSI یکی از موارد زیر بود/است:

تایید تاریخ: _____ رد درخواست تاریخ: _____
درخواست تجدید نظر تاریخ: _____ تعلیق تاریخ: _____
نامعلوم

C. آیا مشکل (ات) پزشکی کودک از زمان اتخاذ این تصمیم بدتر شده است؟

بله
خیر

D. آیا کودک از تاریخ رد درخواست مزایای معلولیت Social Security/SSI دچار مشکلات جدیدی شده است؟

بله
خیر

بخش 4 – منابع ویژه و اطلاعات مدرسه

A. آیا کودک تا به حال توسط هیچ یک از سازمان های زیر مورد آزمایش یا ارزیابی قرار گرفته است، یا آیا هیچ یک از سازمان های زیر سوابق پزشکی کودک یا اطلاعاتی را درباره او در اختیار دارند؟

بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	مراکز منطقه ای (Regional Centers)
بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	خدمات کودکان کالیفرنیا (California Children's Services)
بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	مرکز ارزیابی رشد (Developmental Evaluation Center)
بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	برنامه زنان، نوزادان و کودکان (Women, Infants, and Children Program, WIC)
بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	سازمان بهداشت روانی (Mental Health Agency)
بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	سایر سازمان ها

B. در صورتی که پاسخ هریک از سوالات بالا مثبت باشد، اطلاعات زیر را ارائه دهید.

1. نام سازمان شماره تلفن سازمان

نشانی (پلاک، خیابان) شهر ایالت کد پستی

نام مشاور، مددکار، درمانگر و غیره شماره تلفن

نوع آزمایش یا ارزیابی، اگر صورت گرفته (برای مثال، آزمایش/ارزیابی بینایی، شنوایی، گفتار، جسم، روان)

تاریخ آزمایش یا ارزیابی کودک شماره ID یا شماره ادعا

(MC 220) signed

County Use Only

(MC 220) signed

شماره تلفن سازمان		2. نام سازمان	
کد پستی	ایالت	شهر	نشانی (پلاک، خیابان)
شماره تلفن		نام مشاور، مددکار، درمانگر و غیره	
نوع آزمایش یا ارزشیابی، اگر صورت گرفته (برای مثال، آزمایش/ارزشیابی بینایی، شنوایی، گفتار، جسم، روان)			
شماره ID یا شماره ادعای کودک		تاریخ آزمایش یا ارزشیابی	

(MC 220) signed

C. آیا کودک در هیچ نوع برنامه پیش دبستانی، مهد کودک و/یا فوق برنامه حضور می یابد/یافته است؟			
بله <input type="checkbox"/>			اگر بله، لطفاً اطلاعات زیر را ارائه دهید:
خیر <input type="checkbox"/>			
شماره تلفن		نام برنامه	
کد پستی	ایالت	شهر	نشانی (پلاک، خیابان)
تاریخ حضور		نام شخصی که می توان با او تماس گرفت	

(MC 220) signed

D. آیا کودک در مدرسه است/بود؟			
بله <input type="checkbox"/>			اگر بله، لطفاً اطلاعات زیر را ارائه دهید:
خیر <input type="checkbox"/>			اگر خیر، به قسمت H بروید.
شماره تلفن		1. نام مدرسه	
کد پستی	ایالت	شهر	نشانی (پلاک، خیابان)

(MC 220) signed

نام معلم			
شماره تلفن		2. نام مدرسه	
کد پستی	ایالت	شهر	نشانی (پلاک، خیابان)

E. آیا مدرسه امکانات ویژه ای را برای کودک فراهم می سازد (مثلاً: میلمان ویژه معلولین، مسیر ویژه صندلی چرخ دار، کمک یا توجه اضافی)؟

بله
اگر بله، چه نوع امکاناتی؟
خیر

F. آیا کودک در برنامه آموزشی ویژه ای حضور می یابد؟

بله
اگر بله، چه نوع برنامه آموزشی ویژه ای؟
خیر

County Use Only

G. آیا یک کپی از Individualized Education Plan (IEP) – گزارشی که در آن معلم مشکلات کودک و برنامه هایی را برای اصلاح آنها ذکر می کند را در اختیار دارید؟

(MC 220) signed

بله <input type="checkbox"/>	اگر بله، لطفاً یک کپی از آن را ارائه دهید.
خیر <input type="checkbox"/>	

H. آیا کودک مشاوره یا آموزش خاصی را دریافت می کند؟

بله <input type="checkbox"/>	اگر بله، لطفاً اطلاعات زیر را ارائه دهید (در صورت نیاز به فضای بیشتر، می توانید صفحات دیگری به این فرم اضافه کنید):
خیر <input type="checkbox"/>	

بله <input type="checkbox"/>	آیا مشاوره یا آموزش در مدرسه دریافت می گردد؟
خیر <input type="checkbox"/>	آیا مشاوره یا آموزش خارج از مدرسه دریافت می گردد؟
بله <input type="checkbox"/>	اگر بله، لطفاً اطلاعات زیر را ارائه دهید:

شماره تلفن	نام مشاور یا آموزگار
------------	----------------------

کد پستی	ایالت	شهر	نشانی (پلاک، خیابان)
---------	-------	-----	----------------------

تاریخ شروع درمان	تاریخ پایان درمان (اگر تکمیل شده)	دفعات مراجعه
------------------	-----------------------------------	--------------

I. آیا کودک هیچ درمان ویژه ای (اعم از جسمی، گفتاری و زبانی، حرفه ای) یا سایر خدمات را برای بیماری ها یا جراحاتش دریافت می کند/ کرده است؟ اطلاعات مربوط به هر گونه درمانی که کودک از والدین، قیم، مراقبت کننده یا در مدرسه دریافت می کند را نیز ارائه دهید.

بله <input type="checkbox"/>	اگر بله، لطفاً اطلاعات زیر را درباره درمان ارائه دهید:
خیر <input type="checkbox"/>	

شماره تلفن	1. نام درمانگر
------------	----------------

(MC 220) signed

کد پستی	ایالت	شهر	نشانی (پلاک، خیابان)
---------	-------	-----	----------------------

نوع درمان	شخصی که این درمان را تجویز/طراحی کرد
-----------	--------------------------------------

تاریخ شروع درمان	تاریخ پایان درمان (اگر تکمیل شده)	دفعات مراجعه
------------------	-----------------------------------	--------------

شماره تلفن	2. نام درمانگر
------------	----------------

(MC 220) signed

کد پستی	ایالت	شهر	نشانی (پلاک، خیابان)
---------	-------	-----	----------------------

نوع درمان	شخصی که این درمان را تجویز/طراحی کرد
-----------	--------------------------------------

تاریخ شروع درمان	تاریخ پایان درمان (اگر تکمیل شده)	دفعات مراجعه
------------------	-----------------------------------	--------------

County Use only

بخش 5 - اطلاعات پزشکی

A. آیا کودک طی 12 ماه گذشته به دلیل بیماری، جراحت یا وضعیت پزشکی در درمانگاه یا بیمارستان بوده است؟

بله
خیر

اگر خیر، به بخش 6 بروید. اگر بله، لطفاً به طور کامل به سوالات زیر پاسخ دهید:

1. نام بیمارستان/درمانگاه

تاریخ ها

نوع مراجعه (ها)

تاریخ خروج

تاریخ ورود

 بستری

(حداقل یک شب در بیمارستان/درمانگاه مانده)

 مراجعه سرپایی

(همان روز به منزل فرستاده شده)

 مراجعه به بخش اورژانس

کد پستی

ایالت

شهر

نشانی (پلاک، خیابان)

شماره پرونده بیمارستان/درمانگاه

شماره تلفن

دلیل مراجعات

کودک چه درمان هایی دریافت کرد؟

کودک در این بیمارستان یا به طور منظم به چه پزشک (انی) مراجعه کرد؟

2. نام بیمارستان/کلینیک

تاریخ ها

نوع مراجعه (ها)

تاریخ خروج

تاریخ ورود

 بستری

(حداقل یک شب در بیمارستان/کلینیک مانده)

 مراجعه سرپایی

(همان روز به منزل فرستاده شده)

 مراجعه به بخش اورژانس

کد پستی

ایالت

شهر

نشانی (پلاک، خیابان)

شماره پرونده بیمارستان/کلینیک

شماره تلفن

دلیل مراجعات

کودک چه درمان هایی دریافت کرد؟

کودک در این بیمارستان یا به طور منظم به چه پزشک (انی) مراجعه کرد؟

(MC 220) signed (MC 220) signed

County Use Only

در صورت نیاز به فضای بیشتر، لطفاً از بخش 9 – ملاحظات (صفحه 9) استفاده کنید. لطفاً به خاطر داشته باشید که یک فرم اجازه افشای اطلاعات (MC 220) را برای هریک از بیمارستان (ها)/درمانگاه (هایی) امضاء کنید که در صفحه 6 نام برده اید.

B. آیا کودک طی 12 ماه گذشته توسط پزشک/درمانگری ویزیت شده که نامش در قسمت A ذکر نشده باشد؟

(MC 220) signed

شماره تلفن		1. نام پزشک یا درمانگر	
------------	--	------------------------	--

کد پستی	ایالت	شهر	نشانی (پلاک، خیابان)
---------	-------	-----	----------------------

تاریخ اولین ویزیت	تاریخ آخرین ویزیت	تاریخ قرار ملاقات بعدی
-------------------	-------------------	------------------------

دلیل/دلایل مراجعات

کودک چه درمان هایی دریافت کرد؟

(MC 220) signed

شماره تلفن		2. نام پزشک یا درمانگر	
------------	--	------------------------	--

کد پستی	ایالت	شهر	نشانی (پلاک، خیابان)
---------	-------	-----	----------------------

تاریخ اولین ویزیت	تاریخ آخرین ویزیت	تاریخ قرار ملاقات بعدی
-------------------	-------------------	------------------------

دلیل/دلایل مراجعات

کودک چه درمان هایی دریافت کرد؟

County Use Only

بخش 6 – داروها

آیا کودک در حال حاضر هیچ گونه داروی تجویز شده ای را به خاطر بیماری ها، جراحات یا وضعیت پزشکی خود مصرف می کند؟

بله
خیر

داروی تجویز شده	نام پزشک	علت تجویز دارو	اثرات جانبی، اگر دارو اثرات جانبی دارد

اگر کودک داروهای تجویز شده اضافی دارد، لطفاً آنها را در بخش 9 – ملاحظات ذکر کنید.

County Use Only

بخش 7 – آزمایشات

آیا کودک به دلیل بیماری ها، جراحات یا وضعیت پزشکی خود آزمایش طبی داشته یا خواهد داشت؟

(MC 220) signed

اگر بله، لطفاً اطلاعات زیر را ارائه دهید:

بله خیر

نوع آزمایش	آزمایش چه موقع انجام شد/ خواهد شد؟ (ماه، سال)	آزمایش کجا انجام شد؟ (نام مرکز)	چه کسی کودک را برای این آزمایش فرستاد؟
EKG (تست قلب)			
Treadmill (تست ورزش)			
Cardiac Catheterization			
Biopsy (Name of Body Part)			
Speech/Language			
Hearing Test			
Vision Test			
IQ Test			
EEG (نوار مغزی)			
HIV Test			
Blood Test (Not HIV)			
Breathing Test			
X-Ray (Name of Body Part)			
MRI/CAT Scan (Name of Body Part)			

اگر کودک آزمایشات دیگری داشته است، لطفاً آنها را در بخش 9 – ملاحظات ذکر کنید.

بخش 8 – سابقه کار

(MC 220) signed

آیا کودک تا به حال کار کرده است؟

اگر بله، لطفاً اطلاعات زیر را ارائه دهید:

بله خیر

تاریخ هایی که کار کرده

نام کارفرما

کد پستی

ایالت

شهر

نشانی (پلاک، خیابان)

شماره تلفن

نام سرپرست

عنوان شغلی کودک را ذکر کنید و به طور خلاصه نوع کار و مشکلاتی که ممکن است کودک در حین انجام کار با آنها مواجه شده باشد را شرح دهید.

بخش 9 – ملاحظات

بخش 10 – امضاء و گواهی

اینجانب با آگاهی از مجازات گواهی دروغ بر اساس قوانین State of California، اعلان می‌کنم که پاسخ‌هایی که در این Supplemental Statement of Facts for Medi-Cal form داده‌ام و نیز اسنادی که ارائه داده‌ام تا جایی که می‌دانم و اعتقاد دارم، دقیق، صحیح و آقعبیت هستند.

تاریخ	نسبت با کودک			1. امضای فرد درخواست‌کننده به نمایندگی از کودک	
شماره تلفن	کد پستی	ایالت	شهر	نشانی (پلاک، خیابان)	
تاریخ	نسبت با فرد درخواست‌کننده به نمایندگی از کودک			2. امضای شاهد (در صورت لزوم)	
شماره تلفن	کد پستی	ایالت	شهر	نشانی (پلاک، خیابان)	