

## HƯỚNG DẪN ĐIỀN PHỤ LỤC DỮ KIỆN CHỈ DÀNH RIÊNG CHO ĐƯƠNG ĐƠN LÀ TRẺ EM XIN BẢO HIỂM MEDI-CAL - DƯỚI 18 TUỔI (MC 223C)

Vui lòng đọc TOÀN BỘ thông tin dưới đây TRƯỚC KHI quý vị bắt đầu. Nếu quý vị có thắc mắc về mẫu điền này, hoặc nếu quý vị cần giúp điền thông tin, vui lòng gọi cơ quan dịch vụ xã hội tại quận của quý vị.

Thông tin mà quý vị cung cấp trong mẫu điền này sẽ được California Department of Social Services, Disability Determination Service Division sử dụng. Cơ quan này sẽ quyết định về tình trạng khuyết tật đối với đơn xin Medi-Cal của đứa trẻ. Để giúp giải quyết trường hợp của đứa trẻ nhanh chóng hơn, vui lòng điền càng nhiều thông tin càng tốt.

Tất cả các câu hỏi trong mẫu đơn này là nói tới đứa trẻ - vì vậy xin vui lòng cung cấp thông tin về đứa trẻ đó chứ không phải là về bản thân quý vị.

- Đánh máy hoặc viết bằng chữ in rõ ràng
- Trả lời đầy đủ tất cả các câu hỏi
- Không bỏ qua các câu hỏi. Nếu quý vị không biết câu trả lời, vui lòng không bỏ trống. Viết “none” (“không có gì”), “don’t know” (“không biết”) hoặc “does not apply” (“không áp dụng”).

Chỉ ghi một bệnh viện/y viện hoặc một bác sĩ/chuyên gia trị liệu trong mỗi mục của Phần 5 - Thông Tin Y Tế. Đừng quên cung cấp các thông tin sau đây:

- Tên đầy đủ của bệnh viện/y viện và bác sĩ/chuyên gia trị liệu
- Địa chỉ
- Mã số của bệnh viện/y viện của đứa trẻ.

**Nếu đương đơn không phải là trẻ em dưới 18 tuổi, quý vị phải sử dụng mẫu điền dành riêng cho người lớn (MC 223). Quý vị có thể lấy mẫu điền này từ cơ quan dịch vụ xã hội tại quận của quý vị.**

### Thông tin về giấy *Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin* (MC 220)

- Vui lòng cung cấp một bản Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin (MC 220) cho mỗi bác sĩ, bệnh viện, y viện, hoặc chuyên gia trị liệu mà quý vị đã ghi trong mẫu điền này.
- Phải ký tên của quý vị (không phải là tên của đứa trẻ) trong dòng “Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin của Cá Nhân” của tờ MC 220 và đánh dấu vào ô thích hợp (Cha Mẹ của trẻ vị thành niên, Người Giám Hộ, hoặc Đại diện riêng khác). Ký từng bản MC 220—không được ký một bản rồi sao chụp lại.
- Nếu mắc lỗi, quý vị phải liên lạc với quận để lấy tờ đơn mới. Không sử dụng bút tẩy màu trắng hoặc chỉnh sửa trong mẫu Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin (MC 220).
- Nếu người ký bản cho phép tiết lộ phải ký bằng cách đánh dấu “X” hoặc “đánh dấu”, thì dấu “X” hoặc “đánh dấu” đó phải có chữ ký của một người làm chứng và cho biết mối liên hệ của người làm chứng đó với người tiết lộ thông tin.
- Bất kỳ đứa trẻ nào từ 12 tuổi trở lên đều phải tự ký bản Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin (MC 220) nếu tình trạng tàn tật của các em liên quan tới các dịch vụ có sẵn qua chương trình Chấp Thuận của Trẻ Vị Thành Niên. Trẻ vị thành niên đó phải ký mẫu MC 220 và phải đánh dấu ô “Chỉ Dành Cho Các Dịch Vụ Cần Sự Chấp Thuận của Trẻ Vị Thành Niên”.

**Phải có tờ đơn MC 223C cho mỗi đứa trẻ nộp đơn xin Medi-Cal dựa trên tình trạng tàn tật. Bắt đầu điền mẫu đơn từ Trang 2.**

# PHỤ LỤC DỮ KIỆN CHỈ DÀNH RIÊNG CHO ĐƯƠNG ĐƠN LÀ TRẺ EM XIN BẢO HIỂM MEDI-CAL - DƯỚI 18 TUỔI

County Use Only		
County Number	Aid Code	Case Number

## PHẦN 1—THÔNG TIN CÁ NHÂN

<b>A. Tên của Đứa Trẻ</b> (tên gọi, tên đệm, tên họ)		<b>B. Số An Sinh Xã Hội</b> (Social Security #)		<b>C. Ngày Tháng Năm Sinh</b>	
<b>D. Giới tính</b> <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ		<b>E. Chiều Cao</b> Feet _____ In-xơ _____		<b>F. Cân Nặng Tính bằng Pounds</b>	
<b>G. Đứa trẻ sống với ai?</b>					
Tên		Mối liên hệ		Số Điện Thoại	
				<input type="checkbox"/> Không có điện thoại	
Địa Chỉ Nhà (số nhà, đường phố)		Thành phố		Tiểu bang	Số Zip Code
<b>H. Địa Chỉ Nhận Thư</b> (nếu khác với địa chỉ số nhà)					
Địa Chỉ (số nhà, đường phố)		Thành phố		Tiểu bang	Số Zip Code
<b>I. Người nộp đơn xin cho đứa trẻ</b>					
Tên		Mối liên hệ		Số Điện Thoại	
				<input type="checkbox"/> Không có điện thoại	
Số Điện Thoại Nhắn Tin			Tên của người có thể để lại tin nhắn		
<b>J. Người nộp đơn xin cho đứa trẻ nói và viết ngôn ngữ/phương ngữ nào thông thạo nhất?</b>					

## PHẦN 2—BỆNH TẬT HOẶC THƯƠNG TÍCH CỦA ĐỨA TRẺ

PHẦN 2—BỆNH TẬT HOẶC THƯƠNG TÍCH CỦA ĐỨA TRẺ		County Use Only
A. Đứa trẻ có những bệnh tật hoặc thương tích gì?	Những bệnh tật và thương tích đó bắt đầu từ khi nào? (tháng/năm)	

**PHẦN 3—THÔNG TIN VỀ SOCIAL SECURITY/SSI**

County Use Only

**A. Đứa trẻ có nộp đơn xin Supplemental Security Income (SSI) hoặc tàn tật Social Security trong hai năm vừa qua không?**

<input type="checkbox"/> Có	Nếu Có, vui lòng trả lời các câu hỏi sau đây, nếu Không bỏ qua tới Phần 4.
<input type="checkbox"/> Không	

**B. Đó là đơn xin trợ cấp tàn tật SSI hoặc Social Security:**

<input type="checkbox"/> Được phê chuẩn Ngày: _____	<input type="checkbox"/> Bị từ chối Ngày: _____	<input type="checkbox"/> Không biết
<input type="checkbox"/> Đang kháng cáo Ngày: _____	<input type="checkbox"/> Đang chờ giải quyết Ngày: _____	

**C. (Các) chứng bệnh của đứa trẻ có trầm trọng hơn kể từ khi có quyết định nói trên không?**

<input type="checkbox"/> Có	Nếu có, xin vui lòng giải thích:
<input type="checkbox"/> Không	

**D. Đứa trẻ có bất kỳ bệnh tật mới nào kể từ ngày bị từ chối trợ cấp tàn tật Social Security/SSI không?**

<input type="checkbox"/> Có	Nếu Có, các chứng bệnh đó là gì và bắt đầu khi nào?
<input type="checkbox"/> Không	

**PHẦN 4—THÔNG TIN VỀ TRƯỜNG HỌC VÀ CÁC NGUỒN ĐẶC BIỆT****A. Đứa trẻ có bao giờ được kiểm tra hoặc thẩm định bởi bất kỳ cơ quan nào sau đây hay không, hoặc bất kỳ cơ quan nào trong số này có hồ sơ y tế hoặc thông tin về đứa trẻ không?**

Các Trung Tâm Khu Vực (Regional Centers)	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
Cơ Quan Dịch Vụ Trẻ Em California (California Children's Services)	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
Trung TâmĐánh Giá Phát Triển (Developmental Evaluation Center)	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
Chương Trình Phụ Nữ, Trẻ Sơ Sinh và Trẻ Em (Women, Infants, and Children Program, WIC)	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
Cơ Quan Sức Khỏe Tâm Thần (Mental Health Agency)	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
Bất Kỳ Cơ Quan Nào Khác	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không

 (MC 220) signed**B. Nếu trả lời Có cho bất kỳ câu hỏi nào ở trên, vui lòng điền thông tin sau đây.**

1. Tên của Cơ Quan		Số Điện Thoại của Cơ Quan	
Địa Chỉ (số nhà, đường phố)	Thành phố	Tiểu bang	Số Zip Code
Cố Vấn, Nhân Viên Phụ Trách Hồ Sơ, Chuyên Gia Trị Liệu v.v... Tên		Số Điện Thoại	
Dạng kiểm tra hoặc thẩm định, nếu có (ví dụ thị lực, thính giác, nói, thể chất, tâm lý)			
Ngày Kiểm Tra hoặc Thẩm Định		Số ID hoặc Mã Số Yêu Cầu Trả Bảo Hiểm của Đứa Trẻ	

2. Tên của Cơ Quan		Số Điện Thoại của Cơ Quan	
Địa Chỉ (số nhà, đường phố)		Thành phố	Tiểu bang Số Zip Code
Cố Vấn, Nhân Viên Phụ Trách Hồ Sơ, Chuyên Gia Trị Liệu v.v... Tên		Số Điện Thoại	
Dạng kiểm tra hoặc thẩm định, nếu có (ví dụ thị lực, thính giác, nói, thể chất, tâm lý)			
Ngày Kiểm Tra hoặc Thẩm Định		Số ID hoặc Mã Số Yêu Cầu Trả Bảo Hiểm của Đứa Trẻ	
<b>C. Đứa trẻ có tham gia bất kỳ dạng trường mầm non, nhà trẻ ban ngày, và/hoặc chương trình sau giờ học nào không?</b>			
<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu có, diễn thông tin sau đây:		
Tên Chương Trình		Số Điện Thoại	
Địa Chỉ (số nhà, đường phố)		Thành phố	Tiểu bang Số Zip Code
Người Liên Lạc		Các Ngày Tham Gia	
<b>D. Đứa trẻ có hiện đang/đã từng đi học không?</b>			
<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu có, diễn thông tin sau đây: Nếu Không, bỏ qua tới Mục H		
1. Tên của Trường		Số Điện Thoại	
Địa Chỉ (số nhà, đường phố)		Thành phố	Tiểu bang Số Zip Code
Tên của Giáo Viên			
2. Tên của Trường		Số Điện Thoại	
Địa Chỉ (số nhà, đường phố)		Thành phố	Tiểu bang Số Zip Code
Tên của Giáo Viên			
<b>E. Trường có cung cấp phương tiện trợ giúp đặc biệt cho đứa trẻ không (ví dụ như: bàn ghế có điều chỉnh, đường dốc lên xuống cho xe lăn, trợ giúp thêm, hoặc chú ý thêm)?</b>			
<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu Có, đó là dạng phương tiện trợ giúp đặc biệt nào?		
<b>F. Đứa trẻ có tham gia chương trình giáo dục đặc biệt không?</b>			
<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu Có, dạng chương trình giáo dục đặc biệt nào?		

County Use Only

 (MC 220) signed (MC 220) signed (MC 220) signed (MC 220) signed

**G. Quý vị có bản sao Individualized Education Plan của đứa trẻ không (IEP - bản báo cáo trong đó giáo viên ghi các vấn đề của đứa trẻ và liệt kê các kế hoạch khắc phục những vấn đề đó)?**

County Use Only

(MC 220) signed

- Có
- Không

Nếu Có, vui lòng cung cấp một bản sao.

**H. Đứa trẻ có nhận dịch vụ gia sư hoặc cố vấn đặc biệt không?**

- Có
- Không

Nếu Có, vui lòng điền các thông tin sau đây (nếu quý vị cần thêm chỗ trống để viết, quý vị có thể đính kèm thêm trang):

Có nhận dịch vụ gia sư hoặc tư vấn ở trường không?  
 Có nhận dịch vụ gia sư hoặc tư vấn ở bên ngoài trường không?

- Có       Không
- Có       Không

Nếu Có, điền thông tin sau đây:

Tên của Gia Sư hoặc Chuyên Gia Tư Vấn	Số Điện Thoại
---------------------------------------	---------------

Địa chỉ số nhà (Số nhà, đường phố)	Thành phố	Tiểu bang	Số Zip Code
------------------------------------	-----------	-----------	-------------

Mức Độ Thường Xuyên Thăm Viếng	Ngày bắt đầu Trị Liệu	Ngày kết thúc Trị Liệu (nếu đã hoàn tất)
--------------------------------	-----------------------	--

**I. Đứa trẻ hiện có đang/đã nhận bất kỳ dịch vụ trị liệu đặc biệt nào không (vật lý trị liệu, trị liệu nói năng và ngôn ngữ, trị liệu bằng phương pháp vận động) hay bất kỳ dịch vụ nào khác cho bệnh tật hoặc thương tích của em không? Để cập tới thông tin về bất kỳ biện pháp trị liệu nào mà đứa trẻ nhận được từ cha mẹ, người giám hộ, người chăm sóc, hoặc ở trường.**

- Có
- Không

Nếu Có, vui lòng điền thông tin sau đây về trị liệu:

1. Tên của Chuyên Gia Trị Liệu	Số Điện Thoại
--------------------------------	---------------

(MC 220) signed

Địa chỉ số nhà (Số nhà, đường phố)	Thành phố	Tiểu bang	Số Zip Code
------------------------------------	-----------	-----------	-------------

Người kê toa/thiết kế chương trình trị liệu	Dạng Trị Liệu
---	---------------

Mức Độ Thường Xuyên Thăm Viếng	Ngày bắt đầu Trị Liệu	Ngày kết thúc Trị Liệu (nếu đã hoàn tất)
--------------------------------	-----------------------	--

2. Tên của Chuyên Gia Trị Liệu	Số Điện Thoại
--------------------------------	---------------

(MC 220) signed

Địa chỉ số nhà (Số nhà, đường phố)	Thành phố	Tiểu bang	Số Zip Code
------------------------------------	-----------	-----------	-------------

Người kê toa/thiết kế chương trình trị liệu	Dạng Trị Liệu
---	---------------

Mức Độ Thường Xuyên Thăm Viếng	Ngày bắt đầu Trị Liệu	Ngày kết thúc Trị Liệu (nếu đã hoàn tất)
--------------------------------	-----------------------	--

## PHẦN 5—THÔNG TIN Y TẾ

*County Use only*

**A. Đứa trẻ có phải tới y viện hoặc bệnh viện để chữa trị bất kỳ bệnh tật, thương tích nào trong 12 tháng vừa qua không?**

- Có  
 Không

Nếu Không, tới Phần 6. Nếu Có, vui lòng trả lời đầy đủ các phần sau đây:

1. Tên của Bệnh Viện/YViện	Dạng (Buổi Khám)	Ngày tháng	
	<input type="checkbox"/> Nằm viện Nội trú (ở lại ít nhất là qua đêm)	Ngày nhập viện	Ngày ra viện
	<input type="checkbox"/> Tới khám chữa bệnh theo diện ngoại trú (được về nhà trong cùng ngày)		
	<input type="checkbox"/> Lần Tới Phòng Cấp Cứu		
Địa chỉ số nhà (Số nhà, đường phố)	Thành phố	Tiểu bang	Số Zip Code
Số Điện Thoại	Số Hồ Sơ Y Viện/Bệnh Viện		

(MC 220) signed

Lý Do Các Buổi Tới Y Viện/Bệnh Viện

Đứa trẻ nhận dịch vụ điều trị nào?

Đứa trẻ đã tới gặp (những) bác sĩ nào tại bệnh viện này thường xuyên?

2. Tên của Bệnh Viện/Y Viện	Dạng (Buổi Khám)	Ngày tháng	
	<input type="checkbox"/> Nằm viện nội trú (ở lại ít nhất là qua đêm)	Ngày nhập viện	Ngày ra viện
	<input type="checkbox"/> Tới khám chữa bệnh theo diện ngoại trú (được về nhà trong cùng ngày)		
	<input type="checkbox"/> Lần Tới Phòng Cấp Cứu		
Địa chỉ số nhà (Số nhà, đường phố)	Thành phố	Tiểu bang	Số Zip Code
Số Điện Thoại	Số Hồ Sơ Y Viện/Bệnh Viện		

(MC 220) signed

Lý Do Các Buổi Tới Y Viện/Bệnh Viện

Đứa trẻ nhận dịch vụ điều trị nào?

Đứa trẻ đã tới gặp (những) bác sĩ nào tại bệnh viện này thường xuyên?

*County Use Only*

**Nếu quý vị cần thêm chỗ trống để viết, vui lòng sử dụng Phần 9—Các Nhận Xét (trang 9). Vui lòng nhớ ký giấy Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin (MC 220) cho (các) bệnh viện/(các) y viện mà quý vị ghi trong trang 6.**

**B. Trong 12 tháng qua đứa trẻ có được khám bởi bác sĩ/chuyên gia trị liệu nào không có tên trong Mục A không?**

(MC 220) signed

1. Tên của Bác Sĩ hoặc Chuyên Gia Trị Liệu		Số Điện Thoại	
--	--	---------------	--

Địa chỉ số nhà (Số nhà, đường phố)	Thành phố	Tiểu bang	Số Zip Code
------------------------------------	-----------	-----------	-------------

Ngày Có Buổi Gặp Đầu Tiên	Ngày Có Buổi Gặp Cuối Cùng	Ngày Hẹn Kế Tiếp
---------------------------	----------------------------	------------------

Lý Do cho Các Buổi Gặp

Đứa trẻ nhận dịch vụ điều trị nào?

(MC 220) signed

2. Tên của Bác Sĩ hoặc Chuyên Gia Trị Liệu		Số Điện Thoại	
--	--	---------------	--

Địa chỉ số nhà (Số nhà, đường phố)	Thành phố	Tiểu bang	Số Zip Code
------------------------------------	-----------	-----------	-------------

Ngày Có Buổi Gặp Đầu Tiên	Ngày Có Buổi Gặp Cuối Cùng	Ngày Hẹn Kế Tiếp
---------------------------	----------------------------	------------------

Lý Do cho Các Buổi Gặp

Đứa trẻ nhận dịch vụ điều trị nào?

**PHẦN 6—THUỐC MEN**

*County Use Only*

**Đứa trẻ hiện có đang dùng thuốc kê toa để chữa bệnh tật hoặc thương tích không?**

<input type="checkbox"/> Có	Nếu Có, cho chúng tôi biết các thông tin sau đây:
<input type="checkbox"/> Không	

Thuốc Kê Toa	Tên Bác Sĩ	Lý Do Dùng Thuốc	Các Phản Ứng Phụ, nếu có

**Nếu đứa trẻ có thêm thuốc kê toa, hãy ghi các loại thuốc này trong Phần 9—Nhận Xét**

## PHẦN 7—CÁC XÉT NGHIỆM

*County Use Only*

**Đứa trẻ có, hoặc sẽ có các buổi khám/xét nghiệm nào cho các bệnh tật hoặc thương tích không?**

(MC 220) signed

<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu Có, cho chúng tôi biết các thông tin sau đây:		
Dạng Khám/Xét Nghiệm	Khám/xét nghiệm đó đã được/sẽ được thực hiện khi nào? (tháng, năm)	Khám/xét nghiệm đó được thực hiện ở đâu? (tên của cơ sở)	Ai gửi đứa trẻ đi làm khám/xét nghiệm này?
EKG (Khám Tim)			
Treadmill (Khám Qua Thể Dục)			
Cardiac Catheterization			
Biopsy (Name of Body Part)			
Speech/Language			
Hearing Test			
Vision Test			
IQ Test			
EEG (Kiểm Tra Sóng Não)			
HIV Test			
Blood Test (Not HIV)			
Breathing Test			
X-Ray (Name of Body Part)			
MRI/CAT Scan (Name of Body Part)			

**Nếu đứa trẻ đã làm các khám/xét nghiệm khác, hãy ghi trong Phần 9—Các Nhận Xét**

## PHẦN 8—QUÁ TRÌNH LÀM VIỆC

(MC 220) signed

**Đứa trẻ có bao giờ làm việc không?**

<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu Có, diễn thông tin sau đây:		
---	---------------------------------	--	--

Các Ngày Đã Làm Việc

Tên của Hãng Sở

Địa chỉ số nhà (Số nhà, đường phố)	Thành phố	Tiểu bang	Số Zip Code
------------------------------------	-----------	-----------	-------------

Số Điện Thoại

Tên giám sát viên



Ghi chức vụ của đứa trẻ và mô tả ngắn gọn công việc đó và bất kỳ vấn đề nào mà đứa trẻ có thể đã gặp trong thời gian thực hiện công việc đó.

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

### PHẦN 9—CÁC NHẬN XÉT

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

### PHẦN 10—CHỮ KÝ VÀ CHỨNG NHẬN

Theo hình phạt về tội khai man của luật pháp State of California, tôi cam đoan rằng các câu trả lời mà tôi cung cấp trong bản Supplemental Statement of Facts for Medi-Cal form và các chứng từ đã nộp là đúng và chính xác theo sự hiểu biết và tin tưởng nhất của tôi.

1. Chữ ký của người Không nộp đơn xin cho đứa trẻ		Mối liên hệ với đứa trẻ			Ngày
Địa Chỉ (số nhà, đường phố)	Thành phố	Tiểu bang	Số Zip Code	Số Điện Thoại	
2. Chữ ký của người làm chứng (nếu thích hợp)		Mối liên hệ với người nộp đơn xin cho đứa trẻ			Ngày
Địa Chỉ (số nhà, đường phố)	Thành phố	Tiểu bang	Số Zip Code	Số Điện Thoại	