

INFORMACIÓN SOBRE LOS SERVICIOS INFANTILES DE CALIFORNIA (CCS)

¿Qué es el programa de Servicios para Niños de California?

El CCS es un programa estatal que trata a los niños con determinadas limitaciones físicas y enfermedades o trastornos crónicos de salud. El CCS puede autorizar y pagar servicios y equipos médicos específicos proporcionados por especialistas aprobados por el CCS. El Departamento de Servicios Sanitarios de California (DHCS) gestiona el programa CCS. Los condados más grandes gestionan sus propios programas de CCS, mientras que los más pequeños comparten el funcionamiento de su programa con el DHCS. El programa se financia con fondos de los impuestos estatales, del condado y federales, junto con algunas cuotas pagadas por los padres.

¿Qué ofrece el CCS a los niños?

Si usted o el médico de su hijo creen que éste podría tener una afección médica cubierta por el CCS, éste puede pagar o proporcionar una evaluación médica para averiguar si la afección de su hijo está cubierta.

Si su hijo es elegible, el CCS puede pagar o proporcionar:

- Tratamiento, como servicios médicos, atención hospitalaria y quirúrgica, fisioterapia y terapia ocupacional, pruebas de laboratorio, radiografías, aparatos ortopédicos y equipos médicos.
- Gestión de casos médicos para ayudar a conseguir médicos especiales y atención para su hijo cuando sea médicamente necesario, y derivación a otros organismos, como la enfermería de salud pública y los centros regionales.
- Programa de Terapia Médica (MTP), que puede proporcionar terapia física y/o terapia ocupacional en las escuelas públicas a los niños que reúnen los requisitos médicos.

¿Quién puede optar a la CCS?

El programa está abierto a cualquier persona que:

- es menor de 21 años;
- tiene o puede tener una enfermedad cubierta por el CCS;
- es residente en California; y
- tiene unos ingresos familiares inferiores a 40.000 dólares, según los ingresos brutos ajustados que figuran en el formulario de impuestos del Estado, o cuyos gastos médicos de bolsillo por un hijo que reúna los requisitos sean previsiblemente superiores al 20% de los ingresos familiares.

La renta familiar no es un factor para los niños que:

- necesitan servicios de diagnóstico para confirmar una condición médica elegible para el CCS; o
- fueron adoptados con una afección médica conocida que cumple los requisitos del CCS; o
- solicitan únicamente servicios a través del Programa de Terapia Médica; o tienen el alcance completo de Medi-Cal, sin participación en los gastos.

¿Qué condiciones médicas cubre el CCS?

Sólo algunas condiciones están cubiertas por el CCS. En general, el CCS cubre las condiciones médicas que son físicamente incapacitantes o que requieren servicios médicos, quirúrgicos o de rehabilitación. También puede haber ciertos criterios que determinen si la condición médica de su hijo es elegible. A continuación, se enumeran las categorías de enfermedades que pueden estar

cubiertas y algunos ejemplos de cada una de ellas:

- Afecciones del corazón (cardiopatías congénitas)
- Neoplasias (cánceres, tumores)
- Trastornos de la sangre (hemofilia, anemia falciforme)
- Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (problemas de tiroides, PKU, diabetes)
- Trastornos del sistema genitourinario (problemas renales crónicos graves)
- Trastornos del sistema gastrointestinal (enfermedad inflamatoria crónica, enfermedades del hígado)
- Defectos congénitos graves (labio leporino/paladar hendido, espina bífida)
- Trastornos de los órganos de los sentidos (pérdida de audición, glaucoma, cataratas)
- Trastornos del sistema nervioso (parálisis cerebral, convulsiones incontroladas)
- Trastornos del sistema musculoesquelético y de los tejidos conectivos (artritis reumatoide, distrofia muscular)
- Trastornos graves del sistema inmunitario (infección por VIH)
- Afecciones discapacitantes o intoxicaciones que requieren cuidados intensivos o rehabilitación (lesiones graves en la cabeza, el cerebro o la médula espinal, quemaduras graves)
- Complicaciones del parto prematuro que requieren un nivel intensivo de cuidados
- Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo (hemangioma grave)
- Maloclusión médicamente discapacitante (dientes muy torcidos) Pregunte en la oficina de CCS de su condado si tiene alguna duda.

¿Qué debe hacer el solicitante o la familia para cumplir los requisitos?

Las familias (o el solicitante si tiene 18 años o más, o un menor emancipado) deben:

- rellenar el formulario de solicitud que comienza en la página 4 y devolverlo a la oficina local de CCS de su condado;
- dar al CCS toda la información solicitada para que el CCS pueda determinar si la familia cumple los requisitos;
- solicitar Medi-Cal si el CCS considera que los ingresos de la familia les permiten acceder al programa Medi-Cal. (Si una familia tiene derecho a Medi-Cal, el niño también está cubierto por el CCS. El CCS aprueba los servicios; el pago se realiza a través de Medi-Cal).

¿Cómo se protege mi privacidad?

La ley de California exige que las familias que solicitan servicios reciban información sobre cómo CCS protege su privacidad.¹

Para proteger su privacidad:

- El CCS debe mantener la confidencialidad de esta información.²
- El CCS puede compartir la información contenida en el formulario con personal autorizado de otros programas de salud y bienestar sólo cuando usted haya firmado un formulario de consentimiento.

Tiene derecho a ver su solicitud y los registros de CCS que le conciernen a usted o a su hijo. Si desea ver estos registros, póngase en contacto con la oficina del CCS de su condado. Por ley, la información que usted proporciona a CCS es conservada por el programa.³

¿Tengo derecho a recurrir una decisión?

Usted tiene derecho a no estar de acuerdo con las decisiones tomadas por el CCS.⁴ Esto se denomina apelación. El proceso de apelación ofrece al padre/tutor legal o al solicitante una forma de trabajar con el programa CCS para encontrar soluciones a los desacuerdos. Para obtener información sobre el proceso de apelación, póngase en contacto con la oficina local de CCS de su condado.

¿Dónde puedo obtener más información sobre la CCS?

Para obtener más información sobre el CCS, visite la página de inicio del CCS en el sitio web de la DHCS aquí: <https://www.dhcs.ca.gov/services/ccs/Pages/default.aspx>.

Si necesita ayuda para rellenar esta solicitud, póngase en contacto con la oficina local de CCS de su condado. Para encontrar la oficina de CCS de su condado, vaya a: <https://www.dhcs.ca.gov/services/ccs/Pages/CountyOffices.aspx>, o busque en la sección de gobierno de su guía telefónica local bajo "California Children's Services" o "county health department".

Notas

1. [Código Civil, sección 1798.17](#)
2. [Sección 41670, Título 22 del Código de Reglamentos de California](#) y la [Ley de Registros Públicos de California \(Código de Gobierno, Secciones 7920\)](#)
3. [Sección 123800 y siguientes del Código de Salud y Seguridad de California](#)
4. [Código de Reglamentos de California, Título 22, Capítulo 13, Secciones 42702-42703](#)

SOLICITUD PARA DETERMINAR LA ELEGIBILIDAD DEL PROGRAMA CCS

Esta solicitud debe ser completada por los padres, el tutor legal o el solicitante (si tiene 18 años o más, o es un menor emancipado) para determinar si el solicitante es elegible para los servicios/beneficios de CCS. El término "solicitante" significa el niño, la persona mayor de 18 años o el menor emancipado para el que se solicitan los servicios. Por favor, escriba a máquina o con letra de imprenta.

A. Información del solicitante

1. Nombre del solicitante											
<table border="0"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">Apellido</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Primero</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Segundo</td> </tr> </table>			Apellido	Primero	Segundo						
Apellido	Primero	Segundo									
2. Fecha de nacimiento (mes, día, año)	3. Lugar de nacimiento - Condado Estado										
País, si ha nacido fuera de EE.UU.											
4. Dirección del solicitante (número, calle) (no utilice un P.O. Box)											
<table border="0"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">Ciudad</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Condado</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Codigo Postal</td> </tr> </table>			Ciudad	Condado	Codigo Postal						
Ciudad	Condado	Codigo Postal									
5. Sexo	Mujer	Hombre									
6. Orientación sexual e identidad de género (opcional): <i>Si el solicitante desea informarnos más sobre su género, identidad de género, expresión de género u orientación sexual, por favor, rellene los puntos a, b y c siguientes. La sección 6 es opcional, pero es necesaria para que el DHCS pregunte con la aprobación de la Ley de la Asamblea 959 (2015 - 2016).</i>											
a. ¿Cuál es el género del solicitante (marque la casilla que mejor describa su identidad de género actual)?											
<table border="0"> <tr> <td>Mujer</td> <td>Hombre</td> <td>Transgénero de hombre a mujer</td> </tr> <tr> <td>Transgénero de mujer a hombre</td> <td colspan="2">No binario (ni hombre ni mujer)</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Otra identidad de género</td> </tr> </table>			Mujer	Hombre	Transgénero de hombre a mujer	Transgénero de mujer a hombre	No binario (ni hombre ni mujer)		Otra identidad de género		
Mujer	Hombre	Transgénero de hombre a mujer									
Transgénero de mujer a hombre	No binario (ni hombre ni mujer)										
Otra identidad de género											
b. ¿Qué sexo figura en el acta de nacimiento original del solicitante?											
Mujer Hombre											
c. ¿El solicitante se considera a sí mismo como:											
Heterosexual Gay/Lesbiana Bisexual Queer Otra orientación sexual											
7. Raza/Etnia	8. Número de Seguro Social (opcional)										
9. ¿Cuál es la supuesta afección elegible para CCS o la discapacidad del solicitante?											
10. Médico de cabecera	11. Número de teléfono del medico										

B. Información de los padres/tutores legales/familiares (Los solicitantes de 18 años o más, o los menores emancipados, omiten los puntos 12 y 14 siguientes).		
12. Nombre del padre o tutor	13. Primer nombre de la madre (si no se identifica en el 12) Apellido de soltera	
14. Dirección del solicitante (número, calle) (no utilice un P.O. Box)		
Ciudad	Condado	Código Postal
15. Dirección postal (si es diferente de la 14)		
Ciudad	Condado	Código Postal
16. Número de teléfono del domicilio	17. Número de teléfono móvil	18. Número de teléfono del trabajo
19. ¿Qué idioma hablas en casa?	20. Dirección de correo electrónico	
21. Número de personas en la unidad familiar	22. Nombre y dirección del otro progenitor si no vive con el solicitante	
C. Información sobre el seguro de salud		
23. ¿El solicitante tiene Medi-Cal? Sí No	24. En caso afirmativo, ¿cuál es el número de Medi-Cal del solicitante?	
25. ¿Hay un reparto de costes? Sí No	26. En caso afirmativo, ¿cuál es la cantidad que paga al mes?	
27a. ¿Tiene el solicitante otro seguro médico? Sí No	27b. En caso afirmativo, ¿cuál es el nombre del plan o compañía de seguros?	
28. Tipo de plan o compañía de seguros Organización de Proveedores Preferidos (PPO) Organización de Mantenimiento de la Salud (HMO) Otros:	27c. Número de póliza o plan	
29. ¿Tiene el solicitante un seguro dental? Sí No	30. ¿Tiene el solicitante un seguro de visión? Sí No	

D. Certificación

(Ponga sus iniciales y firme abajo. Su firma autoriza al programa CCS a tramitar esta solicitud).

_____ Estoy solicitando el programa CCS para determinar la elegibilidad de los servicios/beneficios. Comprendo que la cumplimentación de esta solicitud no asegura la aceptación del solicitante por el programa CCS.

_____ Doy mi permiso para verificar mi residencia, información de salud u otras circunstancias requeridas para determinar la elegibilidad para los servicios/beneficios de CCS.

_____ Certifico que he leído y comprendido la información o que me la han leído.

_____ También certifico que la información que he dado en este formulario es verdadera y correcta

Firma de la persona que completa la solicitud	Relación con el solicitante	Fecha
Firma del testigo (solo si la persona firmó con una marca)		Fecha

***Ver instrucciones en la página siguiente.**

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

Escriba claramente para que su solicitud pueda ser procesada lo antes posible.

Rellene cada sección por completo. Si no facilita toda la información, el CCS no podrá tramitar su solicitud. Si necesita ayuda para rellenar este formulario, póngase en contacto con la oficina de CCS de su condado.

Una vez completada la solicitud, envíela por correo a la oficina local de CCS de su condado. No olvide firmar y fechar el formulario.

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

1. **Nombre del solicitante:** rellene los apellidos, el nombre y el segundo nombre del solicitante. En la siguiente casilla, escriba el nombre completo del solicitante tal y como aparece en su acta de nacimiento, si es diferente de su nombre. Si el solicitante es conocido por otro nombre, incluya ese nombre en la última casilla.
2. **Fecha de nacimiento del solicitante:** Escriba el mes, el día y el año de nacimiento del solicitante.
3. **Lugar de nacimiento:** Escriba el condado y el estado donde nació el solicitante. Incluya el país si el solicitante ha nacido fuera de EE.UU.
4. **Dirección:** Escriba en este espacio el número de la calle, el nombre de la calle, el número del apartamento, la ciudad, el condado y el código postal de la residencia actual del solicitante. No utilice un P.O. Box.
5. **Sexo del solicitante:** Marque la casilla del sexo correcto del solicitante (hombre o mujer).
6. **Orientación sexual e identidad de género (opcional):** Si el solicitante desea informarnos sobre su género, identidad de género, expresión de género u orientación sexual, rellene los puntos a, b y c. La sección 6 es opcional, pero es necesaria para que el DHCS pida con el paso de [Proyecto de ley de la Asamblea 959](#) (2015 - 2016).
 - 6a. Marque la casilla que mejor describa la identidad de género actual del solicitante.
 - 6b. Marque la opción del sexo que figura en el certificado de nacimiento original del solicitante.
 - 6c. Marque la casilla que mejor describa la orientación sexual del solicitante.
7. **Raza/etnia:** Introduzca la categoría de la siguiente lista que mejor describa la raza/etnia principal del solicitante:

- Nativo de Alaska
- Amerasiático
- Indígena Americano
- Asiático
- Indio asiático
- Negro/afroamericano
- Coreano
- Chino
- Filipino
- Guamán
- Hawaiano
- Hispano/Latino
- Japonés
- Laosiano
- Samoano
- Vietnamita
- Blanco
- Otros
- Camboyano(a)

8. **Número de la seguridad social del solicitante (opcional):** Escriba el número de nueve dígitos de la seguridad social del solicitante.
9. **Sospecha de afección o discapacidad de CCS: Escriba la discapacidad o la necesidad especial de atención sanitaria del solicitante que sería tratada por el CCS.** La descripción adjunta de las condiciones elegibles para el CCS puede ayudarle (véase "Qué condiciones médicas cubre el CCS" en las páginas 1 y 2). Si no lo sabe, pregunte al médico del solicitante o deje el espacio en blanco. El CCS hará un seguimiento con el médico del solicitante si se necesita más información.
10. **Nombre del médico de cabecera del solicitante:** Escriba el nombre del médico del solicitante.
11. **Número de teléfono del médico:** Escriba el número de teléfono del médico indicado en el número 10.

Sección B: Información de los padres/tutores legales (Los solicitantes de 18 años o más, o los menores emancipados, omiten los puntos 12 y 14).

12. **Nombre de los padres/tutores:** Escriba el nombre de los padres del solicitante o el nombre del tutor legal del solicitante.
13. **Nombre y apellido de soltera de la madre:** Escriba el nombre de la madre del solicitante e identifique el apellido de soltera de la madre en la casilla siguiente.
14. **Dirección:** Escriba el número de la calle, el nombre de la calle, el número del apartamento, la ciudad, el condado y el código postal de su residencia actual. No utilice un P.O. Box.
15. **Dirección postal:** Si esta dirección es diferente del número 14, escriba el número de la calle, el nombre de la calle, la ciudad y el código postal.
16. **Número de teléfono de casa:** Escriba el número de teléfono de su casa donde se le puede localizar.
17. **Número de teléfono móvil:** Escriba el número de teléfono móvil donde se le puede localizar.
18. **Número de teléfono del trabajo:** Escriba el número de teléfono del trabajo donde se le puede localizar.
19. **Lengua(s) hablada(s):** Escriba el idioma que hablas en casa.
20. **Dirección de correo electrónico:** Escriba la dirección de correo electrónico del padre o tutor legal.
21. **Número de personas en la unidad familiar:** Escriba el número de personas que viven en el mismo hogar.
22. **Nombre y dirección del otro progenitor si no vive con el solicitante:** Escriba el nombre y la dirección de una segunda persona de contacto.

Sección C: Información sobre el seguro médico

Si el CCS considera que usted puede reunir los requisitos, le pedirá que solicite Medi-Cal si no está recibiendo actualmente las prestaciones sanitarias de Medi-Cal.

23. Si el solicitante no recibe Medi-Cal, marque "No" y pase al número 27a. Si el solicitante recibe Medi-Cal, marque "Sí" y escriba el número de Medi-Cal del solicitante.
24. Si el solicitante tiene Medi-Cal, introduzca el número de Medi-Cal de 14 dígitos.
25. Si paga una parte del coste de su seguro de Medi-Cal, marque "Sí".

26. Si paga una parte de los gastos, indique el importe mensual pagado.
- 27a. Si el solicitante no tiene otro seguro médico, marque "No" y pase al número 29.
- 27b. Si el solicitante tiene un seguro médico, indique el nombre del plan o la compañía de seguros.
- 27c. Si el solicitante tiene un seguro médico, rellene el número de póliza o de plan.
Si el solicitante tiene un seguro médico, marque la casilla correspondiente según el tipo de seguro que sea. Los formularios de su seguro le indicarán el tipo de seguro médico que tiene. Si no está seguro, llame a su compañía de seguros médicos y pregúnteles.
28. Si el solicitante tiene seguro dental, marque "Sí". Si el solicitante no tiene seguro dental, marque "No".
29. Si el solicitante tiene un seguro de visión, marque "Sí". Si el solicitante no tiene seguro de visión, marque "No".

Sección D: Certificación

Asegúrese de firmar y fechar con tinta. Si se firma con una marca, haga que un testigo firme y ponga la fecha.

En el apartado "Relación con el solicitante", introduzca el nombre del padre, la madre, el tutor legal o el propio solicitante (en el caso de personas mayores de 18 años o menores emancipados).

Cómo presentar su solicitud

Envíe por correo o entregue su solicitud en la oficina local de CCS de su condado. Para encontrar la oficina de CCS de su condado, vaya a

<https://www.dhcs.ca.gov/services/ccs/Pages/CountyOffices.aspx> o busque en la sección de gobierno de su guía telefónica local bajo "California Children's Services" o "county health department".