

**INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR EL FORMULARIO
PARA SOLICITAR SERVICIOS PARA NIÑOS DE CALIFORNIA (DHS 4480)**

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, póngase en contacto con la oficina CCS de su condado.

Después de completar la solicitud, envíela por correo a la oficina CCS de su condado (consulte la página 6). No olvide firmar el formulario y colocarle la fecha.

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 de correo.
5. **Género del solicitante:** Ponga una marca o una X en la casilla que corresponda al género (masculino o femenino).
6. **Raza o etnia:** Ponga la categoría de la lista que aparece más abajo que mejor describa la raza o etnia 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 (optativo):** Escriba el número de nueve cifras del seguro social del solicitante.
8. **Problema o discapacidad que se sospecha que cumple con los requisitos de CCS:** Escriba la discapacidad o la necesidad especial de atención de la salud del solicitante que trataría el CCS. La descripción adjunta de los problemas que cumplen con los requisitos de CCS lo puede ayudar (consulte "¿Qué problemas médicos cubre CCS?" en la página 1). 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 saltean 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 correo.
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.
15. **Número de teléfono diurno:** Escriba el número de teléfono al que se lo puede llamar durante el día.
16. **Número de teléfono nocturno:** Escriba el número de teléfono al que se lo puede llamar durante la noche.
17. **Número para mensajes telefónicos:** Si corresponde, escriba el número de teléfono para dejarle mensajes telefónicos.

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. De lo contrario, marque "No" y pase al número 20.
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 a bajos. Si le parece que puede cumplir con los requisitos, pregúntele al programa CCS de su condado 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. Si firma con una marca, pida a un testigo 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, de los menores de edad emancipados).

Presentación de su solicitud

Envíe por correo o entregue su solicitud a la oficina CCS de su condado. Para encontrar la oficina CCS de su condado visite www.dhs.ca.gov/ccs o busque en la sección de gobierno del directorio telefónico local bajo *California Children's Services* (Servicios para los Niños de California) o *County Health Department* (Departamento de Salud del condado).