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. Para obtener instrucciones sobre cómo completar este formulario, consulte la página 4. Escriba a máquina o claramente en letras de molde.

nacimiento (si es diferente) 2. Fecha de nacimiento (mes, día, año)	A. Información sobre el solicitante							
4. Dirección del solicitante (número y calle) (no usar casilla posta) 6. Género 6. Raza/ etnia 7. Número del seguro social (optativo) 8. ¿Cuál es el problema o la discapacidad del solicitante que se sospecha que cumple con los requisitios de CCS? 9. Nombre completo del médico del solicitante 8. ¿Cuál es el problema o la discapacidad del solicitante que se sospecha que cumple con los requisitios de CCS? 9. Nombre completo del médico del solicitante 8. ¡Información sobre el padre o tutor (los solicitantes de 18 años de edad o mayores o los menores emancipados saltean los números 11 y 13). 11. Nombre(s) completo(s) delide los padre(s) o tutor(es) 12. Nombre de la madre (si no se imagenta de solicitante de 18 años de edad o mayores o los menores emancipados saltean los números 11 y 13). 13. Dirección (número y calle) (no usar casilla postal) 14. Dirección postal (si no es la misma que la del 13) 15. Nº de teléfono diumo 16. Nº de teléfono noctumo 17. Nº para mensajes telefonicos 18. ¿Qué kiloma se habla en su ca de la folicitante en el programa Healthy: Si lo está, ¿como se llama el plano la compañía de seguros? 19. In o compañía de seguros 19. No Solicitante? 19. In o compañía de seguros 19. No Solicitante en el programa Healthy: Si lo está, ¿como se llama el plano la compañía de seguros? 19. In o compañía de seguros 19. No No compañía de seguros 19. No compañía de seguros 19. No co	Nombre del solicitante [apellido] [nombre]	[segundo nombre			, ,	Algún otro nombre por el que se conoce al solicitante		
S. Género Femenino 6. Raza/ etnia 7. Número del seguro social (optativo)		3. Luga	ugar de nacimiento, condado y estado		País, si nació fuera de EE.UU.			
Masculino Fernenino	4. Dirección del solicitante (número y calle) (no u	ısar casilla postal)) Ciudad		Condado		Código postal	
9. Nombre completo del médico dei solicitante 10. Número de teléfono del médico () 8. Información sobre el padre o tutor (los solicitantes de 18 años de edad o mayores o los menores emancipados saltean los números 11 y 13). 11. Nombre (s) completo(s) delide los padre(s) o tutor(es) 12. Nombre de la madre (si no se identificó en 11) 13. Dirección (número y calle) (no usar casilla postal) Ciudad Condado Código posta 14. Dirección postal (si no es ta misma que la del 13) Código posta 15. Nº de teléfono diumo 16. Nº de teléfono noctumo 17. Nº para mensajes telefonicos 18. ¿Qué idioma se había en su ce 15. Nº de teléfono sobre el seguro de salud 19. ¿Tiene Medi-Cal del solicitante? Si lo comparte, ¿cuánto paga por m 51 No \$ 16. Nº de teléfono diumo 16. Nº de teléfono noctumo 17. Nº para mensajes telefonicos 18. ¿Qué idioma se había en su ce 16. L'Acué idioma se había en su ce C. Información sobre el seguro de salud 19. ¿Tiene Medi-Cal del solicitante? Si lo comparte, ¿cuánto paga por m 51 No \$ 19. ¿Está inscrito el solicitante en el programa Healthy Si lo está, ¿cómo se llama el plan? Si No \$ 11. ¿Tiene de solicitante de seguros Si lo tene, ¿cómo se llama el plan o la compañía de seguros? Si No \$ 12. ¿Tiene a seguro de nala el participante? 23. ¿Tiene seguro de la vista el solicitante? \$ 12. ¿Tiene seguro dental el participante? 23. ¿Tiene seguro de la vista el solicitante? \$ 15. Nº No \$ 16. Nº de teléfono noctumo 17. Nº para mensajes telefonicos 18. ¿Qué idioma se había en su ce \$ 17. Nº para mensajes telefonicos 18. ¿Qué idioma se había en su ce \$ 18. ¿Qué idioma se había en su ce \$ 19. ¿Tiene Medi-Cal el solicitante en el programa el costo? \$ 19. ¿Si lo comparte, ¿cuánto paga por m \$ 19. ¿Si lo comparte, ¿cuánto paga por m \$ 20. ¿Está inscrito el solicitante en el programa el plan o compañía de seguros \$ 21. ¿Tiene seguro de la vista el solicitante \$ 22. ¿Tiene seguro de la vista el solici					, , ,			
B. Información sobre el padre o tutor (los solicitantes de 18 años de edad o mayores o los menores emancipados saltean los números 11 y 13). 11. Nombre (s) completo(s) delide los padre(s) o tutor(es) 12. Nombre de la madre (si no se identificó en 11) 13. Dirección (número y calle) (no usar casilla postal) 14. Dirección postal (si no es ta misma que la del 13) 15. Nº de teléfono diumo (16. Nº de teléfono noctumo (17. Nº para mensajes telefónicos (18. ¿Qué idioma se habla en su ca (19. ¿Tiene Medi-Cal el solicitante? (19.) solicitante?	8. ¿Cuál es el problema o la discapacidad del so	olicitante que se so	ospecha qu	e cumple con los requisitos	de CCS?			
11. Nombre(s) completo(s) del/de los padre(s) o tutor(es) 12. Nombre de la madre (si no se identificó en 11) 13. Dirección (número y calle) (no usar casilla postal) 14. Dirección postal (si no es la misma que la del 13) 15. Nº de teléfono diurno 16. Nº de teléfono noctumo 17. Nº para mensajes telefónicos 18. ¿Qué idioma se habla en su ca ()	9. Nombre completo del médico del solicitante		10. Número de teléfono del médico					
identificó en 11)	and the second s	solicitantes de	18 años	de edad o mayores o lo	os menores	s emancipados s	saltean los	
14. Dirección postal (si no es la misma que la del 13) 15. Nº de teléfono diumo () 16. Nº de teléfono noctumo () 17. Nº para mensajes telefónicos () 18. ¿Qué idioma se habla en su ca () 17. Nº para mensajes telefónicos () 18. ¿Qué idioma se habla en su ca () 18. ¿Qué idioma se habla en su ca () 18. ¿Qué idioma se habla en su ca () 19. ¿Tiene Medi-Cal el solicitante? () 19. ¡ 19	11. Nombre(s) completo(s) del/de los padre(s) o t		(si no se Apellido de soltera					
15. Nº de teléfono diumo 16. Nº de teléfono noctumo 17. Nº para mensajes telefónicos 18. ¿Qué idioma se habla en su ca (13. Dirección (número y calle) (no usar casilla postal)			Ciudad	Cendado Código p		Código postal	
C. Información sobre el seguro de salud 19. ¿Tiene Medi-Cal el solicitante? Si tiene, ¿cuál es el número de Medi-Cal del ¿Comparte el costo? Si lo comparte, ¿cuánto paga por m solicitante? Si lo está, ¿cómo se liama el plan? Families? Si lo solicitante en el programa Healthy Si lo está, ¿cómo se liama el plan? Families? Si lo solicitante otro seguro de salud? Si lo tiene, ¿cómo se liama el plan o la compañía de seguros? Si No Si No Si Proveedor Preferente (PPO) Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) Otro: 22. ¿Tiene seguro dental el participante? Si Ino No Si Irima autoriza al programa CCS a proceder con esta solicitud Si Irima autoriza al programa CCS a proceder con esta solicitud Si Irima autoriza la aceptación del solicitante en el programa CCS. Doy permiso para que se verifique mi dirreción, información sobre la salud u otras circunstancias que se requieran para determina cumplimiento de requisitos para recibir servicios y beneficios CCS. Certifico que he leido y comprendo la información o que me la han leido. 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	14. Dirección postal (si no es la misma que la del		Crede d		Código postal			
19. ¿Tiene Medi-Cal el solicitante? Si tiene, ¿cuán es el número de Medi-Cal del ; ¿Comparte el costo? Si lo comparte, ¿cuán to paga por media de seguros el solicitante en el programa Healthy si lo está, ¿cómo se llama el plan? Families? No si lo está, ¿cómo se llama el plan? Families? No se llama el plan o la compañía de seguros? Si No serve el solicitante otro seguro de salud? Si lo tiene, ¿cómo se llama el plan o la compañía de seguros? Si No serve el monte el programa el Mantenimiento de la Salud (HMO) serve el solicitante el participante? Si No serve el mantenimiento de la Salud (HMO) serve el solicitante? Si No serve el mantenimiento de la Salud (HMO) serve el solicitante? Si No serve el mantenimiento de la Salud (HMO) serve el solicitante? Si No serve el mantenimiento de la Salud (HMO) serve el mantenimiento de la vista el solicitante? Si No serve el mantenimiento de la vista el solicitante? Si No serve el mantenimiento de la vista el solicitante? Si No serve el mantenimiento de la vista el solicitante? Si No serve el mantenimiento de la vista el solicitante? Si No serve el mantenimiento de la vista el solicitante? Si No serve el mantenimiento de la vista el solicitante? Si No serve el mantenimiento de requisito serve del la vista el solicitante? Si No serve el mantenimiento de requisito el programa CCS a proceder con esta solicitad solicitante en el programa CCS a proceder con esta solicitante en el programa CCS. Doy permiso para que se verifique mi dirreción, información sobre la salud u otras circunstancias que se requieran para determina 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.		teléfono noctumo)			ónicos 1	18. ¿Qué idioma se	habla en su casa?	
19. ¿Tiene Medi-Cal el solicitante? Si tiene, ¿cuán es el número de Medi-Cal del ; ¿Comparte el costo? Si lo comparte, ¿cuán to paga por media de seguros el solicitante en el programa Healthy si lo está, ¿cómo se llama el plan? Families? No si lo está, ¿cómo se llama el plan? Families? No se llama el plan o la compañía de seguros? Si No serve el solicitante otro seguro de salud? Si lo tiene, ¿cómo se llama el plan o la compañía de seguros? Si No serve el monte el programa el Mantenimiento de la Salud (HMO) serve el solicitante el participante? Si No serve el mantenimiento de la Salud (HMO) serve el solicitante? Si No serve el mantenimiento de la Salud (HMO) serve el solicitante? Si No serve el mantenimiento de la Salud (HMO) serve el solicitante? Si No serve el mantenimiento de la Salud (HMO) serve el mantenimiento de la vista el solicitante? Si No serve el mantenimiento de la vista el solicitante? Si No serve el mantenimiento de la vista el solicitante? Si No serve el mantenimiento de la vista el solicitante? Si No serve el mantenimiento de la vista el solicitante? Si No serve el mantenimiento de la vista el solicitante? Si No serve el mantenimiento de la vista el solicitante? Si No serve el mantenimiento de requisito serve del la vista el solicitante? Si No serve el mantenimiento de requisito el programa CCS a proceder con esta solicitad solicitante en el programa CCS a proceder con esta solicitante en el programa CCS. Doy permiso para que se verifique mi dirreción, información sobre la salud u otras circunstancias que se requieran para determina 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.	C. Información sobre el seguro de salud		-					
Families? Si	19. ¿Tiene Medi-Cal el solicitante? Si tiene, ¿cuál es el número de Medi-Cal del ¿Comparte el costo?							
Tipo de plan o compañía de seguros Proveedor Preferente (PPO) Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) Otro:	Families?	althy : Si lo está,	¿cómo se	llama el plan?				
Tipo de plan o compañía de seguros Proveedor Preferente (PPO) Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) Otro:	21. ¿Tiene el solicitante otro seguro de salud?	Si lo tiene, ¿cómo	se llama el	plan o la compañía de seg	uros?		······································	
□ Proveedor Preferente (PPO) □ Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) □ Otro: 22. ¿Tiene seguro dental el participante? □ Sí □ No □ Sí □ No D. Certificación (Coloque sus iniciales y firme a continuación. Su firma autoriza al programa CCS a proceder con esta solicitud con esta solicitud no garantiza la aceptación del solicitante en el programa CCS. Doy permiso para que se verifique mi dirreción, información sobre la salud u otras circunstancias que se requieran para determina 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	☐ Si ☐ No							
22. ¿Tiene seguro de la vista el solicitante? Sí No 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 comple esta solicitud no garantiza la aceptación del solicitante en el programa CCS. Doy permiso para que se verifique mi dirreción, información sobre la salud u otras circunstancias que se requieran para determina 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	Tipo de plan o compañía de seguros							
D. Certificación (Coloque sus iniciales y firme a continuación. Su firma autoriza al programa CCS a proceder con esta solicitud esta solicitud no garantiza la aceptación del solicitante en el programa CCS. Doy permiso para que se verifique mi dirreción, información sobre la salud u otras circunstancias que se requieran para determina 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	☐ Proveedor Preferente (PPO) ☐ Org	janización para el	Mantenimi	ento de la Salud (HMO)	☐ Otro	<u></u>		
 Solicito el programa CCS para determinar el cumplimiento de requisitos para obtener servicios y beneficios. Entiendo que compleesta solicitud no garantiza la aceptación del solicitante en el programa CCS. Doy permiso para que se verifique mi dirreción, información sobre la salud u otras circunstancias que se requieran para determina 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 		<u> </u>						
esta solicitud no garantiza la aceptación del solicitante en el programa CCS. Doy permiso para que se verifique mi dirreción, información sobre la salud u otras circunstancias que se requieran para determina 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	D. Certificación (Coloque sus iniciales y	firme a continu	ación. Su	firma autoriza al progr	ania CCS a	proceder con e	sta solicitud).	
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					ervicios y b	eneficios. Entiend	do que completar	
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					istancias qu	e se requieran p	ara determinar el	
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	Certifico que he leído y comprendo la in	formación o que	me la hai	n leido				
	·	·			a.			
Firma del testigo (sólo si la persona firmó con una marca) Fecha	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 por correo a la oficina CCS de su condado. Consulte la página 6 para obtener una lista de direcciones.