

چه چیزی تحت پوشش است؟

- سمک‌ها، شامل دستگاه‌های شنیداری کمکی (ALDs) و دستگاه‌های شنوایی با هدایت استخوانی برای پوشش بیرونی (BCHDs)
- لوازم، از جمله قالب‌های گوش و باتری‌های سمک
- لوازم جانبی ضروری از لحاظ پزشکی برای سمک
- خدمات شنوایی سنجی مرتبط با سمک و پس از ارزیابی



مرکز تماس HACCP

(833) 956-2878

(چند زبانه، رله ویدئویی)
ساعت کاری: دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 7 عصر
شنبه 8 صبح تا 12 بعد از ظهر



Hearing Aid Coverage for Children Program



چه کسی واجد شرایط است؟ ✓

چه چیزی تحت پوشش است؟ ✓

خانواده‌ها چگونه می‌توانند درخواست دهند؟ ✓

مرکز تماس HACCP

(833) 956-2878

ساعت کاری: دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 7 عصر

شنبه 8 صبح تا 12 بعد از ظهر

چت کنید

آنلاین در

www.dhcs.ca.gov/haccp

("چت با ما..." در گوشه پایین صفحه)

(نمایش شما)



Hearing Aid Coverage for Children Program

چه کسی واجد شرایط است؟

- کودکان و جوانان 0-20 ساله
- باید ساکن California باشد
- برای Medi-Cal واجد شرایط نباشد
- پوشش (CCS) California Children's Services برای سمعک ندارد (می‌توانید همزمان برای CCS و HACCP درخواست دهید)
- ارجاع ارائه دهنده/نسخه سمعک
- پوشش درمانی دیگری برای سمعک ندارد یا دارای بیمه درمانی است که فقط تا \$1,500 برای سمعک پوشش می‌دهد
- در آمد خانوار کمتر از 600% سطح فقر فدرال (FPL) است

ارزش های FPL سالانه 2024 (گرد شده به دلار بالاتر بعدی)

اندازه خانوار/خانواده (شامل والدین)	600% FPL (درآمد ناخالص ترکیبی خانوار)
1	\$90,360 در سال، (\$7,530 در ماه)
2	\$122,640 در سال، (\$10,224 در ماه)
3	\$154,920 در سال، (\$12,912 در ماه)
4	\$187,200 در سال، (\$15,600 در ماه)
هر فرد اضافی	\$32,280 در سال، (\$2,694 در ماه) اضافه کنید

خانواده ها چگونه می توانند درخواست دهند؟

1. درخواست آنلاین در:

<https://haccp.dhcs.ca.gov/>

(یا تکمیل و چاپ فرم درخواست موجود در
www.dhcs.ca.gov/haccp)

2. باید شامل تمام مدارک مورد نیاز باشد:

- درآمد خانوار
- پوشش بهداشتی موجود (در صورت وجود)
- نسخه سمعک یا ارجاع ارائه دهنده

3. درخواست را از طریق پست یا فکس ارسال کنید به
HACCP:

پست:

Hearing Aid Coverage for
Children Program

PO Box 138000

Sacramento, CA 95813

فکس: (833) 774-2227

درباره برنامه بیشتر بدانید:



www.dhcs.ca.gov/haccp



امروز برای پوشش درخواست دهید:



<https://haccp.dhcs.ca.gov/>