



Hearing Aid Coverage for Children Program



क्या कवर किया गया है?

- हियरिंग एड और असिस्टिव लिसनिंग डिवाइसेस (ALDs) और सरफ़ेस-वॉर्न बोन कंडक्शन हियरिंग डिवाइसेस (BCHDs)
- ज़रूरी सामान, जिसमें इयर मोल्ड और हियरिंग एड बैटरी शामिल हैं
- मेडिकल तौर पर ज़रूरी हियरिंग एड सहायक-सामग्री
- हियरिंग एड-संबंधी ऑडियोलॉजी और मूल्यांकन के बाद की सेवाएँ



- ✓ कौन योग्य है?
- ✓ क्या कवर किया गया है?
- ✓ परिवार कैसे आवेदन कर सकते हैं?

HACCP कॉल सेंटर

(833) 956-2878

(बहुभाषी, TTY/TTD, वीडियो रिले)

घंटे: सोमवार-शुक्रवार, सुबह 8 बजे – शाम 7 बजे
शनिवार सुबह 8 बजे – दोपहर 12 बजे

HACCP कॉल सेंटर

(833) 956-2878

घंटे: सोमवार-शुक्रवार, सुबह 8 बजे – शाम 7 बजे
शनिवार सुबह 8 बजे – दोपहर 12 बजे

चैट करें

www.dhcs.ca.gov/haccp पर ऑनलाइन
(आपकी स्क्रीन के सबसे निचले कोने में
"हमसे चैट करें...")



Hearing Aid Coverage for Children Program

कौन योग्य है?

- बच्चे और जवान जिनकी आयु 0-20 वर्ष है
- व्यक्ति California का निवासी होना चाहिए
- व्यक्ति Medi-Cal के लिए योग्य नहीं है
- व्यक्ति के पास हियरिंग एड के लिए California Children's Services (CCS) कवरेज नहीं है (एक ही समय पर CCS और HACCP दोनों के लिए आवेदन कर सकता है)
- प्रोवाइडर रेफरल/हियरिंग एड प्रेस्क्रिप्शन
- हियरिंग एड के लिए दूसरा स्वास्थ्य कवरेज नहीं है या ऐसा स्वास्थ्य बीमा है जो हियरिंग एड के लिए सिर्फ \$1,500 तक कवर करता है।
- पारिवारिक आय संघीय गरीबी स्तर (FPL) के 600% से नीचे है

2024 वार्षिक FPL वैल्यू

(अगले उच्चतर डॉलर तक बढ़ाया गया)

परिवार/परिवार का आकार (माता-पिता सहित)	600% FPL (परिवार की संयुक्त सकल आय)
1	\$90,360 प्रतिवर्ष (\$7,530 प्रति माह)
2	\$122,640 प्रतिवर्ष (\$10,224 प्रति माह)
3	\$154,920 प्रतिवर्ष (\$12,912 प्रति माह)
4	\$187,200 प्रतिवर्ष (\$15,600 प्रति माह)
हर अतिरिक्त	\$32,280 प्रतिवर्ष (\$2,694 प्रति माह) जोड़ें

इस प्रोग्राम के बारे में और जानें:



www.dhcs.ca.gov/haccp



परिवार कैसे आवेदन कर सकते हैं?

1. यहाँ ऑनलाइन आवेदन करें:
<https://haccp.dhcs.ca.gov/>
(या www.dhcs.ca.gov/haccp पर उपलब्ध आवेदन फ़ॉर्म को पूरा करके प्रिंट करें)
2. सभी ज़रूरी दस्तावेज़ शामिल करें:
 - पारिवारिक आय
 - मौजूदा स्वास्थ्य कवरेज (अगर कोई है)
 - हियरिंग एड प्रेस्क्रिप्शन या प्रोवाइडर रेफरल
3. अपना आवेदन HACCP को डाक से भेजें या फ़ैक्स करें:
 - डाक से:
Hearing Aid Coverage for Children Program
PO Box 138000
Sacramento, CA 95813
 - फ़ैक्स: (833) 774-2227

आज ही कवरेज के लिए आवेदन करें:



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