

補償される内容は？

- 補聴器 (ALDs) や表面装着型骨伝導補聴器 (BCHDs) を含む補聴器
- イヤーモールドや補聴器のバッテリーなどの備品
- 医学的に必要な補聴器アクセサリ
- 補聴器関連の聴覚検査と事後検査サービス



HACCP コールセンター

(833) 956-2878

(多言語、TTY/TTD、動画中継)

営業時間 月曜日～金曜日午前 8 時 – 午後 7 時
土曜日 午前 8 時 – 午後 12 時



Hearing Aid Coverage for Children Program



- ✓ 資格対象者は？
- ✓ 補償される内容は？
- ✓ 家族による申請方法は？

HACCP コールセンター

(833) 956-2878

営業時間 月曜日～金曜日午前 8 時 – 午後 7 時
土曜日 午前 8 時 – 午後 12 時

チャット

オンラインで www.dhcs.ca.gov/haccp
(画面の下隅にある「チャットする...」)



Hearing Aid Coverage for Children Program

資格対象者は？

- 0-20 歳までの子供と若者
- California 州に居住している方
- Medi-Cal の対象外者
- California Children's Services (CCS) による補聴器の補償を受けていない方 (CCS と HACCP の同時申請可)
- プロバイダーの紹介/補聴器の処方箋
- 補聴器に関するその他の健康保険に加入していないか、\$1,500 までしか補聴器の補償をしない健康保険に加入している方
- 連邦貧困レベル (FPL) の 600% 未満の世帯収入の方

2024年の年間 FPL 値 (高い金額に切り上げ)

世帯/家族構成 (両親を含む)	600% FPL (世帯総収入)
1	年間 \$90,360 (月額 \$7,530)
2	年間 \$122,640 (月額 \$10,224)
3	年間 \$154,920 (月額 \$12,912)
4	年間 \$187,200 (月額 \$15,600)
各追加事項	年間 \$32,280 追加(月額 \$2,694)

このプログラムに関してさらに詳しく:



[www.dhcs.ca.gov/haccp](https://dhcs.ca.gov/haccp)



家族による申請方法は？

- オンラインで申請:
<https://haccp.dhcs.ca.gov/> (または、www.dhcs.ca.gov/haccp で入手できる申請書に記入して印刷します)。
- 必要なすべての書類を含めます:
 - 世帯収入
 - 既存の健康保険 (該当する場合)
 - 補聴器の処方箋またはプロバイダーの紹介
- 申請書を HACCP に郵送または fax でお送りください:
 - 郵送:
Hearing Aid Coverage for Children Program
PO Box 138000
Sacramento, CA 95813
 - Fax: (833) 774-2227

今すぐ補償を申し込む:



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