

តើអ្វីខ្លះដែលត្រូវបានរ៉ាប់រង?

- ឧបករណ៍ជំនួយត្រចៀក រួមបញ្ចូលទាំងឧបករណ៍ជំនួយការស្តាប់ (ALDs) និងឧបករណ៍ជំនួយការស្តាប់ពាក់ខាងលើផ្ទៃផ្ចឹង (BCHDs)
- សម្ភារៈផ្គត់ផ្គង់ រួមមានពុម្ពត្រចៀក និងថ្មសម្រាប់ឧបករណ៍ជំនួយត្រចៀក
- គ្រឿងប្រដាប់ជំនួយត្រចៀកដែលចាំបាច់ខាងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ
- ឧបករណ៍ជំនួយត្រចៀកពាក់ព័ន្ធនឹងប្រព័ន្ធការស្តាប់ និងសេវាកម្មក្រោយការវាយតម្លៃ



មជ្ឈមណ្ឌលហៅទូរសព្ទ HACCP
 (833) 956-2878
 (ពហុភាសា, TTY/TTD, ការបញ្ជូនវីដេអូបន្ត)
 ម៉ោង៖ ថ្ងៃចន្ទ ដល់ ថ្ងៃសុក្រ, 8 ព្រឹក – 7 ល្ងាច
 ថ្ងៃសៅរ៍ 8 ព្រឹក – 12 ថ្ងៃត្រង់

03/2024



**Hearing Aid Coverage
for Children Program**



- ✓ តើនរណាមានសិទ្ធិទទួលបាន?
- ✓ តើអ្វីខ្លះដែលត្រូវបានរ៉ាប់រង?
- ✓ តើក្រុមគ្រួសារនីមួយៗអាចស្នើសុំតាមរបៀបណា?

មជ្ឈមណ្ឌលហៅទូរសព្ទ HACCP
 (833) 956-2878

ម៉ោង៖ ថ្ងៃចន្ទ ដល់ ថ្ងៃសុក្រ, 8 ព្រឹក – 7 ល្ងាច
 ថ្ងៃសៅរ៍ 8 ព្រឹក – 12 ថ្ងៃត្រង់

ជំរើក

អនឡាញតាមរយៈ

www.dhcs.ca.gov/haccp

(“ជំរើកជាមួយយើង...” នៅក្នុងជ្រុងខាងក្រោមនៃអេក្រង់ទូរស័ព្ទរបស់អ្នក)



Hearing Aid Coverage for Children Program

តើនរណាមានសិទ្ធិទទួលបាន?

- កុមារ និងយុវជនចន្លោះអាយុពី 0–20 ឆ្នាំ
- ត្រូវតែមានទីលំនៅក្នុងរដ្ឋ California
- មិនមានសិទ្ធិទទួលបាន Medi-Cal
- មិនមានការរ៉ាប់រងពី California Children's Services (CCS) សម្រាប់ឧបករណ៍ជំនួយត្រចៀក (អាចដាក់ពាក្យស្នើសុំបានទាំង CCS និង HACCP ក្នុងពេលជាមួយគ្នា)
- ការបញ្ជូនបន្តពីអ្នកផ្តល់សេវា/វេជ្ជបញ្ជាឧបករណ៍ជំនួយត្រចៀក
- មិនមានការរ៉ាប់រងសុខភាពផ្សេងទៀតសម្រាប់ឧបករណ៍ជំនួយត្រចៀក ឬមានធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែលរ៉ាប់រងរហូតដល់ \$1,500 សម្រាប់ឧបករណ៍ជំនួយត្រចៀក។
- ប្រាក់ចំណូលក្នុងផ្ទះស្ថិតនៅក្រោម 600% នៃកម្រិតភាពក្រីក្ររបស់សហព័ន្ធ (FPL)

តម្លៃ FPL ប្រចាំឆ្នាំ 2024

(បង្កត់ឡើងត្រឹមចំនួនទឹកប្រាក់ដុល្លារកម្រិតខ្ពស់បន្ទាប់)

ទំហំក្រុមគ្រួសារ /ទំហំគ្រួសារ (រាប់បញ្ចូលទាំងឪ ពុកម្តាយ)	600% FPL (ចំណូលដុលសរុប នៅក្នុងគ្រួសារ)
1	\$90,360 ក្នុងមួយឆ្នាំ (\$7,530 ក្នុងមួយខែ)
2	\$122,640 ក្នុងមួយឆ្នាំ (\$10,224 ក្នុងមួយខែ)
3	\$154,920 ក្នុងមួយឆ្នាំ (\$12,912 ក្នុងមួយខែ)
4	\$187,200 ក្នុងមួយឆ្នាំ (\$15,600 ក្នុងមួយខែ)
ចំណូលបន្ថែមពី សមាជិកនីមួយៗ	បន្ថែម \$32,280 ក្នុងមួយឆ្នាំ (\$2,694 ក្នុងមួយខែ)

តើក្រុមគ្រួសារនីមួយៗអាចស្នើសុំ តាមរបៀបណា?

1. ស្នើសុំតាមអនឡាញ តាមរយៈ៖
<https://haccp.dhcs.ca.gov/> (ឬបំពេញនិងជ្រើស
ទម្រង់បែបបទដែលអាចរកបាននៅ
www.dhcs.ca.gov/haccp)
2. រួមមកជាមួយនឹងឯកសារសំខាន់ៗដូចជា៖
 - ចំណូលសរុបនៅក្នុងគ្រួសារ
 - ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែលមានស្រាប់
(ប្រសិនបើមាន)
 - វេជ្ជបញ្ជាឧបករណ៍ជំនួយត្រចៀក ឬការបញ្ជូន
បន្តពីអ្នកផ្តល់សេវា
3. សូមផ្ញើសំណើសុំរបស់អ្នកតាមប្រៃសណីយ៍ ឬតាម
ទូរសារទៅកាន់ HACCP៖
 - ប្រៃសណីយ៍៖
Hearing Aid Coverage for Children
Program
PO Box 138000
Sacramento, CA 95813
 - ទូរសារ៖ (833) 774-2227

ដាក់ពាក្យសុំការធានារ៉ាប់រងនៅថ្ងៃនេះ៖

ស្វែងយល់បន្ថែមអំពីកម្មវិធី៖



www.dhcs.ca.gov/haccp



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