



Hearing Aid Coverage for Children Program



대상 항목은 무엇입니까?

- 보조 청취 장치 (ALDs) 및 표면 마모 뼈 전도 청각 장치 (BCHDs)를 포함한 보청기
- 이어 몰드 및 보청기 배터리를 포함한 공급품
- 의학적으로 필요한 보청기 부속품
- 보청기 관련 청각 및 사후 평가 서비스



HACCP 콜센터

(833) 956-2878

(다국어, TTY/TTD, 비디오 릴레이)

시간: 월요일부터 금요일,

오전 8시부터 오후 7시까지

토요일 오전 8시부터 오후 12시까지

HACCP 콜센터

(833) 956-2878

시간: 월요일부터 금요일,

오전 8시부터 오후 7시까지

토요일 오전 8시부터 오후 12시까지

채팅

www.dhcs.ca.gov/haccp

에서 온라인으로 확인할 수 있습니다

("화면 하단 모서리에서 채팅하세요...")



Hearing Aid Coverage for Children Program

대상자는 누구입니까?

- 0-20 세의 어린이와 청소년
- California 에 거주해야 합니다
- Medi-Cal 을 사용할 수 없습니다
- 보청기에 대한 California Children's Services (CCS) 적용 범위가 없습니다 (CCS 와 HACCP 모두에 동시에 적용 가능)
- 공급자 소개/보청기 처방전이 필요합니다
- 보청기에 대한 다른 건강 보험을 가지고 있지 않거나 보청기에 대해 \$1,500 달러까지만 보장하는 건강 보험을 가지고 있는 사람.
- 가구 소득은 연방 빈곤 수준 (FPL) 의 600% 미만

2024 년 연간 FPL 값 (다음으로 높은 달러까지 반올림)

가구/가족 크기 (부모 포함)	600% FPL (가계 총소득)
1	연간 \$90,360 (월 \$7,530)
2	연간 \$122,640 (월 \$10,224)
3	연간 \$154,920 (월 \$12,912)
4	연간 \$187,200 (월 \$15,600)
추가할 때마다요	연간 \$32,280 (월 \$2,694)

프로그램에 대해 자세히 알아봅니다:



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



가족들은 어떻게 신청할 수 있을까요?

- <https://haccp.dhcs.ca.gov/> 에서 온라인으로 신청하십시오
(또는 www.dhcs.ca.gov/haccp 에서 제공하는 신청서를 작성하여 인쇄하십시오)
- 필요한 모든 문서를 포함합니다:
 - 가구소득
 - 기존 의료 서비스 (있는 경우)
 - 보청기 처방전 또는 제공자 소개
- HACCP 로 신청서를 우편 또는 팩스로 보내십시오:
 - 메일:
Hearing Aid Coverage for Children Program
PO Box 138000
Sacramento, CA 95813
 - 팩스: (833) 774-2227

지금 바로 보험 적용을 신청하십시오:



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