



Hearing Aid Coverage for Children Program



ما المغطى؟

- أجهزة المَعينات السمعية، بما في ذلك أجهزة الاستماع المساعدة (ALDs) وأجهزة السمع التي تعمل بالتوصيل العظمي التي يتم ارتداؤها على السطح (BCHDs)
- المستلزمات، بما في ذلك قوالب الأذن وبطاريات أجهزة المَعينات السمعية
- ملحقات أجهزة المَعينات السمعية اللازمة طبيًا
- الخدمات السمعية المتعلقة بأجهزة المَعينات السمعية وخدمات ما بعد التقييم



من هو المؤهل؟ ✓

ما المغطى؟ ✓

كيف يمكن للعائلات التقدم؟ ✓

مركز اتصال HACCP

(833) 956-2878

(متعدد اللغات، TTY/TTD، ترحيل الفيديو)

ساعات العمل: من الإثنين إلى الجمعة،

من الساعة 8 صباحًا حتى الساعة 7 مساءً

السبت من الساعة 8 صباحًا حتى الساعة 12 ظهرًا

مركز اتصال HACCP

(833) 956-2878

ساعات العمل: من الإثنين إلى الجمعة،

من الساعة 8 صباحًا حتى الساعة 7 مساءً

السبت من الساعة 8 صباحًا حتى الساعة 12 ظهرًا

الدردشة

عبر الإنترنت عبر الموقع الإلكتروني

www.dhcs.ca.gov/haccp

("تحدث إلينا..." في الركن السفلي من شاشتك)



Hearing Aid Coverage for Children Program

من هو المؤهل؟

- الأطفال والشباب ممن تتراوح أعمارهم بين 0-20 عامًا
- يجب أن يكون مقيمًا في California
- غير مؤهل لـ Medi-Cal
- ليس لديه تغطية California Children's Services (CCS) لأجهزة المُعينات السمعية (يمكن تطبيقها في نفس الوقت لكل من CCS و HACCP)
- لديه إحالة من مقدم الخدمة/وصفة طبية لأجهزة المُعينات السمعية
- ليس لديه تغطية صحية أخرى لأجهزة المُعينات السمعية، أو لديه تأمين صحي لا يغطي سوى ما يصل إلى \$1,500 لأجهزة المُعينات السمعية.
- دخل الأسرة أقل من 600% من مستوى الفقر الفيدرالي (FPL)

قيم FPL السنوية لعام 2024 (مقربة إلى الدولار الأعلى التالي)

حجم الأسرة/العائلة (بما في ذلك الوالدين)	600% FPL (الدخل الإجمالي للأسرة)
1	\$90,360 سنويًا (\$7,530 شهريًا)
2	\$122,640 سنويًا (\$10,224 شهريًا)
3	\$154,920 سنويًا (\$12,912 شهريًا)
4	\$187,200 سنويًا (\$15,600 شهريًا)
كل إضافة	إضافة \$32,280 سنويًا (\$2,694 شهريًا)

كيف يمكن للعائلات التقدم؟

- يمكنهم التقدم عبر الإنترنت عبر الموقع الإلكتروني: <https://haccp.dhcs.ca.gov/> (أو إكمال وطبع نموذج الطلب المتاح على www.dhcs.ca.gov/haccp)
- إرفاق جميع الوثائق المطلوبة:
 - دخل الأسرة
 - التغطية الصحية الحالية (إن وجدت)
 - وصفة طبية لأجهزة المُعينات السمعية أو إحالة من مقدم الخدمة
- إرسال الطلب عبر البريد أو الفاكس إلى HACCP:
 - عبر البريد:

Hearing Aid Coverage for
Children Program
PO Box 138000
Sacramento, CA 95813
 - عبر الفاكس: (833) 774-2227

تعرف على المزيد حول البرنامج:



www.dhcs.ca.gov/haccp



تقدم بطلب التغطية اليوم:



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