



Hearing Aid Coverage for Children Program



คุ้มครองเรื่องอะไรบ้าง

- เครื่องช่วยการได้ยิน รวมถึงเครื่องช่วยการฟัง (ALDs) และเครื่องช่วยการได้ยินชนิดรับเสียงผ่านกระดูกแบบสวมใส่ภายนอก (BCHDs)
- อุปกรณ์เสริม รวมถึงแม่พิมพ์หูและแบตเตอรี่เครื่องช่วยการได้ยิน
- อุปกรณ์ประกอบทางการแพทย์ที่จำเป็นต่อเครื่องช่วยการได้ยิน
- บริการด้านโสตสัมผัสวิทยาและบริการหลังการประเมินเกี่ยวกับเครื่องช่วยการได้ยิน



ศูนย์บริการทางโทรศัพท์ **HACCP**
(833) 956-2878

(พหุภาษา, TTY/TTD, บริการถ่ายทอดทางวิดีโอ)

จ.-ศ. เวลา: 8 a.m. – 7 p.m.

ส. เวลา: 8 a.m. – 12 p.m.

03/2024

✓ ใครที่มีสิทธิ์

✓ มีความคุ้มครองอะไรบ้าง

✓ ครอบครัวจะสมัครได้อย่างไร

ศูนย์บริการทางโทรศัพท์ **HACCP**
(833) 956-2878

จ.-ศ. เวลา: 8 a.m. – 7 p.m.

ส. เวลา: 8 a.m. – 12 p.m.

แชท

ออนไลน์ที่ www.dhcs.ca.gov/HACCP
(คลิก "แชทกับเรา...")

ที่มุมด้านล่างของหน้าจอของคุณ)



Hearing Aid Coverage for Children Program

ใครที่มีสิทธิ์

- เด็กและเยาวชนที่อายุ 0–20 ปี
- ต้องอาศัยใน California
- ไม่มีสิทธิ์ได้รับ Medi-Cal
- ไม่มีคุณสมบัติของ California Children's Services (CCS) สำหรับเครื่องช่วยการได้ยิน (สามารถสมัคร CCS และ HACCP ในเวลาเดียวกันได้)
- หนังสืออ้างอิงผู้ให้บริการหรือใบสั่งเครื่องช่วยการได้ยิน
- ไม่มีความคุ้มครองด้านสุขภาพอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับเครื่องช่วยการได้ยิน หรือมีประกันสุขภาพที่คุ้มครองเพียง \$1,500 ในส่วนของเครื่องช่วยการได้ยิน
- รายได้ครัวเรือนอยู่ต่ำกว่า 600% ของระดับความยากจนที่กำหนดโดยรัฐบาลกลาง (FPL)

ตัวเลข FPL รายปี 2024 (ปีดัชนีให้เต็มจำนวนดอลลาร์)

ขนาดครัวเรือน/ ครอบครัว (รวมบิดามารดา)	600% FPL (รายได้รวมของครัวเรือน)
1	\$90,360 ต่อปี (\$7,530 ต่อเดือน)
2	\$122,640 ต่อปี (\$10,224 ต่อเดือน)
3	\$154,920 ต่อปี (\$12,912 ต่อเดือน)
4	\$187,200 ต่อปี (\$15,600 ต่อเดือน)
สำหรับสมาชิกใน ครอบครัวเพิ่มเติม แต่ละคน	เพิ่ม \$32,280 ต่อปี (\$2,694 ต่อเดือน)

เรียนรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับโปรแกรม:



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



ครอบครัวจะสมัครได้อย่างไร

1. สมัครออนไลน์ที่
<https://haccp.dhcs.ca.gov/>
(หรือกรอกและพิมพ์ใบสมัครได้ที่
www.dhcs.ca.gov/haccp)
2. แนบเอกสารทั้งหมดที่ต้องใช้:
 - รายได้ครัวเรือน
 - ความคุ้มครองด้านสุขภาพที่มีอยู่ (หากมี)
 - ใบสั่งเครื่องช่วยการได้ยินหรือหนังสืออ้างอิงผู้ให้บริการ
3. ส่งใบสมัครทางจดหมายหรือแฟกซ์ให้
HACCP:
 - จดหมาย
**Hearing Aid Coverage for
Children Program**
PO Box 138000
Sacramento, CA 95813
 - แฟกซ์: (833) 774-2227

สมัครรับการคุ้มครองวันนี้



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