



Hearing Aid Coverage for Children Program



Ano ang Sakop?

- Mga kagamitan sa pakikinig, kabilang ang assistive listening devices (ALDs) at suot pang-ibabaw na bone conduction hearing devices (BCHDs)
- Mga supply, kabilang ang ear molds at baterya ng hearing aid
- Mga kinakailangang medikal na aksesorya ng hearing aid
- Mga serbisyong may kaugnay sa audiolohiya at mga serbisyo pagkatapos ng pagsusuri ng mga hearing aid



CALIFORNIA DEPARTMENT OF
HEALTH CARE SERVICES

✓ Sino ang karapat-dapat?

✓ Ano ang Sakop?

✓ Paano Makakapag-apply ang mga Pamilya?

HACCP Call Center

(833) 956-2878

(Maraming wika, TTY/TTD, Relay ng Bidyo)

Oras: M-F, 8 a.m. – 7 p.m.

Sabado 8 a.m. – 12 p.m.

Call Center ng HACCP

(833) 956-2878

Oras: M-F, 8 a.m. – 7 p.m.

Sabado 8 a.m. – 12 p.m.

Chat

Online sa www.dhcs.ca.gov/haccp

("Makipag-chat sa amin..."
sa ibabang sulok ng screen)



Hearing Aid Coverage for Children Program

Sino ang karapat-dapat?

- Bata at kabataan na edad 0–20
- Dapat nakatira sa California
- Hindi karapat-dapat para sa Medi-Cal
- Hindi sakop ng California Children's Services (CCS) para sa mga hearing aid (maaaring mag-apply nang sabay-sabay para sa parehong CCS at HACCP)
- Referral ng tagapagbigay/reseta ng hearing aid
- Walang ibang seguro para sa mga hearing aid o may seguro sa kalusugan na sumasaklaw lamang ng hanggang \$1,500 para sa mga hearing aid.
- Kita ng sambahayan na mas mababa sa 600% ng pedetal na antas ng kahirapan (FPL)

Taunang 2024 na FPL Values (ni-round up sa kasunod na pinakamataas na dolyar)

Laki ng Sambahayan/ Laki ng Pamilya (kabilang ang (mga) magulang)	600% FPL (pinagsamang buong kita ng sambahayan)
1	\$90,360 kada taon (\$7,530 kada buwan)
2	\$122,640 kada taon (\$10,224 kada buwan)
3	\$154,920 kada taon (\$12,912 kada buwan)
4	\$187,200 kada taon (\$15,600 kada buwan)
Bawat Karagdagan	Magdagdag ng \$32,280 kada taon (\$2,694 kada buwan)

Paano Makakapag-apply ang mag Pamilya?

1. Mag-apply online sa <https://haccp.dhcs.ca.gov/>
(o kumpletuhin at i-print ang form ng aplikasyon na makukuha sa www.dhcs.ca.gov/haccp)
2. Isama ang lahat ng kinakailangang dokumentasyon:
 - Kita ng sambahayan
 - Kasalukuyang seguro sa kalusugan (kung mayroon)
 - Reseta ng hearing aid o referral ng tagapagbigay
3. Ipadala sa koreo o fax ang iyong aplikasyon sa HACCP:
 - Koreo:
Hearing Aid Coverage for
Children Program
PO Box 138000
Sacramento, CA 95813
 - Fax: (833) 774-2227

Mag-apply para sa Saklaw Ngayon:

Alamin ang higit pa
tungkol sa programa:



www.dhcs.ca.gov/haccp



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