



Hearing Aid Coverage for Children Program

哪些可以受保？

- 助聽器、包括輔助聽力設備 (ALDs) 和表面佩戴的骨傳導助聽器 (BCHDs)
- 包括耳模和助聽器電池等用品
- 醫療必需的助聽器配件
- 与助聽器相關的聽力學和評估後服務



✓ 誰有資格？

✓ 哪些可以受保？

✓ 家庭如何申請？

HACCP 呼叫中心

(833) 956-2878

(多种語言、TTY/TTD、視頻中繼)

時間: 周一至周五、上午 8:00 – 下午 7:00
周六 上午 8:00 – 下午 12:00

HACCP 呼叫中心

(833) 956-2878

時間: 周一至周五、上午 8:00 – 下午 7:00
周六 上午 8:00 – 下午 12:00

聊天

線上訪問 www.dhcs.ca.gov/haccp
(在屏幕角落里的“與我們聊天...”)



Hearing Aid Coverage for Children Program

誰有資格？

- 0-20 歲的兒童和青少年
- 必須居住在 California
- 沒有資格參加 Medi-Cal
- 沒有參加 California Children's Services (CCS) 的助聽器保險 (可以同时申請 CCS 和 HACCP)
- 供應商的轉診/助聽器选配
- 沒有助聽器的其他健康保險、或者助聽器的保額達到 \$1,500 的健康保險。
- 家庭收入低於聯邦貧困水平 (FPL) 的 600%

2024 年度的 FPL 值 (四捨五入至下一個更高的美元單位)

家庭/家庭規模 (包括父母)	600% FPL (家庭綜合總收入)
1	每年 \$90,360 (每月 \$7,530)
2	每年 \$122,640 (每月 \$10,224)
3	每年 \$154,920 (每月 \$12,912)
4	每年 \$187,200 (每月 \$15,600)
每增加	每年增加 \$32,280 (每月 \$2,694)

家庭如何申請？

1. 線上申請:
<https://haccp.dhcs.ca.gov/>
(或者在 www.dhcs.ca.gov/haccp 填寫並列印申請表)
2. 包括所有必需的檔案:
 - 家庭收入
 - 現有的健康保險 (如有)
 - 助聽器處選配或供應商轉診
3. 通過郵件或者傳真把您的申請發送至 HACCP:
 - 郵件:
**Hearing Aid Coverage for
Children Program**
PO Box 138000
Sacramento, CA 95813
 - 傳真: (833) 774-2227

瞭解該計畫的更多資訊:



www.dhcs.ca.gov/haccp



今天就申請保險:



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