

State of California – Health and Human Services Agency Department of Health Care Services
Children Program (HACCP) 연간 자격 심사 (AER) 신청서에 대한 Hearing Aid Coverage 는 어떻게 완성해야 하나요:

1. AER 신청서 양식을 작성합니다.

질문이 이해되지 않거나 서류가 없는 경우에는 **1 (833) 956-2878** 로 연락하거나, 1-4 페이지 또는 온라인 주소 www.dhcs.ca.gov/haccp 에서 필요한 정보를 찾아보시기 바랍니다.

2. 해당되는 경우, 필수 재정 및 건강 플랜 서류 최신 사본을 Department of Health Care Services 로 전송해주시기 바랍니다.

(여기 나열되어 있지 않은 기타 서류를 활용해도 괜찮습니다.)

가정 내 직장이 있는 거주자 각각의 서류:

- 최근 급여 명세서 (45 일 이내), 또는
- 총 소득과 급여 지급 빈도를 보여주는 고용주의 서명 및 날씨가 기재된 명세서, 또는
- 작년 연방 소득세 신고서.

가정 내 자영업을 하고 있는 거주자 각각의 서류:

- Schedules C, C-EZ, 또는 F 가 포함된 작년 연방 소득세 양식, 또는
- 지난 3 개월 간 서명 및 항목화된 손익 계산서.

만약 장애, 연금, 퇴직, 사회보장, 퇴역군인 혜택, 산재 보상 또는 실업에 따른 수익이 있다면, 다음 내용의 사본을 보내주시기 바랍니다:

- 가장 최근 지불건에 대한 계좌 입금을 보여주는 보상 내역, 체크, 또는 은행 명세서.

현재 건강 보험이 있는 모든 HACCP 회원은 다음 내용의 복사본을 전송해주셔야 합니다:

- 건강 보험 플랜에서 받은 보청기 보험 혜택 거절 통지문, 또는
- 건강 보험 플랜에 대한 올해의 EOC (신청자의 이름이 피보험자로 표기되어 있거나 신청자가 해당 플랜의 회원으로 명시되어 있는 건강 보험 카드 또는 그와 유사한 카드가 함께 있는 경우).

AER 신청서를 어디로 전송해야 하나요:

귀하의 AER 신청서 양식 및 요청 서류는 다음의 방식을 통해 DHCS 로 전송해주시면 됩니다:

1. 업로드: 온라인 주소 www.dhcs.ca.gov/haccp (화면 하단 코너 부분의 "채팅하기..." 를 클릭한 다음 "서류 업로드" 를 선택합니다.)
2. 팩스: 1 (833) 774-2227 (무료)
3. 우편:

Hearing Aid Coverage for Children Program
P.O. Box 138000
Sacramento, CA 95813

더 이상 HACCP 자격을 갖추고 있지 않은 경우에는 어떻게 되나요?

만약 HACCP 자격을 갖추고 있지 않은 경우 자격 결정에 이의를 제기하는 방법이 안내된 거부 통지서를 받게 됩니다. 다만, 이 경우에도 www.coveredca.com/apply 에서 저렴한 보험 신청서를 완성해 Medi-Cal 또는 다른 건강 보험을 신청할 수는 있습니다. 시스템 문제로 오류가 있거나 수정이 필요한 경우 또는 문의 사항이 있으신 경우에는 **1 (833) 956-2878, HACCP 로 연락주시기 바랍니다.** (Medi-Cal 지원 언어 및 TTY/TTD, 영상 중계 서비스로 이용 가능), 월-금 오전 8 시 - 오후 7 시, 토요일 오전 8 시 - 오후 12 시, 또는 이메일 HACCP@maximus.com. 통화료는 무료입니다.