

**अपना Hearing Aid Coverage for Children Program (HACCP)****एन्युअल एलिजिबिलिटी रिव्यू (AER) आवेदन कैसे पूरा करें:****1. AER आवेदन फॉर्म भरें।**

यदि आपको कोई प्रश्न समझ में नहीं आता है या आपके पास कोई दस्तावेज नहीं है, तो आप **1 (833) 956-2878** पर कॉल करें, या आपको आवश्यक जानकारी पेज 1-5 पर या ऑनलाइन [www.dhcs.ca.gov/haccp](http://www.dhcs.ca.gov/haccp) पर देखें।

**2. Department of Health Care Services को आवश्यक वित्तीय और स्वास्थ्य योजना दस्तावेजों की वर्तमान प्रतियां भेजें, जैसा लागू हो।**

(आप यहां सूचीबद्ध नहीं किए गए अन्य दस्तावेजों का उपयोग कर सकते हैं।)

- घर में रहने वाले प्रत्येक व्यक्ति के लिए एक दस्तावेज जो जॉब करते हैं:
  - हालिया पे स्टब (45 से कम दोनों पुराना), या
  - आपके नियोक्ता का एक हस्ताक्षरित, दिनांकित विवरण जो आपकी कुल आय दर्शाता है और इस बात का उल्लेख हो कि आपको कितनी बार भुगतान किया जाता है, या
  - पिछले वर्ष का संघीय आयकर विवरणी।
- घर में रहने वाले प्रत्येक व्यक्ति के लिए एक दस्तावेज जो स्व-रोजगार प्राप्त हैं:
  - शेड्यूल C, C-EZ, या F, के साथ पिछले वर्ष का संघीय आयकर फॉर्म, या
  - पिछले तीन महीनों का एक हस्ताक्षरित, अलग-अलग लाभ और हानि विवरण।
- यदि आपकी विकलांगता, पेंशन, सेवानिवृत्ति, सामाजिक सुरक्षा, सेवानिवृत्ति लाभ, कर्मचारी मुआवजा, या बेरोजगारी से प्राप्त आय है, तो इसकी एक प्रति भेजें:
  - सबसे हालिया भुगतान के लिए डायरेक्ट डिपोजिट दिखाने वाला अवार्ड लेटर, चेक, बैंक स्टेटमेंट।
- प्रत्येक HACCP सदस्य के लिए जिसके पास वर्तमान में स्वास्थ्य बीमा है, इसकी एक प्रति भेजें:
  - उनके स्वास्थ्य बीमा योजना की ओर से श्रवण यंत्रों के लिए कवरेज नोटिस से अस्वीकरण, या
  - उनकी स्वास्थ्य बीमा योजना के लिए चालू वर्ष का EOC (बीमाधारक के रूप में आवेदक का नाम दिखाते हुए, या स्वास्थ्य बीमा कार्ड या इसी तरह का एक कार्ड जिससे आवेदक की पहचान उस योजना के सदस्य के रूप में होता हो)।

**अपना AER आवेदन कहां भेजें:**

आप अपना AER आवेदन फॉर्म और कोई भी आवश्यक दस्तावेज DHCS को इन माध्यमों से भेज सकते हैं:

1. यहाँ अपलोड करें: [www.dhcs.ca.gov/haccp](http://www.dhcs.ca.gov/haccp) पर ऑनलाइन (अपनी स्क्रीन के सबसे निचले कोने में "हमसे चैट करें..." पर क्लिक करें और फिर "डॉक्यूमेंट अपलोड करें" चुनें)
2. फैक्स: 1 (833) 774-2227 पर टोल-फ्री
3. मेल:

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

**यदि आप HACCP के लिए योग्य नहीं हैं – तो आगे क्या होगा?**

यदि आप HACCP के लिए पात्र नहीं होते हैं, तो आपको एक अस्वीकृति पत्र प्राप्त होगा जिसमें बताया जाएगा कि आप पात्रता के लिए कैसे अपील कर सकते हैं, लेकिन आप [www.coveredca.com/apply](http://www.coveredca.com/apply) पर इंश्योरेंस अफॉर्डेबिलिटी आवेदन पूरा करके Medi-Cal या अन्य स्वास्थ्य बीमा के लिए आवेदन कर सकते हैं। यदि सिस्टम की खराबियों के कारण

त्रुटियां या सुधार की आवश्यकता है, या यदि आपको कुछ पूछना है, तो कृपया **HACCP को 1 (833) 956-2878**

(Medi-Cal श्रेयोल्ड भाषाओं, TTY/TTD और वीडियो रिले सेवा में उपलब्ध) पर सोमवार से शुक्रवार, सुबह 8 बजे से शाम 7 बजे तक, और शनिवार को सुबह 8 बजे से दोपहर 12 बजे तक कॉल करें, या [HACCP@maximus.com](mailto:HACCP@maximus.com) पर ईमेल करें। कॉल निःशुल्क है।