

Як заповнити Hearing Aid Coverage for Children Program (НАССР)**Заявку на Щорічну перевірку відповідності вимогам (AER):****1. Заповніть форму заявки AER.**

Якщо Ви не зрозуміли питання або у Вас немає жодного з документів, зателефонуйте за телефоном **1 (833) 956-2878**, або знайдіть потрібну інформацію на сторінках 1-4 або в інтернеті на сайті www.dhcs.ca.gov/haccp.

2. Надішліть актуальні копії необхідних фінансових документів та документів медичного плану до Department of Health Care Services, якщо такі є.

(Ви можете використовувати інші документи, не перелічені тут.)

 Один документ на кожну людину, яка проживає в домі і у якої є робота:

- Нещодавня квитанція про оплату (не більше 45 днів тому), або
- Підписана і датована заява від роботодавця із зазначенням вашого валового частоти виплати зарплати, **або**
- Федеральна податкова декларація за минулий рік.

 Один документ на кожну людину, яка проживає в домі і працює на себе:

- Федеральна податкова форма за минулий рік із додатками С, С-EZ, або F, **або**
- Підписаний, детальний звіт про прибутки та збитки за останні три місяці.

 Якщо ви отримуєте дохід від інвалідності, пенсії, виходу на пенсію, соціального забезпечення, ветеранської допомоги, компенсації працівникам або безробіття, надішліть копію:

- Листа про нагородження, чека або виписки з банківського рахунку, що підтверджує прямий депозит останнього платежу.

 Для кожного учасника НАССР, який наразі має медичну страховку, надішліть копію:

- Повідомлення про відмову в покритті слухових апаратів із плану медичного страхування, **або**
- ЕОС за поточний рік для їхнього плану медичного страхування (із зазначенням імені заявника як застрахованої особи або з додатком карти медичного страхування чи аналогічного документа, що ідентифікує заявника як учасника цього плану).

Куди надіслати вашу заявку на AER:

Ви можете надіслати форму заявки AER і всі необхідні документи в DHCS наступним чином:

- 1. Завантажити:** Онлайн на сайті www.dhcs.ca.gov/haccp (натисніть “Спілкуйтеся з нами...” у нижньому кутку екрана та виберіть “Завантажити документи”)
- 2. Факсом:** безкоштовно за номером 1 (833) 774-2227
- 3. Поштою:** Hearing Aid Coverage for Children Program
P.O. Box 138000
Sacramento, CA 95813

Якщо ви більше не відповідаєте вимогам НАССР - Що буде далі?

Якщо Ви не маєте права на участь у програмі НАССР, Ви отримаєте лист з відмовою, в якому буде пояснено, як Ви можете подати апеляцію на рішення про відповідність вимогам, АЛЕ Ви все одно можете подати заявку на Medi-Cal або іншу медичну страховку, заповнивши заяву про доступність страховки на сайті www.coveredca.com/apply. Якщо через неполадки в системі виникли помилки або виправлення, або якщо у Вас є запитання, телефонуйте до НАССР за номером **1 (833) 956-2878** (доступний пороговими мовами Medi-Cal, ТТУ/ТТД з понеділка до п'ятниці з 8.00 до 7.00 та в суботу з 8.00 до 12.00), або пишть електронною поштою HACCPS@maximus.com. Дзвінок безкоштовний.