



Solicitud de Hearing Aid Coverage for Children Program (HACCP)



Complete esta solicitud para averiguar si usted califica para Hearing Aid Coverage for Children Program (HACCP).

¿QUIÉN PUEDE CALIFICAR PARA HACCP?

PARA CALIFICAR PARA HACCP, LAS PERSONAS DEBEN CUMPLIR CON LAS REGLAS DE ELEGIBILIDAD DE ABAJO.

- Tener ingresos de elegibilidad por encima del 266 por ciento del Nivel federal de pobreza (Federal Poverty Level) (FPL) (o del 322 por ciento de FPL, si usted vive en los condados de Santa Clara, San Mateo o San Francisco) hasta e incluso el 600 por ciento del FPL.
- Ser un residente de California menor de 18 años de edad.
- Todavía no tener Medi-Cal, incluyendo presunta elegibilidad.
- Haber recibido una receta para audífonos de su proveedor de cuidados de salud o una recomendación para servicios relacionados.
- No tener cobertura para audífonos y servicios de California Children's Services (CCS).
- No tener otros seguros de salud, o que el seguro de salud no cubra audífonos y servicios. Si el seguro de salud no cubre audífonos y servicios, usted tendrá que presentar un aviso de rechazo de cobertura de la compañía de seguros de salud.

Solicitud de Hearing Aid Coverage for Children Program (HACCP)

**Esta solicitud se usa con fines internos para ayudar a los solicitantes
y retener para mantener registros.**

Sección 1. Contacto primario

Necesitamos comunicarnos con un adulto de la familia si necesitamos más información.

Nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo
Dirección de su casa (<i>número y calle</i>)			
Ciudad y condado		Estado	Código postal

Si no tiene hogar, marque la casilla y díganos dónde podemos comunicarnos con usted, en el campo de la dirección postal de abajo.

Dirección postal (<i>si es diferente de la de arriba</i>)	Ciudad y condado	Estado	Código postal
---	------------------	--------	---------------

Si es participante de "Safe At Home", marque la casilla y responda a las preguntas de abajo.

1. ¿Cuál es la dirección de su P.O. Box, si la conoce? _____

2. ¿Cuál es su ID de participante en Safe At Home, si la conoce? _____

Mejor número de teléfono de contacto	Otro número de teléfono	Dirección electrónica
--------------------------------------	-------------------------	-----------------------

¿Qué idioma habla mejor?	¿Qué idioma lee mejor?
--------------------------	------------------------

Sección 2. Información general

Responda a cada pregunta por cada niño que solicite cobertura. Lea hacia abajo la columna ▼ para hablarnos sobre los niños 1, 2, 3 y 4. Mantenga a cada niño en la misma columna en todas las páginas.

▼ Niño 1	▼ Niño 2	▼ Niño 3	▼ Niño 4
Díganos el nombre de cada niño de su hogar que solicite cobertura.			
Nombre	Nombre	Nombre	Nombre
Segundo nombre	Segundo nombre	Segundo nombre	Segundo nombre
Apellido, sufijo	Apellido, sufijo	Apellido, sufijo	Apellido, sufijo

**Continúe respondiendo las preguntas de información general sobre los Niños 1, 2, 3 y 4.
Mantenga a cada niño en la misma columna en todas las páginas.**

¿Cuál es el sexo del niño?

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Femenino
<input type="checkbox"/> Masculino | <input type="checkbox"/> Femenino
<input type="checkbox"/> Masculino | <input type="checkbox"/> Femenino
<input type="checkbox"/> Masculino | <input type="checkbox"/> Femenino
<input type="checkbox"/> Masculino |
|---|---|---|---|

¿Cuál es la fecha de nacimiento de este niño?

Día / mes / año	Día / mes / año	Día / mes / año	Día / mes / año
-----------------	-----------------	-----------------	-----------------

¿Cuál es el parentesco del niño con la persona de la Sección 1?

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Mi hijo
<input type="checkbox"/> Mi hijastro
<input type="checkbox"/> Otro | <input type="checkbox"/> Mi hijo
<input type="checkbox"/> Mi hijastro
<input type="checkbox"/> Otro | <input type="checkbox"/> Mi hijo
<input type="checkbox"/> Mi hijastro
<input type="checkbox"/> Otro | <input type="checkbox"/> Mi hijo
<input type="checkbox"/> Mi hijastro
<input type="checkbox"/> Otro |
|---|---|---|---|

¿Esta niña está embarazada?

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
|---|---|---|---|

Si es "sí" ¿cuál es la fecha esperada del parto?

Día / mes / año	Día / mes / año	Día / mes / año	Día / mes / año
-----------------	-----------------	-----------------	-----------------

Si es "sí" ¿cuántos bebés está esperando?

¿Cuántos? _____	¿Cuántos? _____	¿Cuántos? _____	¿Cuántos? _____
-----------------	-----------------	-----------------	-----------------

¿Este niño actualmente vive en California? Si es sí ¿en cuál condado vive el niño?

¿El Niño 1 vive en California? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es sí ¿en cuál condado? _____	¿El Niño 2 vive en California? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es sí ¿en cuál condado? _____	¿El Niño 3 vive en California? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es sí ¿en cuál condado? _____	¿El Niño 4 vive en California? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es sí ¿en cuál condado? _____
---	---	---	---

¿Este niño actualmente tiene Medi-Cal?

¿El Niño 1 actualmente tiene Medi-Cal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿El Niño 2 actualmente tiene Medi-Cal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿El Niño 3 actualmente tiene Medi-Cal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿El Niño 4 actualmente tiene Medi-Cal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---	---	---	---

¿Este niño actualmente tiene Medicare?

¿El Niño 1 actualmente tiene Medicare? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿El Niño 2 actualmente tiene Medicare? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿El Niño 3 actualmente tiene Medicare? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿El Niño 4 actualmente tiene Medicare? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---	---	---	---

**Continúe respondiendo las preguntas de información general sobre los Niños 1, 2, 3 y 4.
Mantenga a cada niño en la misma columna en todas las páginas.**

▼ Niño 1	▼ Niño 2	▼ Niño 3	▼ Niño 4
¿Este niño tiene Benefits Identification Card (BIC) del estado de California, también conocida como tarjeta de Medi-Cal? Si es "sí" ¿Cuál es el número de identificación de la tarjeta (si está disponible)?			
Niño 1 <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es sí, número de identificación: _____	Niño 2 <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es sí, número de identificación: _____	Niño 3 <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es sí, número de identificación: _____	Niño 4 <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es sí, número de identificación: _____
¿Este niño actualmente tiene cobertura de salud a través de California Children's Services (CCS)?			
Niño 1 <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es sí ¿CCS cubre audífonos y servicios? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Niño 2 <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es sí ¿CCS cubre audífonos y servicios? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Niño 3 <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es sí ¿CCS cubre audífonos y servicios? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Niño 4 <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es sí ¿CCS cubre audífonos y servicios? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Este niño actualmente tiene seguro/cobertura de salud privado?			
Niño 1 <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es sí: ¿Cuál es la aseguradora? _____ ¿Plan/ID del miembro? _____ Nombre del asegurado primario _____ ¿El seguro de salud cubre audífonos y servicios? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Niño 2 <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es sí: ¿Cuál es la aseguradora? _____ ¿Plan/ID del miembro? _____ Nombre del asegurado primario _____ ¿El seguro de salud cubre audífonos y servicios? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Niño 3 <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es sí: ¿Cuál es la aseguradora? _____ ¿Plan/ID del miembro? _____ Nombre del asegurado primario _____ ¿El seguro de salud cubre audífonos y servicios? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Niño 4 <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es sí: ¿Cuál es la aseguradora? _____ ¿Plan/ID del miembro? _____ Nombre del asegurado primario _____ ¿El seguro de salud cubre audífonos y servicios? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

**Continúe respondiendo las preguntas de información general sobre los Niños 1, 2, 3 y 4.
Mantenga a cada niño en la misma columna en todas las páginas.**

▼ Niño 1	▼ Niño 2	▼ Niño 3	▼ Niño 4
Información del padre (Padre 1)			
Nombre del padre 1: _____	Nombre del padre 1: _____	Nombre del padre 1: _____	Nombre del padre 1: _____
Apellido: _____	Apellido: _____	Apellido: _____	Apellido: _____
Segundo nombre: _____	Segundo nombre: _____	Segundo nombre: _____	Segundo nombre: _____
¿El niño vive con el padre 1? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿El niño vive con el padre 1? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿El niño vive con el padre 1? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿El niño vive con el padre 1? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Información del padre (Padre 2)			
Nombre del padre 2: _____	Nombre del padre 2: _____	Nombre del padre 2: _____	Nombre del padre 2: _____
Apellido: _____	Apellido: _____	Apellido: _____	Apellido: _____
Segundo nombre: _____	Segundo nombre: _____	Segundo nombre: _____	Segundo nombre: _____
¿El niño vive con el padre 2? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿El niño vive con el padre 2? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿El niño vive con el padre 2? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿El niño vive con el padre 2? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Sección 3. Díganos sobre el tamaño y la información de ingresos de su hogar.**Tamaño e ingresos de la familia**

Anote a todos los miembros de la familia que vivan en la casa. Incluya niños menores de 21 años de edad, padrastros y el cónyuge de cualquier adolescente o persona embarazada que viva en la casa. No anote tías, tíos, sobrinas, sobrinos ni abuelos.

	Miembro del hogar 1	Miembro del hogar 2	Miembro del hogar 3	Miembro del hogar 4
Nombre de la persona del hogar	(Nombre, apellido)	(Nombre, apellido)	(Nombre, apellido)	(Nombre, apellido)

Parentesco

¿Cuál es el parentesco de la persona con la persona de la Sección 1?	<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Novio <input type="checkbox"/> Novia <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Novio <input type="checkbox"/> Novia <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Novio <input type="checkbox"/> Novia <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Novio <input type="checkbox"/> Novia <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Otro
---	---	---	---	---

Ingresos actuales

¿Este miembro del hogar está actualmente empleado?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre del empleador				
¿Qué tan seguido recibe los ingresos? (Semanal, cada dos semanas, dos veces al mes, mensual, anual)				
¿Cuánto recibe de ingresos? (Ingresos brutos totales)				

Ingresos del trabajo por cuenta propia

¿Este miembro del hogar actualmente trabaja por cuenta propia?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tipo de negocio del trabajo por cuenta propia?				
Cantidad de ingresos netos del trabajo por cuenta propia				
¿Qué tan seguido recibe los ingresos? (Semanal, cada dos semanas, dos veces al mes, mensual, anual)				

Otros ingresos no anotados arriba

¿Este miembro del hogar tiene otros ingresos? (otros ingresos fuera de los de su trabajo)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Tipo de ingresos				
Cantidad de ingresos brutos				
¿Qué tan seguido recibe los ingresos? (Semanal, cada dos semanas, dos veces al mes, mensual, anual)				

****Si hay más de 5 personas en el hogar, agregue los nombres en una hoja de papel por separado****

Sección 4. Firme el formulario.

Al firmar, declaro que lo que yo afirme abajo es verdadero y correcto.

- He leído y entendido esta solicitud de HACCP.
- La información que proporcioné es verdadera, correcta y completa.
- Entiendo que debo presentar la receta o recomendación correspondiente de mi proveedor de cuidados de salud y un rechazo de cobertura de mi seguro de salud para ser elegible para la cobertura.

Firma de padre/tutor/menor emancipado	Parentesco con el niño(s) que solicitan <i>(si es aplicable)</i>	Fecha (dd/mm/aaaa)

Una persona tiene el derecho a revisar los registros que contengan su información personal. La entidad oficial responsable de almacenar la información contenida en esta solicitud es California Department of Health Care Services. Esta información puede compartirse con el Departamento de servicios sociales del condado en el que viva la persona.

CÓMO SOLICITAR:**1 Llene la solicitud.**

Si usted no entiende alguna pregunta o si no tiene alguno de los documentos, llame al: 1-833-956-2878. O, busque la información que necesite en las páginas 2 a 6.

2 Envíenos copias de documentos de ingresos.

(Posiblemente usted pueda usar otros documentos que no estén anotados aquí)

- Un documento de cada persona que viva en la casa que tenga trabajo:**
 - Un talón de pago reciente (de hace 45 días o menos),
 - Una declaración firmada y fechada de su empleador, que muestre sus ingresos brutos y con qué frecuencia le pagan,
 - La declaración federal de impuestos sobre ingresos del año pasado.
- Un documento de cada persona que viva en la casa que tenga trabajo por cuenta propia:**
 - El formulario de impuestos federales del año pasado, con Schedules C, C-EZ o F,
 - Un estado de cuenta desglosado de ganancias y pérdidas de los últimos 3 meses.
- Si usted tiene ingresos por discapacidad, pensiones, jubilación, Seguro Social, beneficios de veterano, compensación laboral o desempleo, envíe una copia de:**
 - La carta de concesión, cheque estado de cuenta bancario que muestre el depósito directo del pago más reciente.

SI USTED CALIFICA PARA HACCP: QUÉ SUCEDERÁ DESPUÉS

- El día en que le aprueben HACCP, le enviaremos por correo una tarjeta ID de HACCP Program, para usar inmediatamente para recibir beneficios de servicios cubiertos por HACCP, como audífonos recetados o servicios y suministros relacionados.
- Cuando cumpla 18 años de edad usted ya no será elegible para la cobertura de HACCP.

LAS PERSONAS PUEDEN SOLICITAR MEDI-CAL Y OTRAS COBERTURAS DE SALUD

Usted podría calificar para cobertura de salud gratuita o de bajo costo a través de Medi-Cal. O, usted podría calificar para la ayuda financiera que puede bajar los costos mensuales (cuotas) y copagos de los planes de salud a través de Covered California.

Usted puede solicitar u obtener ayuda de cualquiera de las siguientes maneras:

- **Por internet:** <https://www.coveredca.com/>
- **Por teléfono:** En **inglés:** (800) 300-1506 | TTY: (888) 889-4500 o en **español:** (800) 300-0213

Para encontrar información adicional sobre cómo solicitar California Children's Services, por favor consulte: <https://www.dhcs.ca.gov/Services/CCS>.

SI USTED NO CALIFICA PARA HACCP: QUÉ SUCEDERÁ DESPUÉS

Si no califica para HACCP, usted recibirá una carta de rechazo que le explicará cómo podrá apelar la decisión de elegibilidad; PERO, aun así usted podrá solicitar Medi-Cal u otros seguros de salud, llenando la solicitud del seguro a su alcance. Si hay errores o se necesitan correcciones debido a problemas del sistema, o **si usted tiene alguna pregunta, por favor llame a Hearing Aid Coverage for Children Program (HACCP) al 1-833-956-2878**, de lunes a viernes de 8:00 a 7:00 p.m. y los sábados de 8:00 a.m. a 12:00 p.m.

A DÓNDE ENVIAR SU SOLICITUD

Usted puede enviar la solicitud por correo a:

Hearing Aid Coverage for Children Program

PO Box 138000

Sacramento, CA 95813

O por fax al: 833-774-2227