

Hearing Aid Coverage for Children Program

Տարեկան Իրավունահուրքյան Ստուգման Դիմում

Հրացրե՛ք այս համապատասխանութեան տարեկան վերանայման (AER) դիմումը՝ պարզելու համար, թե արդյո՞ք դուք դեռ համապատասխանում ե՛ք Department of Health Care Services (DHCS) Hearing Aid Coverage for Children Program (HACCP)-ին:

Այս ձևն օգտագործվում է ներքին նպատակներով՝ անդամներին օգնելու համար և պահվում հաշվառման համար.

Family Member Number. _____ կամ HACCP համար(ներ)ը. _____

1. Առաջնային կոնտակտ

Նշե՛ք մեկ չափահասի, ում հետ կարող եմ կապվել, եթե DHCS-ին լրացուցիչ տեղեկություններ պետք լինեն: Նա կարող է լինել.

- Անդամը (եթե առնվազն 18 տարեկան է կամ անկախ ապրող անչափահաս է)
- Անդամի ծնողը կամ խնամակալը (եթե անդամը ծնողների հսկողության ներքո ապրող անչափահաս է)
- Հիագորված ներկայացուցիչը (անձ, ում թույլ ե՛ք տալիս տեսնել ձեր դիմումը և ձեր անունից խոսել DHCS-ի հետ ձեր իրավասության և գրանցման մասին)

Հրացրե՛ք A և B տարբերակները ստորև: Պահանջվում է ստորագրություն B տարբերակի համար:

☐ A) Առաջնային կոնտակտը անդամն է կամ նրանց ծնողը կամ խնամակալը. Առաջնային կոնտակտի անունը (անուն, երկրորդ անուն, ազգանուն)

☐ B) Առաջնային կոնտակտը Հիագորված ներկայացուցիչն է. Հիագորված ներկայացուցչի անունը (անուն, երկրորդ անուն, ազգանուն)

Հասցե (համար & փողոց) քաղաք վարչաշրջան նահանգ փոստային ինդեքս

Ստորագրելով՝ դուք թույլ ե՛ք տալիս ձեր լիազոր ներկայացուցչին ստորագրել ձեր AER դիմումը, ստանալ պատժողական տեղեկատվություն ձեր դիմումի մասին և գործել ձեր անունից DHCS-ի հետ բոլոր ապագա HACCP հարցերի հետ կապված: Դուք կամ ձեր լիազոր ներկայացուցիչը ցանկացած ժամանակ կարող ե՛ք փոխել կամ չեղարկել այս թույլտվությունը:

Անդամի (եթե առնվազն 18 տարեկան է կամ անկախ ապրող անչափահաս է) կամ ծնողի կամ խնամակալի (եթե ծնողների հսկողության տակ ապրող անչափահաս է) ստորագրությունը	Անդամ(ներ)ի հետ կապը (ինքը, ծնող կամ խնամակալ)	Ամսաթիվ
--	--	---------

2. Ձեր կոնտակտային տվյալների մեջ որևէ փոփոխություն եղե՞լ է: ☐ Այո ☐ Ոչ
Եթե այո, լրացրե՛ք համապատասխան դաշտ(երը) ստորև:

Տան հասցեն (<i>համար և փողոց</i>)	Փոստի հասցեն (<i>եթե տարբերվում է տան հասցեից</i>)
Բաղաժ վարչաօրջան նահանգ փոստային ինդեքս	Բաղաժ վարչաօրջան նահանգ փոստային ինդեքս
Լավագույն կոնտակտային հեռախոսահամարը	Էլեկտրոնային հասցեն

3. HACCP անդամ(ներ)

Թարմացրե՛ք ստորև տեղեկատվությունը HACCP-ում ներառված 21 տարեկանից փոքր յուրաքանչյուր երեխայի կամ երիտասարդի համար: (Եթե տանն ապրում են ավելի քան երկու HACCP անդամ, թվարկե՛ք լրացուցիչ անդամների առանձին թղթի վրա):

Անդամ 1. անուն (*անուն, երկրորդ անուն, ազգանուն*)

Այս անդամը ներկայումս ստանու՞մ է ապահովագրություն Medi-Cal ծրագրի միջոցով: ☐ Այո ☐ Ոչ

Այս անդամը ներկայումս ստանու՞մ է ապահովագրություն լսողական սարքերի համար California Children's Services (CCS) ծրագրի միջոցով: ☐ Այո ☐ Ոչ

Այս անդամը ներկայումս ստանու՞մ է ապահովագրություն մասնավոր առողջության ապահովագրության միջոցով: ☐ Այո ☐ Ոչ

Եթե այո, ներառե՛ք ծածկույթի մերժման մասին ծանուցումը կամ ընթացիկ տարվա EOC-ն:

Ապահովագրողը _____ Պլան/անդամի ID _____

Առաջնային ապահովագրվածի անունը _____

Ծրագիրը ներառու՞մ է լսողական սարքեր: ☐ Այո ☐ Ոչ

Անդամ, 2: անուն (*անուն, երկրորդ անուն, ազգանուն*)

Այս անդամը ներկայումս ստանու՞մ է՞ ապահովագրություն Medi-Cal ծրագրի միջոցով: ☐ Այո ☐ Ոչ

Այս անդամը ներկայումս ստանու՞մ է ապահովագրություն լսողական սարքերի համար (CCS) ծրագրի միջոցով: ☐ Այո ☐ Ոչ

Այս անդամը ներկայումս ստանում է ապահովագրություն մասնավոր առողջության ապահովագրության միջոցով: ☐ Այո ☐ Ոչ

Եթե այո, ներառե՛ք ծածկույթի մերժման մասին ծանուցումը կամ ընթացիկ տարվա EOC-ն:

Ապահովագրողը _____ Պլան/անդամի ID _____

Առաջնային ապահովագրվածի անունը _____

Ծրագիրը ներառում է լսողական սարքեր: ☐ Այո ☐ Ոչ**4. Տանն ապրող ընտանիքի անդամների հետ կապված փոփոխություններ եղե՞լ են:**☐ Այո ☐ Ոչ

Եթե այո, նշե՛ք ցանկացած լրացում, հեռացում կամ քարմացում 21 տարեկանից փոքր երեխաների կամ երիտասարդների, ծնողների, խորթ ծնողների և մինչև 21 տարեկան երիտասարդների կողակցի կամ տանն ապրող հղիների վերաբերյալ: Մի նշե՛ք մորափոխություններին/հորափոխություններին, հորեղբայրներին/հորեղբայրներին, զարմուհիներին, զարմիկներին կամ տատիկներին ու պապիկներին:

Փոփոխություն	Տան անդամի անունը (անուն, երկրորդ անուն, ազգանուն)	Ծննդյան ամսաթիվ	Անդամ(ներ) ի հետ կապը	Այս անձը ներկայումս աշխատո՞ւմ է
☐ ավելացնել ☐ հեռացնել ☐ քարմացնել			☐ ծնող ☐ խորթ ծնող ☐ երեխա ☐ խորթ երեխա ☐ կողակից ☐ այլ _____	☐ Այո – <i>Խնդրում եմ ներառել էկամուտի մանրամասները ստորև ' Բաժին 5-ում:</i> ☐ Ոչ
☐ ավելացնել ☐ հեռացնել ☐ քարմացնել			☐ ծնող ☐ խորթ ծնող ☐ երեխա ☐ խորթ երեխա ☐ կողակից ☐ այլ _____	☐ Այո – <i>Խնդրում եմ ներառել էկամուտի մանրամասները ստորև ' Բաժին 5-ում:</i> ☐ Ոչ

5. Եկամուտ

Խնդրում ենք տրամադրել ընթացիկ տեղեկատվություն տան եկամուտների վերաբերյալ և ներկայացնել եկամուտների վերաբերյալ վերջին փաստաթղթերն եկամուտ ունեցող ընտանիքի բոլոր անդամների համար:

Եկամուտ ունեցող ընտանիքի անդամի անունը	Ո՞րն է այս եկամտի աղբյուրը: (օրինակ՝ աշխատանքից եկամուտ, ազատ աշխատող, այլ)	Համախառն եկամտի չափը (ազատ աշխատող լինելու դեպքում գրեթե զուտ եկամուտը)	Որքա՞ն հաճախ է ստացվում եկամուտը:
		\$	☐ Շաբաթական ☐ Երկու շաբաթը մեկ ☐ Ամսական ☐ Ամիսը երկու անգամ ☐ Մարեկան
		\$	☐ Շաբաթական ☐ Երկու շաբաթը մեկ ☐ Ամսական ☐ Ամիսը երկու անգամ ☐ Մարեկան
		\$	☐ Շաբաթական ☐ Երկու շաբաթը մեկ ☐ Ամսական ☐ Ամիսը երկու անգամ ☐ Մարեկան
		\$	☐ Շաբաթական ☐ Երկու շաբաթը մեկ ☐ Ամսական ☐ Ամիսը երկու անգամ ☐ Մարեկան

6. Խնդրում ենք կարդալ և ստորագրել այս ձևը:

Գաղտնիության ծանուցում

Այս ձևն օգտագործվում է HACCP անդամի իրավասությունը որոշելու՝ գրանցումը երկարացնելու կամ թարմացնելու համար: Այս ձևաթղթում և դրա համար հավաքագրված անձնական և բժշկական տեղեկատվությունը մասնավոր և գաղտնի է, որը պահանջվում է DHCS-ի կողմից՝ ձեզ և այս հավելվածում գտնվող մյուս մարդկանց նույնականացնելու և մեր ծրագրերը կառավարելու համար: DHCS-ի կողմից այս ձևաթղթում հավաքված ցանկացած անձնական և առողջապահական տեղեկատվություն ենթակա է սահմանափակումների Տեղեկատվական պրակտիկայի մասին ակտով (IPA), Առողջության ապահովագրության տեղափոխելիության և հաշվետվողականության ակտով (HIPAA) և այլ նահանգի փաղափականությամբ: DHCS-ը չի օգտագործի կամ չի տարածի ձեր տեղեկատվությունը, բացառությամբ այն դեպքերի, երբ գրավոր կամ օրենքով լիազորված լինելու դեպքում լիազորված լինի ձեր կամ այն անհատի կողմից, ում այն վերաբերում է: Դուք պետք է տրամադրեք այս ձևաթղթում պահանջվող ամբողջ տեղեկատվությունը և չպետք է տրամադրեք չպահանջվող անձնական տվյալներ: Եթե դուք չեք տրամադրում պահանջվող ամբողջ տեղեկատվությունը, մենք չենք կարող երկարացնել կամ թարմացնել HACCP-ում ձեր գրանցումը: DHCS-ը կարող է կիսվել կամ տրամադրել այս ձևաթղթում կամ դրա համար նախատեսված որևէ տեղեկատվություն այլ նահանգային, դաշնային և տեղական գործակալություններին (օրինակ՝ վարչապետի սցիալական ծառայությունների վարչությանը, որտեղ անհատը բնակվում է), կապալառուներին և ծրագրերին միայն ձեզ որևէ ծրագրում կամ ծրագրեր կառավարելու համար գրանցելու նպատակով, կամ ինչպես պահանջվում է օրենքով: Շատ դեպքերում այն անհատը(ներ)ը, ում վերաբերվում է այս տեղեկատվությունը, իրավունք ունի մուտք գործել այնտեղ: Լրացուցիչ տեղեկությունների կամ DHCS-ի կողմից պահպանվող ձեր անձնական տվյալները պարունակող գրառումներին հասանելիություն ստանալու համար դիմեք HACCP-ին:

DHCS-ն լիազորված է հավաքել այս տեղեկատվությունը 2022 թվականի բյուջեի մասին ակտի համաձայն [Համագումարային օրինագիծ 179 (Գլուխ 249, 2022 թվականի կանոնադրություններ)]: DHCS-ը նաև լիազորված է հավաքել անձնական և առողջական տեղեկատվություն HACCP-ի և Medi-Cal ծրագրի կառավարման համար: DHCS-ի գաղտնիության գործելակերպի մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք <https://www.dhcs.ca.gov/formsandpubs/laws/priv/Documents/Notice-of-Privacy-Practices-English.pdf> և <https://www.dhcs.ca.gov/Pages/Privacy.aspx>:

Եթե ցանկանում եք ստանալ DHCS-ի գաղտնիության փաղափականության և գործելակերպի թղթային պատճենը, կամ ցանկանում եք բողոք ներկայացնել, կարող եք կապվել DHCS-ի տվյալների գաղտնիության բաժնի հետ փոստով, էլեկտրոնային փոստով կամ հեռախոսով:

Privacy Office

c/o: Data Privacy Unit

Department of Health Care Services

P.O. Box 997413, MS 4722

Sacramento, CA 95899-7413

Էլեկտրոնային հասցե. incidents@dhcs.ca.gov

Այստեղ ներկայացված գաղտնիության մասին ծանուցումը պահանջվում է California-ի 1798.17 փափագիական օրենսգրքով:

Հայտարարություն և ստորագրություն Պարտադիր է:

Ստորագրելով ես հայտարարում եմ, որ ստորև առաժն իրական է և ճիշտ:

- Ես կարդացել և հասկանում եմ HACCP AER այս դիմումը:
- Իմ տրամադրած տեղեկատվությունը իրական է, ճիշտ և ամբողջական:
- Ես հասկանում եմ, որ ես պետք է ներկայացնեմ եկամուտների վերաբերյալ ամենաթարմ համապատասխան փաստաթղթերը և առողջապահական պլանի փաստաթղթերը, իմ ապահովագրական ծածկույթը թարմացնելու համար:

Անդամի (եթե առնվազն 18 տարեկան է կամ անկախ ապրող անչափահաս է) կամ ծնողի կամ խնամակալի (եթե ծնողների հսկողության տակ ապրող անչափահաս է) կամ լիազորված ներկայացուցչի ստորագրությունը

Անդամ(ներ)ի հետ կապը (ինքը, ծնող կամ խնամակալ կամ լիազորված ներկայացուցիչ)

Ամսաթիվ