



Mejor número de teléfono de contacto

Correo electrónico

**3. Miembro(s) de HACCP**

Actualice la información a continuación para cada niño o joven menor de 21 años inscrito en HACCP. (Si en el hogar viven más de dos miembros de HACCP, indique los miembros adicionales en una hoja aparte).

**Miembro 1: Nombre** (*nombre, segundo nombre, apellido*)

¿Este miembro tiene actualmente cobertura a través del programa Medi-Cal?  Sí  No

¿Este miembro tiene actualmente cobertura para audífonos a través del programa California Children's Services (CCS)?  Sí  No

¿Este miembro tiene actualmente cobertura a través de un seguro médico privado?

Sí  No

*Si es sí, incluya un aviso de rechazo de cobertura o el comprobante de cobertura del año actual (EOC, por sus siglas en inglés).*

¿Quién es el asegurador? \_\_\_\_\_ ¿Plan/ID del miembro? \_\_\_\_\_

¿Nombre del asegurado primario? \_\_\_\_\_ ¿El plan cubre audífonos?  Sí  No

**Miembro 2: Nombre** (*nombre, segundo nombre, apellido*)

¿Este miembro tiene actualmente cobertura a través del programa Medi-Cal?  Sí  No

¿Este miembro tiene actualmente cobertura para audífonos a través del programa CCS?

Sí  No

¿Este miembro tiene actualmente cobertura a través de un seguro médico privado?

Sí  No

*Si es sí, incluya un aviso de rechazo de cobertura o el comprobante de cobertura del año actual (EOC).*

¿Quién es el asegurador? \_\_\_\_\_ ¿Plan/ID del miembro? \_\_\_\_\_

¿Nombre del asegurado primario? \_\_\_\_\_ ¿El plan cubre audífonos?  Sí  No

**4. ¿Ha habido algún cambio en los miembros de la familia que viven en el hogar?** Sí No  
*Si es sí, indique cualquier adiciones, eliminaciones o actualizaciones para niños o jóvenes menores de 21 años, padres, padrastros y cónyuge de jóvenes menores de 21 años o personas embarazadas que vivan en el hogar. No incluya en la lista a tías, tíos, sobrinas, sobrinos o abuelos.*

Cambio	Nombre del miembro del hogar (nombre, segundo nombre, apellidos)	Fecha de nacimiento	Relación con el miembro(s)	¿Está esta persona empleada actualmente?
<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Quitar <input type="checkbox"/> Actualizar			<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Sí – <i>Por favor incluya los detalles a continuación, en la sección 5.</i> <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Quitar <input type="checkbox"/> Actualizar			<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Sí – <i>Por favor incluya los detalles a continuación, en la sección 5.</i> <input type="checkbox"/> No

**5. Ingresos**

*Por favor proporcione información actualizada sobre los ingresos del hogar y presente documentación reciente de todos los miembros del hogar que declaren ingresos.*

Nombre del miembro del hogar que tiene ingresos	¿Cuál es la fuente de estos ingresos? (Ejemplo: ingresos por trabajo, trabajo por cuenta propia, otros)	Cantidad de los ingresos brutos (Si trabaja por cuenta propia, utilice los ingresos netos)	¿Con qué frecuencia se reciben los ingresos?
			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Anual
			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Anual
			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Anual
			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Anual

**6. Por favor, lea y firme este formulario.**

**Aviso de privacidad**

Este formulario se utiliza para determinar la elegibilidad de los miembros de HACCP para extender o renovar la inscripción. La información personal y médica recopilada en este formulario es privada y confidencial, solicitada por DHCS para identificarle a usted y a las demás personas en esta solicitud y para administrar nuestros programas. Cualquier información personal y de salud recopilada en este formulario por DHCS está sujeta a las limitaciones de la ley de prácticas de información (IPA, por sus siglas en inglés), la ley de portabilidad y responsabilidad del seguro de salud (HIPAA) y otras políticas estatales. DHCS no utilizará ni compartirá su información a menos que usted, o la persona a la que pertenece, lo autorice por escrito o según lo autorice la ley. Usted debe proporcionar toda la información solicitada en este formulario y no debe proporcionar información personal que no se solicite. Si no proporciona toda la información solicitada, no podremos extender o renovar su inscripción en HACCP. DHCS puede compartir o proporcionar cualquier información proporcionada en este formulario o para otras agencias estatales, federales y locales (por ejemplo, el Departamento de Servicios Sociales del condado en el que reside la persona), contratistas y programas solo para inscribirlo en un programa o para administrar programas; o según lo exija la ley. En la mayoría de los casos, las personas a quienes pertenece esta información tienen derecho a acceder a ella. Para obtener más información o para obtener acceso a los registros que contienen su información personal mantenidos por DHCS, comuníquese con HACCP.

DHCS está autorizado a recopilar esta información de conformidad con la Ley de Presupuesto de 2022 [Proyecto de ley de la Asamblea 179 (Capítulo 249, Estatutos de 2022)]. DHCS también está autorizado a recopilar información personal y de salud para la administración de HACCP y el programa Medi-Cal. Para obtener más información sobre las prácticas de privacidad de DHCS, por favor vaya a: <https://www.dhcs.ca.gov/formsandpubs/laws/priv/Documents/Notice-of-Privacy-Practices-English.pdf> y <https://www.dhcs.ca.gov/Pages/Privacy.aspx>.

Si desea obtener una copia impresa de la política y las prácticas de privacidad de DHCS, o desea presentar una queja, puede comunicarse con la Unidad de Privacidad de Datos de DHCS por correo, correo electrónico o teléfono:

Privacy Office  
 c/o: Data Privacy Unit  
 Department of Health Care Services  
 P.O. Box 997413, MS 4722  
 Sacramento, CA 95899-7413  
 Correo electrónico: [incidents@dhcs.ca.gov](mailto:incidents@dhcs.ca.gov)  
 Teléfono: (916) 445-4646

El aviso de privacidad aquí proporcionado es requerido por el código civil de California 1798.17.

**Declaración y firma. Esto es obligatorio.**

Al firmar, declaro que lo que digo a continuación es cierto y correcto.

- He leído y entiendo esta solicitud de HACCP AER.
- La información que he dado es verdadera, correcta y completa.
- Yo entiendo que debo presentar la documentación de ingresos reciente y los documentos del plan de salud correspondientes para renovar mi cobertura.

<b>Firma del miembro</b> <i>(si tiene al menos 18 años o es un menor no emancipado)</i> <b>o del padre o tutor legal</b> <i>(si es un menor no emancipado)</i> <b>o representante autorizado</b>	<b>Relación con el miembro</b> <i>(uno mismo, padre o tutor legal, o representante autorizado)</i>	<b>Fecha</b>