

## Hearing Aid Coverage for Children Program

### درخواست بررسی واجد شرایط بودن سالانه

این درخواست بررسی واجد شرایط بودن سالانه (AER) را تکمیل کنید تا معلوم کنید که برای Department of Health Hearing Aid Coverage for Children Program (HACCP) (DHCS)' Care Services هنوز واجد شرایط هستید یا خیر.

این فرم در اهداف داخلی برای کمک به اعضا استفاده می شود و برای نگهداری سوابق نگهداری می شود.

Family Member Number: \_\_\_\_\_ یا شماره (های) HACCP: \_\_\_\_\_

#### 1. مخاطب اولیه

یک بزرگسالی را برای تماس لیست کنید اگر DHCS نیاز به اطلاعات بیشتر داشته باشد. این میتواند:

- عضو (اگر حداقل 18 سال سن دارد یا یک کودک خارج از قیمومیت است)
  - والد یا قیم عضو باشد (اگر عضو یک کودک غیر خارج از قیمومیت است)
  - نماینده مجاز باشد (شخصی که شما اجازه می دهید درخواست شما را ببیند و از طرف شما در مورد واجد شرایط بودن و ثبت نام شما با DHCS صحبت کند)
- گزینه A یا B، را در زیر پر کنید. برای گزینه B یک امضا لازم است.

☐ (A) مخاطب اولیه عضو یا والدین یا قیم آنها است:

نام مخاطب اولیه (نام، نام میانی، نام خانوادگی)

☐ (B) مخاطب اولیه یک نماینده مجاز است:

نام نماینده مجاز (نام، نام میانی، نام خانوادگی)

نشانی (شماره و خیابان) شهر شهرستان ایالت زیپ کد

با امضا کردن، به نماینده مجاز خود اجازه می دهید که درخواست AER شما را امضا کند، اطلاعات رسمی در مورد درخواست شما را به دست آورد و از طرف شما برای همه مطالب آینده HACCP با DHCS را اقدام کند. شما یا نماینده مجاز شما ممکن است در هر زمانی این مجوز را تغییر دهید یا لغو کنید.

| امضای اعضا (اگر حداقل 18 سال سن دارد یا یک کودک خارج از قیمومیت است) یا والدین یا قیم (اگر غیر خارج از قیمومیت است) | نسبت با اعضا (خود، والدین یا قیم) | تاریخ |
|---|-----------------------------------|-------|
|---|-----------------------------------|-------|

2. آیا تغییراتی در اطلاعات تماس شما ایجاد شده است؟ ☐ بله ☐ خیر  
اگر بله، جا (های) زیر را پر کنید.

|                            |         |       |   |     |        |
|----------------------------|---------|-------|---|-----|--------|
| آدرس خانه (شماره و خیابان) |         |       | آدرس پستید (رصورتیکه با آدرس خانه متفاوت است) |     |        |
| شهر                        | شهرستان | ایالت | زیپ کد  | شهر | هرستان |
| بهترین شماره تلفن تماس     |         |       | ایمیل   |     |        |

### 3. عضو (های) HACCP

اطلاعات زیر را برای هر کودک یا نوجوان زیر سن 21 که در HACCP ثبت نام کرده به روز کنید. (اگر بیشتر از دو HACCP اعضا در خانوار زندگی می کنند، اعضای اضافی را در یک برگه کاغذ جداگانه فهرست کنید.)

عضو 1: نام (نام، نام میانی، نام خانوادگی)

آیا این عضو در حال حاضر از طریق برنامه Medi-Cal پوشش دارد؟ ☐ بله ☐ خیر

آیا این عضو در حال حاضر پوشش برای سمعک از طریق برنامه California Children's Services (CCS) دارد؟ ☐ بله ☐ خیر

آیا این عضو در حال حاضر از طریق بیمه درمانی خصوصی پوشش دارد؟ ☐ بله ☐ خیر  
اگر بله، یک اعلامیه انکار پوشش یا شواهد پوشش (EOC) سال جاری را درج کنید.

بیمه گر کیست؟ ID طرح/عضو؟ \_\_\_\_\_

نام اصلی بیمه شده اصلی؟ آیا این طرح سمعک را پوشش می دهد؟ ☐ بله ☐ خیر

عضو 2: نام (نام کوچک، نام میانی، نام خانوادگی)

آیا این عضو در حال حاضر از طریق برنامه Medi-Cal پوشش دارد؟ ☐ بله ☐ خیر

آیا این عضو در حال حاضر پوشش سمعک از طریق برنامه CCS را دارد؟ ☐ بله ☐ خیر

آیا این عضو در حال حاضر از طریق بیمه درمانی خصوصی پوشش دارد؟ ☐ آره ☐ خیر  
اگر بله، اعلامیه انکار پوشش یا EOC سال جاری را درج کنید.

بیمه گر کیست؟ ID طرح/عضو؟ \_\_\_\_\_ نام \_\_\_\_\_

اصلی بیمه شده اصلی؟ آیا این طرح سمعک را پوشش می دهد؟ ☐ بله ☐ خیر

#### 4. آیا تغییراتی در اعضای خانواده ساکن در خانه ایجاد شده است؟ ☐ بله ☐ خیر

اگر بله، هرگونه اضافه، حذف یا به روزرسانی برای کودکان یا جوانان زیر سن 21، والدین، نا مادری نا پدری و همسر جوان زیر سن 21، یا افراد باردار که در خانه زندگی می کنند را فهرست کنید. خاله ها، عموها، خواهرزاده ها، برادرزاده ها یا پدربزرگ ها و مادربزرگ ها را فهرست نکنید.

| تغییر   | نام عضو خانواده<br>(کوچک، میانی،<br>خانوادگی) | تاریخ تولد | نسبت<br>به عضو(ها)  | آیا این فرد در حال حاضر کارمند<br>است؟   |
|---|---|------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> افزودن<br><input type="checkbox"/> برداشتن<br><input type="checkbox"/> به روزرسانی |   |            | <input type="checkbox"/> والدین<br><input type="checkbox"/> نا مادری نا پدری<br><input type="checkbox"/> بچه<br><input type="checkbox"/> فرزند ناتنی<br><input type="checkbox"/> همسر<br><input type="checkbox"/> سایر<br>_____ | <input type="checkbox"/> بله - لطفا جزئیات درآمد را در<br>زیر، در بخش 5 وارد کنید.<br><input type="checkbox"/> خیر |
| <input type="checkbox"/> افزودن<br><input type="checkbox"/> برداشتن<br><input type="checkbox"/> به روزرسانی |   |            | <input type="checkbox"/> والدین<br><input type="checkbox"/> نا مادری نا پدری<br><input type="checkbox"/> بچه<br><input type="checkbox"/> نافرزندی<br><input type="checkbox"/> همسر<br><input type="checkbox"/> سایر<br>_____    | <input type="checkbox"/> بله - لطفا جزئیات درآمد را در<br>زیر، در بخش 5 وارد کنید.<br><input type="checkbox"/> خیر |

## 5. درآمد

لطفاً اطلاعات فعلی در مورد درآمد خانوار را ارائه دهید و مدارک درآمدی اخیر را برای تمام اعضای خانوار که درآمد گزارش می‌دهند، ارسال کنید.

| نام عضو خانوار با درآمد | منبع این درآمد چیست؟ (مثال: درآمد حاصل از کار، خوداشتغالی، سایر) | میزان درآمد ناخالص (اگر خوداشتغال هستید، از درآمد خالص استفاده کنید) | هر چند وقت یک بار درآمد دریافت می‌شود؟  |
|-------------------------|--|--|---|
|                         |  | \$   | <input type="checkbox"/> هفتگی<br><input type="checkbox"/> دو هفته یکبار<br><input type="checkbox"/> ماهانه<br><input type="checkbox"/> نیمه ماهانه |
|                         |  | \$   | <input type="checkbox"/> هفتگی<br><input type="checkbox"/> دو هفته یکبار<br><input type="checkbox"/> ماهانه<br><input type="checkbox"/> نیمه ماهانه |
|                         |  | \$   | <input type="checkbox"/> هفتگی<br><input type="checkbox"/> دو هفته یکبار<br><input type="checkbox"/> ماهانه<br><input type="checkbox"/> نیمه ماهانه |
|                         |  | \$   | <input type="checkbox"/> هفتگی<br><input type="checkbox"/> دو هفته یکبار<br><input type="checkbox"/> ماهانه<br><input type="checkbox"/> نیمه ماهانه |

## 6. لطفاً این فرم را بخوانید و امضا کنید.

## اطلاعیه حریم شخصی

این فرم برای تعیین واجد شرایط بودن عضو DHCS، در راستای تمدید یا تجدید ثبت نام استفاده می‌شود. اطلاعات شخصی و پزشکی جمع‌آوری شده در و برای این فرم خصوصی و محرمانه است که توسط DHCS برای شناسایی شما و سایر افراد در این برنامه و مدیریت برنامه‌های ما درخواست شده است. هر گونه اطلاعات شخصی و بهداشتی که توسط DHCS در این فرم جمع‌آوری می‌شود، مشمول محدودیت‌هایی در قانون اقدامات اطلاعاتی (IPA)، قانون قابلیت حمل و پاسخگویی بیمه سلامت (HIPAA) و سایر سیاست‌های دولتی است. DHCS از اطلاعات شما استفاده نمی‌کند یا به اشتراک نمی‌گذارد مگر اینکه توسط شما یا شخصی که به آن مربوط است، به صورت کتبی اجازه داده شود یا طبق قانون مجاز باشد. شما باید تمام اطلاعات درخواست شده در این فرم را ارائه دهید و نباید اطلاعات شخصی را که درخواست نشده است ارائه دهید. اگر تمام اطلاعات درخواستی را ارائه نکنید، نمی‌توانیم ثبت نام HACCP شما را تمدید یا تجدید کنیم. DHCS ممکن است هر یک از اطلاعات ارائه شده در یا برای این فرم را به سایر آژانس‌های ایالتی، فدرال و محلی (به عنوان مثال، اداره خدمات اجتماعی شهرستان در شهرستانی که فرد در آن ساکن است)، پیمانکاران و برنامه‌ها فقط برای ثبت نام شما در یک برنامه یا مدیریت برنامه‌ها؛ یا بنابر خواسته قانون به اشتراک بگذارد یا ارائه دهد. در بیشتر موارد، فرد یا افرادی که این اطلاعات به آنها مربوط می‌شود، حق دسترسی به آن را دارند. برای اطلاعات بیشتر یا حصول دسترسی به سوابق حاوی اطلاعات شخصی شما که توسط DHCS نگهداری می‌شود، با HACCP تماس بگیرید.

DHCS مجاز به جمع آوری این اطلاعات بر اساس قانون بودجه 2022 [لایحه مجمع 179] فصل 249، اساسنامه 2022 (می‌باشد. DHCS همچنین مجاز به جمع آوری اطلاعات شخصی و بهداشتی برای مدیریت HACCP و برنامه Medi-Cal است. برای اطلاعات بیشتر در مورد DHCS شیوه‌های حفظ حریم خصوصی، لطفاً <https://www.dhcs.ca.gov/formsandpubs/laws/priv/Documents/Notice-of-Privacy-Practices-English.pdf> و <https://www.dhcs.ca.gov/Pages/Privacy.aspx> را دیدن کنید.

اگر می‌خواهید یک نسخه کاغذی از سیاست حفظ حریم خصوصی و شیوه‌های DHCS حاصل کنید، یا می‌خواهید شکایتی را ثبت کنید، می‌توانید با واحد حفظ حریم خصوصی داده‌های DHCS از طریق پست، ایمیل یا تلفن تماس بگیرید:

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

اعلام حریم خصوصی ارائه شده در اینجا توسط California قانون مدنی 1798.17 الزامی است.

#### اعلامیه و امضا/این الزامی است.

- با امضای خود اعلام می‌کنم آنچه در زیر می‌گویم درست و صحیح است.
- من این درخواست AER HACCP را خوانده‌ام و فهمیده‌ام.
  - اطلاعاتی که ارائه کردم درست، صحیح و کامل است.
  - من می‌فهمم که به منظور تمدید پوشش من باید موارد مربوطه اسناد درآمد اخیر و اسناد طرح سلامت را ارسال کنم.

|       |  |   |
|-------|--|---|
| تاریخ | نسبت به عضو(ها) (خود، والدین یا قیم یا نماینده مجاز) | امضای عضو(اگر حداقل 18 سال سن دارد یا یک کودک خارج از قیمومیت است) یا والدین یا قیم (اگر غیر خارج از قیمومیت است) یا نماینده مجاز |
|-------|--|---|