

Hearing Aid Coverage for Children Program

एन्युअल एलिजिबिलिटी रिव्यू आवेदन

यह जानने के लिए एन्युअल एलिजिबिलिटी रिव्यू (AER) आवेदन पूरा करें कि आप Department of Health Care Services (DHCS) Hearing Aid Coverage for Children Program (HACCP) के लिए योग्य हैं या नहीं।

इस फॉर्म का उपयोग सदस्यों की सहायता के लिए आंतरिक उद्देश्यों से किया जाता है और रिकॉर्ड बनाए रखन के लिए रखा जाता है।

Family Member Number: _____ या HACCP नंबर: _____

1. प्राथमिक संपर्क

DHCS को अधिक जानकारी की आवश्यकता होने की स्थिति में संपर्क करने के लिए, एक वयस्क की सूची दें। यह निम्नलिखित हो सकता है:

- सदस्य (यदि कम से कम 18 वर्ष की आयु का हो या बंधनमुक्त नाबालिग हो)
- सदस्य का माता-पिता या अभिभावक (यदि सदस्य अमुक्त नाबालिग हो)
- अधिकृत प्रतिनिधि (वह व्यक्ति जिसे आप अपना आवेदन देखने और अपनी पात्रता और नामांकन के बारे में अपनी ओर से DHCS से बात करने की अनुमति देते हैं)

नीचे विकल्प A या B भरें। विकल्प B के लिए हस्ताक्षर आवश्यक है।

☐ A) प्राथमिक संपर्क सदस्य या उनका माता-पिता या अभिभावक है:

प्राथमिक संपर्क का नाम (पहला नाम, मध्य नाम, अंतिम नाम)

☐ B) प्राथमिक संपर्क एक अधिकृत प्रतिनिधि है:

अधिकृत प्रतिनिधि का नाम (पहला नाम, मध्य नाम, अंतिम नाम)

पता (नंबर और स्ट्रीट)	शहर	काउंटी	राज्य	ज़िपकोड
-----------------------	-----	--------	-------	---------

हस्ताक्षर करके आप अपने अधिकृत प्रतिनिधि को अपने AER आवेदन पर हस्ताक्षर करने, अपने आवेदन के बारे में आधिकारिक जानकारी प्राप्त करने, और DHCS के साथ होने वाले सभी भविष्य के HACCP मामलों में अपनी ओर से फैसले लेने की अनुमति देते हैं। आप या आपका अधिकृत प्रतिनिधि किसी भी समय उस अधिकृति को बदल सकते हैं या निरस्त कर सकते हैं।

सदस्य का हस्ताक्षर (यदि कम से कम 18 वर्ष की आयु का हो या बंधनमुक्त नाबालिग हो) या माता-पिता या अभिभावक (यदि अमुक्त नाबालिग हो)	सदस्य/सदस्यों के साथ संबंध (स्वयं, माता-पिता, या अभिभावक)	तिथि
--	---	------

2. क्या आपकी संपर्क जानकारी में कोई बदलाव हुआ है? ☐ हां ☐ नहीं

यदि हां, तो नीचे लागू फ़िल्ड्स भरें।

घर का पता (नंबर और स्ट्रीट)

मेलिंग एड्रेस (यदि घर के पता से भिन्न हो)

शहर काउंटी राज्य ज़िप कोड

शहर काउंटी राज्य ज़िप कोड

उपयुक्त संपर्क फ़ोन नंबर

ईमेल

3. HACCP सदस्य

HACCP में नामांकित प्रत्येक बच्चे या 21 वर्ष से कम आयु वाले युवा के लिए नीचे दी गई जानकारी अपडेट करें। (यदि दो से अधिक HACCP सदस्य घर में रहते हैं, तो अलग कागज में अतिरिक्त सदस्यों की सूची दें।)

सदस्य 1: नाम (पहला नाम, मध्य नाम, अंतिम नाम)

क्या इस सदस्य को वर्तमान में **Medi-Cal** प्रोग्राम के जरिए कवरेज प्राप्त है? ☐ हां ☐ नहीं

क्या इस सदस्य के पास वर्तमान में **California Children's Services (CCS)** कार्यक्रम के माध्यम से श्रवण यंत्रों के लिए कवरेज है? ☐ हां ☐ नहीं

क्या इस सदस्य को वर्तमान में निजी स्वास्थ्य बीमा के जरिए कवरेज प्राप्त है? ☐ हां ☐ नहीं
यदि हां, तो कवरेज नोटिस का इनकार या मौजूदा वर्ष का कवरेज प्रमाण (EOC) शामिल करें।

बीमाकर्ता कौन है? _____ प्लान/मेम्बर ID? _____

प्राथमिक बीमित व्यक्ति का नाम? _____ क्या प्लान में श्रवण सहायता शामिल है? ☐ हां ☐ नहीं

सदस्य 2: नाम (पहला नाम, मध्य नाम, अंतिम नाम)

क्या इस सदस्य को वर्तमान में **Medi-Cal** प्रोग्राम के जरिए कवरेज प्राप्त है? ☐ हां ☐ नहीं

क्या इस सदस्य के पास वर्तमान में **CCS** कार्यक्रम के माध्यम से श्रवण यंत्रों के लिए कवरेज है?
☐ हां ☐ नहीं

क्या इस सदस्य को वर्तमान में निजी स्वास्थ्य बीमा के जरिए कवरेज प्राप्त है? ☐ हां ☐ नहीं
यदि हां, तो कवरेज नोटिस का इनकार या मौजूदा वर्ष का EOC शामिल करें।

बीमाकर्ता कौन है? _____ प्लान/मेम्बर ID? _____

प्राथमिक बीमित व्यक्ति का नाम? _____ क्या प्लान में श्रवण सहायता शामिल है? ☐ हां ☐ नहीं

4. घर में रहने वाले परिवार के सदस्यों में कभी कोई बदलाव हुआ है? ☐ हां ☐ नहीं

यदि हां, तो घर में रहने वाले 21 वर्ष से कम उम्र के बच्चों या युवाओं, माता-पिता, सौतेले माता-पिता और 21 वर्ष से कम उम्र के युवाओं के जीवनसाथी, या गर्भवती महिलाओं की बढ़ोतरी, कमी या अपडेट की सूची बनाएं। इसमें चाची, चाचा, भतीजी, भतीजे या दादा-दादी की सूची न बनाएं।

बदलाव	घर के सदस्य का नाम (पहला, मध्य, अंतिम)	जन्म तिथि	सदस्य/सदस्यों के साथ संबंध	क्या यह व्यक्ति अभी योजगार प्राप्त है?
<input type="checkbox"/> शामिल करें <input type="checkbox"/> निकालें <input type="checkbox"/> अपडेट करें			<input type="checkbox"/> माता-पिता <input type="checkbox"/> सौतेला माता-पिता <input type="checkbox"/> बच्चा <input type="checkbox"/> सौतेला बच्चा <input type="checkbox"/> जीवनसाथी <input type="checkbox"/> अन्य _____	<input type="checkbox"/> हां - कृपया नीचे सेक्शन 5 में आय का विवरण डालें। <input type="checkbox"/> नहीं
<input type="checkbox"/> शामिल करें <input type="checkbox"/> निकालें <input type="checkbox"/> अपडेट करें			<input type="checkbox"/> माता-पिता <input type="checkbox"/> सौतेला माता-पिता <input type="checkbox"/> बच्चा <input type="checkbox"/> सौतेला बच्चा <input type="checkbox"/> जीवनसाथी <input type="checkbox"/> अन्य _____	<input type="checkbox"/> हां - कृपया नीचे सेक्शन 5 में आय का विवरण डालें। <input type="checkbox"/> नहीं

5. आय

कृपया घरेलू आय के संबंध में वर्तमान जानकारी प्रदान करें और आय बताने वाले सभी घरेलू सदस्यों के लिए हालिया आय दस्तावेज जमा करें।

आय कमाने वाले घर के सदस्य का नाम	इस आय का स्रोत क्या है? (उदाहरण: नौकरी, स्व-रोजगार, अन्य से होने वाली आमदनी)	सकल आय राशि यदि स्व-रोजगार प्राप्त है, तो शुद्ध आय का उपयोग करें	आय कितनी बार प्राप्त होता है?
		\$	<input type="checkbox"/> साप्ताहिक <input type="checkbox"/> द्वि-साप्ताहिक <input type="checkbox"/> मासिक <input type="checkbox"/> अर्ध-मासिक <input type="checkbox"/> वार्षिक
		\$	<input type="checkbox"/> साप्ताहिक <input type="checkbox"/> द्वि-साप्ताहिक <input type="checkbox"/> मासिक <input type="checkbox"/> अर्ध-मासिक <input type="checkbox"/> वार्षिक

		\$	<input type="checkbox"/> साप्ताहिक <input type="checkbox"/> द्वि-साप्ताहिक <input type="checkbox"/> मासिक	<input type="checkbox"/> अर्ध-मासिक <input type="checkbox"/> वार्षिक
		\$	<input type="checkbox"/> साप्ताहिक <input type="checkbox"/> द्वि-साप्ताहिक <input type="checkbox"/> मासिक	<input type="checkbox"/> अर्ध-मासिक <input type="checkbox"/> वार्षिक

6. कृपया इस फॉर्म को पढ़ें और हस्ताक्षर करें।

गोपनीयता नोटिस

इस फॉर्म का उपयोग नामांकन को आगे बढ़ाने या नवीनीकृत करने के लिए HACCP सदस्य पात्रता निर्धारित करने के लिए किया जाता है। इस फॉर्म पर दी गई और इसके लिए एकत्र की गई व्यक्तिगत और चिकित्सीय जानकारी निजी और गोपनीय है, इसे DHCS द्वारा अनुरोध किया गया है ताकि इस आवेदन पर आपकी और अन्य लोगों की पहचान की जा सके और हमारे कार्यक्रमों को संचालित किया जा सके। DHCS द्वारा इस फॉर्म पर एकत्र की गई कोई भी व्यक्तिगत और स्वास्थ्य जानकारी इंफॉर्मेशन प्रैक्टिसेज एक्ट (IPA), हेथ इश्योरेंस पोर्टेबिलिटी एंड अकाउंटबिलिटी एक्ट (HIPAA), और अन्य राज्य नीति की सीमाओं के अधीन है। DHCS आपकी जानकारी का तब तक उपयोग नहीं करेगा या उसे साझा नहीं करेगा जब तक कि यह आपके द्वारा या उस व्यक्ति द्वारा, जिससे यह संबंधित है, लिखित रूप में अधिकार न दिया गया हो या कानून द्वारा अधिकृत न हो। आपको इस फॉर्म पर अनुरोध की गई सभी जानकारी प्रदान करनी चाहिए और ऐसी व्यक्तिगत जानकारी प्रदान नहीं करनी चाहिए जो अनुरोध न की गई हो। यदि आप अनुरोध की गई सभी जानकारी प्रदान नहीं करते हैं, तो हम HACCP में आपके नामांकन को आगे नहीं बढ़ा सकते या नवीनीकृत नहीं कर सकते। DHCS इस फॉर्म पर दी गई जानकारी या इसके लिए प्रदान की गई कोई भी जानकारी अन्य राज्य, संघीय और स्थानीय एजेंसियों (उदाहरण के लिए, उस काउंटी का सामाजिक सेवा विभाग जिसमें व्यक्ति रहता है), कॉन्ट्रैक्टर्स और कार्यक्रमों को केवल आपको किसी कार्यक्रम में नामांकित करने या कार्यक्रमों का संचालन करने के लिए साझा कर सकता है या प्रदान कर सकता है; या जैसा कि कानून द्वारा अपेक्षित हो। ज्यादातर मामलों में, यह जानकारी जिस व्यक्ति/व्यक्तियों से संबंधित है, उसे इसके उपयोग का अधिकार होता है। अधिक जानकारी के लिए या DHCS द्वारा रखे गए आपकी व्यक्तिगत जानकारी वाले रिकॉर्ड तक पहुंच प्राप्त करने के लिए, HACCP से संपर्क करें।

DHCS 2022 के बजट अधिनियम [असेंबली बिल 179 (अध्याय 249, 2022 के विधान)] के अनुसार यह जानकारी एकत्र करने के लिए अधिकृत है। DHCS HACCP और Medi-Cal प्रोग्राम के संचालन के लिए व्यक्तिगत और स्वास्थ्य जानकारी एकत्र करने के लिए भी अधिकृत है। DHCS की गोपनीयता कार्य-पद्धति के बारे में अधिक जानने के लिए, कृपया

<https://www.dhcs.ca.gov/formsandpubs/laws/priv/Documents/Notice-of-Privacy-Practices-English.pdf>

और <https://www.dhcs.ca.gov/Pages/Privacy.aspx> देखें।

यदि आप DHCS की गोपनीयता नीति और कार्य-व्यवहारों की एक कागजी प्रति लेना चाहते हैं, या शिकायत दर्ज करना चाहते हैं, तो आप मेल, ईमेल या टेलीफोन द्वारा DHCS की डेटा गोपनीयता इकाई से संपर्क कर सकते हैं:

Privacy Office

c/o: Data Privacy Unit

Department of Health Care Services

P.O. Box 997413, MS 4722

Sacramento, CA 95899-7413

ईमेल: incidents@dhcs.ca.gov

टेलिफोन: (916) 445-4646

यहां प्रदान की गई गोपनीयता सूचना California सिविल कोड 1798.17 के अनुसार अनिवार्य है।

DHCS 8470 (HI 04/2024)

घोषणा और हस्ताक्षर यह आवश्यक है।

हस्ताक्षर करके, मैं यह घोषणा करता/करती हूँ कि मैंने जो बातें नीचे कही हैं वह सत्य और सही है।

- मैंने इस HACCP AER आवेदन को पढ़ और समझ लिया है।
- मेरे द्वारा प्रदान की गई जानकारी सत्य, सही और पूर्ण है।
- मैं समझता/समझती हूँ कि मुझे अपना कवरेज नवीकृत करने के लिए मुझे लागू हालिया आय दस्तावेज और स्वास्थ्य योजना दस्तावेज जमा करनी होगी।

सदस्य का हस्ताक्षर (यदि कम से कम 18 वर्ष की आयु का हो या बंधनमुक्त नाबालिग हो) या माता-पिता या अभिभावक (यदि अमुक्त नाबालिग हो) या अधिकृत प्रतिनिधि	सदस्य/सदस्यों के साथ संबंध (स्वयं, माता-पिता, या अभिभावक, या अधिकृत प्रतिनिधि)	तिथि
--	--	------