

Hearing Aid Coverage for Children Program

年次資格審査申請書

この年次資格申請書 (AER) を記入して、Department of Health Care Services (DHCS) Hearing Aid Coverage for Children Program (HACCP) の資格があるかどうかを確認してください。

このフォームは、会員を支援するための内部目的で使用され、記録保持のために保存されます。

Family Member Number: _____ または HACCP 番号: _____

1. 主の連絡先

DHCS がさらに情報を必要とする場合に連絡が可能な大人を 1 人を挙げてください。その方は次のとおりです:

- 会員 (18 歳以上または法的に認められた未成年の場合)
- 会員の親または後見人 (会員が法的に独立していない若者である場合)
- 正式な代理人 (あなたの申請書を閲覧し、あなたの資格と登録について代理で DHCS と話すことを許可した人)

下記のオプション A または B に記入してください。オプション B の場合署名が必要です。

☐ A) 主の連絡先は、会員、その親または後見人です:

主な連絡先の名前 (氏、ミドルネーム、名)

☐ B) 主な連絡先は正式な代理人です:

正式な代理人の名前 (氏、ミドルネーム、名)

住所 (番地) _____ 市 _____ 群 _____ 州 _____ 郵便番号 _____

署名することで、あなたは、正式な代理人があなたの AER 申請書に署名し、あなたの申請書に関する公式情報を入手し、DHCS との今後のすべての HACCP 問題についてあなたに代わって行動することを許可することになります。あなたまたは正式な代理人はいつでもこの権限を変更または取り消すことができます。

会員の署名 (18 歳以上または法的に認められた未成年の場合) または親や後見人 (法的に独立していない若者の場合)

会員との続柄 (自身、親、または後見人)

日付

2. 連絡先情報を変更したことがありますか? ☐ はい ☐ いいえ

はいの場合、下記の該当する欄を記入してください。

自宅住所 (番地)	郵送先住所 (自宅住所と異なる場合)
市 群 州 郵便番号	市 群 州 郵便番号
連絡が取れる電話番号	Eメールアドレス

3. HACCP の会員

HACCP に登録している 21 歳未満の子供または青少年ごとに、以下の情報を更新します。(世帯内に 2 人以上の HACCP の会員がいる場合は、追加の会員を別の用紙にリスト化します。)

会員 1: 名前 (氏、ミドルネーム、名)

この会員は現在 Medi-Cal プログラムによる補償を受けていますか? ☐ はい ☐ いいえ

この会員は現在 California Children's Services (CCS) プログラムによる補聴器の補償に加入していますか? ☐ はい ☐ いいえ

この会員は現在民間の健康保険に加入していますか? ☐ はい ☐ いいえ

はいの場合、対象範囲の拒否通知または今年の対象範囲の証拠を含めてください (EOC)。

保険者は誰ですか? _____ プラン/会員 ID? _____

被保険者は誰ですか? _____

このプランは補聴器を補償していますか? ☐ はい ☐ いいえ

会員 2: 名前 (氏、ミドルネーム、名)

この会員は現在 Medi-Cal プログラムによる補償を受けていますか? ☐ はい ☐ いいえ

この会員は現在 CCS プログラムによる補聴器の補償に加入していますか? ☐ はい ☐ いいえ

この会員は現在民間の健康保険に加入していますか? ☐ はい ☐ いいえ

はいの場合、対象範囲の拒否通知または今年の対象範囲の証拠を含めてください (EOC)。

保険者は誰ですか? _____ プラン/会員 ID? _____

被保険者は誰ですか? _____

このプランは補聴器を補償していますか? ☐ はい ☐ いいえ

4. 住んでいる家族の情報に何か変化はありましたか？ ☐ はい ☐ いいえ

はいの場合、21歳未満の子供や青少年、両親、義理の親、21歳未満の青少年の配偶者、または家に住んでいる妊婦に関する追加、削除、または更新をリストします。叔父、叔母、姪、甥、祖父母は記載しないでください。

変更	世帯員の名前 (氏、ミドルネーム、名)	生年月日	会員との続柄	この方は現在雇用されていますか？
<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 除外 <input type="checkbox"/> 更新			<input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> 義理の親 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 義理の子 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> その他 _____	<input type="checkbox"/> はい – 以下のセクション5で収入の詳細を記入してください。 <input type="checkbox"/> いいえ
<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 除外 <input type="checkbox"/> 更新			<input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> 義理の親 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 義理の子 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> その他 _____	<input type="checkbox"/> はい – 以下のセクション5で収入の詳細を記入してください。 <input type="checkbox"/> いいえ

5. 収入

現在の世帯収入に関する情報を記入し、収入を報告している世帯員全員の最近の収入書類を提出してください。

収入のある世帯員 の名前	この収入源はどこですか？ (例: 仕事、自営業、その他の収入)	総所得金額 (自営業の場合は純利益 を使用してください)	収入が入る頻度はどのくらいですか？
		\$	<input type="checkbox"/> 毎週 <input type="checkbox"/> 半月毎 <input type="checkbox"/> 隔週 <input type="checkbox"/> 毎年 <input type="checkbox"/> 毎月
		\$	<input type="checkbox"/> 毎週 <input type="checkbox"/> 半月毎 <input type="checkbox"/> 隔週 <input type="checkbox"/> 毎年 <input type="checkbox"/> 毎月
		\$	<input type="checkbox"/> 毎週 <input type="checkbox"/> 半月毎 <input type="checkbox"/> 隔週 <input type="checkbox"/> 毎年 <input type="checkbox"/> 毎月
		\$	<input type="checkbox"/> 毎週 <input type="checkbox"/> 半月毎 <input type="checkbox"/> 隔週 <input type="checkbox"/> 毎年 <input type="checkbox"/> 毎月

6. この申請書を読んで署名してください。**プライバシー通知**

この申請書は、HACCP 会員の登録を延長または更新する資格を判断するために使用されます。この申請書上およびこの申請書のために収集される個人情報および医療情報は個人情報であるため、機密情報であり、この申請であなたと他の人々を特定し、プログラムを管理するために DHCS によって要求されます。DHCS によってこの申請書で集められたあらゆる個人情報と医療情報は、情報慣行法 (IPA)、医療保険の相互運用性と説明責任法 (HIPAA)、およびその他の州の政策による制限の対象となります。DHCS は、あなたまたはその情報に関係する個人による書面による許可または法律による許可がない限り、その情報を使用または共有しません。この申請書で要求されたすべての情報を提供する必要がありますが、要求されていない個人情報は提供しないでください。要求された情報をすべてご提供いただけない場合、HACCP への登録を延長または更新することはできません。

DHCS は、この申請書によって提供された情報を他の州、連邦、および地方の機関 (例: 個人が居住する郡の郡社会福祉局など)、契約者、プログラムへの登録またはプログラムの管理のみを目的としたプログラム、または法律に従って共有または提供する場合があります。多くの場合、この情報に関係する個人は、その情報にアクセスする権利を有します。詳細について、または DHCS が管理する個人情報を含む記録へのアクセスについては、HACCP にお問い合わせください。

DHCS は、2022 年予算法 [議会法案 179 (2022 年法令第 249 章)] に従って、この情報を収集する権限を与えられています。DHCS は、HACCP および Medi-Cal プログラムの管理のために個人情報と健康情報を収集する権限も与えられています。DHCS のプライバシー慣行に関する詳細は、<https://www.dhcs.ca.gov/formsandpubs/laws/priv/Documents/Notice-of-Privacy-Practices-English.pdf> と <https://www.dhcs.ca.gov/Pages/Privacy.aspx> をご覧ください。

DHCS の個人情報保護方針と慣行の紙のコピーを入手したい場合、または苦情を申し立てたい場合は、郵便、Eメール、または電話で DHCS のデータ・プライバシー・ユニットにご連絡ください。

Privacy Office

c/o: Data Privacy Unit

Department of Health Care Services

P.O. Box 997413, MS 4722

Sacramento, CA 95899-7413

Eメールアドレス: incidents@dhcs.ca.gov

電話番号: (916) 445-4646

ここで提供されるプライバシーに関する通知は、California 州民法 1798.17 によって義務付けられています。

宣言と署名 これは必須です。

署名することにより、私は以下に述べるのが真実であり、正しいことを宣言します。

- 私はこの HACCPAER の申請書を読み、理解しました。
- 私が提供した情報は真実であり、完全に正しいです。
- 保険を更新するために、該当する最近の収入に関する書類と健康計画に関する書類を提出する必要がありますことを理解しています。

会員の署名 (18 歳以上または法的に認められた未成年の場合) または親や後見人 (法的に独立していない若者の場合)	会員との続柄 (自身、その親、後見人、正式な代理人)	日付
--	----------------------------	----