

**Hearing Aid Coverage for Children Program****연간 자격 심사 신청서**

이 연간 자격 심사 (AER) 신청서를 완성해 아직도 Department of Health Care Services (DHCS) Hearing Aid Coverage for Children Program (HACCP) 자격을 갖추고 있는지 알아보시기 바랍니다.

*이 양식은 회원 지원을 위한 내부 목적에서 사용되며, 기록용으로 보관됩니다.*

Family Member Number: \_\_\_\_\_ 또는 HACCP 번호: \_\_\_\_\_

**1. 주요 연락처**

DHCS 에서 추가로 정보가 필요할 경우, 연락할 수 있는 성인 한 명을 기재해주시기 바랍니다. 이에 해당하는 대상은 다음과 같습니다.

- 회원 (최소 18 세 이상이거나 독립 미성년자인 경우)
- 회원의 부모 또는 보호자 (회원이 미독립 미성년자인 경우)
- 공식 인증 대리인 (귀하의 신청서를 확인하고 귀하의 자격 및 등록에 관해 대리로 DHCS 와 대화할 수 있도록 허용한 사람)

*아래에 옵션 A 또는 B 를 입력해주시기 바랍니다. 옵션 B 에는 반드시 서명을 해야 합니다.*

☐ **A) 주요 연락처는 회원이나 회원의 부모 또는 보호자 정보입니다:**

기본 연락처 대상 이름 (이름, 중간 이름, 성)

☐ **B) 주요 연락처는 공식 인증 대리인 정보입니다.**

공식 인증 대리인 이름 (이름, 중간 이름, 성)

주소 (번호 & 거리)

도시

카운티

주

우편번호

서명을 함으로써 귀하는 공식 인증 대리인이 귀하의 AER 신청서에 서명을 하고 신청서 관련 공식 정보를 확보하며 향후 모든 HACCP 문제에 관해 DHCS 와 귀하를 대신해 처리하는 것을 허용하게 됩니다. 귀하 또는 귀하의 공식 인증 대리인은 이 승인 내용을 언제든지 변경하거나 철회할 수 있습니다.

회원 (최소 18 세 이상이거나 독립 미성년자인 경우) 이나 부모 또는 보호자 (미독립 미성년자인 경우) 서명

회원과의 관계  
(본인, 부모, 또는 보호자)

날짜

**2. 연락처 정보가 변경되었나요?** ☐ 네 ☐ 아니요

*맞는 경우, 아래에서 해당하는 항목을 기재해주시기 바랍니다.*

집주소 (번호 및 거리)				우편 주소 (집주소와 다른 경우)			
도시	카운티	주	우편번호	도시	카운티	주	우편번호
연락 가능한 전화 번호				이메일			

**3. HACCP 회원**

HACCP 에 등록된 모든 아동 또는 21 세 미만의 청소년에 관한 아래의 정보를 업데이트 해주시기 바랍니다. (2 명 이상의 HACCP 회원이 가정에 거주 중인 경우에는 별도의 용지에 추가 회원 내용을 기재해주시기 바랍니다.)

회원 1: 이름 (이름, 중간 이름, 성)

이 회원이 현재 Medi-Cal 프로그램을 통해 보험 혜택을 받고 있나요? ☐ 네 ☐ 아니요

이 회원이 현재 California Children's Services (CCS) 프로그램을 통해 보청기 보험 혜택을 받고 있나요? ☐ 네 ☐ 아니요

이 회원이 현재 개인 건강 보험을 통해 보험 혜택을 받고 있나요? ☐ 네 ☐ 아니요  
맞는 경우, 보장 거부 통지서 또는 현 년도의 Evidence of Coverage (EOC) 를 첨부해주시기 바랍니다.

보험 가입자는 누구인가요? \_\_\_\_\_ 플랜/회원 ID? \_\_\_\_\_

기본 보험 가입자 이름은 무엇인가요? \_\_\_\_\_

플랜에 보청기 혜택이 포함되어 있나요? ☐ 네 ☐ 아니요

회원 2: 이름 (이름, 중간 이름, 성)

이 회원이 현재 Medi-Cal 프로그램을 통해 보험 혜택을 받고 있나요? ☐ 네 ☐ 아니요

이 회원이 현재 CCS 프로그램을 통해 보청기 보험 혜택을 받고 있나요? ☐ 네 ☐ 아니요

이 회원이 현재 개인 건강 보험을 통해 보험 혜택을 받고 있나요? ☐ 네 ☐ 아니요  
맞는 경우, 보장 거부 통지서 또는 올해의 EOC. 를 첨부해주시기 바랍니다.

보험 가입자는 누구인가요? \_\_\_\_\_ 플랜/회원 ID? \_\_\_\_\_

기본 보험 가입자 이름은 무엇인가요? \_\_\_\_\_

플랜에 보청기 혜택이 포함되어 있나요? ☐ 네 ☐ 아니요

**4. 집에 거주하는 가족 구성원에 변화가 있었나요? ☐ 네 ☐ 아니요**

변화가 있는 경우 경우, 아동 또는 21 세 미만의 청소년, 부모, 양부모와 21 세 미만의 청소년 또는 집에 거주하는 임신부에 관한 모든 추가, 삭제 또는 업데이트 내용을 기재해주시기 바랍니다. 이모, 삼촌, 조카나 조부모는 기재할 필요 없습니다.

변경사항	가족 구성원 이름 (이름, 중간 이름, 성)	생년월일	회원과의 관계	이 분은 현재 일을 하고 있나요?
<input type="checkbox"/> 추가 <input type="checkbox"/> 삭제 <input type="checkbox"/> 업데이트			<input type="checkbox"/> 부모 <input type="checkbox"/> 양부모 <input type="checkbox"/> 자식 <input type="checkbox"/> 의붓자식 <input type="checkbox"/> 배우자 <input type="checkbox"/> 기타 _____	<input type="checkbox"/> 네 – 섹션 5 에 소득 세부 내용을 기재해주시기 바랍니다. <input type="checkbox"/> 아니요
<input type="checkbox"/> 추가 <input type="checkbox"/> 삭제 <input type="checkbox"/> 업데이트			<input type="checkbox"/> 부모 <input type="checkbox"/> 양부모 <input type="checkbox"/> 자식 <input type="checkbox"/> 의붓자식 <input type="checkbox"/> 배우자 <input type="checkbox"/> 기타 _____	<input type="checkbox"/> 네 – 섹션 5 에 소득 세부 내용을 기재해주시기 바랍니다. <input type="checkbox"/> 아니요

## 5. 소득

가구 소득에 관한 최신 정보를 입력해주시고 모든 가족 구성원의 신고 소득에 관한 현 소득 관련 서류를 제출해주시기 바랍니다.

소득이 있는 가족 회원 이름	소득의 원천은 어떻게 되나요? (예: 근로소득, 자영업, 기타)	총소득액 (자영업자의 경우, 세후 소득 입력)	소득을 받는 주기는 어떻게 되나요?
		\$	<input type="checkbox"/> 주 1 회 <input type="checkbox"/> 월 2 회 <input type="checkbox"/> 격주로 <input type="checkbox"/> 연 1 회 <input type="checkbox"/> 월 1 회
		\$	<input type="checkbox"/> 주 1 회 <input type="checkbox"/> 월 2 회 <input type="checkbox"/> 격주로 <input type="checkbox"/> 연 1 회 <input type="checkbox"/> 월 1 회
		\$	<input type="checkbox"/> 주 1 회 <input type="checkbox"/> 월 2 회 <input type="checkbox"/> 격주로 <input type="checkbox"/> 연 1 회 <input type="checkbox"/> 월 1 회
		\$	<input type="checkbox"/> 주 1 회 <input type="checkbox"/> 월 2 회 <input type="checkbox"/> 격주로 <input type="checkbox"/> 연 1 회 <input type="checkbox"/> 월 1 회

**6. 해당 양식을 읽고 서명해주시기 바랍니다.****개인 정보 보호 정책**

해당 양식은 등록 연장 또는 갱신을 위한 HACCP 회원 자격 여부를 결정짓는데 사용됩니다. 이 양식에 수집된 개인 및 의료 정보는 비공개 및 기밀 사항이며, 이 신청서에 나와 있는 귀하와 다른 사람들의 신분 확인, 프로그램 관리를 위해 DHCS 에서 요청한 내용입니다. 해당 양식에서 DHCS 를 통해 수집된 모든 개인 및 건강 정보는 정보관행법 (IPA), 건강보험 양도 및 책임법 (HIPAA) 및 기타 주 정책의 제한을 받습니다. DHCS 에서는 귀하나 관련 개인의 자필 또는 법률에 따른 승인이 있지 않는 한 귀하의 정보를 활용하거나 공유하지 않을 것입니다. 귀하는 해당 양식에 필요한 모든 정보를 제공해야 하며, 요청받지 않은 개인 정보는 제공해선 안 됩니다. 요청된 모든 정보를 제공하지 않을 경우에는 HACCP 등록을 연장하거나 갱신할 수 없습니다. DHCS 는 이 양식에 제공된 모든 정보를 귀하의 프로그램 등록이나 프로그램 관리 또는 법률에 따른 목적에서만 다른 주, 연방 및 지방 기관 (예: 개인 거주 카운티의 카운티 사회 서비스 부서), 계약업체, 프로그램에 공유하거나 제공할 수도 있습니다. 대부분의 경우 이 정보에 관련된 개인은 여기에 접속할 수 있는 권한이 있습니다. 좀 더 자세한 정보나 DHCS 에서 보관 중인 귀하의 개인 정보 포함 기록에 접속하고자 한다면, HACCP 로 연락주시기 바랍니다.

DHCS 는 2022 년 예산법 [의회 법안 179 (2022 년 법령, 249 장)] 에 따라 이 정보를 수집할 권한이 있습니다. DHCS 는 또한 HACCP 및 Medi-Cal 프로그램 관리를 위한 개인 및 건강 정보를 수집할 권한이 있습니다. DHCS 의 개인 정보 보호 정책 실행에 관한 더 많은 정보를 원하신다면, <https://www.dhcs.ca.gov/formsandpubs/laws/priv/Documents/Notice-of-Privacy-Practices-English.pdf> 및 <https://www.dhcs.ca.gov/Pages/Privacy.aspx> 를 방문해주시기 바랍니다.

DHCS 개인 정보 보호 정책 및 실행에 관한 사본을 받고 싶거나 불만을 제기하고자 하는 경우에는 우편이나 이메일, 전화를 통해 DHCS 데이터 개인 정보 보호 정책 부서로 연락주시면 됩니다.

**Privacy Office**

c/o: Data Privacy Unit  
Department of Health Care Services  
P.O. Box 997413, MS 4722  
Sacramento, CA 95899-7413

이메일: [incidents@dhcs.ca.gov](mailto:incidents@dhcs.ca.gov)

전화: (916) 445-4646

여기 제공된 개인 정보 보호 정책은 California 민법 1798.17 에 따라 요구됩니다.

**확인 선서 및 서명 이 부분은 필수입니다.**

서명을 통해, 아래 언급한 내용이 사실이며 올바른 정보임을 확인합니다.

- 이 HACCP AER 신청서를 읽고보고 이해했습니다.
- 제공된 정보는 사실이며 올바르고 완전한 정보입니다.
- 해당하는 최근 소득 서류 및 건강 플랜 서류를 보험 혜택 갱신을 위해 제출해야 한다는 사실을 이해했습니다.

회원 서명 (최소 18 세 이상이거나 독립 미성년자인 경우) 이나 부모, 보호자 (미독립 미성년자인 경우) 또는 공식 인증 대리인	회원과의 관계 (본인, 부모나 보호자, 또는 공식 인증 대리인)	날짜
--	-------------------------------------	----