

Hearing Aid Coverage for Children Program**Заявка на Ежегодную проверку соответствия требованиям**

Заполните эту заявку Ежегодной проверки соответствия требованиям (AER) чтобы узнать, соответствуете ли вы требованиям Department of Health Care Services (DHCS) Hearing Aid Coverage for Children Program (HACCP).

Эта форма используется для внутренних целей, чтобы помочь участникам и сохраняется для ведения учета.

Family Member Number: _____ или Номер(а) HACCP: _____

1. Основной контакт

Укажите одного взрослого, с которым можно связаться, если DHCS потребуются дополнительная информация. Это может быть:

- Участник (если ему не менее 18 лет или он эмансипированный несовершеннолетний)
- Родитель или опекун участника (если участник является неземансипированным несовершеннолетним)
- Уполномоченный представитель (лицо, которому Вы разрешаете просматривать Ваше заявление и разговаривать с DHCS от Вашего имени по поводу Вашего права на участие и зачисления в программу)

Заполните вариант А или В, приведенный ниже. Для варианта В требуется подпись.

А) Основной контакт - сам участник или его родитель или опекун:

Имя основного контакта *(имя, среднее имя, фамилия)*

В) Основной контакт - уполномоченный представитель:

Имя уполномоченного представителя *(имя, среднее имя, фамилия)*

Адрес *(номер и улица)* Город Округ Штат Почтовый индекс

Подписывая документ, Вы разрешаете своему уполномоченному представителю подписывать вашу заявку AER, получать официальную информацию о Вашей заявке и действовать от Вашего имени по всем будущим вопросам HACCP в DHCS. Вы или Ваш уполномоченный представитель можете изменить или отменить это разрешение в любое время.

Подпись участника *(если ему не менее 18 лет или он эмансипированный несовершеннолетний)* **или родителя или опекуна** *(если он неземансипированный несовершеннолетний)*

Отношение к участнику(ам)
(лично, родитель или опекун)

Дата

2. Были ли какие-либо изменения в вашей контактной информации? Да Нет*Если да, заполните соответствующее поле(я) ниже.*

Домашний адрес (номер и улица)				Почтовый адрес (если он отличается от домашнего адреса)			
Город	Округ	Штат	Почтовый индекс	Город	Округ	Штат	Почтовый индекс
Лучший контактный номер телефона				Электронная почта			

3. НАССР Участник(и)

Обновите приведенную ниже информацию о каждом ребенке или молодом человеке в возрасте до 21 года, зачисленном в НАССР. (Если в домохозяйстве проживает более двух участников НАССР, перечислите дополнительных участников на отдельном листе бумаги.)

Участник 1: Имя (имя, среднее имя, фамилия)**Имеет ли этот участник в настоящее время страховку по программе Medi-Cal?** Да Нет**Имеет ли этот участник в настоящее время страховку на слуховые аппараты по программе California Children's Services (CCS)?** Да Нет**Имеет ли этот участник в настоящее время страховку по частному медицинскому страхованию?** Да Нет*Если да, приложите уведомление об отказе в страховом покрытии или свидетельство о страховом покрытии за текущий год (EOC).*

Кто страховщик? _____ План/ID участника? _____

Имя основного застрахованного? _____

Покрывает ли план слуховые аппараты? Да Нет**Участник 2: Имя** (имя, среднее имя, фамилия)**Имеет ли этот участник в настоящее время страховку по программе Medi-Cal?** Да Нет**Имеет ли этот участник в настоящее время страховку на слуховые аппараты по программе CCS?** Да Нет**Имеет ли этот участник в настоящее время страховку по частному медицинскому страхованию?** Да Нет*Если да, приложите уведомление об отказе в страховом покрытии или EOC за текущий год.*

Кто страховщик? _____ План/ID участника? _____

Имя основного застрахованного? _____

Покрывает ли план слуховые аппараты? Да Нет

4. Произошли ли какие-либо изменения в составе семьи, проживающей в доме?

Да Нет

Если да, укажите все добавления, удаления или изменения, касающиеся детей или молодежи в возрасте до 21 года, родителей, сводных родителей и супругов молодежи в возрасте до 21 года, а также беременных, проживающих в доме. Не указывайте тетушек, дядюшек, племянников, племянниц, бабушек и дедушек.

Изменение	Имя члена домохозяйства (имя, среднее имя, фамилия)	Дата рождения	Отношения к участнику(ам)	Работает ли этот человек в настоящее время?
<input type="checkbox"/> Добавить <input type="checkbox"/> Удалить <input type="checkbox"/> Обновить			<input type="checkbox"/> Родитель <input type="checkbox"/> Сводный родитель <input type="checkbox"/> Ребенок <input type="checkbox"/> Приемный ребенок <input type="checkbox"/> Супруг(а) <input type="checkbox"/> Другое _____	<input type="checkbox"/> Да – Пожалуйста, укажите сведения о доходах ниже, в разделе 5. <input type="checkbox"/> Нет
<input type="checkbox"/> Добавить <input type="checkbox"/> Удалить <input type="checkbox"/> Обновить			<input type="checkbox"/> Родитель <input type="checkbox"/> Сводный родитель <input type="checkbox"/> Ребенок <input type="checkbox"/> Приемный ребенок <input type="checkbox"/> Супруг(а) <input type="checkbox"/> Другое _____	<input type="checkbox"/> Да – Пожалуйста, укажите сведения о доходах ниже, в разделе 5. <input type="checkbox"/> Нет

5. Доход

Пожалуйста, предоставьте актуальную информацию о доходах домохозяйства и представьте последние документы о доходах всех членов домохозяйства, указывающих доходы.

Имя члена домохозяйства с доходом	Каков источник этого дохода? (Пример: Заработок от работы, самозанятости, прочее)	Сумма валового дохода (Если работает на себя, используйте чистый доход)	Как часто поступает доход?
		\$	<input type="checkbox"/> Еженедельно <input type="checkbox"/> Два раза в месяц <input type="checkbox"/> Каждые две недели <input type="checkbox"/> Ежегодно <input type="checkbox"/> Ежемесячно
		\$	<input type="checkbox"/> Еженедельно <input type="checkbox"/> Два раза в месяц <input type="checkbox"/> Каждые две недели <input type="checkbox"/> Ежегодно <input type="checkbox"/> Ежемесячно
		\$	<input type="checkbox"/> Еженедельно <input type="checkbox"/> Два раза в месяц <input type="checkbox"/> Каждые две недели <input type="checkbox"/> Ежегодно <input type="checkbox"/> Ежемесячно
		\$	<input type="checkbox"/> Еженедельно <input type="checkbox"/> Два раза в месяц <input type="checkbox"/> Каждые две недели <input type="checkbox"/> Ежегодно <input type="checkbox"/> Ежемесячно

6. Пожалуйста, прочитайте и подпишите эту форму.**Уведомление о конфиденциальности**

Эта форма используется для определения права участника программы НАССР на продление или возобновление регистрации. Личная и медицинская информация, собранная в этой форме и для этой формы, является частной и конфиденциальной и запрашивается DHCS для идентификации Вас и других лиц, указанных в этом заявлении, и для управления нашими программами. Любая личная и медицинская информация, собранная DHCS в этой форме, подлежит ограничениям, предусмотренным Законом об информационной практике (IPA), Законом о переносимости и подотчетности медицинского страхования (HIPAA) и другими правилами штата. DHCS не будет использовать или передавать Вашу информацию без Вашего письменного разрешения или разрешения лица, к которому она относится, или в соответствии с законом. Вы должны предоставить всю информацию, запрашиваемую в этой форме, и не должны предоставлять личную информацию, которая не запрашивается. Если Вы не предоставите всю запрашиваемую информацию, мы не сможем продлить или возобновить Ваше участие в программе НАССР. DHCS может передавать или предоставлять любую информацию, указанную в данной форме, другим государственным, федеральным и местным агентствам (например, окружному департаменту социальных служб округа, в котором проживает человек), подрядчикам и программам только для того, чтобы зачислить Вас в программу или управлять программами; или в соответствии с требованиями закона. В большинстве случаев лицо (лица), к которому относится эта информация, имеет право на доступ к ней. Для получения дополнительной информации или доступа к записям, содержащим Вашу личную информацию, которые хранятся в DHCS, обращайтесь в НАССР.

DHCS имеет право собирать эту информацию в соответствии с Законом о бюджете 2022 года [Закон Ассамблеи 179 (Глава 249, Статуты 2022 года)]. DHCS также имеет право собирать личную и медицинскую информацию для управления программой НАССР и программой Medi-Cal. Более подробную информацию о практике конфиденциальности DHCS' можно найти на сайтах <https://www.dhcs.ca.gov/formsandpubs/laws/priv/Documents/Notice-of-Privacy-Practices-English.pdf> и <https://www.dhcs.ca.gov/Pages/Privacy.aspx>.

Если Вы хотите получить бумажную копию политики и практики конфиденциальности DHCS' или подать жалобу, Вы можете связаться с отделом конфиденциальности данных DHCS' по почте, электронной почте или телефону:

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

Уведомление о конфиденциальности, представленное здесь, требуется в соответствии с Гражданским кодексом California 1798.17.

Заявление и подпись *Это обязательно.*

Подписывая заявление, я заявляю, что все, что я говорю ниже, верно и правильно.

- Я прочитал и понял данное Заявление НАССР AER.
- Предоставленная мною информация является верной, правильной и полной.
- Я понимаю, что для продления страховки мне необходимо предоставить соответствующие последние документы о доходах и документы медицинского плана.

Подпись участника *(если ему не менее 18 лет или он эмансипированный несовершеннолетний)* **или родителя или опекуна** *(если он не эмансипированный несовершеннолетний)* **или уполномоченный представитель**

Отношение к участнику(ам) *(лично, родитель или опекун, или уполномоченный представитель)*

Дата