

# Hearing Aid Coverage for Children Program

## ใบสมัครทบทวนคุณสมบัติประจำปี

กรุณารอกใบสมัครทบทวนคุณสมบัติประจำปีนี้ให้ครบถ้วน (AER) เพื่อให้ทราบว่า你还คงมีคุณสมบัติสำหรับ Department of Health Care Services (DHCS) Hearing Aid Coverage for Children Program (HACCP)

แบบฟอร์มนี้ใช้สำหรับวัตถุประสงค์ภายในองค์กรเพื่อช่วยเหลือสมาชิกและเก็บไว้เป็นบันทึกเพื่อกิจกรรมขององค์กร

Family Member Number: \_\_\_\_\_ หรือ HACCP ตัวเลข: \_\_\_\_\_

### 1. ผู้ติดต่อหลัก

กรุณาระบุผู้ใหญ่นักหนึ่งคนเพื่อติดต่อหาก DHCS ต้องการข้อมูลเพิ่มเติม โดยที่:

- สมาชิก (ถ้าหากมีอายุอย่างน้อย 18 ปีหรือเป็นผู้เยาว์ที่ไม่มีผู้ปกครอง)
- ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลของสมาชิก (ถ้าหากว่าสมาชิกเป็นผู้เยาว์ที่มีผู้ปกครอง)
- ผู้แทนที่ได้รับมอบอำนาจ (บุคคลที่คุณอนุญาตให้ดูใบสมัครของคุณและพูดคุยกับ DHCS

ในนามของคุณเกี่ยวกับคุณสมบัติและการลงทะเบียนของคุณ) กรุณาเลือกตัวเลือก A หรือ B ด้านล่าง โดยตัวเลือก B ต้องมีลายเซ็นที่

☐ A) ผู้ติดต่อหลักเป็นสมาชิกหรือเป็นผู้ปกครอง หรือเป็นผู้ดูแลของสมาชิก:

ชื่อของผู้ติดต่อหลัก (ชื่อ, ชื่อกลาง, นามสกุล)

☐ B) ผู้ติดต่อหลักเป็นผู้แทนที่ได้รับมอบหมาย:

ชื่อของผู้แทนที่ได้รับมอบหมาย (ชื่อ, ชื่อกลาง, นามสกุล)

ที่อยู่ (เลขที่และถนน)

เมือง

เขต

รัฐ

รหัสไปรษณีย์

เมื่อลงลายมือชื่อ จะถือว่าคุณได้ยินยอมให้ผู้แทนที่ได้รับมอบอำนาจลงลายมือชื่อให้ในใบสมัคร AER รวมถึงข้อมูลในการสมัครของคุณและดำเนินการแทนคุณสำหรับเรื่องที่เกี่ยวข้องกับ HACCP ของ DHCS คุณหรือผู้แทนที่ได้รับมอบอำนาจสามารถเปลี่ยนแปลงหรือยกเลิกการมอบอำนาจนี้ได้ทุกเมื่อ

ลายเซ็นของสมาชิก (ถ้าหากมีอายุอย่างน้อย 18 ปี หรือเป็นผู้เยาว์ที่ไม่มีผู้ปกครอง) หรือ ผู้ปกครองหรือผู้ดูแล (หากเป็นผู้เยาว์ที่มีผู้ปกครอง)

ความสัมพันธ์ต่อสมาชิก (ตนเอง พ่อแม่หรือผู้ปกครอง)

วันที่

### 2. เคยมีการเปลี่ยนแปลงข้อมูลการติดต่อของคุณใช่หรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่

หาก ใช่ กรุณารอกข้อมูลในช่องที่เกี่ยวข้องด้านล่าง

ที่อยู่บ้าน (เลขที่และถนน)

ที่อยู่สำหรับส่งจดหมาย (หากแตกต่างจากที่อยู่บ้าน)

เมือง

เขต

รัฐ

รหัสไปรษณีย์

เมือง

เขต

รัฐ

รหัสไปรษณีย์

|                               |       |
|-------------------------------|-------|
| เบอร์มือถือที่สามารถติดต่อได้ | อีเมล |
|-------------------------------|-------|

3. HACCP สมาชิก

อัปเดตข้อมูลของเด็กหรือเยาวชนที่อายุต่ำกว่า 21 ซึ่งได้ลงทะเบียนใน HACCP ที่ด้านล่าง (หากมีสมาชิกของ HACCP มากกว่าสองคนอยู่ในครอบครัวให้กรอกเพิ่มสมาชิกเพิ่มเติมบนหน้ากระดาษที่ต่างกัน)

สมาชิก 1: ชื่อ (ชื่อ, ชื่อกลาง, นามสกุล)

สมาชิกมีสิทธิความคุ้มครองผ่านโปรแกรม Medi-Cal ในตอนนี้อยู่หรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่

สมาชิกมีสิทธิความคุ้มครองสำหรับเครื่องช่วยฟังผ่านโปรแกรม California Children’s Services (CCS) อยู่หรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่

สมาชิกมีสิทธิความคุ้มครองผ่านประกันสุขภาพส่วนตัวอยู่หรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่

ถ้าใช่ให้แสดงหนังสือปฏิเสธความคุ้มครองหรือหลักฐานการคุ้มครองปัจจุบัน (EOC)

ผู้ให้ประกันภัยเป็นใคร \_\_\_\_\_ แผน/สมาชิก ID อะไร \_\_\_\_\_

ชื่อผู้เอาประกันภัยหลักหลักคือใคร \_\_\_\_\_

แผนการคุ้มครองครอบคลุมถึงเครื่องช่วยฟังหรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่

สมาชิก 2: ชื่อ (ชื่อ, ชื่อกลาง, นามสกุล)

สมาชิกมีสิทธิความคุ้มครองผ่านโปรแกรม Medi-Cal ในตอนนี้อยู่หรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่

สมาชิกมีสิทธิความคุ้มครองสำหรับเครื่องช่วยฟังผ่านโปรแกรม CCS อยู่หรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่

สมาชิกมีสิทธิความคุ้มครองผ่านประกันสุขภาพส่วนตัวอยู่หรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่

ถ้าใช่ให้แสดงหนังสือปฏิเสธความคุ้มครองหรือหลักฐานการคุ้มครองของปัจจุบัน EOC

ผู้ให้ประกันภัยเป็นใคร \_\_\_\_\_ แผน/สมาชิก ID อะไร \_\_\_\_\_

ชื่อผู้เอาประกันภัยหลักคือใคร \_\_\_\_\_

แผนการคุ้มครองครอบคลุมถึงเครื่องช่วยฟังหรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่

4. เคยมีการเปลี่ยนแปลงใดๆกับสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่ในบ้านหรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่

หากมีการระบุการเพิ่มเติม การลบ หรือการอัปเดตข้อมูลของเด็กหรือเยาวชนที่อายุต่ำกว่า 21 ปี บิดาและมารดา บิดาและมารดาบุญธรรม และคู่สมรสของเยาวชนที่อายุต่ำกว่า 21 ปีหรือบุคคลที่ซึ่งตั้งครรภ์และอาศัยอยู่ในบ้าน ครัวเรือน อนุบาล อนุบาล และหลานสาวและหลานชายรวมถึงญาติสายตรง

| การเปลี่ยนแปลง                                                                                   | รายชื่อสมาชิกภายในครัวเรือน (ชื่อ ชื่อกลาง ชื่อจริง) | วันเกิด | ความสัมพันธ์ต่อสมาชิก                                                                                                                                                                                                             | บุคคลนี้ได้รับการว่าจ้างอยู่หรือไม่                                                                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> เพิ่ม<br><input type="checkbox"/> ลบ<br><input type="checkbox"/> อัปเดต |                                                      |         | <input type="checkbox"/> พ่อแม่<br><input type="checkbox"/> พ่อแม่บุญธรรม<br><input type="checkbox"/> บุตร<br><input type="checkbox"/> บุตรบุญธรรม<br><input type="checkbox"/> คู่สมรส<br><input type="checkbox"/> อื่นๆ<br>_____ | <input type="checkbox"/> ใช่ – โปรดรวบรวมรายละเอียดเกี่ยวกับรายได้ไว้ด้านล่างในส่วนที่ 5<br><input type="checkbox"/> ไม่ |

|                                                                                                  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> เพิ่ม<br><input type="checkbox"/> ลบ<br><input type="checkbox"/> อัปเดต |  |  | <input type="checkbox"/> พ่อแม่<br><input type="checkbox"/> พ่อแม่บุญธรรม<br><input type="checkbox"/> บุตร<br><input type="checkbox"/> บุตรบุญธรรม<br><input type="checkbox"/> คู่สมรส<br><input type="checkbox"/> อื่นๆ<br>_____ | <input type="checkbox"/> ใช่ – โปรดรวบรวมรายละเอียดเกี่ยวกับรายได้ไว้ที่ด้านล่างในส่วนที่ 5<br><br><input type="checkbox"/> ไม่ |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

5. รายได้

กรุณาระบุข้อมูลเกี่ยวกับรายได้ภายในครัวเรือนในปัจจุบันและส่งเอกสารรายได้ล่าสุดสำหรับสมาชิกในครัวเรือนทั้งหมดที่มีรายได้

| รายชื่อสมาชิกครอบครัวที่มีรายได้ | แหล่งรายได้มาจากที่ใด (ตัวอย่าง: รายได้จากการว่าจ้างงานอาชีพอิสระอื่นๆ) | จำนวนรายได้ทั้งหมด (หากเป็นอาชีพอิสระให้ใช้รายได้สุทธิ) | ความถี่ของการรับรายได้เป็นอย่างไ ร                                                                                                                                                       |
|----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                  |                                                                         | \$                                                      | <input type="checkbox"/> รายสัปดาห์ <input type="checkbox"/> รายครึ่งเดือน<br><input type="checkbox"/> รายสองสัปดาห์ <input type="checkbox"/> รายปี<br><input type="checkbox"/> รายเดือน |
|                                  |                                                                         | \$                                                      | <input type="checkbox"/> รายสัปดาห์ <input type="checkbox"/> รายครึ่งเดือน<br><input type="checkbox"/> รายสองสัปดาห์ <input type="checkbox"/> รายปี<br><input type="checkbox"/> รายเดือน |
|                                  |                                                                         | \$                                                      | <input type="checkbox"/> รายสัปดาห์ <input type="checkbox"/> รายครึ่งเดือน<br><input type="checkbox"/> รายสองสัปดาห์ <input type="checkbox"/> รายปี<br><input type="checkbox"/> รายเดือน |
|                                  |                                                                         | \$                                                      | <input type="checkbox"/> รายสัปดาห์ <input type="checkbox"/> รายครึ่งเดือน<br><input type="checkbox"/> รายสองสัปดาห์ <input type="checkbox"/> รายปี<br><input type="checkbox"/> รายเดือน |

6. โปรดอ่านและลงนามในแบบฟอร์มนี้

หนังสือแจ้งเรื่องความเป็นส่วนตัว

แบบฟอร์มนี้ใช้เพื่อพิจารณาคุณสมบัติการเป็นสมาชิกของ HACCP เพื่อต่ออายุหรือทำการสมัครใหม่อีกครั้ง ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางการแพทย์ที่จัดเก็บหรือมีเพื่อกรอกแบบฟอร์มนี้เป็นเอกสารส่วนบุคคลและเป็นเอกสารลับซึ่ง DHCS ได้ขอเพื่อระบุตัวตนของคุณและคนอื่นๆในใบสมัครนี้และเพื่อบริหารจัดการโปรแกรมของเรา ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านสุขภาพที่ DHCS เก็บข้อมูลนี้จะอยู่ภายใต้ข้อกำหนดในรัฐบัญญัติการจ้ ดกระทำ ข้อมูล (IPA) รัฐบัญญัติว่าด้วยการเคลื่อนย้ายและความรับผิดชอบในการประกันสุขภาพ (HIPAA) และนโยบายอื่นๆของรัฐ DHCS จะไม่ใช่หรือแบ่งปันข้อมูลใดๆยกเว้นหากคุณอนุญาต หรือโดยบุคคลที่เกี่ยวข้องที่ระ บูไว้ อย่างเป็นลายลักษณ์อักษรหรือมีอำนาจตามกฎหมายคุณจะต้องให้ข้อมูลทั้งหมดที่แบบฟอร์มนี้สอบถาม และไม่คว รให้ข้อมูลส่วนบุคคลที่ไม่ได้ขอ หากคุณไม่ให้ข้อมูลที่ขออย่างครบถ้วนเราจะไม่สามารถต่ออายุหรือ ทำการ ส ะ มั ครีให้คุณใหม่ได้ใน HACCP ทั้งนี้ DHCS อาจแบ่งปันหรือให้ข้อมูลที่ถูกระบุในแบบฟอร์มนี้ไปยังรัฐ รัฐบาลกล างและหน่วยงานท้องถิ่นอื่นๆ (เช่นสำนักงานเขตงานบริการสังคมในเขตที่บุคคลนั้นอาศัย)

ผู้ให้บริการและ โปรแกรมต่างๆเพื่อลงทะเบียนคุณในโปรแกรมหรือเพื่อจัดการโปรแกรมเท่านั้น หรือดำเนินการตามที่ถูกกฎหมาย กำหนดในกรณีส่วนใหญ่ บุคคลที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลเหล่านี้จะมีสิทธิ์เข้าถึงข้อมูลดังกล่าว สำหรับข้อมูล เพิ่มเติมหรือเพื่อรับการเข้าถึงบันทึกที่มีข้อมูลส่วนตัวของคุณที่ DHCS เก็บรักษาไว้ โปรดติดต่อ HACCP

DHCS ได้รับมอบอำนาจให้เก็บข้อมูลนี้ตามรัฐบัญญัติงบประมาณ 2022 [ร่างกฎหมายสมัชชา 179] (หมวด 249 กฎหมายปี 2022) DHCS ได้รับมอบอำนาจให้เก็บข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพเพื่อการบริหารงานของ โปรแกรม HACCP และ Medi-Cal สำหรับข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดำเนินการของ DHCS กับข้อมูลส่วนตัว โปรดเยี่ยมชม <https://www.dhcs.ca.gov/formsandpubs/laws/priv/Documents/Notice-of-Privacy-Practices-English.pdf> และ <https://www.dhcs.ca.gov/Pages/Privacy.aspx>

หากคุณต้องการรับหนังสือแจ้งนโยบายและการดำเนินการเกี่ยวกับความเป็นส่วนตัวในรูปของเอกสาร หรือต้องการยื่นขอเรียกร้องคุณสามารถติดต่อหน่วยงานความเป็นส่วนตัวของข้อมูลของ DHCS ได้ ทางจดหมาย อีเมลหรือโทรศัพท์

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

หนังสือแจ้งเรื่องความเป็นส่วนตัวที่ให้เป็นไปตามขอกหนดของประมวลกฎหมายแพ่งแห่งรัฐ California 1798.1

การรับรองและลายเซ็น จำเป็นต้องมี

- เมื่อลงนามแล้ว ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลที่ระบุด้านล่างถูกต้องและเป็นความจริง
- ข้าพเจ้าได้อ่านและทำความเข้าใจใบสมัคร HACCP AER ฉบับนี้
  - ข้อมูลที่ให้ไว้เป็นข้อมูลที่เป็นความจริง ถูกต้องและสมบูรณ์
  - ข้าพเจ้าเข้าใจว่าข้าพเจ้าจะต้องส่งเอกสารรายได้ล่าสุดและเอกสารแผนการประกันสุขภาพเพื่อต่ออายุความคุ้มครองของฉัน

|                                                                                                                                                                         |                                                                             |        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|--------|
| ลายเซ็นสมาชิก (ถ้าหากมีอายุอย่างน้อย 18 ปี หรือเป็นผู้เยาว์ที่ไม่มีผู้ปกครอง)<br>รองหรือพ่อแม่หรือผู้ปกครอง (หากเป็นผู้เยาว์ที่มีผู้ปกครอง) หรือตัวแทนที่ได้รับมอบอำนาจ | ความสัมพันธ์กับสมาชิก (ตนเองพ่อแม่หรือผู้ปกครองหรือตัวแทนที่ได้รับมอบอำนาจ) | วันที่ |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|--------|