

Đơn Đăng Ký Đánh Giá Tính Đủ Điều Kiện

Hearing Aid Coverage for Children Program

Hoàn thành Đơn Đăng Ký Đánh Giá Tính Đủ Điều Kiện Hàng Năm (AER) này để xác định xem bạn có còn đủ điều kiện để tham gia Department of Health Care Services (DHCS) Hearing Aid Coverage for Children Program (HACCP).

Biểu mẫu này được sử dụng để phục vụ cho các mục đích nội bộ nhằm hỗ trợ các thành viên và lưu giữ làm hồ sơ.

Family Member Number: _____ hoặc (các) số HACCP: _____

1. Người Liên Hệ Chính

Ghi ra một người trưởng thành để liên hệ trong trường hợp DHCS cần thêm thông tin. Người này có thể là:

- Thành viên (nếu ít nhất là 18 tuổi hoặc người vị thành niên được giải phóng)
- Phụ huynh hoặc người giám hộ của thành viên (nếu thành viên là người vị thành niên chưa được giải phóng)
- Người đại diện được ủy quyền (người mà bạn cho phép xem đơn đăng ký của bạn và thay mặt bạn nói chuyện với DHCS về tính đủ điều kiện và việc đăng ký của bạn)

Điền vào Tùy Chọn A hoặc B, bên dưới. Tùy Chọn B cần phải có chữ ký.

☐ **A) Người liên hệ chính là thành viên hoặc phụ huynh hoặc người giám hộ của họ:**

Tên của người liên hệ chính (*tên, tên lót, họ*)

☐ **B) Người liên hệ chính là người đại diện được ủy quyền:**

Tên của người đại diện được ủy quyền (*tên, tên lót, họ*)

Địa chỉ (<i>số & đường</i>)	Thành Phố	Quận	Bang	Mã Zip
-----------------------------------	-----------	------	------	--------

Thông qua hành động ký tên, bạn chính thức cho phép người đại diện được ủy quyền ký vào Đơn Đăng Ký AER của bạn, lấy thông tin chính thức về việc đăng ký của bạn và thay mặt bạn hành động trong mọi vấn đề HACCP trong tương lai với DHCS. Bạn hoặc người đại diện được ủy quyền của bạn có thể thay đổi hoặc hủy sự ủy quyền này vào bất cứ lúc nào.

Chữ ký của thành viên (*nếu tối thiểu là 18 tuổi hoặc là một người vị thành niên được giải phóng*)
hoặc phụ huynh hoặc người giám hộ (*nếu là người vị thành niên chưa được giải phóng*)

Mối quan hệ với (các) thành viên (*bản thân, phụ huynh hoặc người giám hộ*)

Ngày

2. Có bất kỳ thay đổi nào trong thông tin liên hệ của bạn hay không? ☐ Có ☐ Không

Nếu có, hãy điền vào (các) trường thích hợp bên dưới.

Địa Chỉ Nhà (*số và đường*)

Địa Chỉ Gửi Thư (*Nếu khác với Địa Chỉ Nhà*)

Thành Phố	Quận	Bang	Mã Zip
-----------	------	------	--------

Thành Phố	Quận	Bang	Mã Zip
-----------	------	------	--------

3. (Các) Thành Viên HACCP

Cập nhật thông tin bên dưới cho từng trẻ hoặc thanh niên dưới 21 tuổi có đăng ký vào HACCP.
(Nếu có hơn hai thành viên HACCP sống trong hộ gia đình, hãy liệt kê thêm các thành viên bổ sung trên một tờ giấy riêng.)

Thành Viên 1: Tên (*tên, tên lót, họ*)

Thành viên này có đang có bảo hiểm thông qua chương trình Medi-Cal không? ☐ Có ☐ Không

Thành viên này có đang có bảo hiểm dành cho các thiết bị trợ thính thông qua chương trình California Children's Services (CCS)? ☐ Có ☐ Không

Thành viên này có đang có bảo hiểm thông qua bảo hiểm sức khỏe tư nhân không?

☐ Có ☐ Không

Nếu có, hãy đính kèm một thông báo từ chối bảo hiểm hoặc Bằng Chứng Bảo Hiểm (EOC) của năm hiện tại.

Công ty cung cấp bảo hiểm? _____ ID Kế Hoạch/Thành Viên? _____

Tên Người Được Bảo Hiểm Chính? _____

Kế hoạch có bảo hiểm các thiết bị trợ thính không? ☐ Có ☐ Không

Thành Viên 2: Tên (*tên, tên lót, họ*)

Thành viên này có đang có bảo hiểm thông qua chương trình Medi-Cal không? ☐ Có ☐ Không

Thành viên này có đang có bảo hiểm dành cho các thiết bị trợ thính thông qua chương trình CCS không? ☐ Có ☐ Không

Thành viên này có đang có bảo hiểm thông qua bảo hiểm sức khỏe tư nhân không?

☐ Có ☐ Không

Nếu có, hãy đính kèm một thông báo từ chối bảo hiểm hoặc EOC của năm hiện tại.

Công ty cung cấp bảo hiểm? _____ ID Kế Hoạch/Thành Viên? _____

Tên Người Được Bảo Hiểm Chính? _____

Kế hoạch có bảo hiểm các thiết bị trợ thính không? ☐ Có ☐ Không

4. Có bất kỳ thay đổi nào đối với các thành viên trong gia đình đang sống trong nhà không?

☐ Có ☐ Không

Nếu có, hãy liệt kê bất kỳ bổ sung, dọn đi hoặc thông tin cập nhật mới về con cái hoặc thanh niên dưới 21 tuổi, phụ huynh, cha mẹ kế và vợ/chồng của thanh niên dưới 21 tuổi hoặc các cá nhân mang thai đang sống trong nhà. Không liệt kê cô dì, cậu chú, cháu trai, cháu gái hoặc ông bà.

Thay Đổi	Tên của Thành Viên Hộ Gia Đình (<i>tên, tên lót, họ</i>)	Ngày Sinh	Mối Quan Hệ với (Các) Thành Viên	Người này có đang có việc làm không?
☐ Thêm ☐ Loại bỏ ☐ Cập nhật thông tin			☐ Cha/mẹ ☐ Cha/mẹ kế ☐ Con ☐ Con riêng ☐ Vợ/chồng ☐ Khác _____	☐ Có – <i>Vui lòng cung cấp thông tin chi tiết về thu nhập tại Mục 5 bên dưới.</i> ☐ Không
☐ Thêm ☐ Loại bỏ ☐ Cập nhật thông tin			☐ Cha/mẹ ☐ Cha/mẹ kế ☐ Con ☐ Con riêng ☐ Vợ/chồng ☐ Khác _____	☐ Có – <i>Vui lòng cung cấp thông tin chi tiết về thu nhập tại Mục 5 bên dưới.</i> ☐ Không

5. Thu Nhập

Vui lòng cung cấp thông tin hiện tại liên quan đến thu nhập hộ gia đình và gửi kèm tài liệu chứng minh thu nhập đối với tất cả các thành viên hộ gia đình đang báo cáo thu nhập.

Tên của thành viên hộ gia đình có thu nhập	Nguồn của thu nhập này là gì? (<i>Ví dụ: Thu nhập đến từ công việc, tự doanh, khác</i>)	Tổng Thu Nhập (<i>Nếu tự doanh, hãy sử dụng thu nhập ròng</i>)	Tần suất nhận thu nhập như thế nào?
		\$	☐ Hàng tuần ☐ Hai tuần một lần ☐ Hàng tháng ☐ Nửa tháng một lần ☐ Hàng năm
		\$	☐ Hàng tuần ☐ Hai tuần một lần ☐ Hàng tháng ☐ Nửa tháng một lần ☐ Hàng năm
		\$	☐ Hàng tuần ☐ Hai tuần một lần ☐ Hàng tháng ☐ Nửa tháng một lần ☐ Hàng năm
		\$	☐ Hàng tuần ☐ Hai tuần một lần ☐ Hàng tháng ☐ Nửa tháng một lần ☐ Hàng năm

6. Vui lòng đọc và ký tên vào mẫu đơn này.**Thông Báo Về Quyền Riêng Tư**

Mẫu đơn này được sử dụng để xác định tư cách thành viên HACCP để gia hạn hoặc tái đăng ký. Thông tin cá nhân và y tế được thu thập trên và dành cho mẫu đơn này là riêng tư và bảo mật, được DHCS yêu cầu để nhận dạng bạn và những người khác trong đơn đăng ký này và để quản lý các chương trình của chúng tôi. Bất kỳ thông tin cá nhân và sức khỏe nào được thu thập trên mẫu đơn này bởi DHCS đều phải tuân theo các giới hạn trong Đạo Luật Thực Hành Thông Tin (IPA), Đạo Luật Về Trách Nhiệm Giải Trình và Cung Cấp Thông Tin Bảo Hiểm Sức Khỏe (HIPAA), và các chính sách khác của tiểu bang. DHCS sẽ không sử dụng hoặc chia sẻ thông tin của bạn trừ khi được bạn hoặc cá nhân có liên quan cho phép bằng văn bản hoặc theo quy định của pháp luật. Bạn phải cung cấp tất cả các thông tin được yêu cầu trên mẫu đơn này và không nên cung cấp thông tin cá nhân không được yêu cầu. Nếu bạn không cung cấp tất cả các thông tin được yêu cầu, chúng tôi không thể gia hạn hoặc gia hạn đăng ký của bạn trong HACCP. DHCS có thể chia sẻ hoặc cung cấp bất kỳ thông tin nào được cung cấp trên hoặc cho mẫu đơn này cho các cơ quan tiểu bang, liên bang và địa phương khác (ví dụ: Sở Dịch Vụ Xã Hội của quận nơi cá nhân cư trú), các bên trong hợp đồng, và các chương trình chỉ để ghi danh bạn vào một chương trình hoặc quản lý các chương trình; hoặc theo yêu cầu của pháp luật. Trong hầu hết các trường hợp, (các) cá nhân mà thông tin này đề cập đến có quyền truy cập thông tin đó. Để biết thêm thông tin hoặc để truy cập hồ sơ có chứa thông tin cá nhân của bạn do DHCS lưu giữ, hãy liên hệ với HACCP.

DHCS được ủy quyền thu thập thông tin này theo Đạo Luật Ngân Sách năm 2022 [Dự Luật 179 của Hạ Viện (Chương 249, Quy Chế của năm 2022)]. DHCS cũng được ủy quyền thu thập thông tin cá nhân và sức khỏe để quản lý HACCP và chương trình Medi-Cal. Để biết thêm thông tin về các phương pháp bảo mật của DHCS, vui lòng truy cập <https://www.dhcs.ca.gov/formsandpubs/laws/priv/Documents/Notice-of-Privacy-Practices-English.pdf> và <https://www.dhcs.ca.gov/Pages/Privacy.aspx>.

Nếu bạn muốn nhận bản sao giấy về chính sách và phương pháp bảo mật của DHCS hoặc muốn gửi khiếu nại, bạn có thể liên hệ với Đơn Vị Bảo Mật Dữ Liệu của DHCS qua thư, email hoặc điện thoại:

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

Thông báo về quyền riêng tư được cung cấp ở đây là bắt buộc theo Bộ Luật Dân Sự California 1798.17.

Tuyên bố và chữ ký Điều này là bắt buộc.

Bằng cách ký tên, tôi tuyên bố rằng những gì tôi nói dưới đây là đúng và chính xác.

- Tôi đã đọc và hiểu Đơn Đăng Ký AER HACCP này.
- Thông tin tôi cung cấp là đúng, chính xác và đầy đủ.
- Tôi hiểu rằng tôi phải nộp các tài liệu thu nhập gần đây và tài liệu kế hoạch sức khỏe hiện hành để gia hạn bảo hiểm của mình.

Chữ ký của thành viên <i>(nếu tối thiểu là 18 tuổi hoặc là người vị thành niên được giải phóng) hoặc phụ huynh hoặc người giám hộ (nếu là người vị thành niên chưa được giải phóng) hoặc người đại diện được ủy quyền</i>	Mối quan hệ với (các) thành viên <i>(bản thân, phụ huynh hoặc người giám hộ, hoặc người đại diện được ủy quyền)</i>	Ngày