

# Hearing Aid Coverage for Children Program

## 年度資格審查申請

請填寫這份年度資格審查 (AER) 申請、瞭解您是否仍然有資格參加 Department of Health Care Services (DHCS) Hearing Aid Coverage for Children Program (HACCP)。

這份表格用於內部目的、協助成員、並予以保留、方便記錄。

Family Member Number: \_\_\_\_\_ 或者 HACCP 號: \_\_\_\_\_

### 1. 主要的聯系人

如果 DHCS 需要更多資訊、請列出可以聯繫的一位成人。可以是：

- 成員 (如果年滿 18 歲或未脫離監護的未成年人)
- 成員的父母或監護人 (如果成員是未脫離監護的未成年人)
- 授權的代表 (被您允許查看您的申請並代表您與 DHCS 討論您的資格和註冊的人員)

填寫下面的選項 A 或 B。選項 B 需要簽名。

☐ **A) 主要的聯繫人是成員或其父母或監護人：**

主要聯繫人的姓名 (名字、中間名、姓氏)

☐ **B) 主要聯繫人是授權的代表：**

授權代表的姓名 (名字、中間名、姓氏)

地址 (號碼和街道)

市

縣

州

郵編

簽名以後、表示您允許您的授權代表簽署您的 AER 申請、獲得有關您申請的官方資訊、並代表您處理涉及 DHCS 的一切未來 HACCP 事務。您或您授權的代表可以隨時更改或取消此授權。

| 成員 (如果至少 18 歲或未成年人已獲得解放) 或<br>父母或監護人簽名 (如果是未脫離監護的未成年人) | 與成員 (自己、父母或監護人)<br>的關係 | 日期 |
|--|------------------------|----|
|--|------------------------|----|

2. 您的聯繫資訊有什麼變化嗎？ ☐ 有的 ☐ 沒有

如果有、請填寫下面的適用欄目。

|   |   |
|---|---|
| 家庭住址 (號碼和街道)  | 郵寄地址 (如果與家庭地址不同)  |
| 市                      縣                      州                      郵政編碼 | 市                      縣                      州                      郵政編碼 |
| 最佳聯繫人的電話號碼  | 電子郵件  |

**3. HACCP 成員**

為每個參加 HACCP 的 21 歲以下兒童或青少年更新下列資訊。(如果家裏生活兩位以上 HACCP 成員、請在另一張紙上列出其他成員。)

成員 1: 姓名 (名字、中間名、姓氏)

該會員目前是否通過 Medi-Cal 計畫獲得保險? ☐ 是 ☐ 否

該會員目前是否通過 California Children's Services (CCS) 項目持有助聽器保險? ☐ 是 ☐ 否

該會員目前是否通過私人健康保險投保? ☐ 是 ☐ 否

如果是、請包括拒絕承保的通知或當年的承保證據 (EOC)。

誰是承保人? \_\_\_\_\_ 計畫/成員的 ID 是什麼? \_\_\_\_\_

主要投保人的姓名? \_\_\_\_\_ 這個計畫包括助聽器嗎? ☐ 是 ☐ 否

會員 2: 姓名 (名字、中間名、姓氏)

該會員目前是否通過 Medi-Cal 計畫獲得保險? ☐ 是 ☐ 否

該會員目前是否通過 CCS 項目持有助聽器保險? ☐ 是 ☐ 否

該會員目前是否通過私人健康保險投保? ☐ 是 ☐ 否

如果是、請包括拒絕承保的通知或當年的承保證據 (EOC)。

誰是承保人? \_\_\_\_\_ 計畫/成員的 ID 是什麼? \_\_\_\_\_

主要投保人的姓名? \_\_\_\_\_ 這個計畫包括助聽器嗎? ☐ 是 ☐ 否

**4.住在家裏的家庭成員有什麼變化嗎？** ☐ 有的 ☐ 沒有

如果有、請列出 21 歲以下兒童或青少年、父母、繼父母、21 歲以下青少年的配偶或居住在家裏的孕婦的任何添加、刪除或更新的情況。無需列出阿姨、叔叔、侄女、侄子或祖父母。

| 更改  | 家庭成員的姓名<br>(名字、中間名、姓氏) | 出生的日期 | 與成員的關係  | 這人目前有工作嗎？  |
|---|------------------------|-------|---|--|
| <input type="checkbox"/> 添加<br><input type="checkbox"/> 刪除<br><input type="checkbox"/> 更新 |                        |       | <input type="checkbox"/> 父母<br><input type="checkbox"/> 繼父母<br><input type="checkbox"/> 子女<br><input type="checkbox"/> 繼子女<br><input type="checkbox"/> 配偶<br><input type="checkbox"/> 其他<br>_____ | <input type="checkbox"/> 是 – 請在第 5 節中提供下列收入的詳細資訊<br><input type="checkbox"/> 否 |
| <input type="checkbox"/> 添加<br><input type="checkbox"/> 刪除<br><input type="checkbox"/> 更新 |                        |       | <input type="checkbox"/> 父母<br><input type="checkbox"/> 繼父母<br><input type="checkbox"/> 小孩<br><input type="checkbox"/> 繼子女<br><input type="checkbox"/> 配偶<br><input type="checkbox"/> 其他<br>_____ | <input type="checkbox"/> 是 – 請在第 5 節中提供下列收入的詳細資訊<br><input type="checkbox"/> 否 |

**5. 收入**

請提供有關家庭收入的最新資訊、並提交所有報告有收入的家庭成員的最新收入材料。

| 有收入家庭成員的姓名 | 這筆收入的來源是什麼？(示例: 工作收入、自營收入、其他收入) | 收入總額<br>(如果自營收入、請使用淨收入) | 多久收到一次收入？   |
|------------|---------------------------------|-------------------------|---|
|            |                                 | \$                      | <input type="checkbox"/> 每周 <input type="checkbox"/> 每半月<br><input type="checkbox"/> 每兩周 <input type="checkbox"/> 每年<br><input type="checkbox"/> 每月 |
|            |                                 | \$                      | <input type="checkbox"/> 每周 <input type="checkbox"/> 每半月<br><input type="checkbox"/> 每兩周 <input type="checkbox"/> 每年<br><input type="checkbox"/> 每月 |
|            |                                 | \$                      | <input type="checkbox"/> 每周 <input type="checkbox"/> 每半月<br><input type="checkbox"/> 每兩周 <input type="checkbox"/> 每年<br><input type="checkbox"/> 每月 |
|            |                                 | \$                      | <input type="checkbox"/> 每周 <input type="checkbox"/> 每半月<br><input type="checkbox"/> 每兩周 <input type="checkbox"/> 每年<br><input type="checkbox"/> 每月 |

**6. 請閱讀並簽署這份表格。****隱私權聲明**

這份表格用於確定 HACCP 成員是否有資格延長或重新註冊。應 DHCS 要求、在本表格上收集的個人和醫療資訊是保密的、以識別在本申請上的您和其他人以及管理我們的項目。DHCS 在此表格上收集的任何個人和健康資訊都受到資訊實踐法 (IPA)、健康保險攜帶和責任法案 (HIPAA) 和其他國家政策的限制。DHCS 不會使用或共享您的資訊、除非獲得您或相關個人以書面形授權式或法律授權。您必須提供本表格上要求的所有資訊、不得提供未經要求的個人資訊。如果您沒有提供所需的所有資訊、我們無法延長或重新您的 HACCP 註冊。DHCS 可以向其他州、聯邦和地方機構 (例如、個人居住所在縣的縣社會服務部)、承包商和項目共享或提供本表格上或為本表格提供的任何資訊、僅用於讓您參加項目或管理項目；或根據法律的要求。大多數情況下、與此資訊相關的個人有權訪問該資訊。有關更多資訊或訪問 DHCS 保持且包含您個人資訊的記錄、請聯系 HACCP。

DHCS 有權根據 2022 年預算法 [議會法案 179 (第 249 章、2022 年法令)] 收集這些資訊。DHCS 還被授權收集個人和健康資訊、用於 HACCP 和 Medi-Cal 計劃的管理。有關 DHCS 隱私做法的更多資訊、請訪問 <https://www.dhcs.ca.gov/formsandpubs/laws/priv/Documents/Notice-of-Privacy-Practices-English.pdf> 和 <https://www.dhcs.ca.gov/Pages/Privacy.aspx>。

如果您希望獲得 DHCS 隱私政策和實踐的紙質副本、或希望提出投訴、您可以通過郵件、電子郵件或電話聯系 DHCS 的數據隱私部門：

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

電子郵件: [incidents@dhcs.ca.gov](mailto:incidents@dhcs.ca.gov)

電話: (916)445-4646

California 民法典 1798.17 要求在這裏提供隱私權通知。

**聲明和簽名 這是必填項。**

我簽字以後表明我在下面所說的是真實和正確的。

- 我已經閱讀並理解這次 HACCP AER 申請。
- 我提供的資訊是真實的、正確的和完整的。
- 我知道我必須提交有效的近期收入文件和健康計劃文件才能續保。

| 成員 (如果至少 18 歲或脫離父母而獨立生活的未成人) 或父母或監護人 (如果是未脫離監護的未成人) 或授權代表的簽名 | 與成員 (自己、父母或授權代表) 的關係 | 日期 |
|--|----------------------|----|
|  |                      |    |