

คุ้มครองเรื่องอะไรบ้าง

- เครื่องช่วยการได้ยิน รวมถึงเครื่องช่วยการฟัง (ALDs) และเครื่องช่วยการได้ยินชนิดรับเสียงผ่านกระดูกแบบสวมใส่ภายนอก (BCHDs)
- อุปกรณ์เสริม รวมถึงแม่พิมพ์หูและแบตเตอรี่เครื่องช่วยการได้ยิน
- อุปกรณ์ประกอบทางการแพทย์ที่จำเป็นต่อเครื่องช่วยการได้ยิน
- บริการด้านโสตสัมผัสวิทยาและบริการหลังการประเมินเกี่ยวกับเครื่องช่วยการได้ยิน



ศูนย์บริการทางโทรศัพท์ HACCP
1 (833) 956-2878
(พหูภาษา, TTY/TTD, บริการถ่ายทอดทางวิดีโอ)
จ.-ศ. เวลา: 8 a.m. – 7 p.m.
ส. เวลา: 8 a.m. – 12 p.m.

08/2023



Hearing Aid Coverage for Children Program



- ✓ ใครที่มีสิทธิ์
- ✓ มีความคุ้มครองอะไรบ้าง
- ✓ ครอบครัวจะสมัครได้อย่างไร

ศูนย์บริการทางโทรศัพท์ HACCP
1 (833) 956-2878

จ.-ศ. เวลา: 8 a.m. – 7 p.m.

ส. เวลา: 8 a.m. – 12 p.m.

แชท

ออนไลน์ที่ www.dhcs.ca.gov/HACCP

(คลิก "แชทกับเรา...")

ที่มุมด้านล่างของหน้าจอของคุณ)



Hearing Aid Coverage for Children Program

ใครที่มีสิทธิ์

- เด็กและเยาวชนที่อายุ 0–20 ปี
- ต้องอาศัยใน California
- ไม่มีสิทธิ์ได้รับ Medi-Cal
- ไม่มีความคุ้มครองของ California Children's Services (CCS) สำหรับเครื่องช่วยการได้ยิน (สามารถสมัคร CCS และ HACCP ในเวลาเดียวกันได้)
- หนังสืออ้างอิงผู้ให้บริการหรือใบสั่งเครื่องช่วยการได้ยิน
- ไม่มีความคุ้มครองด้านสุขภาพอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับเครื่องช่วยการได้ยิน หรือมีประกันสุขภาพที่คุ้มครองเพียง \$1,500 ในส่วนของเครื่องช่วยการได้ยิน
- รายได้ครัวเรือนอยู่ต่ำกว่า 600% ของระดับความยากจนที่กำหนดโดยรัฐบาลกลาง (FPL)

ตัวเลข FPL รายปี 2023

(ปัดขึ้นให้เต็มจำนวนดอลลาร์)

ขนาดครัวเรือน/ ครอบครัว (รวมบิดามารดา)	600% FPL (รายได้รวมของครัวเรือน)
1	\$87,480 ต่อปี (\$7,290 ต่อเดือน)
2	\$118,320 ต่อปี (\$9,860 ต่อเดือน)
3	\$149,160 ต่อปี (\$12,430 ต่อเดือน)
4	\$180,000 ต่อปี (\$15,000 ต่อเดือน)
สำหรับสมาชิกใน ครอบครัวเพิ่มเติม แต่ละคน	เพิ่ม \$30,840 ต่อปี (\$2,570 ต่อเดือน)

เรียนรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับโปรแกรม:



[www.dhcs.ca.gov/haccp](https://dhcs.ca.gov/haccp)



ครอบครัวจะสมัครได้อย่างไร

1. สมัครออนไลน์ที่ <https://haccp.dhcs.ca.gov/> (หรือกรอกและพิมพ์ใบสมัครได้ที่ www.dhcs.ca.gov/haccp)
2. แนบเอกสารทั้งหมดที่ต้องใช้:
 - รายได้ครัวเรือน
 - ความคุ้มครองด้านสุขภาพที่มีอยู่ (หากมี)
 - ใบสั่งเครื่องช่วยการได้ยินหรือหนังสืออ้างอิงผู้ให้บริการ
3. ส่งใบสมัครทางจดหมายหรือแฟกซ์ให้ HACCP:
 - จดหมาย
Hearing Aid Coverage for
Children Program
PO Box 138000
Sacramento, CA 95813
 - แฟกซ์: 1 (833) 774-2227

สมัครรับการคุ้มครองวันนี้



<https://haccp.dhcs.ca.gov/>