

Hearing Aid Coverage for Children Program

ຄໍາຮ້ອງສະຫມັກການທົບທວນການມີສິດໄດ້ຮັບປະຈຳປີ

ຂຽນຄໍາຮ້ອງສະຫມັກການທົບທວນການມີສິດໄດ້ຮັບປະຈຳປີ (AER) ນີ້ໃຫ້ສໍາເລັດ ເພື່ອຊອກຫາວ່າທ່ານຍັງມີສິດໄດ້ຮັບ Department of Health Care Services (DHCS) Hearing Aid Coverage for Children Program (HACCP).

ແບບຟອມນີ້ຖືກນໍາໃຊ້ສໍາລັບຈົດປະສງພາຍໃນເພື່ອຊ່ວຍສະມາຊິກແລະເກັບຮັກສາໄວ້ສໍາລັບຂໍ້ມູນບັນທຶກໄວ.

Family Member Number: _____ ຫຼື HACCP ຕົວເລກ: _____

1. ຜູ້ຕິດຕໍ່ຕົ້ນຕໍ

ຂຽນຊື່ຜູ້ໃຫຍ່ໜຶ່ງຄົນເພື່ອຕິດຕໍ່ຖ້າ DHCS ຕ້ອງການຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ. ນີ້ສາມາດເປັນ:

- ສະມາຊິກ (ຖ້າມີອາຍຸຢ່າງໜ້ອຍ 18 ປີ ຫຼື ເດັກນ້ອຍທີ່ຢູ່ແບບອິດສະຫຼະ)
- ພໍ່ແມ່ ຫຼື ຜູ້ປົກຄອງຂອງສະມາຊິກ (ຖ້າສະມາຊິກເປັນເດັກນ້ອຍທີ່ບໍ່ໄດ້ຢູ່ແບບອິດສະຫຼະ)
- ຕົວແທນທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ (ບຸກຄົນທີ່ທ່ານອະນຸຍາດໃຫ້ເບິ່ງໃບສະໝັກຂອງທ່ານ ແລະ ໂອ້ລົມກັບ DHCS ໃນນາມຂອງທ່ານກ່ຽວກັບການມີສິດ ແລະ ການລົງທະບຽນຂອງທ່ານ)

ຕໍ່ມາຂໍ້ມູນໃສ່ທາງເລືອກ A ຫຼື B, ຂ້າງລຸ່ມນີ້. ຕ້ອງການລາຍເຊັນສໍາລັບທາງເລືອກ B.

☐ A) ຜູ້ຕິດຕໍ່ຕົ້ນຕໍແມ່ນສະມາຊິກ ຫ ພໍ່ແມ່ ຫ ຜູ້ປົກຄອງຂອງພວກເຂົາ:

ຊື່ຂອງຜູ້ຕິດຕໍ່ຕົ້ນຕໍ (ຊື່ ຊື່ກາງ, ນາມສະກຸນ)

☐ B) ຜູ້ຕິດຕໍ່ຕົ້ນຕໍແມ່ນຕົວແທນທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ:

ຊື່ຂອງຕົວແທນທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ (ຊື່ ຊື່ກາງ, ນາມສະກຸນ)

ທີ່ຢູ່ (ນ້ຳເບີ ແລະ ຖະໜົນ)

ເມືອງ

ຄາວຕີ້

ລັດ

ລະຫັດເຂດ

ໂດຍການເຊັນຊື່, ທ່ານກໍາລັງອະນຸຍາດໃຫ້ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດຂອງທ່ານລົງລາຍເຊັນໃນຄໍາຮ້ອງສະຫມັກ AER ຂອງທ່ານ, ໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນຢ່າງເປັນທາງການກ່ຽວກັບຄໍາຮ້ອງສະຫມັກຂອງທ່ານ, ແລະ ປະຕິບັດຕາງໜ້າທ່ານສໍາລັບບັນຫາ HACCP ໃນອະນາຄົດກັບ DHCS. ທ່ານ ຫຼື ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດຂອງທ່ານອາດຈະປ່ຽນແປງ ຫຼື ຍົກເລີກການອະນຸຍາດນີ້ໄດ້ທຸກເວລາ.

ລາຍເຊັນຂອງສະມາຊິກ (ຖ້າມີອາຍຸຢ່າງໜ້ອຍ 18 ປີ ຫຼື ເດັກນ້ອຍທີ່ຢູ່ແບບອິດສະຫຼະ) ຫ ພໍ່ແມ່ ຫ ຜູ້ປົກຄອງ (ຖ້າທາງກວ່າແມ່ນເດັກນ້ອຍທີ່ບໍ່ໄດ້ຢູ່ແບບອິດສະຫຼະ)

ຄວາມສໍາພັນກັບສະມາຊິກ
(ຕົນເອງ, ພໍ່ແມ່, ຫຼື ຜູ້ປົກຄອງ)

ວັນທີ

2. ມີການປ່ຽນແປງຂໍ້ມູນການຕິດຕໍ່ຂອງທ່ານບໍ? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ*ຖ້າແມ່ນ, ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ບ່ອນຕື່ມຂໍ້ມູນລຸ່ມນີ້.*

ທີ່ຢູ່ເຮອນ (ນ້ຳເບີ ແລະ ຖະໜົນ)				ທີ່ຢູ່ທາງໄປສະນີ (4 ຖ້ຳແຕກຕ່າງຈາກທີ່ຢູ່ເຮອນ)			
ເມືອງ	ຄາວຕີ້	ລັດ	ລະຫັດເຂດ	ເມືອງ	ຄາວຕີ້	ລັດ	ລະຫັດເຂດ
ເບີໂທທີ່ຕິດຕໍ່ໄດ້ທີ່ສຸດ				ອີເມວ			

3. HACCP ສະມາຊິກ

ອັບເດດຂໍ້ມູນຂ້າງລຸ່ມນີ້ສໍາລັບເດັກນ້ອຍ ຫຼື ໄວໜຸ່ມແຕ່ລະຄົນທີ່ມີອາຍຸຕໍ່າກວ່າ 21 ປີ ທີ່ລົງທະບຽນ HACCP. (ຖ້າສະມາຊິກ HACCP ຫຼາຍກວ່າສອງຄົນອາໄສຢູ່ໃນຄົວເຮອນ, ໃຫ້ຂຽນລາຍຊື່ສະມາຊິກເພີ່ມເຕີມໃສ່ໃນເອກະສານແຍກຕ່າງຫາກ.)

ສະມາຊິກ 1: ຊື່ (ຊຸ່ ຊື່ກາງ, ນາມສະກຸນ)ປະຈຸບັນສະມາຊິກຄົນນີ້ມີການຄຸ້ມຄອງຜ່ານໂຄງການ Medi-Cal ແມ່ນບໍ? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນປະຈຸບັນສະມາຊິກຄົນນີ້ມີການຄຸ້ມຄອງເຄື່ອງຊ່ວຍຟັງຜ່ານໂຄງການ California Children's Services (CCS) ແມ່ນບໍ? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນປະຈຸບັນສະມາຊິກນີ້ມີການຄຸ້ມຄອງປະກັນໄພສຸຂະພາບເອກະຊົນແມ່ນບໍ? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ*ຖ້າແມ່ນ, ໃຫ້ໃສ່ການແຈ້ງການປະຕິເສດການຄຸ້ມຄອງ ຫຼື ຫຼັກຖານຂອງການຄຸ້ມຄອງໃນປີປັດຈຸບັນ (EOC).*

ໃຜເປັນຜູ້ປະກັນໄພ? _____ ແຜນປະກັນ/ສະມາຊິກ ID? _____

ຊື່ຜູ້ປະກັນໄພຕົ້ນຕໍ? _____ ແຜນປະກັນກວມເອົາເຄື່ອງຊ່ວຍຟັງແມ່ນບໍ? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ**ສະມາຊິກ 2: ຊື່ (ຊຸ່ ຊື່ກາງ, ນາມສະກຸນ)**ປະຈຸບັນສະມາຊິກຄົນນີ້ມີການຄຸ້ມຄອງຜ່ານໂຄງການ Medi-Cal ແມ່ນບໍ? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນປະຈຸບັນສະມາຊິກຄົນນີ້ມີການຄຸ້ມຄອງເຄື່ອງຊ່ວຍຟັງຜ່ານໂຄງການ CCS ແມ່ນບໍ? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນປະຈຸບັນສະມາຊິກນີ້ມີການຄຸ້ມຄອງປະກັນໄພສຸຂະພາບເອກະຊົນແມ່ນບໍ? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ*ຖ້າແມ່ນ, ໃຫ້ໃສ່ການແຈ້ງການປະຕິເສດການຄຸ້ມຄອງ ຫຼື ຫຼັກຖານຂອງການຄຸ້ມຄອງໃນປີປັດຈຸບັນ EOC.*

ໃຜເປັນຜູ້ປະກັນໄພ? _____ ແຜນປະກັນ/ສະມາຊິກ ID? _____

ຊື່ຜູ້ປະກັນໄພຕົ້ນຕໍ? _____ ແຜນປະກັນກວມເອົາເຄື່ອງຊ່ວຍຟັງແມ່ນບໍ? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

4. ມີການປ່ຽນແປງໃດໜຶ່ງ ຕໍ່ສະມາຊິກຄອບຄົວທີ່ຢູ່ໃນເຮອນແມ່ນບໍ່? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

ຖ້າແມ່ນ, ບອກລາຍການເພີ່ມເຕີມ, ການໂຍກຍ້າຍ, ຫຼື ການປັບປຸງສໍາລັບເດັກນ້ອຍ ຫຼື ໄວໜຸ່ມອາຍຸຕໍ່າກວ່າ 21 ປີ, ພໍ່ແມ່, ພໍ່ລ້ຽງ, ແລະ ຄູ່ສົມລົດຂອງໄວໜຸ່ມອາຍຸຕໍ່າກວ່າ 21 ປີ, ຫຼື ບຸກຄົນທີ່ຖືພາທີ່ອາໄສຢູ່ໃນເຮອນ. ບໍ່ໃຫ້ຂຽນລາຍຊື່ປ້າ, ສູງ, ຫລານສາວ, ຫລານຊາຍ, ຫຼື ພໍ່ເຖົ້າແມ່ເຖົ້າ.

ການປ່ຽນແປງ	ຊື່ສະມາຊິກໃນຄົວເຮອນ (ຊື່ ຊຸກາງ, ນາມສະກຸນ)	ວັນເດືອນປີເກີດ	ຄວາມສໍາພັນ ກັບສະມາຊິກ	ບຸກຄົນນີ້ກໍາລັງເຮັດວຽກແມ່ນບໍ່?
☐ ເພີ່ມ ☐ ເອົາອອກ ☐ ປັບປຸງ			☐ ພໍ່ແມ່ ☐ ພໍ່ແມ່ລ້ຽງ ☐ ເດັກ ☐ ເດັກລ້ຽງ ☐ ຄູ່ສົມລົດ ☐ ອື່ນໆ _____	☐ ແມ່ນແລ້ວ – ກະລຸນາໃສ່ລາຍລະອຽດລາຍ ຮັບໃສ່ຂ້າງລຸ່ມນີ້, ໃນພາກ 5. ☐ ບໍ່ແມ່ນ
☐ ເພີ່ມ ☐ ເອົາອອກ ☐ ປັບປຸງ			☐ ພໍ່ແມ່ ☐ ພໍ່ແມ່ລ້ຽງ ☐ ເດັກ ☐ ເດັກລ້ຽງ ☐ ຄູ່ສົມລົດ ☐ ອື່ນໆ _____	☐ ແມ່ນແລ້ວ – ກະລຸນາໃສ່ລາຍລະອຽດລາຍ ຮັບໃສ່ຂ້າງລຸ່ມນີ້, ໃນພາກ 5. ☐ ບໍ່ແມ່ນ

5. ລາຍຮັບ

ກະລຸນາໃຫ້ຂໍ້ມູນປັດຈຸບັນກ່ຽວກັບລາຍຮັບຂອງຄົວເຮອນ ແລະ
ສົ່ງເອກະສານລາຍຮັບຫຼ້າສຸດສໍາລັບສະມາຊິກຄົວເຮອນທັງໝົດທີ່ບໍ່ມີລາຍງານລາຍຮັບ.

ຊື່ສະມາຊິກໃນຄົວເຮອນທີ່ມີລາຍຮັບ	ແຫ່ງລາຍຮັບນີ້ແມ່ນຫຍັງ? (ຕົວຢ່າງ: ລາຍໄດ້ຈາກການເຮັດວຽກ, ການເຮັດວຽກຂອງຕົນເອງ, ອື່ນໆ)	ຈໍານວນລາຍຮັບລວມ (ຖ້າເຮັດວຽກຂອງຕົນເອງ, ໃຊ້ລາຍໄດ້ສຸດທິ)	ໄດ້ຮັບລາຍໄດ້ເລື້ອຍໆປານໃດ?
		\$	☐ ປະຈໍາອາທິດ ☐ ເຄິ່ງເດືອນ ☐ ສອງອາທິດ ☐ ປະຈໍາປີ ☐ ປະຈໍາເດືອນ
		\$	☐ ປະຈໍາອາທິດ ☐ ເຄິ່ງເດືອນ ☐ ສອງອາທິດ ☐ ປະຈໍາປີ ☐ ປະຈໍາເດືອນ
		\$	☐ ປະຈໍາອາທິດ ☐ ເຄິ່ງເດືອນ ☐ ສອງອາທິດ ☐ ປະຈໍາປີ ☐ ປະຈໍາເດືອນ
		\$	☐ ປະຈໍາອາທິດ ☐ ເຄິ່ງເດືອນ ☐ ສອງອາທິດ ☐ ປະຈໍາປີ ☐ ປະຈໍາເດືອນ

6. ກະລຸນາອ່ານ ແລະ ເຊັນແບບຟອມນີ້.**ແຈ້ງການຄວາມເປັນສ່ວນຕົວ**

ແບບຟອມນີ້ຖືກນຳໃຊ້ເພື່ອກຳນົດສິດສະມາຊິກ HACCP ເພື່ອຂະຫຍາຍຫຼືຕໍ່ອາຍຸການລົງທະບຽນ. ຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວແລະທາງການແພດທີ່ເກັບກຳໃນແລະສຳລັບແບບຟອມນີ້ແມ່ນເປັນສ່ວນຕົວແລະເປັນຄວາມລັບ, ຮ້ອງຂໍໂດຍ DHCS ເພື່ອລະບຸຕົວທ່ານແລະ ຄົນອື່ນໆ ໃນຄຳຮ້ອງສະໝັກນີ້ແລະເພື່ອບໍລິຫານໂຄງການຂອງພວກເຮົາ. ຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວແລະຂໍ້ມູນດ້ານສຸຂະພາບທີ່ເກັບກຳຢູ່ໃນແບບຟອມນີ້ໂດຍ DHCS ແມ່ນມີຂໍ້ຈຳກັດໃນກົດໝາຍວ່າດ້ວຍການປະຕິບັດຂໍ້ມູນຂ່າວສານ (IPA), ການປະກັນໄພສຸຂະພາບພິກພາໄດ້ແລະກົດໝາຍວ່າດ້ວຍຄວາມຮັບຜິດຊອບ (HIPAA), ແລະນະໂຍບາຍຂອງລັດອື່ນໆ. DHCS ຈະບໍ່ໃຊ້ຫຼືແບ່ງປັນຂໍ້ມູນຂອງທ່ານເວັ້ນເສຍແຕ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດຈາກທ່ານ, ຫຼືໂດຍບຸກຄົນໃດໜຶ່ງທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ, ເປັນລາຍລັກອັກສອນຫຼືໄດ້ຮັບອະນຸຍາດຕາມກົດໝາຍ. ທ່ານຕ້ອງໃຫ້ຂໍ້ມູນທັງໝົດທີ່ຮ້ອງຂໍຢູ່ໃນແບບຟອມນີ້ ແລະ ບໍ່ຄວນໃຫ້ຂໍ້ມູນສ່ວນບຸກຄົນທີ່ບໍ່ໄດ້ຮ້ອງຂໍ. ຖ້າທ່ານບໍ່ໃຫ້ຂໍ້ມູນທັງໝົດທີ່ຮ້ອງຂໍ, ພວກເຮົາບໍ່ສາມາດຂະຫຍາຍ ຫຼື ຕໍ່ອາຍຸການລົງທະບຽນຂອງທ່ານໃນ HACCP. DHCS ອາດຈະແບ່ງປັນຫຼືສະໜອງຂໍ້ມູນໃດໆກ່າວມາທີ່ສະໜອງໃຫ້ຢູ່ໃນຫຼັກສຳລັບແບບຟອມນີ້ໃຫ້ກັບອົງການຂອງລັດ, ລັດຖະບານກາງແລະຫ້ອງການທ້ອງຖິ່ນອື່ນໆ (ຕົວຢ່າງ: ພະແນກບໍລິການສັງຄົມໃນຄາວຕີທີ່ບຸກຄົນນັ້ນອາໄສຢູ່), ຜູ້ຮັບເໝົາ ແລະ ໂຄງການເທົ່ານັ້ນລົງທະບຽນທ່ານຢູ່ໃນໂຄງການຫຼືບໍລິຫານໂຄງການ; ຫຼືຕາມກົດໝາຍ. ໃນກໍລະນີຫຼາຍທີ່ສຸດ, ບຸກຄົນທີ່ມີຂໍ້ມູນນີ້ກ່ຽວຂ້ອງກັບມີສິດທີ່ຈະເຂົ້າເຖິງມັນ. ສຳລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ ຫຼື ເພື່ອໄດ້ຮັບການເຂົ້າເຖິງບັນທຶກທີ່ປະກອບດ້ວຍຂໍ້ມູນສ່ວນບຸກຄົນຂອງທ່ານຮັກສາໄວ້ໂດຍ DHCS, ຕິດຕໍ່ HACCP.

DHCS ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດໃຫ້ເກັບກຳຂໍ້ມູນນີ້ອີງຕາມກົດໝາຍວ່າດ້ວຍງົບປະມານຂອງປີ 2022 [ຮ່າງກົດໝາຍສະພາ 179 (ບົດທີ 249, ລັດຖະບັນຍັດຂອງປີ 2022)]. DHCS ຍັງໄດ້ຮັບອະນຸຍາດໃຫ້ເກັບກຳຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວ ແລະສຸຂະພາບເພື່ອການບໍລິຫານ HACCP ແລະ ໂຄງການ Medi-Cal. ສຳລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບການປະຕິບັດຄວາມເປັນສ່ວນຕົວຂອງ DHCS, ກະລຸນາເຂົ້າໄປເບິ່ງ <https://www.dhcs.ca.gov/formsandpubs/laws/priv/Documents/Notice-of-Privacy-Practices-English.pdf> ແລະ <https://www.dhcs.ca.gov/Pages/Privacy.aspx>.

ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຂໍສຳເນົາເອກະສານກ່ຽວກັບນະໂຍບາຍແລະການປະຕິບັດຂອງ DHCS, ຫຼືຕ້ອງການຍື່ນຄຳຮ້ອງທຸກ, ທ່ານສາມາດຕິດຕໍ່ໜ່ວຍງານຄວາມເປັນສ່ວນຕົວຂອງຂໍ້ມູນ DHCS ໄດ້ທາງໄປສະນີ, ອີເມວ ຫຼື ໂທລະສັບ:

Privacy Office

c/o: Data Privacy Unit

Department of Health Care Services

P.O. Box 997413, MS 4722

Sacramento, CA 95899-7413

ອີເມວ: incidents@dhcs.ca.gov

ໂທລະສັບ: (916) 445-4646

ແຈ້ງການຄວາມເປັນສ່ວນຕົວທີ່ລະບຸໄວ້ໃນທີ່ນີ້ແມ່ນຕ້ອງການໂດຍກົດໝາຍແພ່ງ ຂອງ California 1798.17.

ການປະກາດ ແລະ ລາຍເຊັນ ອັນນີ້ແມ່ນຕ້ອງການ.

ໂດຍການລົງນາມ, ຂ້າພະເຈົ້າປະກາດວ່າສິ່ງທີ່ຂ້າພະເຈົ້າເວົ້າຂ້າງລຸ່ມນີ້ແມ່ນຄວາມຈິງ ແລະ ຖືກຕ້ອງ.

- ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ອ່ານ ແລະ ເຂົ້າໃຈຄຳຮ້ອງສະຫມັກ HACCP AER ນີ້.
- ຂໍ້ມູນທີ່ຂ້າພະເຈົ້າໃຫ້ມາແມ່ນເປັນຄວາມຈິງ, ຖືກຕ້ອງ, ແລະ ຄົບຖ້ວນ.
- ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງສົ່ງເອກະສານລາຍຮັບຫຼ້າສຸດ ແລະ ແຜນປະກັນສຸຂະພາບທີ່ກ່ຽວຂ້ອງເອກະສານເພື່ອຕໍ່ອາຍຸການຄຸ້ມຄອງຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.

ລາຍເຊັນຂອງສະມາຊິກ (ຖ້າຫາກວ່າອາຍຸຢ່າງໜ້ອຍ 18 ປີ ຫຼື ເດັກນ້ອຍທີ່ຢູ່ແບບອິດສະຫຼະ) ຫ ພໍ່ແມ່ ຫ ຜູ້ປົກຄອງ (ຖ້າຫາກວ່າແມ່ນເດັກນ້ອຍທີ່ບໍ່ໄດ້ຢູ່ແບບອິດສະຫຼະ) ຫ ຕົວແທນທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ

ຄວາມສຳພັນກັບສະມາຊິກ (ເກີນເອງ, ພໍ່ແມ່ຫຼືຜູ້ປົກຄອງ, ຫຼື ຕົວແທນທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ)

ວັນທີ