

Ինչպե՞ս լրացնել Ձեր Hearing Aid Coverage for Children Program (HACCP)-ի տարեկան համապատասխանության վերանայման (AER) դիմումը.**1. Լրացրե՛ք AER դիմումի ձևը:**

Եթե որևէ հարց չե՛ք հասկանում կամ փաստաթղթերից որևէ մեկը չունե՛ք, զանգահարե՛ք **1 (833) 956-2878**, կամ փնտրե՛ք ձեզ անհրաժեշտ տեղեկատվությունը 1-4 էջերում կամ առցանց՝ www.dhcs.ca.gov/haccp կայքում:

2. Department of Health Care Services-ին ուղարկե՛ք պահանջվող ֆինանսական և առողջապահական պլանի փաստաթղթերի ընթացիկ պատճեններն ըստ անհրաժեշտության:

(Դու՛մ կարող ե՛ք օգտագործել այլ փաստաթղթեր, որոնք նույն չեն այստեղ:)

☐ **Մեկ փաստաթուղթ տանն ապրող և աշխատանք ունեցող յուրաքանչյուր անձի համար.**

- Վերջին վարձատրության անդորրագիրը (ավելի քան, քան 45 օր առաջ), *կամ*
- Ձեր գործատուի կողմից ստորագրված, ամսաթվով ֆաղվածք, որը ցույց է տալիս ձեր համախառն եկամուտը և թե որքան հաճախ ե՛ք վճարվում, *կամ*
- Անցյալ տարվա դաշնային եկամտահարկի վերադարձ:

☐ **Մեկ փաստաթուղթ տանն ապրող և ազատ աշխատող յուրաքանչյուր անձի համար.**

- Անցյալ տարվա դաշնային եկամտահարկի ձևը C, C-EZ, կամ F ժամանակացույցով, *կամ*
- Ստորագրված, մանրամասնեցված շահույթի և վնասի մասին ֆաղվածք վերջին երեք ամիսների համար:

☐ **Եթե եկամուտ ունե՛ք հաշմանդամությունից, կենսաթոշակներից, ծերության թոշակից, սոցիալական ապահովությունից, վետերանների նպաստներից, աշխատող լինելու համար նախատեսված փոխհատուցումից կամ գործազրկությունից, ուղարկե՛ք հետևյալի պատճենը.**

- Պարգևատրման նամակը, չեկը կամ բանկային ֆաղվածքը, որը ցույց է տալիս ուղղակի ավանդ ամենամեկ փոխհատուցումից վճարման համար:

☐ **Յուրաքանչյուր HACCP անդամի համար, ով ներկայումս ունի առողջական ապահովագրություն, ուղարկե՛ք հետևյալի պատճենը.**

- Իրենց առողջության ապահովագրության պլանից լսողական սարքերի ապահովագրական ծածկույթի մերժման ծանուցում, *կամ*
- Ընթացիկ տարվա EOC-ն իրենց առողջական ապահովագրության ծրագրի համար (ցույց տալով դիմողի անունը որպես ապահովագրված անձ, կամ ուղեկցվում է առողջության ապահովագրության ֆարսով կամ նմանատիպ ինչ-որ բանով, որը նույնականացնում է դիմողին որպես այդ ծրագրի անդամ):

Որտե՞ղ ուղարկել ձեր AER դիմումը.

Դու՛մ կարող ե՛ք ուղարկել Ձեր AER դիմումի ձևը և ցանկացած անհրաժեշտ փաստաթուղթ DHCS հետևյալ կերպ.

1. **Վերբեռնելով.** առցանց www.dhcs.ca.gov/haccp հասցեով (Ձեր էկրանի ներքևի անկյունում սեղմեք «Զրուցեք մեզ հետ...» և ընտրեք «Վերբեռնել փաստաթղթերը»):
2. **Ցաֆույ.** անվճար 1 (833) 774-2227 համարին
3. **Փոստով.**

Hearing Aid Coverage for Children Program

P.O. Box 138000

Sacramento, CA 95813

Եթե դուք այլևս չեք համապատասխանում HACCP-ին, ի՞նչ է սպասվում հաջորդիվ:

Եթե դուք չեք համապատասխանում HACCP-ին, դուք կստանաք մերժման նամակ, որը կբացատրի, թե ինչպես կարող եք բողոքարկել համապատասխանության որոշումը, ԲԱՅՑ դուք դեռ կարող եք դիմել Medi-Cal-ի կամ առողջության այլ ապահովագրության համար՝ լրացնելով ապահովագրության մատչելիության դիմումը www.coveredca.com/apply կայքում:

Եթե կան սխալներ կամ ուղղումներ, որոնք առաջացել են համակարգի խնդիրների պատճառով, կամ **եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել HACCP**

1 (833) 956-2878 հեռախոսահամարով (հասանելի է Medi-Cal-ի շեմային լեզուներով, TTY/TTD-ով և տեսահաղորդակցման ծառայությամբ), երկուշաբթիից ուրբաթ, առավոտյան 8-ից մինչև երեկոյան 7-ը, և շաբաթ օրը, առավոտյան 8-ից մինչև 12-ը, կամ գրեք HACCP@maximus.com էլեկտրոնային հասցեով: Զանգն անվճար է: