

Cómo completar su solicitud de Revisión Anual de Elegibilidad (AER) del Hearing Aid Coverage for Children Program (HACCP)**1. Complete el formulario de solicitud AER.**

Si no entiende alguna pregunta o no tiene alguno de los documentos, llame al **1 (833) 956-2878**, o busque la información que necesita en las páginas 1-4 o en línea en www.dhcs.ca.gov/haccp.

2. Envíe a el Department of Health Care Services copias actualizadas de los documentos financieros y del plan de salud requeridos, según corresponda.

(Es posible que pueda utilizar otros documentos que no estén en esta lista.)

 Un documento por cada persona que vive en el hogar y tenga trabajo:

- Un recibo de sueldo reciente (de menos de 45 días), **o**
- Una declaración firmada y con fecha emitida por su empleador en la que consten sus ingresos brutos y la frecuencia con la que le paga, **o**
- La declaración federal de ingresos del año pasado.

 Un documento por cada persona que vive en el hogar y trabaje por cuenta propia:

- La declaración federal de ingresos del año pasado con los anexos C, C-EZ o F, **o**
- Un estado de pérdidas y ganancias firmado y desglosado de los últimos tres meses.

 Si percibe ingresos por incapacidad, pensiones, jubilación, Seguridad Social, prestaciones para veteranos, indemnización laboral o desempleo, envíe una copia de:

- La carta de concesión, el cheque, o el estado de cuenta bancario en el que conste el depósito directo del pago más reciente.

 Por cada miembro de HACCP que tenga ahora seguro de salud, envíe una copia de:

- Un aviso de rechazo de cobertura de audífonos por parte de su plan de seguro de salud, **o**
- EOC del año en curso de su plan de seguro de salud (en el que figure el nombre del solicitante como asegurado, o acompañado de una tarjeta de seguro de salud o similar que identifique al solicitante como miembro de dicho plan).

A dónde enviar su solicitud AER:

Puede enviar su formulario de solicitud AER y todos los documentos requeridos a DHCS de las siguientes maneras:

1. **Cargue los documentos:** En línea en www.dhcs.ca.gov/haccp (haga clic en "Charle con nosotros" en la esquina inferior de su pantalla y seleccione "Cargar documentos").
2. **Fax:** Llamada gratuita a 1 (833) 774-2227
3. **Correo:**

Hearing Aid Coverage for Children Program
P.O. Box 138000
Sacramento, CA 95813

Si ya no califica para HACCP - ¿Qué pasa después?

Si usted no califica para HACCP, recibirá una carta de rechazo que le explicará cómo puede apelar la decisión de elegibilidad, PERO usted todavía puede solicitar Medi-Cal u otro seguro de salud completando la solicitud de seguro asequible en www.coveredca.com/apply. Si hay errores o necesita hacer correcciones debido a problemas del sistema, **o si tiene alguna pregunta, por favor llame a HACCP al 1 (833) 956-2878** (disponible en los idiomas primarios de Medi-Cal, en TTY/TTD y en el servicio de retransmisión de video), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 7 p.m., y los sábados de 8 a.m. a 12 p.m., o envíe un correo electrónico a HACCP@maximus.com. La llamada es gratuita.