

**Как заполнить Hearing Aid Coverage for Children Program (HACCP)
Заявку на Ежегодную проверку соответствия требованиям (AER):****1. Заполните форму заявки AER.**

Если Вы не поняли вопрос или у Вас нет ни одного из документов, позвоните по телефону **1 (833) 956-2878**, или найдите нужную информацию на страницах 1-5 или в интернете на сайте www.dhcs.ca.gov/haccp.

**2. Отправьте актуальные копии необходимых финансовых документов и документов медицинского плана в Department of Health Care Services, если это применимо.
(Вы можете использовать другие документы, не перечисленные здесь.)**

- Один документ на каждого проживающего в доме человека, у которого есть работа:**
 - Недавняя квитанция об оплате (не более 45 дней назад), **или**
 - Подписанное и датированное заявление от работодателя с указанием вашего валового дохода и частоты выплаты зарплаты, **или**
 - Федеральная налоговая декларация за прошлый год.
- Один документ на каждого проживающего в доме человека, который работает на себя:**
 - Федеральная налоговая форма за прошлый год с приложениями C, C-EZ, или F, **или**
 - Подписанный, подробный отчет о прибылях и убытках за последние три месяца.
- Если вы получаете доход от инвалидности, пенсии, выхода на пенсию, социального обеспечения, ветеранских пособий, компенсации работникам или безработицы, отправьте копию:**
 - Письма о награждении, чека или выписки с банковского счета, подтверждающей прямой депозит последнего платежа.
- Для каждого участника HACCP, который в настоящее время имеет медицинскую страховку, отправьте копию:**
 - Уведомления об отказе в покрытии слуховых аппаратов из плана медицинского страхования, **или**
 - ЕОС за текущий год для их плана медицинского страхования (с указанием имени заявителя в качестве застрахованного лица или с приложением карты медицинского страхования или аналогичного документа, идентифицирующего заявителя как участника этого плана).

Куда отправить вашу заявку на AER:

Вы можете отправить форму заявки AER и все необходимые документы в DHCS следующим образом:

- 1. Загрузить:** Онлайн на сайте www.dhcs.ca.gov/haccp (нажмите “Общайтесь с нами...” в нижнем углу экрана и выберите “Загрузить документы”)
- 2. По факсу:** бесплатно по номеру 1 (833) 774-2227
- 3. По почте:**

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

Если вы больше не соответствуете требованиям НАССР - Что будет дальше?

Если Вы не имеете права на участие в программе НАССР, Вы получите письмо с отказом, в котором будет объяснено, как Вы можете подать апелляцию на решение о соответствии требованиям, НО Вы все равно можете подать заявку на Medi-Cal или другую медицинскую страховку, заполнив заявление о доступности страховки на сайте www.coveredca.com/apply. Если из-за неполадок в системе возникли ошибки или исправления, или **если у Вас есть вопросы, звоните в НАССР по телефону 1 (833) 956-2878** (доступен на пороговых языках Medi-Cal, ТТУ/ТТД с понедельника по пятницу с 8.00 до 7.00 и в субботу с 8.00 до 12.00, или пишите по электронной почте НАССР@maximus.com. Звонок бесплатный.