

## วิธีการกรอกใบสมัครทบทวนคุณสมบัติประจำปี (AER) สำหรับโปรแกรม Hearing Aid Coverage for Children Program (HACCP):

### 1. กรอกแบบฟอร์มใบสมัครทบทวนคุณสมบัติประจำปี

หากคุณไม่เข้าใจคำถามหรือไม่มีเอกสารบางอย่าง กรุณาโทรไปที่ **1 (833) 956-2878**

หรือค้นหาข้อมูลที่คุณต้องการได้ในหน้าที่ 1-4 หรือทางออนไลน์ที่ [www.dhcs.ca.gov/haccp](http://www.dhcs.ca.gov/haccp)

### 2. ส่งสำเนาปัจจุบันของเอกสารทางการเงินและแผนสุขภาพที่จำเป็นตามที่เกี่ยวข้อง ไปที่ Department of Health Care Services

(คุณอาจใช้เอกสารอื่นๆ ที่ไม่ได้ระบุไว้ที่นี่ได้)

#### เอกสารหนึ่งฉบับสำหรับแต่ละบุคคลที่อาศัยอยู่ในบ้านและมีงานทำ:

- สลิปเงินเดือนล่าสุด (ไม่เกิน 45 วัน) หรือ
- หนังสือรับรองจากนายจ้างที่ลงนามและลงวันที่ แสดงรายได้รวมและความถี่ในการได้รับรายได้ของคุณ หรือ
- แบบแสดงรายการภาษีเงินได้ของรัฐบาลกลางของปีที่แล้ว

#### เอกสารหนึ่งฉบับสำหรับแต่ละบุคคลที่อาศัยอยู่ในบ้านและประกอบอาชีพอิสระ:

- แบบภาษีเงินได้ของรัฐบาลกลางเฉพาะรายปีที่ผ่านมารวมกับแผนภาษี C, C-EZ, หรือ F หรือ
- แบบรายการกำไรและขาดทุนที่ลงนามและแยกรายการในช่วงสามเดือนล่าสุด

#### หากคุณมีรายได้จากความรัก เงินบำนาญ เงินบำนาญ ประกันสังคม สวัสดิการของทหาร icaid เซชการทำงาน หรือการว่างงาน โปรดส่งสำเนาของ:

- จดหมายรับรองการจ่ายเงินเช็คหรือรายการเงินฝากโดยตรงในบัญชีธนาคารสำหรับการจ่ายเงินล่าสุด

#### สำหรับสมาชิกของ HACCP แต่ละบุคคล ผู้ซึ่งอยู่ภายใต้ความคุ้มครองของประกันชีวิต โปรดส่งสำเนาของ:

- หนังสือปฏิเสธการคุ้มครองเครื่องช่วยฟังจากแผนประกันสุขภาพนั้นๆ, หรือ
- รายละเอียดเอกสารการคุ้มครองประกันสุขภาพประจำปีปัจจุบัน EOC สำหรับแผนประกันสุขภาพนั้นๆ (โดยแสดงชื่อของผู้สมัครเป็นผู้รับสิทธิในประกันหรือแบบบัตรประกันสุขภาพหรือเอกสารที่คล้ายคลึงที่ซึ่งระบุว่าผู้สมัครเป็นสมาชิกของแผนประกันนั้นๆ)

### สามารถส่งใบสมัคร AER ไปที่ใดได้บ้าง:

คุณสามารถส่งแบบฟอร์มใบสมัคร AER และเอกสารที่จำเป็นไปยัง DHCS ด้วยการ:

1. **อัปโหลด:** ออนไลน์ที่ [www.dhcs.ca.gov/haccp](http://www.dhcs.ca.gov/haccp) (คลิก “แชทกับเรา” ที่มุมล่างขวาของหน้าจอของคุณและเลือก “อัปโหลดเอกสาร”)
2. **แฟกซ์:** โทรฟรีไปยัง 1 (833) 774-2227
3. **จดหมาย:**

Hearing Aid Coverage for Children Program

P.O. Box 138000

Sacramento, CA 95813

### จะเกิดอะไรขึ้นหากคุณไม่มีคุณสมบัติสำหรับโปรแกรม HACCP

หากคุณไม่มีคุณสมบัติสำหรับโปรแกรม HACCP

คุณจะได้รับจดหมายปฏิเสธซึ่งจะอธิบายถึงวิธีการว่าคุณสามารถอุทธรณ์คำตัดสินได้อย่างไร แต่คุณยังสามารถยื่นสมัครใช้บริการ Medi-Cal หรือประกันสุขภาพอื่น ๆ ได้

โดยการกรอกใบสมัครรับความช่วยเหลือในการจ่ายค่าประกัน ที่ [www.coveredca.com/apply](http://www.coveredca.com/apply).

หากมีข้อผิดพลาดหรือต้องการแก้ไขเนื่องจากปัญหาของระบบหรือหากคุณมีข้อคำถามใด ๆ กรุณาโทรไปยัง

**HACCP ที่ 1 (833) 956-2878** (มีให้บริการในภาษาตามเกณฑ์ของ Medi-Cal, TTY/TTD,

และบริการสื่อสารผ่านวิดีโอ), จันทร์ถึงศุกร์, 8 a.m. ถึง 7 p.m., และวันเสาร์ 8 a.m. ถึง 12 p.m., หรืออีเมลที่

[HACCP@maximus.com](mailto:HACCP@maximus.com) ไม่คิดค่าบริการการโทร