

**Hearing Aid Coverage for Children Program****طلب مراجعة الأهلية السنوي**

املا طلب مراجعة الأهلية السنوي (AER) هذا لمعرفة ما إذا كنت لا تزال مؤهلاً لـ Department of Health Care Services (DHCS) Hearing Aid Coverage for Children Program (HACCP).

يستخدم هذا النموذج لأغراض داخلية لمساعدة الأعضاء ويحتفظ به لأغراض حفظ السجلات.

Family Member Number: \_\_\_\_\_ أو رقم (أرقام) HACCP: \_\_\_\_\_

**1. جهة الاتصال الرئيسية**

قم بتحديد شخص بالغ واحد للاتصال به إذا احتاجت إليه DHCS للحصول على مزيد من المعلومات. يمكن أن يكون هذا:

- العضو (إذا كان عمره على الأقل 18 عامًا أو أصبح قاصرًا مستقلًا)
  - والد العضو أو وصيه (إذا كان العضو قاصرًا غير مستقل)
  - الممثل المفوض (شخص تسمح له برؤية طلبك والتحدث إلى DHCS نيابةً عنك بشأن أهليتك وتسجيلك)
- قم بملء الخيار A أو B أدناه. يتطلب الخيار B توقيعًا.

☐ (A) جهة الاتصال الرئيسية هو العضو أو والده أو وصيه:

اسم جهة الاتصال الرئيسية (الاسم الأول، الاسم الأوسط، الاسم الأخير)

☐ (B) جهة الاتصال الرئيسية هو الممثل المفوض:

اسم الممثل المفوض (الاسم الأول، الاسم الأوسط، الاسم الأخير)

العنوان (الرقم والشارع) المدينة المقاطعة الولاية الرمز البريدي

من خلال التوقيع، أنت تسمح لممثلك المفوض بتوقيع طلب AER الخاص بك، والحصول على معلومات رسمية حول طلبك، والتصرف نيابة عنك في جميع المسائل المستقبلية المتعلقة بـ HACCP مع DHCS. يمكن لك أو لممثلك المفوض تغيير أو إلغاء هذا التفويض في أي وقت.

توقيع العضو (إذا كان عمره على الأقل 18 عامًا أو قاصرًا مستقلًا) أو والده أو وصيه (إذا كان قاصرًا غير مستقل)	علاقته بالعضو (الأعضاء) (هو نفسه، الوالد، أو الوصي)	التاريخ
---	---	---------

**2. هل حدثت أي تغييرات في معلومات الاتصال الخاصة بك؟** ☐ نعم ☐ لا

إذا كان الجواب نعم، يرجى ملء الحقل (الحقول) المناسبة أدناه.

العنوان السكني (الرقم والشارع)	عنوان المراسلات (إذا كان مختلفًا عن العنوان السكني)
الرمز البريدي الولاية المقاطعة المدينة	الرمز البريدي الولاية المقاطعة المدينة
رقم الهاتف المفضل	البريد الإلكتروني

**3. أعضاء HACCP**

قم بتحديث المعلومات أدناه لكل طفل أو شاب دون سن الـ 21 عامًا والمسجل في HACCP. (إذا كان هناك أكثر من اثنين من أعضاء HACCP يعيشون في الأسرة، فضلًا قم بتسجيل الأعضاء الإضافيين في ورقة منفصلة).

العضو 1: الاسم (الاسم الأول، الاسم الأوسط، الاسم الأخير)

هل لدى هذا العضو حاليًا تغطية من خلال برنامج Medi-Cal؟ ☐ نعم ☐ لاهل لدى هذا العضو حاليًا تغطية أجهزة المعينات السمعية من خلال برنامج California Children's Services (CCS)؟ ☐ نعم ☐ لاهل لدى هذا العضو حاليًا تغطية من خلال التأمين الصحي الخاص؟ ☐ نعم ☐ لا  
إذا كان الجواب نعم، يُرجى تضمين إشعار رفض التغطية أو دليل التغطية السنوي الحالي (EOC).

من هو المؤمن؟ \_\_\_\_\_ رقم ID الخطة/العضو؟ \_\_\_\_\_

اسم المؤمن الأساسي؟ \_\_\_\_\_ هل تغطي الخطة أجهزة المعينات السمعية؟ ☐ نعم ☐ لا

العضو 2: الاسم (الاسم الأول، الاسم الأوسط، الاسم الأخير)

هل لدى هذا العضو حاليًا تغطية من خلال برنامج Medi-Cal؟ ☐ نعم ☐ لاهل لدى هذا العضو حاليًا تغطية أجهزة المعينات السمعية من خلال برنامج CCS؟ ☐ نعم ☐ لاهل لدى هذا العضو حاليًا تغطية من خلال التأمين الصحي الخاص؟ ☐ نعم ☐ لا  
إذا كان الجواب نعم، يُرجى تضمين إشعار رفض التغطية أو دليل التغطية السنوي الحالي (EOC).

من هو المؤمن؟ \_\_\_\_\_ رقم ID الخطة/العضو؟ \_\_\_\_\_

اسم المؤمن الأساسي؟ \_\_\_\_\_ هل تغطي الخطة أجهزة المعينات السمعية؟ ☐ نعم ☐ لا4. هل حدثت أي تغييرات في أفراد العائلة الذين يعيشون في المنزل؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا كان الجواب نعم، قم بكتابة أي إضافات، أو حذف، أو تحديثات للأطفال أو الشباب دون سن الـ 21، والآباء، وأزواج الآباء، وأزواج الشباب دون سن الـ 21، أو الأفراد الحوامل الذين يعيشون في المنزل. لا تقم بكتابة العمات، أو الأعمام، أو بنات الإخوة، أو أبناء الإخوة، أو الأجداد.

التغيير	اسم فرد العائلة (الأول، الأوسط، الأخير)	تاريخ الميلاد	علاقته بالعضو (الأعضاء)	هل هذا الشخص يعمل حاليًا؟
<input type="checkbox"/> إضافة <input type="checkbox"/> حذف <input type="checkbox"/> تحديث			<input type="checkbox"/> أحد الوالدين <input type="checkbox"/> زوج أحد الوالدين <input type="checkbox"/> طفل <input type="checkbox"/> طفل الزوج <input type="checkbox"/> زوج <input type="checkbox"/> غير ذلك	<input type="checkbox"/> نعم – يُرجى تضمين تفاصيل الدخل أدناه في القسم 5. <input type="checkbox"/> لا
<input type="checkbox"/> إضافة <input type="checkbox"/> حذف <input type="checkbox"/> تحديث			<input type="checkbox"/> أحد الوالدين <input type="checkbox"/> زوج أحد الوالدين <input type="checkbox"/> طفل <input type="checkbox"/> طفل الزوج <input type="checkbox"/> زوج <input type="checkbox"/> غير ذلك	<input type="checkbox"/> نعم – يُرجى تضمين تفاصيل الدخل أدناه في القسم 5. <input type="checkbox"/> لا

5. الدخل

يُرجى تقديم معلومات حالية بشأن دخل الأسرة وتقديم وثائق دخل حديثة لجميع أفراد الأسرة الذين يبلغون عن دخل.

اسم فرد الأسرة الذي لديه دخل	ما هو مصدر هذا الدخل؟ (مثال: أرباح من العمل، العمل الحر، غير ذلك)	المبلغ الإجمالي للدخل (إذا كنت تعمل في العمل الحر، استخدم الدخل الصافي)	كم مرة يتم استلام الدخل؟
		\$	<input type="checkbox"/> أسبوعيًا <input type="checkbox"/> كل أسبوعين <input type="checkbox"/> شهريًا <input type="checkbox"/> كل نصف شهر <input type="checkbox"/> سنويًا
		\$	<input type="checkbox"/> أسبوعيًا <input type="checkbox"/> كل أسبوعين <input type="checkbox"/> شهريًا <input type="checkbox"/> كل نصف شهر <input type="checkbox"/> سنويًا
		\$	<input type="checkbox"/> أسبوعيًا <input type="checkbox"/> كل أسبوعين <input type="checkbox"/> شهريًا <input type="checkbox"/> كل نصف شهر <input type="checkbox"/> سنويًا
		\$	<input type="checkbox"/> أسبوعيًا <input type="checkbox"/> كل أسبوعين <input type="checkbox"/> شهريًا <input type="checkbox"/> كل نصف شهر <input type="checkbox"/> سنويًا

## 6. يُرجى قراءة وتوقيع هذا النموذج.

## إشعار الخصوصية

يتم استخدام هذا النموذج لتحديد أهلية أعضاء DHCS لتمديد أو تجديد التسجيل. المعلومات الشخصية والطبية التي تم جمعها في هذا النموذج خاصة وسرية، وتُطلب من قبل DHCS لتحديد هويتك وهوية الأشخاص الآخرين في هذا الطلب ولإدارة برامجنا. أي معلومات شخصية أو صحية تم جمعها في هذا النموذج من قبل DHCS خاضعة لقيود قانون حماية المعلومات (IPA)، وقانون قابلية نقل التأمين الصحي والمساءلة (HIPAA)، وسياسات أخرى في الولاية. لن نستخدم أو نشارك DHCS معلوماتك ما لم يتم تفويضها بذلك من قبلك، أو من الشخص المعني به، كتابيًا أو وفقًا للقانون. يجب عليك تقديم جميع المعلومات المطلوبة في هذا النموذج ويجب ألا تقدم معلومات شخصية غير مطلوبة. إذا لم تقدم جميع المعلومات المطلوبة، فإننا لن نتمكن من تمديد أو تجديد تسجيلك في DHCS. قد نشارك أو نقدم DHCS أي من المعلومات المقدمة في هذا النموذج لوكالات حكومة الولاية والحكومة الفيدرالية والمحلية (على سبيل المثال، دائرة الخدمات الاجتماعية بالمقاطعة التي يقيم فيها الفرد)، والمقاولون، والبرامج فقط لتسجيلك في برنامج أو لإدارة البرامج؛ أو وفقًا للقانون. في معظم الحالات، لدى الفرد (الأفراد) الذين تتعلق بهم هذه المعلومات الحق في الوصول إليها. لمزيد من المعلومات أو للحصول على الوصول إلى السجلات التي تحتوي على معلوماتك الشخصية التي تحتفظ بها DHCS، يُرجى الاتصال بـ DHCS.

تخول DHCS جمع هذه المعلومات وفقًا لقانون الميزانية لعام 2022 [قانون الجمعية 179 (الفصل 249، القوانين لعام 2022)]. تخول DHCS أيضًا جمع المعلومات الشخصية والصحية لإدارة DHCS وبرنامج Medi-Cal. لمزيد من المعلومات حول ممارسات خصوصية DHCS، يُرجى زيارة <https://www.dhcs.ca.gov/formsandpubs/laws/priv/Documents/Notice-of-Privacy-Practices-English.pdf> أو <https://www.dhcs.ca.gov/Pages/Privacy.aspx>.

إذا كنت ترغب في الحصول على نسخة ورقية من سياسة وممارسات خصوصية DHCS، أو إذا كنت ترغب في تقديم شكوى، يمكنك التواصل مع وحدة خصوصية البيانات في DHCS عن طريق البريد أو البريد الإلكتروني أو الهاتف:

Privacy Office  
c/o: Data Privacy Unit  
Department of Health Care Services  
P.O. Box 997413, MS 4722  
Sacramento, CA 95899-7413

البريد الإلكتروني: [incidents@dhcs.ca.gov](mailto:incidents@dhcs.ca.gov)

رقم الهاتف: (916) 445-4646

إشعار الخصوصية المقدم هنا مطلوب بموجب قانون California المدني 1798.17.

من خلال توقيعي، أؤكد أن ما أقوله أدناه صحيح وسليم.

- لقد قرأت وفهمت طلب HACCP AER هذا.
- المعلومات التي قدمتها صحيحة وسليمة وكاملة.
- أنا أفهم أنه يجب علي تقديم وثائق الدخل الحديثة المناسبة ووثائق الخطة الصحية لتجديد تغطيتي.

التاريخ	علاقته بالعضو (الأعضاء) (هو نفسه، الوالد، أو الوصي، أو الممثل المعتمد)	توقيع العضو (إذا كان عمره على الأقل 18 عامًا أو قاصرًا مستقلًا) أو والده أو وصيه (إذا كان قاصرًا غير مستقل) أو الممثل المعتمد