

Hearing Aid Coverage for Children Program

Aplikasyon para sa Taunang Pagsusuri ng Kwalipikasyon

Kumpletuhin ang Aplikasyon sa Taunang Pagsusuri sa Elihibilidad (AER) na ito upang malaman kung ikaw ay kwalipikado pa rin para sa Department of Health Care Services (DHCS) Hearing Aid Coverage for Children Program (HACCP).

Ang form na ito ay ginagamit para sa mga internal na layunin upang matulungan ang mga miyembro at itinatahi para sa pagpapanatili ng rekord.

Family Member Number: _____ o (mga) numero ng HACCP: _____

1. Pangunahing Kontak

Maglista ng isang adulto upang ma-kontak kung ang DHCS ay nangangailangan ng karagdagang impormasyon. Maaari itong maging:

- Miyembro (kung hindi bababa sa 18 taong gulang o isang emancipated na menor de edad)
- Magulang o legal na tagapag-alaga ng miyembro (kung ang miyembro ay isang hindi emancipated na menor de edad)
- Awtorisadong kinatawan (isang taong pinapayagan mong makakita ng iyong aplikasyon at makipag-usap sa DHCS sa ngalan mo tungkol sa iyong pagiging karapat-dapat at pagpapatala)

Punan ang Opsyon A o B, sa ibaba. Ang isang lagda ay kinakailangan para sa Opsyon B.

☐ **A) Ang pangunahing kontak ay ang miyembro o kanilang magulang o legal na tagapag-alaga:**

Pangalan ng pangunahing kontak (*pangalan, gitnang pangalan, apelyido*)

☐ **B) Ang pangunahing kontak ay isang awtorisadong kinatawan:**

Pangalan ng awtorisadong kinatawan (*pangalan, gitnang pangalan, apelyido*)

Address (<i>numero at kalye</i>)	Lungsond	Lalawigan	Estado	Zip Code
------------------------------------	----------	-----------	--------	----------

Sa pamamagitan ng pag-lagda, pinapayagan mo ang iyong awtorisadong kinatawan na lagdaan ang iyong Aplikasyon ng AER, kumuha ng opisyal na impormasyon tungkol sa iyong aplikasyon, at kumilos sa ngalan mo para sa lahat ng mga bagay sa HACCP sa hinaharap kasama ang DHCS. Ikaw o ang iyong awtorisadong kinatawan ay maaaring baguhin o kanselahin ang awtorisasyong ito anumang oras.

Lagda ng miyembro (<i>kung hindi bababa sa 18 taong gulang o isang emancipated na menor de edad</i>) o magulang o legal na tagapag-alaga (<i>kung hindi emancipated na menor de edad</i>)	Relasyon sa (mga) miyembro (<i>sarili, magulang, o legal na tagapag-alaga</i>)	Petsa
---	---	--------------

2. Nagkaroon ba ng anumang mga pagbabago sa iyong impormasyon sa pakikipag-ugnayan?☐ Oo ☐ Hindi*Kung oo, punan ang (mga) naaangkop na patlang sa ibaba.*

Address sa Bahay (<i>numero at kalye</i>)				Address sa Koreo (<i>Kung naiiba sa Address sa Bahay</i>)			
Lungsod	Lalawigan	Estado	Zip Code	Lungsod	Lalawigan	Estado	Zip Code
Pinaka-mabuting numero ng telepono sa pakikipag-ugnayan				Email			

3. (Mga) Miyembro ng HACCP

I-update ang impormasyon sa ibaba para sa bawat bata o kabataang wala pang 21 taong gulang na nakatala sa HACCP. (Kung higit sa dalawang miyembro ng HACCP ang nakatira sa sambahayan, ilaran ang mga karagdagang miyembro sa isang hiwalay na piraso ng papel.)

Miyembro 1: Pangalan (*unang pangalan, gitnang pangalan, apelyido*)

Ang miyembrong ito ba ay kasalukuyang may saklaw sa pamamagitan ng programa ng Medi-Cal? ☐ Oo ☐ Wala

Ang miyembrong ito ba ay kasalukuyang may saklaw para sa mga hearing aid sa pamamagitan ng programa ng California Children's Services (CCS)? ☐ Oo ☐ Wala

Ang miyembrong ito ba ay kasalukuyang may saklaw sa pamamagitan ng isang pribadong segurong pangkalusugan? ☐ Oo ☐ Wala

Kung oo, isama ang isang abiso ng pagtanggap sa pagsaklaw o Katibayan ng Saklaw (EOC) sa kasalukuyang taon.

Sino ang insurer? _____ Plano/ID ng miyembro? _____

Pangunahing Pangalan ng Insured? _____

Saklaw ba ng plano ang mga hearing aid? ☐ Oo ☐ Hindi

Miyembro 2: Pangalan (*unang pangalan, gitnang pangalan, apelyido*)

Ang miyembrong ito ba ay kasalukuyang may saklaw sa pamamagitan ng programa ng Medi-Cal? ☐ Oo ☐ Wala

Ang miyembrong ito ba ay kasalukuyang may saklaw para sa mga hearing aid sa pamamagitan ng programa ng CCS ?

☐ Oo ☐ Wala

Ang miyembrong ito ba ay kasalukuyang may saklaw sa pamamagitan ng isang pribadong segurong pangkalusugan? ☐ Oo ☐ Wala

Kung oo, isama ang isang abiso ng pagtanggap sa pagsaklaw o EOC sa kasalukuyang taon.

Sino ang insurer? _____ Plano/ID ng miyembro? _____

Pangunahing Pangalan ng Insured? _____

Saklaw ba ng plano ang mga hearing aid? ☐ Oo ☐ Hindi

4. Nagkaroon ba ng anumang mga pagbabago sa mga miyembro ng pamilya na naninirahan sa bahay? ☐ Oo ☐ Hindi

Kung oo, ilarawan ang anumang mga pagdaragdag, pag-aalis, o mga update para sa mga bata o kabataang wala pang 21 taong gulang, mga magulang, mga stepparent, at asawa ng mga kabataang wala pang 21 taong gulang, o mga buntis na indibidwal na nakatira sa bahay. Huwag ilarawan ang mga tiyuhin, tiyuhin, mga pamangkin, o mga lolo at lola.

Pagbabago	Pangalan ng Miyembro ng Sambahayan (una, gitna, apelyido)	Petsa ng Kapanganakan	Relasyon sa (mga) Miyembro	Ang taong ito ba ay kasalukuyang may trabaho?
☐ Idagdag ☐ I-alis ☐ I-update			☐ Magulang ☐ Stepparent ☐ Anak ☐ Stepchild ☐ Asawa ☐ Iba pa _____	☐ Oo – Mangyaring isama ang mga detalye ng kita sa ibaba, sa Seksyon 5. ☐ Wala
☐ Idagdag ☐ I-alis ☐ I-update			☐ Magulang ☐ Stepparent ☐ Anak ☐ Stepchild ☐ Asawa ☐ Iba pa _____	☐ Oo – Mangyaring isama ang mga detalye ng kita sa ibaba, sa Seksyon 5. ☐ Wala

5. Kita

Mangyaring magbigay ng kasalukuyang impormasyon tungkol sa kita ng sambahayan at magsumite ng kamakailang dokumentasyon ng kita para sa lahat ng mga miyembro ng sambahayan na nag-uulat ng kita.

Pangalan ng miyembro ng sambahayan na may kita	Ano ang pinagmumulan ng kitang ito? (Halimbawa: Mga kita mula sa trabaho, pagiging self-employed, iba pa)	Gross na Halaga ng Kita (Kung self-employed, gamitin ang netong kita)	Gaano kadalas natatanggap ang kita?
		\$	☐ Lingguhan ☐ Kada dalawang linggo ☐ Buwanan ☐ Semi-buwanan ☐ Taunan

		\$	☐ Lingguhan ☐ Kada dalawang linggo ☐ Buwanan	☐ Semi-buwanan ☐ Taunan
		\$	☐ Lingguhan ☐ Kada dalawang linggo ☐ Buwanan	☐ Semi-buwanan ☐ Taunan
		\$	☐ Lingguhan ☐ Kada dalawang linggo ☐ Buwanan	☐ Semi-buwanan ☐ Taunan

6. Mangyaring basahin at lagdaan ang form na ito.

Paunawa sa Pribasiya

Ang form na ito ay ginagamit upang matukoy ang pagiging karapat-dapat ng miyembro ng HACCP upang pahabain o i-renew ang pagpapatala. Ang personal at medikal na impormasyong nakolekta sa at para sa form na ito ay pribado at kumpidensyal, na hiniling ng DHCS upang makilala ka at ang iba pang mga tao sa aplikasyong ito at upang pangasiwaan ang aming mga programa. Ang anumang personal at pangkalusugang impormasyong nakolekta sa form na ito ng DHCS ay napapailalim sa mga limitasyon sa Batas ng mga Kasanayan sa Impormasyon (IPA), Batas sa Portability at Accountability ng Segurong Pangkalusugan (HIPAA), at iba pang patakaran ng estado. Hindi gagamitin o ibabahagi ng DHCS ang iyong impormasyon maliban kung inaawtorisahan mo, o ng indibidwal kung kanino ito nauukol, sa pamamagitan ng pagsusulat o bilang inaawtorisahan ng batas. Dapat mong ibigay ang lahat ng impormasyong hinihiling sa form na ito at hindi dapat magbigay ng personal na impormasyong hindi hinihiling. Kung hindi mo ibibigay ang lahat ng mga hinihiling na impormasyon, hindi namin maaaring pahabain o i-renew ang iyong pagpapatala sa HACCP. Ang DHCS ay maaaring magbahagi o magbigay ng alinman sa impormasyong ibinigay sa o para sa form na ito sa iba pang mga pang-estado, pederal, at lokal na ahensya (halimbawa, ang Departamento ng Serbisyon Panlipunan ng lalawigan sa lalawigan kung saan nakatira ang indibidwal), mga kontratista, at mga programa para lang ipatala ka sa isang programa o para mangasiwa ng mga programa; o kung kinakailangan ng batas. Sa karamihan ng mga kaso, ang (mga) indibidwal kung kanino nauukol ang impormasyong ito ay may karapatang ma-access ito. Para sa karagdagang impormasyon o para makakuha ng access sa mga talaang naglalaman ng iyong personal na impormasyon na pinapanatili ng DHCS, makipag-ugnayan sa HACCP.

Ang DHCS ay awtorisado upang mangolekta ng impormasyong ito alinsunod sa Batas sa Badyet ng 2022 [Panukalang Batas sa Assembly 179 (Kabanata 249, Mga Batas ng 2022)]. Inaawtorisahan din ang DHCS na mangolekta ng personal at pangkalusugang impormasyon para sa pangangasiwa ng HACCP at ng programa ng Medi-Cal. Para sa mga karagdagang impormasyon tungkol sa mga kasanayan sa pribasiya ng DHCS, mangyaring bisitahin ang <https://www.dhcs.ca.gov/formsandpubs/laws/priv/Documents/Notice-of-Privacy-Practices-English.pdf> at <https://www.dhcs.ca.gov/Pages/Privacy.aspx>.

Kung nais mong makakuha ng isang papel na kopya ng patakaran at kasanayan sa pribasiya ng DHCS, o nais na maghain ng isang reklamo, maaari kang makipag-ugnayan sa Yunit sa Pribasiya ng Data ng DHCS sa pamamagitan ng koreo, email, o telepono:

Privacy Office
c/o: Data Privacy Unit
Department of Health Care Services
P.O. Box 997413, MS 4722
Sacramento, CA 95899-7413
Email: incidents@dhcs.ca.gov
Telepono: (916) 445-4646

Ang paunawa sa pribasiyang ibinibigay rito ay kinakailangan ng Kodigo Sibil 1798.17 ng California.

Deklarasyon at lagda *Ito ay kinakailangan.*

Sa pamamagitan ng paglagda, ipinapahayag ko na ang sinasabi ko sa ibaba ay totoo at tama.

- Nabasa at nauunawaan ko ang Aplikasyong sa HACCP AER na ito.
- Ang impormasyong ibinigay ko ay totoo, tama, at kumpleto.
- Nauunawaan ko na dapat akong magsumite ng naaangkop na kamakailang dokumentasyon sa kita at mga dokumento sa planong pangkalusugan upang i-renew ang aking pagsaklaw.

Lagda ng miyembro <i>(kung hindi bababa sa 18 taong gulang o isang emancipated na menor de edad) o magulang o legal na tagapag-alaga</i> <i>(kung hindi emancipated na menor de edad) o awtorisadong kinatawan</i>	Relasyon sa (mga) miyembro <i>(sarili, magulang o legal na tagapag-alaga, o awtorisadong kinatawan)</i>	Petsa