

Hearing Aid Coverage for Children Program

Заявка на Щорічну перевірку відповідності вимогам

Заповніть цю заявку Щорічної перевірки відповідності вимогам (AER) щоб дізнатися, чи відповідаєте ви вимогам Department of Health Care Services (DHCS) Hearing Aid Coverage for Children Program (HACCP).

Ця форма використовується для внутрішніх цілей, щоб допомогти учасникам і зберігається для ведення обліку.

Family Member Number: _____ або Номер(а) HACCP: _____

1. Основний контакт

Вкажіть одного дорослого, з яким можна зв'язатися, якщо DHCS буде потрібна додаткова інформація. Це може бути:

- Учасник (якщо йому не менше 18 років або він є емансипованим неповнолітнім)
- Батько або опікун учасника (якщо учасник є неемансипованим неповнолітнім)
- Уповноважений представник (особа, якій Ви дозволяєте переглядати Вашу заяву і розмовляти з DHCS від Вашого імені з приводу Вашого права на участь і зарахування в програму)

Заповніть варіант А або В, наведений нижче. Для варіанта В потрібен підпис.

☐ **А) Основний контакт - сам учасник або його батько чи опікун:**

Ім'я основного контакту (ім'я, середнє ім'я, прізвище)

☐ **В) Основний контакт - уповноважений представник:**

Ім'я уповноваженого представника (ім'я, середнє ім'я, прізвище)

Адреса (номер і вулиця)	Місто	Округ	Штат	Поштовий індекс
-------------------------	-------	-------	------	-----------------

Підписуючи документ, Ви дозволяєте своєму уповноваженому представнику підписувати вашу заявку AER, отримувати офіційну інформацію щодо Вашої заявки та діяти від Вашого імені з усіх майбутніх питань HACCP в DHCS. Ви або Ваш уповноважений представник можете змінити або скасувати цей дозвіл у будь-який час.

Підпис учасника (якщо йому не менше 18 років або він емансипований неповнолітній) або батька чи піклувальника (якщо він не емансипований неповнолітній)	Відношення до учасника(ів) (особисто, батько або опікун)	Дата

2. Чи були які-небудь зміни у вашій контактній інформації? ☐ Так ☐ Ні*Якщо так, заповніть відповідне поле(я) нижче.*

Домашня адреса (номер і вулиця)	Поштова адреса (якщо вона відрізняється від домашньої адреси)
Місто Округ Штат Поштовий індекс	Місто Округ Штат Поштовий індекс
Найкращий контактний номер телефону	Електронна пошта

3. НАССР Учасник(и)

Оновіть наведену нижче інформацію про кожну дитину або молоду людину віком до 21 року, зараховану до НАССР. (Якщо в домогосподарстві проживає понад два учасники НАССР, перерахуйте додаткових учасників на окремому аркуші паперу.)

Учасник 1: Ім'я (ім'я, середнє ім'я, прізвище)**Чи має цей учасник наразі страховку за програмою Medi-Cal?** ☐ Так ☐ Ні**Чи має цей учасник наразі страховку на слухові апарати за програмою California Children's Services (CCS)?** ☐ Так ☐ Ні**Чи має цей учасник наразі страховку за приватним медичним страхуванням?**☐ Так ☐ Ні*Якщо так, додайте повідомлення про відмову в страховому покритті або свідоцтво про страхове покриття за поточний рік (ЕОС).*

Хто страховик? _____ План/ID учасника? _____

Ім'я основного застрахованого? _____

Чи покриває план слухові апарати? ☐ Так ☐ Ні**Учасник 2: Ім'я** (ім'я, середнє ім'я, прізвище)**Чи має цей учасник наразі страховку за програмою Medi-Cal?** ☐ Так ☐ Ні**Чи має цей учасник наразі страховку на слухові апарати за програмою CCS?** ☐ Так ☐ Ні**Чи має цей учасник наразі страховку за приватним медичним страхуванням?**☐ Так ☐ Ні*Якщо так, додайте повідомлення про відмову в страховому покритті або ЕОС за поточний рік.*

Хто страховик? _____ План/ID учасника? _____

Ім'я основного застрахованого? _____

Чи покриває план слухові апарати? ☐ Так ☐ Ні

4. Чи відбулися будь-які зміни у складі сім'ї, яка проживає в будинку? ☐ Так ☐ Ні

Якщо так, вкажіть усі додавання, видалення або зміни, що стосуються дітей або молоді віком до 21 року, батьків, зведених батьків і подружжя молоді віком до 21 року, а також вагітних, які мешкають у будинку. Не вказуйте тітоньок, дядечків, племінників, племінниць, бабусь і дідусів.

Зміна	Ім'я члена домогосподарства (ім'я, середнє ім'я, прізвище)	Дата народження	Відношення до учасника(ів)	Чи працює ця людина в даний час?
☐ Додати ☐ Видалити ☐ Оновити			☐ Батько/мати ☐ Прийомний батько/мати ☐ Дитина ☐ Прийомна дитина ☐ Чоловік (дружина) ☐ Інше _____	☐ Так – Будь ласка, вкажіть відомості про доходи нижче, у розділі 5. ☐ Ні
☐ Додати ☐ Видалити ☐ Оновити			☐ Батько/мати ☐ Прийомний батько/мати ☐ Дитина ☐ Прийомна дитина ☐ Чоловік (дружина) ☐ Інше _____	☐ Так – Будь ласка, вкажіть відомості про доходи нижче, у розділі 5. ☐ Ні

5. Дохід

Будь ласка, надайте актуальну інформацію про доходи домогосподарства та надайте останні документи про доходи всіх членів домогосподарства, які вказують доходи.

Ім'я члена домогосподарства з доходом	Яке джерело цього доходу? (Приклад: Заробіток від роботи, самозайнятості, інше)	Сума валового доходу (Якщо працює на себе, використовуйте чистий дохід)	Як часто отримує дохід?
		\$	☐ Щотижня ☐ Кожні два тижні ☐ Щомісяця ☐ Двічі на місяць ☐ Щорічно
		\$	☐ Щотижня ☐ Кожні два тижні ☐ Щомісяця ☐ Двічі на місяць ☐ Щорічно
		\$	☐ Щотижня ☐ Кожні два тижні ☐ Щомісяця ☐ Двічі на місяць ☐ Щорічно

		\$	☐ Щотижня ☐ Кожні два тижні ☐ Щомісяця	☐ Двічі на місяць ☐ Щорічно
--	--	----	---	--

6. Будь ласка, прочитайте і підпишіть цю форму.

Повідомлення про конфіденційність

Ця форма використовується для визначення права учасника програми НАССР на продовження або відновлення реєстрації. Особиста та медична інформація, зібрана в цій формі та для цієї форми, є приватною та конфіденційною і запитується DHCS для ідентифікації Вас та інших осіб, зазначених у цій заяві, та для управління нашими програмами. Будь-яка особиста та медична інформація, зібрана DHCS у цій формі, підлягає обмеженням, передбаченим Законом про інформаційну практику (IPA), Законом про переносимість та підзвітність медичного страхування (HIPAA) та іншими правилами штату. DHCS не використовуватиме або не передаватиме Вашу інформацію без Вашого письмового дозволу або дозволу особи, до якої вона належить, або відповідно до закону. Ви повинні надати всю інформацію, запитувану в цій формі, і не повинні надавати особисту інформацію, яка не запитується. Якщо Ви не надасте всю запитувану інформацію, ми не зможемо продовжити або відновити Вашу участь у програмі НАССР. DHCS може передавати або надавати будь-яку інформацію, зазначену в даній формі, іншим державним, федеральним та місцевим агенціям (наприклад, окружному Департаменту Соціальних Послуг округу, в якому проживає особа), підрядникам та програмам лише для того, щоб зарахувати Вас до програми або керувати програмами; або відповідно до вимог закону. У більшості випадків особа (особи), до якої належить ця інформація, має право на доступ до неї. Для отримання додаткової інформації або доступу до записів, що містять Вашу особисту інформацію, які зберігаються в DHCS, звертайтеся до НАССР.

DHCS має право збирати цю інформацію відповідно до Закону про бюджет 2022 року [Закон Асамблеї 179 (Глава 249, Статуту 2022 року)]. DHCS також має право збирати особисту та медичну інформацію для управління програмою НАССР та програмою Medi-Cal. Більш детальну інформацію про практику конфіденційності DHCS' можна знайти на сайтах <https://www.dhcs.ca.gov/formsandpubs/laws/priv/Documents/Notice-of-Privacy-Practices-English.pdf> та <https://www.dhcs.ca.gov/Pages/Privacy.aspx>.

Якщо Ви хочете отримати паперову копію політики та практики конфіденційності DHCS' або подати скаргу, Ви можете зв'язатися з відділом конфіденційності даних DHCS' поштою, електронною поштою або телефоном:

Privacy Office

c/o: Data Privacy Unit

Department of Health Care Services

P.O. Box 997413, MS 4722

Sacramento, CA 95899-7413

Електронна пошта: incidents@dhcs.ca.gov

Телефон: (916) 445-4646

Повідомлення про конфіденційність, представлене тут, вимагається відповідно до Цивільного кодексу California 1798.17.

Заява та підпис *Це обов'язково.*

Підписуючи заяву, я заявляю, що все, що я кажу нижче, вірно і правильно.

- Я прочитав і зрозумів цю Заяву НАССР AER.
- Надана мною інформація є вірною, правильною і повною.
- Я розумію, що для продовження страховки мені необхідно надати відповідні останні документи про доходи та документи медичного плану.

Підпис учасника *(якщо йому не менше 18 років або він є емансипованим неповнолітнім) або батька чи піклувальника (якщо він є неемансипованим неповнолітнім) або уповноважений представник*

Відношення до учасника(ів) *(особисто, батько або опікун або уповноважений представник)*

Дата