



PROGRAMA DE **HEAR NOW**

APLICACIÓN 2012

Válido hasta el 15 de Diciembre, 2012





Estimado solicitante,

Gracias por contactar al programa de HEAR NOW, de la Fundación Auditiva Starkey, para recibir asistencia financiera con los instrumentos auditivos (audífonos). Nuestra esperanza es proporcionar audífonos a residentes permanentes de los EEUU, quienes cumplen con los criterios y están aprobados para asistencia. Este programa está diseñado para apoyar a los que **no tienen ningún otro recurso** disponible. HEAR NOW es un programa de último recurso. Otras opciones de asistencia incluyen: apoyo familiar, seguro, programa estatal de Medicaid, rehabilitación vocacional, distrito de escuela, VA, grupos de la iglesia, y programas estatales o locales. Por favor llame a la oficina de HEAR NOW para averiguar su elegibilidad.

La asistencia viene a través de regalos del fabricante, profesionales del cuidado de la audición de su área y donantes alrededor de los EEUU. El profesional del cuidado de la audición no está reembolsado por su trabajo con el programa de HEAR NOW. Valoramos profundamente el tiempo, esfuerzos y generosidad al que ellos se comprometen con los clientes de HEAR NOW. Confiamos que apreciará la dedicación y compromiso de estas generosas personas.

Si el solicitante tiene apoyo familiar o **fondos** disponibles en cuentas del mercado monetario, fondos de inversión, planes de 401(k), planes de pensiones, certificados de depósito (CD), cuentas corrientes o de ahorros, bonos, obligaciones, o bonos del tesoro (T-bill), **tal vez este no es el programa para usted**. HEAR NOW considera todo esto cuando determina la elegibilidad. Solo los que están dentro de las pautas del programa para ingreso, recursos y pérdida auditiva pueden ser considerados para la asistencia. La tarifa de procesamiento, no reembolsable, con la aplicación actual es \$125 por cada audífono necesario. El proveedor de salud auditiva asistirá al solicitante con determinar el número de audífonos necesarios para ayudar al solicitante a oír mejor. Cada solicitante debe llamar a Hear Now para discutir su elegibilidad para el programa. Por favor llame al 1-800-328-8602 (pregunte por Hear Now) para discutir este programa con un representante.

INFORMACIÓN PARA CONSIDERAR ANTES DE COMPLETAR LA APLICACIÓN DE HEAR NOW

1. Guía de ingresos: Todos los ingresos son NETOS. NETO es la cantidad que actualmente recibe en su(s) cheque(s) sin importar la fuente.

PERSONAS EN LA FAMILIA O DE LA CASA	48 ESTADOS CONTIGUOS Y D.C.	ALASKA	HAWAII
1	\$19,058	\$23,800	\$21,945
2	\$25,743	\$32,165	\$29,628
3	\$32,428	\$40,530	\$37,310
4	\$39,113	\$48,895	\$44,993
5	\$45,798	\$57,260	\$52,675
6	\$52,483	\$65,625	\$60,358
7	\$59,168	\$73,990	\$68,040
8	\$65,853	\$82,355	\$75,723
CADA PERSONA ADICIONAL	\$6,685	\$8,365	\$7,683

2. Tarifa de aplicación y procesamiento del pedido: \$125 por un (1) audífono O \$250 por dos (2) audífonos.

3. Al determinar la elegibilidad, HEAR NOW considera lo siguiente: todos los fondos disponibles, recursos, y pérdida auditiva.

a. Tamaño de la casa (Casa es definida como los que viven juntos o dependientes uno del otro).

b. Ingreso neto mensual o anual de todos los que tienen ingreso en la casa. Posibles fuentes de ingreso son:

- Seguridad social y SSI
- Pensión del VA
- Pensión alimenticia de menores
- Asistencia pública
- Pensión alimenticia
- Asistencia social
- AFDC
- Discapacidad
- Pensión del trabajo
- Sueldo
- Pensión para mayores
- Pagos a mineros (Black Lung)
- Interés de bonos, IRA, 401(k)

c. Fondos (incluyen pero no son restringidos a)

- Cuenta corriente
- Cuentas del mercado monetario
- Anualidades
- Planes de pensión/401(k)
- Préstamo al revés
- Ahorros
- Certificados de depósito
- Préstamo de equidad de casa
- Acciones/bonos
- Cuentas de entierro
- Propiedad

Hear Now se reserva el derecho de cambiar los criterios de elegibilidad sin previa notificación escrita

COMO COMPLETAR EL PROCESO

1. Lea la aplicación completamente.

2. Llame a Hear Now ahora para discutir su elegibilidad para este programa.

- El número para llamar es 1-800-328-8602 (pregunte por Hear Now).
- Explique al representante que desea discutir su elegibilidad para el programa.

3. Encuentre un proveedor de salud auditivo en su área que colabore con Hear Now.

- Hear Now no proporciona referencias a oficinas locales.
- Busque en la lista de las páginas amarillas bajo "Hearing Aids" (audífonos).

Seleccione oficinas cerca de usted.

- Llame a algunas de estas oficinas para ver si alguien en la oficina colabora con el programa de Hear Now.
- Programe una cita para un examen auditivo.
- Pida que el profesional complete las páginas 8 y 9 de la aplicación.
- Obtenga una copia de los resultados de su examen auditivo del profesional.

4. Complete las páginas 4, 5, y 6 - se requiere la firma del solicitante en la página 6.

5. Complete la página 10 - el médico principal firma la parte superior de la página o el solicitante puede firmar la parte inferior de la página.

6. Reúna la información del ingreso de todos en la casa.

7. Reúna las copias de estados de cuenta -

- Un estado es necesario para cada cuenta que pertenece a cada individuo en la casa (los nueve meses más recientes). Es necesario una copia de cada página de cada estado (esto incluye las copias de los cheques).

8. Reúna la otra documentación de apoyo necesaria, como se indica en la página 5.

9. Incluya un giro postal (money order) o cheque bancario por la tarifa de procesamiento (\$125 por audífono) a nombre de Starkey Hearing Foundation (Fundación Auditiva Starkey). (No se aceptan cheques personales.)

10. NO ENVÍE DOCUMENTOS ORIGINALES; NO SERÁN DEVUELTOS A USTED.

11. Envíe todos los materiales a:

Starkey Hearing Foundation
6700 Washington Ave. S.
Eden Prairie, MN 55344

12. Después de enviar la aplicación a HEAR NOW, por favor espere al menos 5 semanas antes de llamar para saber el estado de su aplicación.

*Puede ser necesaria información adicional después de la revisión inicial de la aplicación.

**HEAR NOW se reserva el derecho de cambiar los criterios de elegibilidad en cualquier momento sin notificación escrita.

INFORMACIÓN GENERAL

(Por favor escriba en letra clara)

Fecha: _____

Nombre del solicitante: Nombre _____ Segundo nombre _____ Apellido _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Número de Seguridad Social: _____ Hombre Mujer

Estado civil: Casado/a Soltero/a Divorciado/a Viudo/a Separado/a

Número de personas en la casa: _____ (Casa es definida como los que viven juntos o dependientes uno del otro.)

Dirección de envíos:

Calle _____ Apartamento # _____

Ciudad _____ Condado _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono de trabajo: _____

Si el solicitante es menor de edad, nombre del(la) padre(madre) o tutor: _____

Persona, si es diferente del solicitante, completando la forma. Si es menor de edad, anote la información del(la) padre(madre) o tutor.

Nombre: _____ Relación al solicitante _____

Teléfono: _____

INGRESO

Si el solicitante es menor de edad, anote la información de ingreso del(la) padre(madre) o tutor.

Anote todas las fuentes de ingreso. (es decir, sueldo, seguridad social, pensión alimenticia, pensión alimenticia de menores, pensión, acciones, bonos, etc.) para todos los de la casa.

Solicitante:

A. _____ \$ _____ Mes o año (marque uno)

B. _____ \$ _____ Mes o año (marque uno)

Cónyuge/otro(a):

C. _____ \$ _____ Mes o año (marque uno)

D. _____ \$ _____ Mes o año (marque uno)

INFORMACIÓN ADICIONAL

Nombre del solicitante: _____

MARQUE 1 CASILLA PARA CADA UNO. Preguntas sin respuestas retrasarán el proceso.

Usted tiene actualmente: **Sí** **No**

Cuenta corriente Si tiene, proporcione todas las páginas de 9 meses de estados de cuenta de banco actuales

Cuenta de ahorros Si tiene, proporcione todas las páginas de 9 meses de estados de cuenta de banco actuales

Tarjeta de crédito Si tiene, proporcione el estado de cuenta más reciente

CD Si tiene, proporcione el estado de cuenta más reciente

Bonos/obligaciones Si tiene, proporcione el estado de cuenta más reciente

Anualidades Si tiene, proporcione el estado de cuenta más reciente

Planes de pensión/401K Si tiene, proporcione el estado de cuenta más reciente

Cuenta del mercado monetario Si tiene, proporcione el estado de cuenta más reciente

Cuenta de entierro Si tiene, proporcione el estado de cuenta más reciente

¿Vive en residencia subsidiada? Si es así, proporcione documentación de la notificación de aprobación y cantidad del alquiler.

Si es dueño(a) de su casa, ¿cuánto paga en impuestos de propiedad? _____ Envíe su estado de cuenta actual.

¿Es usted beneficiario de Medicaid?

INFORMACIÓN GENERAL

Casa es definida como los que viven juntos o dependientes uno del otro.

Número de personas en la casa: _____

Anote los nombres de las personas en la casa.

Nombre _____ Edad de la persona _____

Nombre _____ Edad de la persona _____

Nombre _____ Edad de la persona _____

Nombre _____ Edad de la persona _____

Nombre _____ Edad de la persona _____

Nombre _____ Edad de la persona _____

Estado de empleo: Empleado Otro Retirado

Nombre del empleador actual: _____

Teléfono: _____ ¿Cuánto tiempo ha estado empleado allí? _____ (Años/Meses)

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Entiendo que la información que presento a HEAR NOW relacionada a mi ingreso anual, número de personas en mi familia, recursos familiares, seguros, historia médica y toda la información financiera están sujetos a verificación por HEAR NOW y/o sus agentes. Esta verificación será hecha por teléfono, carta, correo electrónico o verificación de crédito. **Entiendo que si intencionadamente omito o presento información falsa, seré rechazado para la asistencia en cualquier momento del proceso.**

Entiendo que la tarifa de aplicación/procesamiento no es reembolsable.

Nombre del solicitante _____ Nombre del cónyuge _____

Fecha de nacimiento: _____ Fecha de nacimiento: _____

Firma del solicitante: _____ Firma del cónyuge: _____

(Si es menor de edad, se requiere la firma del(la) padre(madre) o tutor)

Si fue firmado a través de un Poder (POA), por favor envíe una copia del POA. Las reglas del estado de Minnesota determinarán la transacción resultante y cualquier reclamo o disputa que surja de tal transacción.



Estimado(a) profesional del cuidado de la audición:

HEAR NOW, el programa de los EEUU de la Fundación Auditiva Starkey, está comprometido a ayudar a personas de bajos ingresos que no tienen recursos para obtener los audífonos necesarios. Como el programa solamente funciona con la ayuda de profesionales generosos y dedicados que cuidan de los miembros de su comunidad, su apoyo a clientes de HEAR NOW es profundamente apreciado. Se les pide a los profesionales que renuncien al pago de sus servicios por la adaptación y seguimiento del primer año de la cobertura de garantía. Pueden cobrar su tarifa normal por la evaluación inicial.

Mientras se pide a los profesionales interesados que donen su tiempo y servicios para realizar la adaptación y seguimiento por el primer año de la cobertura de garantía, HEAR NOW proporciona los audífonos para la adaptación en su oficina. La Hoja de datos del cliente (CDS) es una parte integral de la aplicación de su cliente. El archivo de un solicitante no está completo sin el CDS (páginas 9 y 10). La aplicación se revisa cuando se reciben la Hoja de datos del cliente, audiograma, Aplicación del cliente y los documentos de apoyo en la oficina de HEAR NOW. Es mejor si se envían todos los documentos a la misma vez.

Los médicos que están dispuestos a renunciar al pago de sus servicios por la adaptación y seguimiento del primer año y tienen la licencia para distribuir audífonos en su estado, están aptos para trabajar con el programa. Es necesario tener la información de la licencia del profesional guardada en HEAR NOW. Por favor proporcione esta información en la hoja de datos del cliente por cada cliente. Si el cliente es aprobado para asistencia con el audífono, HEAR NOW se comunicará con usted con instrucciones sobre el proceso de pedido. Es preferible que las impresiones sean guardadas en la oficina del profesional hasta que se reciba autorización de HEAR NOW para pedir los audífonos/moldes.

HEAR NOW solo proporciona audífonos BTE y RIC. Moldes son proporcionados a todos aquellos que los necesitan. Todos los instrumentos proporcionados a través del programa tienen una garantía de un año para reparación. Se recomienda que se compren coberturas de garantía extendida a través de la oficina del profesional. Pérdida y daño no es proporcionada para audífonos de Hear Now, pero esta cobertura puede ser comprada de la oficina del proveedor.

El programa ha crecido significativamente con los años. Es probable que el programa continúe siendo descubierto y que los requisitos de asistencia continúen creciendo. Se pide que los clientes esperen por lo menos cinco (5) años antes de volver a aplicar para obtener nuevos audífonos.

HEAR NOW se reserva el derecho de cambiar los criterios de elegibilidad en cualquier momento sin previa notificación escrita.

HOJA DE DATOS DEL CLIENTE - INFORMACIÓN MÉDICA/AUDIOLÓGICA

Para ser llenada por el proveedor que está ADAPTANDO AUDÍFONOS PARA EL CLIENTE (Por favor escriba en letra clara)

Nombre de cliente: _____ Fecha de nacimiento: _____

POR FAVOR ADJUNTE: Audiograma de conducción aérea y ósea, SRT, MCL y UCL

¿El cliente tiene audífonos actualmente? SÍ NO Si tiene, anote la marca/modelo y ¿qué antigüedad?

Número de audífonos solicitados: **Si está adaptando solo un (1) oído**, ¿qué oído está adaptando? (marque uno)
 IZQUIERDO DERECHO

Yo acepto ser un socio de HEAR NOW para este cliente. Acepto proporcionar servicios de acuerdo a las pautas del estado/federales. Entiendo que los socios que reciben audífonos de HEAR NOW para su cliente aceptan proporcionar los servicios relacionados a la adaptación y seguimiento sin cobrar los servicios al cliente por el primer año de cobertura de garantía. HEAR NOW no pide que los socios renuncien a sus pagos por evaluación/asesoría de la audición. Los cobros relacionados a la evaluación auditiva inicial son la responsabilidad del cliente.

POR FAVOR COMPLETE ESTA SECCIÓN PARA CADA CLIENTE. GRACIAS.

Starkey Enviar a cuenta #: _____ O Audibel Enviar a cuenta #: _____

Nombre del profesional: _____

Nombre del negocio: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Nº de licencia/registro estatal: _____

ASHA # _____ F-AAA # _____ IHS # _____ BC-HIS # _____

No tengo mi CCC-A. Supervisado(a) por: _____ Estado #: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Correo electrónico: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Enviar a cuenta #: _____ Actualmente usando: _____

¿Ha tenido previamente audífonos? SÍ NO Si solo un audífono, lado: IZQUIERDO DERECHO

Marque su selección para este paciente **SOLO EN UNA SECCIÓN:**

_____ Análogo A675 SSP	_____ Audífono de conducción ósea
_____ Cros (SOLO Destiny) _____ Color	_____ Body Aid
_____ BiCros (SOLO Destiny) _____ Color	
_____ Moldes estándar #	

_____ Genesis DX Potenciómetro _____ Color (solo pila 13)
_____ Audidigital Potenciómetro Digital _____ Color (solo pila 13) (Solo proveedores Audibel)
_____ Moldes estándar #

_____ Destiny (indicar con círculo) 400 800 1200 _____ Color _____ Tamaño de pila
_____ Virtue (indicar con círculo) 4 8 12 _____ Color _____ Tamaño de pila (Solo proveedores Audibel)
_____ Moldes estándar # (Escoja SOLO 1) O TAMAÑO Tubo _____ Adaptador: Tamaño _____

_____ S Series BTE (indicar con círculo) 5 7 9 11 _____ Color _____ Tamaño de pila
_____ S Series BTE Power 5 _____ Color _____ Tamaño de pila
_____ Anthem (anote nivel) _____ Color _____ Tamaño de pila (Solo proveedores Audibel)
_____ Moldes estándar # (Escoja SOLO 1) O TAMAÑO Tubo _____ Adaptador: Tamaño _____

_____ S Series BTE iQ (indicar con círculo) 7 9 11 _____ Color _____ Tamaño de pila
_____ Anthem (anote nivel) _____ Color _____ Tamaño de pila
_____ Moldes estándar # (Escoja SOLO 1) O TAMAÑO Tubo _____ Adaptador: Tamaño _____

_____ S Series RIC (indicar con círculo) 5 7 9 11 _____ Color _____ Tamaño de pila
_____ Anthem Plus (anote nivel) _____ Color _____ Tamaño de pila
_____ Long. de receptor (indicar con círculo) 1 2 3 4 5 _____ Color _____ Tamaño de pila (Solo proveedores Audibel)
_____ Gan. de receptor (indicar con círculo) 40 50 60 _____
_____ Moldes estándar # (Escoja SOLO 1) O TAMAÑO Tubo _____ Adaptador: Tamaño _____

_____ S Series RIC iQ (indicar con círculo) 5 7 9 11 _____ Color _____ Battery Size
_____ Anthem Plus (anote nivel) _____ Color _____ Tamaño de pila (Solo proveedores Audibel)
_____ Long. de receptor (indicar con círculo) 1 2 3 4 5 _____
_____ Gan. de receptor (indicar con círculo) 40 50 60 _____
_____ Moldes estándar # (Escoja SOLO 1) O TAMAÑO Tubo _____ Adaptador: Tamaño _____

Por favor enviar: _____ Software _____ Cables _____ Botas de programación

TIENE QUE llenar y enviar uno de los siguientes documentos con la aplicación:

AUTORIZACIÓN MÉDICA PARA EL USO DE AUDÍFONOS

Para que el médico principal del cliente lo firme

Fecha: _____

Nombre del paciente (por favor escriba con letra de imprenta): _____

El paciente nombrado anteriormente ha recibido un examen médico y puede ser considerado como candidato para el uso audífonos.

Nombre del médico (por favor escriba con letra de imprenta): _____

Firma del médico: _____

O

RENUNCIA DE AUTORIZACIÓN MÉDICA PARA EL USO DE AUDÍFONOS

Para que el cliente lo llene y firme

Fecha: _____

Nombre del cliente (por favor escriba con letra de imprenta): _____

Entiendo que es en mi beneficio propio y recomendado por HEAR NOW y la "Food and Drug Administration" (FDA) recibir un examen médico antes de adquirir audífonos. Yo escojo no recibir un examen médico antes de adquirir los audífonos.

Firma del cliente: _____



Starkey Hearing Foundation
HEAR NOW Program
6700 Washington Avenue South
Eden Prairie, MN 55344

Tel: 800.328.8602
Fax: 952.947.4997
Correo electrónico: hearnow@starkey.com
www.starkeyhearingfoundation.org