

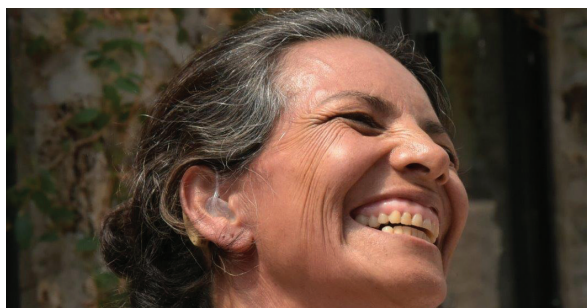
Para que el mundo  
pueda escuchar



SOLICITUD 2020

Válida hasta el  
31 de diciembre de 2020

# Programa **HEAR NOW**



[www.starkeyhearingfoundation.org](http://www.starkeyhearingfoundation.org)

Estimado/a solicitante:

Gracias por contactar con el programa Hear Now de Starkey Hearing Foundation para recibir asistencia para audífonos. Nuestra esperanza es proporcionar audífonos a aquellos que residan permanentemente en los Estados Unidos y que cumplan con los criterios y estén aceptados para recibir asistencia. El programa de la Fundación ayuda a quienes carecen de los recursos para adquirir audífonos. Otras opciones de asistencia incluyen: apoyo familiar, seguro, programa estatal de Medicaid, rehabilitación vocacional, distrito escolar, veteranos de guerra, grupos religiosos, programas estatales o locales. Llame a la oficina de Hear Now para verificar su elegibilidad.

La asistencia se proporciona a través de obsequios del propio fabricante, proveedores de salud auditiva en su área y donantes en los Estados Unidos. El proveedor de salud auditiva no recibe reembolso alguno por su trabajo con el programa Hear Now. Apreciamos profundamente el tiempo, el esfuerzo y la generosidad con la que se comprometen con los clientes de Hear Now. Confiamos en que apreciará la dedicación y el compromiso de estas personas generosas.

Si tiene apoyo familiar o fondos disponibles en cuentas del mercado monetario, fondos mutuos, planes 401(k), IRA (retiro individual), CD (certificados de depósito), cuentas corrientes/de ahorro, acciones, bonos, letras del tesoro o de propiedad, puede que este programa no sea para usted. Hear Now considera todas las fuentes de financiación posibles al determinar la elegibilidad. Solo aquellos que se enmarcan en las pautas del programa para ingresos, activos y pérdida auditiva, serán considerados candidatos para recibir asistencia. La tarifa actual para procesar la solicitud es de \$125 por audífono solicitado. Si se rechaza una solicitud, se devolverá el importe satisfecho.

El proveedor de salud auditiva le orientará para determinar la cantidad de audífonos necesarios para ayudarle a escuchar mejor. Dado que hay un plazo de cinco años para volver a solicitar asistencia, el número de audífonos debe elegirse con precaución. Una vez que se aprueba la solicitud, no se puede cambiar el número de audífonos solicitados. A cada solicitante se le pide que llame a Hear Now para hablar sobre su elegibilidad para el programa. Llame al 1-800-328-8602 (pida por Hear Now) para hablar con un representante del programa.

Los audífonos provistos por el programa son nuevos y de alta calidad. Todos los audífonos vienen con una garantía que cubre solamente reparación. El programa no proporciona cobertura para pérdida y daños en los audífonos. Esta cobertura se puede adquirir a través de la oficina con la que trabaja el solicitante. Pregúntele al proveedor sobre las opciones de cobertura de garantía.

**Su privacidad es muy importante para nosotros:**

- La documentación de la solicitud únicamente la ve el personal de Hear Now.
- Los documentos financieros del solicitante se destruyen.
- Los nombres y direcciones de los solicitantes nunca se venden ni se comparten con otros.
- Hear Now se reserva el derecho de cambiar los criterios de elegibilidad sin previo aviso por escrito.

**Cuando la solicitud esté completa, envíela a:**

Hear Now Program  
6801 Washington Avenue South, Suite 200  
Minneapolis, MN 55439

## CÓMO COMPLETAR EL PROCESO

Lea la aplicación, y luego llame a Hear Now (1-800-328-8602 — pida por Hear Now) para hablar con un representante del programa

### TODOS LOS ARTÍCULOS DEBERÁN SER REVISADOS ANTES DE SU ENVÍO POR CORREO

- Localice un proveedor de salud auditiva en su área que trabaje con Hear Now. (Llame a la oficina local de audífonos que le corresponda y pregunte si trabajan con Hear Now).
- Programe una prueba de audición (envíe una copia con la solicitud; debe tener menos de 9 meses).
- Pida al proveedor de salud auditiva (que trabaja con Hear Now) que rellene las páginas 8 y 10 de la solicitud.
- Envíe las páginas 8 y 10 con la solicitud junto con una copia del audiograma.
- Cumplimente las páginas 3 a 6, con firma obligatoria en las páginas 3, 5 y 6, donde el médico firma la parte superior como autorización, o el solicitante firma la parte inferior como renuncia a la autorización (cualquiera de las dos es aceptable).
- Proporcione comprobantes de los ingresos de todos los miembros del hogar y de todas las fuentes.
- Proporcione copias de los seis extractos bancarios más recientes (todas las cuentas, de todos los miembros del hogar y todas las páginas de cada extracto).
- Proporcione la documentación pertinente de cualquier elemento al que haya respondido "Sí" en la página 5.
- Compre un giro postal o cheque de caja por la tarifa de procesamiento: \$125 por un audífono o \$250 por dos audífonos, pagadero a Starkey Hearing Foundation. No se aceptan cheques personales. **Si se rechaza una solicitud, se devolverá el importe satisfecho.**

## INFORMACIÓN A CONSIDERAR ANTES DE CUMPLIMENTAR LA SOLICITUD HEAR NOW

1. Pautas de ingresos 2020: Todas las cifras de ingresos son NETAS, la cantidad que realmente recibe independientemente de la fuente.

PERSONAS EN EL HOGAR	48 ESTADOS CONTIGUOS Y CONSEJOS DE DISTRITOS AÑO	48 ESTADOS CONTIGUOS Y CONSEJOS DE DISTRITOS MES	ALASKA AÑO	ALASKA MES	HAWAII AÑO	HAWAII MES
1	\$24,280	\$2,024	\$30,360	\$2,530	\$27,920	\$2,327
2	\$32,920	\$2,744	\$41,160	\$3,430	\$37,860	\$3,155
3	\$41,560	\$3,464	\$51,960	\$4,330	\$47,800	\$3,984
4	\$50,200	\$4,184	\$62,760	\$5,230	\$57,740	\$4,812

2. Tarifa de solicitud y procesamiento de pedidos: \$125 por un (1) audífono o \$250 por dos (2) audífonos pagadera a Starkey Hearing Foundation.

### 3. Al determinar la elegibilidad, consideramos lo siguiente: fondos disponibles de todas las fuentes, activos y pérdida auditiva.

- a. **Tamaño del hogar** (el hogar se define como aquellos que viven juntos o dependen unos de otros)
- b. Ingreso neto mensual o anual de todos los miembros del hogar que tienen ingresos. Si está trabajando, proporcione un recibo del salario más reciente con las ganancias del año hasta la fecha. Las posibles fuentes de ingresos son:
  - Seguridad social y suplemento de seguridad
  - Atención infantil
  - Ayudas sociales
  - Pensión por trabajo
  - Prestaciones por enfermedad pulmonar minera
  - Pensión de veteranos
  - Asistencia pública
  - Ayuda para familias con hijos dependientes
  - Salarios
  - Pensión de vejez
  - Intereses de acciones, retiro individual, 401(k)
  - Discapacidad



**c. Activos**

- |                                 |                                  |   |                     |
|---------------------------------|----------------------------------|---|---------------------|
| - Cuenta corriente              | - Retiro individual (IRA)/401(k) | - Certificados de depósito                | - Cuentas de deceso |
| - Cuentas del mercado monetario | - Hipoteca revertida             | - Préstamos sobre el valor de la vivienda | - Propiedades       |
|                                 | - Ahorros                        | - Acciones/Bonos                          | - Rentas anuales    |

**RESPONSABILIDADES Y EXPECTATIVAS**

La participación en el proceso de solicitud de Hear Now establece un vínculo con nosotros. Antes de enviar la documentación de solicitud, necesitamos que tenga en cuenta las responsabilidades relacionadas con este vínculo. Después de haber leído la siguiente información, firma y fecha la parte inferior de la página.

**1. El proveedor de salud auditiva recomienda los mejores audífonos para tu pérdida auditiva**

- Una vez que se solicitan los audífonos, no se permiten cambios
- No hay período de prueba durante el cual los audífonos se puedan cambiar
- El proveedor aporta cinco (5) visitas sin cargo durante el primer año de garantía

**2. Los audífonos vienen con cobertura de garantía limitada**

- Hay tres (3) años de garantía de reparación en la mayoría de los audífonos
- Los audífonos no tienen cobertura para pérdidas y daños
- El solicitante puede adquirir la cobertura de pérdidas y daños a través de la oficina del proveedor
- Sin la compra de cobertura de pérdidas y daños, el programa no puede reemplazar los audífonos
- Las personas no pueden volver a presentar una solicitud a Hear Now durante cinco años

**3. El mantenimiento de los audífonos, responsabilidad del solicitante, incluye:**

- Limpieza periódica de los audífonos
- Adquisición periódica de pilas
- Contactar con el proveedor cuando los audífonos no funcionen correctamente

**4. Se aplican algunos gastos una vez que se aprueba una solicitud**

- Adquisición de pilas
- Sustitución de receptores y/o moldes
- Reparación una vez caducada la garantía
- Compra de garantía extendida de reparación y/o cobertura de garantía de pérdidas y daños, si así lo decide
- Visitas al consultorio después de las primeras cinco visitas

Hear Now se reserva el derecho de cambiar los criterios de elegibilidad sin previo aviso por escrito.

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN GENERAL

### (Escribir en mayúsculas)

Fecha: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Nombre del solicitante: Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Número de la Seguridad social: \_\_\_\_\_

Hombre \_\_\_\_\_  Mujer \_\_\_\_\_

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

Número de personas en el hogar: \_\_\_\_\_ (El hogar se define como aquellos que viven juntos o dependen unos de otros.)

Dirección postal:

Calle: \_\_\_\_\_ Apt. #: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono del hogar: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Teléfono del celular: \_\_\_\_\_

Si el solicitante es menor, nombre de los padres/tutores: \_\_\_\_\_

Persona, si es diferente al solicitante, que rellena este formulario. Si es menor, información de los padres/tutores.

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el solicitante: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

## INGRESOS

Si el solicitante es menor, información de los padres/tutores.

**Lista de todas las fuentes de ingresos** (salario, seguridad social, pensión alimenticia, asistencia infantil, pensión, acciones, bonos, etc.) de todos los miembros del hogar.

Solicitante:

A. \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ Mes o año (Marcar con un círculo)  
Fuente de ingresos

B. \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ Mes o año (Marcar con un círculo)  
Fuente de ingresos

Cónyuge/Otro:

C. \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ Mes o año (Marcar con un círculo)  
Fuente de ingresos

D. \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ Mes o año (Marcar con un círculo)  
Fuente de ingresos

## INFORMACIÓN ADICIONAL

Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_

### MARCAR 1 RECUADRO PARA CADA ELEMENTO. (No responder a todas las preguntas ralentiza el proceso.)

¿Tiene actualmente?:	Sí	No	
Cuentas corrientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	En caso afirmativo, proporcione todas las páginas correspondientes a seis (6) meses de los extractos bancarios actuales
Cuentas de ahorro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	En caso afirmativo, proporcione todas las páginas correspondientes a seis (6) meses de los extractos bancarios actuales
Certificados de depósito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	En caso afirmativo, proporcione el extracto más reciente
Acciones/Bonos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	En caso afirmativo, proporcione el extracto más reciente
Rentas anuales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	En caso afirmativo, proporcione el extracto más reciente
Retiro individual (IRA)/401k	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	En caso afirmativo, proporcione el extracto más reciente
Cuentas del mercado monetario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	En caso afirmativo, proporcione el extracto más reciente
Cuentas de deceso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	En caso afirmativo, proporcione el extracto más reciente
¿Es beneficiario de Medicaid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Sirvió en el ejército de los Estados Unidos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

¿Su seguro de salud (o suplemento de Medicare) ofrece un beneficio para audífonos?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿en qué cantidad? \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DEL HOGAR

Número de personas en el hogar: \_\_\_\_\_ **El hogar se define como aquellos que viven juntos o dependen unos de otros.**

Indique los nombres de las personas en el hogar y la relación con el solicitante.

Edad de la persona

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Estado laboral:  Asalariado  Otro  Jubilado

## VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN

Juro que la información de esta solicitud es verdadera y correcta a mi saber y entender. Entiendo que la información que envió a Hear Now sobre mis ingresos anuales, tamaño de familia, recursos familiares, seguro, historial médico y toda la información financiera está sujeta a verificación por parte de Hear Now y/o sus agentes. Esta verificación se realizará por teléfono, carta, correo electrónico o verificación crediticia. **Entiendo que si omito o envío información falsa a sabiendas, se me negará la consideración de asistencia en cualquier momento durante el proceso, y se me solicitará que reembolse al programa Hear Now cualquier beneficio que ya haya recibido. (Si es menor, se requiere la firma de los padres/tutores. Si el solicitante no está casado, se requiere la firma de un testigo)**

Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_ Nombre del cónyuge: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_ Firma del cónyuge: \_\_\_\_\_

**Si lo firma un poder notarial (POA),** envíe una copia del mismo. Las leyes del estado de Minnesota regirán la transacción resultante y cualquier reclamo o disputa que surja de dicha transacción.

## DEBE CUMPLIMENTARSE UNA DE LAS SIGUIENTES OPCIONES Y PRESENTARSE CON LA SOLICITUD

### OPCIÓN 1: AUTORIZACIÓN MÉDICA PARA EL USO DE AUDÍFONOS

#### PARA SER FIRMADA POR EL MÉDICO DEL SOLICITANTE

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del solicitante (en mayúsculas): \_\_\_\_\_

El solicitante mencionado anteriormente ha sido examinado médicamente y puede considerarse candidato para el uso de audífonos.

Nombre del médico (en mayúsculas): \_\_\_\_\_

Firma del médico: \_\_\_\_\_

## PUEDE ELEGIRSE CUALQUIERA DE LAS OPCIONES

### OPCIÓN 2: RENUNCIA DE AUTORIZACIÓN MÉDICA PARA EL USO DE AUDÍFONOS

#### DEBE CUMPLIMENTARSE UNA DE LAS SIGUIENTES OPCIONES Y PRESENTARSE CON LA SOLICITUD

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del solicitante (en mayúsculas): \_\_\_\_\_

Entiendo que es lo mejor para mí y que Hear Now y la Administración de Alimentos y Medicamentos me recomiendan que me someta a un examen médico antes de adquirir audífonos. Elijo no someterme a un examen médico antes de adquirir audífonos.

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_

Las páginas 8 y 10 serán  
cumplimentadas exclusivamente  
por profesionales de salud auditiva



# EL PROVEEDOR CUMPLIMENTA LAS PÁGINAS 8 Y 10

SI ES UN NUEVO PROVEEDOR, LLAME AHORA PARA OBTENER INFORMACIÓN SOBRE CÓMO FUNCIONA EL PROCESO.

Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_ Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_

**Como proveedor de Hear Now, entiendo y acepto lo siguiente:**

1. No cobraré una tarifa de adaptación de audífonos a los clientes admitidos por Hear Now. Puedo cobrar los honorarios habituales por examen/evaluación auditiva.
2. Ofreceré cinco (5) visitas durante el primer año de garantía. Después de que expire el primer año de garantía, cualquier cargo relacionado con reparaciones/mantenimiento será responsabilidad del cliente.
3. Presentaré los resultados de las pruebas audiológicas y otra información solicitada en el formulario del proveedor de salud auditiva según sea necesario para determinar la elegibilidad auditiva, el pronóstico de mejora y la marca/modelo de los instrumentos recomendados para los solicitantes.
4. Seguiré las pautas estatales/federales relacionadas con la obtención de autorización médica/renuncia antes de proporcionar los audífonos a los clientes de Hear Now.
5. Si no puedo cumplir las estipulaciones del programa, alentaré al paciente a buscar un proveedor diferente.
6. Entiendo que no pueden realizarse cambios de selección de audífonos una vez que se hayan solicitado los mismos.
7. La Fundación informará a las autoridades locales sobre cualquier robo o fraude, u otras violaciones de la ley, cometidos por mí mientras participo en este programa, y la Fundación buscará un reembolso por las pérdidas relacionadas.

Doy fe del hecho de que tengo licencia/registro en mi estado para dispensar audífonos. Acepto trabajar con Hear Now bajo las estipulaciones mencionadas anteriormente.

Firma del proveedor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## CUMPLIMENTE ESTA SECCIÓN PARA CADA CLIENTE

Cada artículo solicitado responde a un propósito. La Fundación utiliza esta información para notificar al paciente y al proveedor cuando Hear Now aprueba la solicitud y envía los audífonos y los moldes.

Enviar a cuenta # (La dirección del número de cuenta debe coincidir con la siguiente dirección): \_\_\_\_\_

Nombre del profesional: \_\_\_\_\_ Sexo (Marcar con un círculo): M H (Proveedor)

Nombre del centro profesional: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Licencia estatal/Número de registro: \_\_\_\_\_

ASHA #: \_\_\_\_\_ F-AAA #: \_\_\_\_\_ HIS #: \_\_\_\_\_ BC-HIS #: \_\_\_\_\_

Audiograma requerido

Solicite una copia a su  
profesional de salud  
auditiva y colóquela aquí

# PARA SER CUMPLIMENTADA POR EL PROVEEDOR DE LOS AUDÍFONOS

Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Enviar a cuenta #: \_\_\_\_\_

Los audífonos personalizados no están disponibles a través de Hear Now.  
 Todos los audífonos disponibles tienen la tecnología inalámbrica Muse i2400.

## OPCIONES BTE

**Número de audífonos:** 1 2  
**Si se usa un solo audífono:** Izquierdo Derecho

Potencia:	Mini	Estándar	Power +
Ganancia	60	70	80
Pila	312	13	13

**Moldes** 0 1 2  
 Los moldes deben ordenarse SOLO con formularios de pedido de Hear Now

**Guía de colores:** (Marcar con un círculo)  
 Negro Pizarra Plata Café expreso Bronce Champán



## OPCIONES RIC

**Número de audífonos:** 1 2  
**Si se usa un solo audífono:** Izquierdo Derecho

<b>Control del volumen</b>	Micro RIC	RIC estándar
	Botón de pulsar programable	Interruptor basculante

**Pila** 312 312

**Opciones de receptor:**  
 Estándar (utiliza botones o moldes RIC) 50 60  
 Integrados en moldes AP 50 60 70  
 Longitud del receptor: 1 2 3 4 5

**Moldes** 0 1 2  
 Los moldes deben ordenarse SOLO con formularios de pedido de Hear Now

**Guía de colores:** (Marcar con un círculo)  
 Negro Pizarra Plata Café expreso Bronce Champán



Software  Cables  Botas

Si necesita audífonos CROS o BICROS, indique de qué lado está el transmisor

Tubo delgado: Indicar longitud \_\_\_\_\_  Izquierdo  Derecho  Izquierdo  Derecho

Auriculares de botón: Pequeño \_\_\_\_\_ Medio \_\_\_\_\_ Grande \_\_\_\_\_  
 Abierto \_\_\_\_\_ Ocluido \_\_\_\_\_

Chip muestra  
 Rango de adaptación  
 Manual de usuario en español

Los moldes deben ordenarse SOLO con formularios de pedido de Hear Now

Si necesita audífonos CROS, BiCROS, de conducción corporal o de conducción ósea, llame al 1-800-328-8602



Starkey Hearing Foundation  
Hear Now Program  
6801 Washington Avenue South, Suite 200  
Minneapolis, MN 55439

**t:** 800-328-8602

**f:** 952-947-4997

**Correo electrónico:** [hearnow@starkeyfoundation.org](mailto:hearnow@starkeyfoundation.org)

[www.starkeyhearingfoundation.org](http://www.starkeyhearingfoundation.org)