



Programa de HEAR NOW

APLICACIÓN



Starkey.
Hearing
Foundation

So the World May Hear®



So the World May Hear®

Estimado solicitante,

Gracias por contactar el programa de HEAR NOW de la Fundación Auditiva Starkey (The Starkey Hearing Foundation) para recibir asistencia financiera con los instrumentos auditivos. Nuestra esperanza es proporcionar instrumentos auditivos 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 en su área y donantes alrededor de los EEUU. El profesional del cuidado de la audición no es 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. Si los solicitantes no están dentro de las pautas, o considerados inelegibles debido a niveles de recursos o factores relacionados, no recibirá el apoyo.

Se pide que cada solicitante llame a HEAR NOW para discutir su elegibilidad.

La tarifa de aplicación/procesamiento no es reembolsable y no se devuelve bajo ninguna circunstancia.

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

Llame a HEAR NOW al 1-800-328-8602 para discutir su elegibilidad.

COMO COMPLETAR EL PROCESO

1. Revise la **Información para considerar antes de completar la aplicación de HEAR NOW** abajo.
2. Encuentre a un profesional del cuidado de la audición. El cliente tiene la responsabilidad de encontrar un profesional del cuidado de la audición que quiera trabajar con ellos y con el programa de HEAR NOW. **HEAR NOW no proporciona una lista de profesionales del cuidado de la audición ni recomienda médicos.** Revise el listado de su directorio de teléfonos bajo "Audiologists" (Audiólogos) y/o "Hearing Aids" (Instrumentos auditivos) y llámelos para preguntar si son proveedores de HEAR NOW. Si es proveedor, pregúntele si pueden tomarlo como cliente nuevo.

El cliente es responsable por el costo de la evaluación/asesoría Y la tarifa de procesamiento no reembolsable a HEAR NOW.

Cuando se proporcionan los audífonos, el cliente es responsable de la compra de pilas, cobertura de Pérdida y daño si lo desea, y la cobertura de garantía extendida para los audífonos.

3. Revise el **Listado final** para los pasos y documentación necesarios. **Por favor envíe todos los materiales de la aplicación al mismo tiempo a:**

The Starkey Hearing Foundation
HEAR NOW Program
6700 Washington Avenue South
Eden Prairie, MN 55344-3405

Las aplicaciones se procesan cuando se reciben. Cuando usted envíe su aplicación, por favor espere por lo menos 6 semanas antes de llamar para verificar el estado de su aplicación.

INFORMACIÓN PARA CONSIDERAR ANTES DE COMPLETAR LA APLICACIÓN DE HEAR NOW

1. **Guía de ingresos:** SOLAMENTE para los 48 estados contiguos y D.C. Para recibir pautas para Alaska y Hawaii, por favor llame al 800-328-8602. **Todos los ingresos son NETOS. NETO es la cantidad recibida por todos en la casa.**

Número de personas en la familia	Guía de ingreso de HEAR NOW	Número de personas en la familia	Guía de ingreso de HEAR NOW
1	\$18,403	5	\$43,493
2	\$24,675	6	\$49,766
3	\$30,948	7	\$56,039
4	\$37,221	8	\$62,311

NOTA: Para familias con más de 8 miembros, agregue \$5,500 por cada miembro adicional.

2. **Tarifa de aplicación y procesamiento del pedido:** \$100 para un (1) audífono **O** \$200 para dos (2) audífonos.
3. **Para determinar la elegibilidad, HEAR NOW considera lo siguiente:** todos los fondos disponibles, recursos y pérdida auditiva.
 - a. **Número de personas en la familia** (número definido como el número de personas que dependen financieramente el uno del otro).
 - b. **Ingreso neto mensual o anual** de todos los que tienen un ingreso en la casa. **Posibles fuentes de ingreso son:**
 - Seguridad social y SSI
 - Pensión del VA
 - Asistencia social
 - AFDC
 - Pensión alimenticia de menores
 - Asistencia pública
 - Pensión alimenticia
 - Discapacidad
 - Pensión del trabajo
 - Sueldo
 - Pensión para mayores
 - Pagos a mineros (Black Lung)
 - Interés de bonos, planes de pensión: IRA, 401(k)
 - c. **Activos**
 - Cuenta corriente
 - Cuentas del mercado monetario
 - Anualidades
 - Seguro de vida
 - Ahorros
 - Certificados de depósito
 - Acciones/Bonos
 - Cuentas de entierro
 - Planes de pensión IRA/401(k)

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

LISTADO FINAL

Todos los artículos crean una aplicación completa. Si faltan artículos, retrasarán el proceso.

NO ENVÍE DOCUMENTOS ORIGINALES; NO SERÁN DEVUELTOS.

- _____ Complete las páginas 4, 5 y 6 - se requiere su firma en la página 6
 - _____ Proporcione una prueba de ingreso de todas las fuentes (ingreso NETO para el año actual)
 - _____ Envíe copias de todas las páginas de los estados de cuenta de bancos (todas las cuentas) de los últimos 9 meses
 - _____ Encuentre a un profesional del cuidado de la audición que quiera trabajar con HEAR NOW
 - _____ Envíe una Hoja de datos del cliente (página 9), llenada y firmada por el profesional del cuidado de la audición
 - _____ Envíe el audiograma actual (menos de 9 meses) obtenido del profesional del cuidado de la audición
 - _____ Complete la autorización médica (página 10) (firmada por el médico principal) o el rechazo a la evaluación (firmado por el cliente)
 - _____ Envíe la tarifa de \$100 por cada instrumento auditivo pedido
- Esto debe ser a través de un **GIRO** a nombre de **STARKEY HEARING FOUNDATION**
- La tarifa de procesamiento **NO ES REEMBOLSABLE. NO SE ACEPTAN CHEQUES.**
- _____ Proporcione la copia más reciente de todos los estados de cuenta de tarjetas de crédito que tiene
 - _____ Envíe el estado de cuenta más reciente de todos los CD, cuentas del mercado monetario, cuentas de entierro, planes de pensión (IRA, 401K), anualidades y acciones/bonos que tiene
 - _____ Envíe una copia de la notificación de vivienda subvencionada (si es aplicable)

**Es posible que se requiera información adicional después de completar la revisión inicial de la aplicación.

HEAR NOW se reserva el derecho de cambiar criterios en cualquier momento SIN notificación escrita anterior.

Envíe todos estos artículos a la misma vez a:

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

Programa de HEAR NOW - Aplicación de asistencia financiera para instrumentos auditivos

Página 4-9

INFORMACIÓN GENERAL

(Por favor escriba en letra clara)

Fecha: _____

Nombre del solicitante : Nombre _____ Segundo nombre _____ Apellido _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ N° de seguro social: _____ Hombre MujerEstado civil: Casado/a Soltero/a Divorciado/a Viudo/a Separado/a

Número de personas en el hogar: _____ (El hogar se define como todos los que dependen financieramente el uno del otro)

Dirección de envíos:

Calle _____ Apartamento # _____

Ciudad _____ Condado _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono del trabajo: _____

Si es menor de edad, nombre del(los) padre(s)/tutor(es): _____

Persona, si es diferente del solicitante, completando la solicitud. 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 del ingreso del(la) padre(madre) o tutor.

Anote todas las fuentes de ingreso (como, sueldo, seguridad social, pensión alimenticia, pensión alimenticia de menores, pensión, acciones, bonos, etc.)

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)

Programa de HEAR NOW - Aplicación de asistencia financiera para instrumentos auditivos

Página 5-9

INFORMACIÓN ADICIONAL:

Nombre del solicitante: _____

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

Usted tiene actualmente:	Sí	No	
Cuenta corriente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si tiene, proporcione todas las páginas de 9 meses de estados de cuenta de banco actuales
Cuenta de ahorros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si tiene, proporcione todas las páginas de 9 meses de estados de cuenta de banco actuales
Tarjeta de crédito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si tiene, proporcione el estado de cuenta más reciente
CD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si tiene, proporcione el estado de cuenta más reciente
Bonos/obligaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si tiene, proporcione el estado de cuenta más reciente
Anualidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si tiene, proporcione el estado de cuenta más reciente
Planes de pensión (IRA/401K)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si tiene, proporcione el estado de cuenta más reciente
Cuenta del mercado monetario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si tiene, proporcione el estado de cuenta más reciente
Cuenta de entierro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si tiene, proporcione el estado de cuenta más reciente
¿Vive en vivienda subvencionada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si es así, proporcione documentación de la notificación de aprobación y cantidad del alquiler.

Si es dueño de su casa, ¿cuánto paga en impuestos de propiedad? Envíe el estado de cuenta actual

¿Es beneficiario de Medicaid? Sí No

Todos los solicitantes deben llamar a HEAR NOW para discutir su elegibilidad para el programa. Llame al (800) 328-8602

**Programa de HEAR NOW -
Aplicación de asistencia financiera para instrumentos auditivos**

INFORMACIÓN DEL HOGAR:

El hogar se define como todos los que dependen financieramente el uno del otro.

Número de personas en el hogar: _____

Anote los nombres de las personas en el hogar que dependen financieramente el uno del otro (ej., si es menor de edad, anote padre(s); anote dependiente(s); anote cónyuge; anote familiar; amigo(a), etc.).

Nombre	Edad de la persona
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Estado de empleo: Empleado Otro Retirado

Nombre de empleador actual: _____

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

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Entiendo que la información que envío 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 envío información falsa, seré rechazado para la asistencia en cualquier momento del proceso.**

Entiendo que la tarifa de aplicación/procesamiento no será devuelta bajo ninguna circunstancia.

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 mande una copia del POA. Las reglas del estado de Minnesota determinarán la transacción resultante y cualquier reclamo o disputa que surja de tal transacción.

Programa de HEAR NOW - Aplicación de asistencia financiera para instrumentos auditivos

Página 8-9



So the World May Hear

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 instrumentos auditivos 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. Puede 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 instrumentos auditivos 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 (página 9). 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 instrumentos auditivos 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 instrumento auditivo, 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 la autorización de HEAR NOW para pedir audífonos/moldes.

HEAR NOW proporciona los instrumentos auditivos y moldes cuando se escogen los audífonos BTE. Los instrumentos auditivos pueden ser de los tipos ITE, ITC, BTE, Body, o Conducción ósea. **Los CIC no están disponibles en este programa.** 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. Si tiene preguntas acerca de audífonos y opciones, por favor llame a HEAR NOW al teléfono que se encuentra abajo.

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 re-aplicar para nuevos instrumentos auditivos.

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

Programa de HEAR NOW - Aplicación de asistencia financiera para instrumentos auditivos

Página 9-9

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 del cliente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

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

¿El cliente tiene instrumentos auditivos actualmente? SÍ NO

Si tiene, anote la marca/modelo y de ¿qué año son? _____

Número de audífonos pedido: _____

Si está adaptando solamente un (1) oído, ¿qué oído está adaptando? (marque uno) IZQUIERDO DERECHO

¿Por qué? _____

Marque su selección de estilo (los CIC no son una opción):

Hecho a medida BTE # de moldes (si utiliza BTE) _____ BODY Conducción ósea
Color de la caja (marque uno): Beige Marrón Marrón oscuro Gris Rosado Otro: _____

Audífono BTE de Starkey recomendado: _____

Tecnología requerida: (marque uno) Digital programable Digital no programable

Si está adaptando BTE digitales, ¿necesita algo de lo siguiente? Por favor marque sus necesidades: Software Cables Boots

Yo acepto ser un socio de HEAR NOW para este cliente. Acepto proporcionar servicios de acuerdo a las pautas federales/del estado. Entiendo que los socios que reciben instrumentos auditivos 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 LLENE ESTA SECCIÓN POR CADA CLIENTE. GRACIAS.

Starkey Enviar a cuenta N°: _____ 0 Audibel Enviar a cuenta N°: _____

Nombre del profesional: _____

Nombre del negocio: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

N° de licencia/registro estatal: _____

N° ASHA: _____ N° F-AA: _____ N° IHS: _____ N° BC-HIS: _____

No tengo mi CC-A Supervisado por: _____ N° Estatal: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Correo electrónico _____

**Programa de HEAR NOW -
Aplicación de asistencia financiera para instrumentos auditivos**

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

AUTORIZACIÓN MÉDICA PARA EL USO DE INSTRUMENTO AUDITIVO

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 uso de instrumentos auditivos.

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

Firma del médico: _____

0

RECHAZO A LA EVALUACIÓN MÉDICA PARA EL USO DE INSTRUMENTOS AUDITIVOS

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 instrumentos auditivos. Yo escojo no recibir un examen médico antes de adquirir los instrumentos auditivos.

Firma del cliente: _____



So the World May Hear®

The Starkey Hearing Foundation
HEAR NOW Program
6700 Washington Avenue South
Eden Prairie, MN 55344
Phone: 800.328.8602
Fax: 952.947.4997
E-mail: nonprofit@starkey.com
Web site: www.sotheworldmayhear.org