



SOLICITUD DE AUDÍFONOS

Instrucciones para la solicitud:

- De necesitar ayuda para encontrar un audiólogo clínico o para pagar los servicios de audiología clínica, comuníquese directamente con Hear in the Fox Cities.
- Tener seguro médico no le excluye. Hear in the Fox Cities entiende que los altos deducibles y copagos pueden dificultar la compra de audífonos, sin ayuda adicional.
- Las reparaciones de audífonos y los costos de moldes para los oídos pueden estar cubiertos, aparte de los pedidos de audífonos nuevos.
- El audiólogo clínico es quien completa la parte de audiología clínica en la solicitud.
- El padre/tutor completa la parte principal de la solicitud.
- La solicitud puede enviarse por correo a Hear in the Fox Cities, 1948 Palisades Dr, Appleton, WI 54915; por fax: 920-882-3715 o puede escanear y enviar por correo electrónico a: hear@hearinthefoxcities.org
- La solicitud será revisada por la JUNTA de manera inmediata de modo que, el solicitante sea contactado con una decisión.

Parte del Padre – pagos 2-4

Parte de Audiólogo Clínico 3-7



A COMPLETAR POR EL PADRE

Paciente: _____ Masculino/Femenino: FN: ___/___/___

Asegurado: _____ FN del Asegurado : ___/___/___

Relación con el paciente: _____ Teléfono: _____

¿El paciente tiene seguro? _____ Sí _____ NO

¿Se negó la cobertura? _____ Sí _____ NO

Información del seguro médico – primario (se encuentra en la tarjeta del seguro médico):

Nombre del seguro médico: _____

Núm. de Id: _____ Grupo: _____

Empleador (del Asegurado): _____

Información del seguro médico – secundario (si corresponde)

Nombre del seguro médico: _____

Núm. De Id: _____ Grupo: _____

Empleador (del Asegurado): _____

Al firmar, autorizo la divulgación de registros relacionados con audiología, audición y se puedan comunicar con el seguro médico acerca de avisos de elegibilidad e información sobre la cobertura de audífonos para mi hijo(a).

_____/_____/_____

Fecha

X _____

Paciente/Padre/Tutor Legal



En caso de ser aprobado, ¿tiene dificultades financieras? Sí No

Si la respuesta es sí, por favor explique. Provea información de ingresos y gastos: (es decir, facturas médicas, ausencia de ingresos u otras circunstancias especiales) añada páginas adicionales y documentación de ser necesario.

Multiple horizontal lines for providing an explanation of financial difficulties.



HEAR in the Fox Cities proporcionará fondos para audífonos siempre y cuando estén disponibles. Nos reservamos el derecho de cambiar la elegibilidad en cualquier momento sin notificación por escrito.

Formulario de consentimiento para el uso de fotografías o vídeo

HEAR in the Fox Cities reconoce la necesidad de garantizar el bienestar y la seguridad de todos los jóvenes que reciben donación de audífono.

Le agradeceríamos que nos permita tomar fotos o videos de su hijo para poder utilizarlos en nuestra publicidad impresa y en el Internet.

Autorizo la realización de fotografías y/o vídeos a mi hijo(a).

Concedo todos los derechos para utilizar las imágenes obtenidas de la fotografía/vídeo, así como cualquier reproducción o adaptación de las imágenes para para la recaudación de fondos, publicidad u otros fines que contribuyan a la consecución de los objetivos del grupo. Esto podría incluir (pero no se limita a), el derecho a utilizarlos en nuestra publicidad impresa, en Internet, medios sociales y comunicados de prensa.

Nombre del niño(a) _____

Nombre del padre/tutor _____

Firma del padre/tutor _____

Fecha _____



A COMPLETAR POR EL AUDIÓLOGO CLÍNICO

Información del Audiólogo

Nombre del audiólogo: _____ Fecha: _____

Nombre de la práctica: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____ Fax: _____ Correo electrónico: _____

Información del paciente

Nombre del niño(a): _____ FN: _____

Por favor, explique por qué recomienda a este niño(a) para la financiación de Hear in the Fox Cities. Añada documentos o información adicional de ser necesario.

Información audiológica

Adjunte una copia de un Audiograma de los últimos 6 meses.

Tipo de pérdida auditiva

Derecho: __ _ Conductivo __ _ Sensorineural __ _ Mixto _ _ Neuropatía Auditiva

Izquierda: __ _ Conductivo __ _ Sensorineural __ _ Mixto _ _ Neuropatía Auditiva



Fecha del último ajuste del audífono _____

Actualmente utiliza: BTE Ajuste Abierto RIC CIC ITE Ninguno

El ajuste actual es: Binaural Sólo oído derecho Sólo oído izquierdo CROS

¿Para qué oído se solicita el audífono? Derecho Izquierdo Ambos

¿Alguna otra información que debamos conocer?

PREFERENCIAS DE AUDÍFONOS: ¿Qué recomienda?

POR FAVOR, ENVÍE LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS

Por favor, envíe copias (no originales)

Audiograma y los registros apropiados



Al escribir su nombre a continuación, usted afirma que la información en esta solicitud es actual y completa. De surgir algún cambio, le rogamos que lo comuniquemos inmediatamente.

Al aceptarnos como proveedor de audífonos para su paciente, usted acepta las siguientes condiciones:

- a) Recomendar y adaptar la amplificación óptima más adecuada para el niño(a) que solicita la financiación.
S o N
- b) Programar una cita lo antes posible para agilizar la adaptación de los audífonos.
- c) Al paciente se le ofrecerá las mejores prácticas y se verificará con las mediciones de Real Ear.
- d) Se explicará a los padres las ventajas de los audífonos y las bobinas y, se proporcionará un folleto educativo. (Proporcionado por HEAR en Fox Cities).
- e) Devolver el o los audífonos adquiridos con HEAR in the Fox Cities si el paciente ya no los necesita o si no ocurre el ajuste.
- f) Cumplir con todas las disposiciones de la ley, reglamentos federales, estatales y relacionados con la distribución de audífonos.
- g) El audiólogo proporcionará una factura específica (no detallada) a Hear in the Fox Cities para su revisión. La tarifa de ajuste de Hear in the Fox Cities es de 500 dólares por oído, por un año de servicio. Ejemplo, el costo del audífono incluye el envío, el/los molde/es, más 500 dólares por cada oído (total 1000.00)
- h) Aunque se espera la garantía del fabricante completa, incluyendo las garantías de pérdida y daño, se transferirán al paciente. Las visitas al consultorio y/o cargos por servicio después de un año, son facturables al paciente.
- i) Los deducibles por pérdida y daños, las visitas al consultorio o las reparaciones fuera de garantía resultan excesivamente costosos, se anima a los pacientes/audiólogos soliciten nuevamente.

Firma del proveedor _____ Fecha _____

Nombre impreso: _____



Explicación de la Escala Variable:

Hear in the Fox Cities utiliza una escala de cálculo que muestra y describe las consideraciones financieras generales. La escala se utiliza como una guía para determinar si las familias tendrán que "financiar el costo" de los audífonos para su hijo(a). Las solicitudes de ayuda para la financiación de audífonos será revisada por Hear in The Fox Cities y se determinará si los padres pueden o no sufragar una "parte" del costo de los audífonos. Basándose en esta revisión, se puede requerir a las familias que contribuyan con una parte de los fondos para el costo de los audífonos de su hijo(a). El sistema de escala variable se basa en los ingresos brutos de la familia y su tamaño.

No obstante, se considerarán excepciones a la guía de gastos de la escala variable. Si existieran circunstancias atenuantes que demuestren dificultades financieras significativas, se podrán hacer excepciones. Se recomienda, encarecidamente a las familias, que soliciten una excepción cuando las circunstancias impidan a la familia seguir adelante con los audífonos para su hijo(a).