

HearU Nebraska

Formulario de Solicitud

El propósito de HearU Nebraska es proveer dispositivos auditivos y/o servicios audiológicos a niños que de otra manera no podrían pagar por estos servicios. Pedimos que usted solo solicite a este programa si los dispositivos auditivos y/o servicios audiológicos no son cubiertos completamente por otro origen y le causaría un sufrimiento financiero a su familia.

Padre/Madre/Guardian legal: por favor complete parte C y D de esta aplicación y devuelva por correo o fax a:

HearU Nebraska
University of Nebraska-Lincoln
Barkley Speech Language and Hearing Clinic
Room 204
Lincoln, NE 68563-0731

Phone: (402) 472-0043

Fax: (402) 472-0363

Email: hearingaidbanks@unl.edu

La información contenida en este documento se mantendrá confidencial.

PARTE C – Debe ser completada por padre/madre/guardián legal

Nombre de Padre/Madre/Guardián Legal: _____

Nombre de Audiólogo y Clínica: _____

Nombre de Niño/a: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección de Calle

Ciudad

Estado

Código Postal

Número de Teléfono: _____ Número de Teléfono Alternativo: _____

Correo Electrónico: _____

1. Por favor proveer una breve declaración que indique la razón por la cual usted está solicitando para ayuda de HearU Nebraska.

2. Nombre de Asegurador Médico: _____ Identificación de miembro: _____

Nombre del miembro primario: _____

¿Usted ha contactado a su asegurador médico para verificar si ofrecen beneficios para dispositivos auditivos?

Si No

Si la respuesta es sí, por favor describa los beneficios ofrecidos:

3. Sabe si actualmente es elegible para:

¿Medicaid? Si No

¿Programa para Niños con Discapacidades Médicas? Si No

¿Programa de Seguro de Salud Infantil? Si No

(CHIP, por sus siglas en inglés)

Si usted no ha contactado uno de los tres programas mencionados anteriormente y no está seguro/a de su elegibilidad, por favor visite las páginas web mencionadas siguiente para aplicaciones e información de contacto:

Medicaid:

<http://dhhs.ne.gov/Pages/Medicaid-Eligibility.aspx>

Programa para Niños con Discapacidades Médicas:

<http://dhhs.ne.gov/Pages/Medically-Handicapped-Children.aspx>

Programa de Seguro de Salud Infantil (CHIP, por sus siglas en inglés):

<http://dhhs.ne.gov/Pages/Medicaid-Eligibility.aspx>

4. ¿Usted ha solicitado para alguna otra ayuda financiera para obtener los dispositivos auditivos? Si la respuesta es sí, ¿donde soltó y cuál fue el resultado?

5. Información de Ingresos

A. Ingreso Mensual Familiar:

\$ _____ Empleo
\$ _____ Seguro Social (SSI, SSDI, por sus siglas en inglés)
\$ _____ Beneficios de bienestar
(ADS, Desempleo, Medicaid, por sus siglas en inglés)
\$ _____ Pensión alimenticia, Pagos de apoyo a niños
\$ _____ Beneficios de Veteranos
\$ _____ Otro _____

B. Número de Dependientes _____

Edades: _____

C. Algún otro bien (sobre \$2000, no incluyendo 401k):

Cantidad actual de ahorros: \$ _____

Certificados de Depósito: \$ _____

Acciones/Bonos/Otro: \$ _____

D. Por favor haga una lista de cualquier otra información usted piensa que podrá ayudar entender su situación financiera (como gastos mensuales, gastos médicos, etc.) para hacer una mejor decisión sobre su elegibilidad.

Yo certifico que la información anterior es correcta:

Firma de Padre/Madre/Guardian Legal

Fecha

PARTE D

Acuerda de Dispositivos Auditivos

- Yo acepto que mi niño/a recibirá un(os) dispositivo(s) auditivo(s) de HearU Nebraska.
- Yo entiendo que el término de préstamo de HearU Nebraska es de cinco años y que es mi responsabilidad mantener y cuidar de el/los dispositivo(s) auditivo(s) mientras mi hijo/a usa el/los dispositivo(s) prestado(s).
- Yo entiendo que la garantía de reparo típica de un dispositivo auditivo es de dos años. Durante este tiempo, reparos serán cubiertos a ningún costo. Entiendo que más allá de la garantía de reparo, yo seré responsable por el costo de cualquier reparo.
- Yo entiendo que la garantía de daños y pérdida típica de un dispositivo auditivo es de dos años y permite reemplazar cada dispositivo auditivo solo una vez. Si el/los dispositivo(s) son perdidos durante el periodo de garantía, yo estoy de acuerdo/a pagar \$150 por cada dispositivo. Si el dispositivo es perdido después de el periodo de garantía, yo entiendo que me podrán pedir solicitar de nuevo y HearU Nebraska hará una determinación al respecto para cobertura para el/los dispositivo(s) que reemplace.
- Yo acepto que mi hijo/a va a poder usar este/estos dispositivo(s) auditivo(s) por el periodo de préstamo de cinco años. Yo completaré un formulario de renovación o extensión si mi hijo/a tiene que usar este/estos dispositivo(s) auditivo(s) más allá de los cinco años de préstamo.
- Yo acepto que por si alguna razón mi hijo/a no usa el/los dispositivo(s) auditivo(s) o cualifica para beneficios que proveen dispositivos auditivos a través de un asegurador médico, yo devolveré el/los dispositivo(s) auditivo(s) al audiólogo de mi hijo/a para ser devueltos a HearU Nebraska.
- Yo acepto divulgar la información sobre la pérdida de audición de mi hijo/a a HearU Nebraska, el programa de Nebraska de Detección e Intervención Temprana de la Audición, la Red de Desarrollo Temprano y mi programa regional local.

Por favor proveer la siguiente información demográfica de su niño/a (escoja todo lo que aplique):

- Varón Mujer

Origen: Español/Hispano/Latino(a)

- Mexicano(a)
- Puertorriqueño
- Cubano(a)
- Otro (especifique): _____

Raza:

- | | |
|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Blanco(a) | <input type="checkbox"/> Japonés |
| <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano | <input type="checkbox"/> Coreano |
| <input type="checkbox"/> Indio Americano/Alaska | <input type="checkbox"/> Vietnamita |
| <input type="checkbox"/> Indio Nativo Asiático | <input type="checkbox"/> Otro Asiático (especifique) |
| <input type="checkbox"/> Chino | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii |
| <input type="checkbox"/> Filipino | <input type="checkbox"/> Guameño o Chamorro |
| <input type="checkbox"/> Otra isla en el Pacífico (especifique) | <input type="checkbox"/> Samoano |
| <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____ | |

Firma de Padre/Madre/Guardian Legal

Fecha