



Programa de **HEAR NOW**

APLICACIÓN 2014

Válido hasta el 15 de diciembre, 2014





Estimado solicitante,

Gracias por contactar al programa de HEAR NOW, de la Fundación Auditiva Starkey, para recibir asistencia financiera con los 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 del procesamiento, no reembolsable, con la aplicación actual es de \$125 por cada audífono necesario. El proveedor de salud auditiva asistirá al solicitante para determinar el número de audífonos necesarios que ayudarán 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.

*La tarifa de aplicación/procesamiento no es reembolsable.

**Los materiales de aplicación solo están vistos por el personal de HEAR NOW.

***Cuando la elegibilidad está determinada, los papeles están destruidos.

****Los nombres y direcciones de los aplicantes nunca están vendidos o compartidos con otros.

INFORMACIÓN PARA CONSIDERAR ANTES DE COMPLETAR LA APLICACIÓN DE HEAR

- 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.

Guía de ingresos 2014

PERSONAS EN EL HOGAR	48 ESTADOS CONTIGUOS Y D.C.	ALASKA	HAWAII
1	\$19,547	\$24,447	\$22,505
2	\$26,477	\$33,110	\$30,467
3	\$33,407	\$41,772	\$37,430
4	\$40,337	\$50,435	\$46,392
5	\$47,267	\$59,097	\$54,335
6	\$54,197	\$67,760	\$62,317
7	\$61,127	\$76,422	\$70,280
8	\$68,057	\$85,085	\$78,242
CADA PERSONA ADICIONAL	\$3,960	\$4,950	\$4,550

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

c. Fondos (incluyen pero no son restringidos a)

- Cuenta corriente
- Planes de
- Ahorros
- garantía hipotecaria
- Propiedad
- Cuentas del mercado monetario
- pensión/401(k)
- Certificados de depósito
- Acciones/bonos
- Cuentas de entierro
- Hipoteca revertida
- Préstamo con
- A anualidades

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 el hogar (el ingreso incluye todos los fondos de todas las fuentes)**
7. **Reúna las copias de estados de cuenta —**
 - Los estados son necesarios para cada cuenta que pertenece a cada individuo en el hogar (los doce meses más recientes).
 - Es necesario una copia de cada página de cada estado (si su estado de banco incluye las copias de sus cheques, éstos deben ser enviados también).
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 audifono) a nombre de: Starkey Hearing Foundation (Fundación Auditiva Starkey).** (Engrape el cheque bancario o giro postal a la página 4 de la aplicación).
(No se aceptan cheques personales.)
10. **NO ENVÍE DOCUMENTOS ORIGINALES; NO SERÁN DEVUELTOS A USTED.**
11. **Envíe todos los materiales a:**
Hear Now Program
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 el hogar: _____ (Hogar se define 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 este formulario. 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.) de todos en el hogar.

Aplicante:

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

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

Cónyuge/otro(a):

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

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

INFORMACIÓN ADICIONAL:

Nombre del solicitante: _____

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

Usted tiene actualmente:	Sí	No	
Cuenta corriente recientes de estados de cuenta del banco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si tiene, proporcione todas las páginas de los 6 meses
Cuenta de ahorros recientes de estados de cuenta del banco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si tiene, proporcione todas las páginas de los 6 meses
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/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
¿Es usted beneficiario de Medicaid?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	

¿Qué compañía de seguros ofrece su cobertura?

Nombre de la compañía _____

¿Su compañía de seguros ofrece un beneficio para instrumentos auditivos? ☐

☐ Sí Si tiene, ¿qué beneficio? _____

☐ No

☐ No sé

INFORMACIÓN DEL HOGAR:

Hogar se define como los que viven juntos o dependientes uno del otro.

Número de personas en el hogar:

Anote los nombres de las personas en el hogar.

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.**

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.



Dear Hearing Health Care Provider:

HEAR NOW, the U.S. program of Starkey Hearing Foundation, is committed to helping low income individuals who lack the resources to obtain needed hearing aids. Because the program works only with the help of generous, dedicated practitioners who care about the members of their community, your support of HEAR NOW clients is deeply appreciated. Practitioners are asked to waive their customary fees for fitting and follow-up for the first year of warranty coverage. You may assess your normal fee for the initial evaluation.

While interested practitioners are asked to donate their time and services to do the fitting and follow-up for the first year of warranty coverage, HEAR NOW provides the hearing aids to be fitted in your office. The Client Data Sheet (CDS) is an integral part of your client's application. An applicant's file is not complete without the CDS (pages 8 and 9). The application is reviewed when the Client Data Sheet, audiogram, Client Application and support documents are received in the HEAR NOW office. It is helpful if all documents are sent at the same time.

Practitioners willing to waive their customary fees for fitting and follow-up for the first year and are licensed to dispense hearing aids in their state are eligible to work with the program. It is necessary to have practitioner licensure information on record at HEAR NOW. Please provide this information on the Client Data Sheet and the hearing aid selection form for each client. If the client is approved for hearing aid assistance you will be contacted by HEAR NOW with instructions regarding the ordering process. It is preferable that impressions are kept in the practitioner's office until authorization to order hearing aids/earmolds is received from HEAR NOW.

HEAR NOW provides only BTE aids and RICs. Earmolds are provided to those who need them. All instruments provided through the program come with at least a one year warranty for repair. **It is strongly recommended that extended warranty coverage for repair be purchased through the provider's office. Loss and Damage is not provided on Hear Now aids, but this coverage can be purchased through the provider's office.**

The program has grown significantly over the years. It is expected that as the program continues to be discovered, the requests for assistance will continue to grow. Clients are asked to wait at least five (5) years before reapplying for new hearing instruments.

HEAR NOW reserves the right to change eligibility criteria at any time without written notice.

CLIENT DATA SHEET – MEDICAL/AUDIOLOGICAL INFORMATION

To be completed by the provider FITTING AIDS FOR CLIENT (Please Print Clearly)

Name of Client: _____ Date of Birth: _____

PLEASE ATTACH: Air and Bone Conduction Audiogram, SRTs, MCLs and UCLs

Is the client currently aided? ☐ YES ☐ NO If yes, list make/model and how old? _____

When requesting only **one (1) aid**, which ear are you fitting? (Check One) ☐ LEFT ☐ RIGHT

**Testing is to be completed before the client sends the application to HEAR NOW.
Client needs a copy of the audiogram to send with the application.**

I agree to become an associate of HEAR NOW for this client. I agree to provide services in accordance with state/federal guidelines. I understand that associates who receive hearing aids from HEAR NOW for their client agree to provide the services related to the fitting and follow-up without charge to the client for the first year of warranty coverage. HEAR NOW does not ask associates to waive any of their customary evaluation/hearing assessment fees. Charges related to the initial hearing evaluation are the client's responsibility.

PLEASE COMPLETE THIS SECTION FOR EACH CLIENT. THANK YOU.

Ship to Account #: _____

Name of Professional: _____

Name of Business: _____

Address: _____

City: _____ State: _____ ZIP: _____

Phone: _____ Fax: _____

State Licensure/Registration #: _____

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

Signature: _____ Date: _____

E-mail: _____

Patient Name: _____ Date of Birth: _____

SHIP TO Acct #: _____

Style of aid recommended for this patient (Circle One) **BTE** **RIC**

Number of aids requested for this patient (Circle One) **1** **2**

If needing only one aid, for which ear (Circle One) **Right** **Left**

X Series BTE Options

Level of Technology (Circle One) **70** **90** **110**

Power of BTE (Circle One) **Standard** **Power** **Power +**

X Series RIC Options

Level of Technology (Circle One) **70** **90** **110**

Receiver Options

Standard (Circle One) **40** **50** **60**

Embedded Receivers (Circle One) **60** **71**

Receiver Length (Circle One) **1** **2** **3** **4** **5**

Number of Ear Molds Needed (Circle One) **1** **2**

Color (circle one) **Champagne** **Sterling** **Slate** **Bronze** **Onyx** **Pearl**

Also Need:

☐ **Software** ☐ **Cables** ☐ **Boots**

☐ **Slim Tubing** — Indicate Length _____

☐ **Ear Buds:** **Small** _____ **Medium** _____ **Large** _____
 Open _____ **Occluded** _____

☐ **Hear Clear**

DEBE 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: _____



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

p: 800.328.8602
f: 952.947.4997
Correo electrónico: hearnow@starkeyfoundation.org
www.starkeyhearingfoundation.org