



# Programa **HEAR NOW** (Oiga ya)

**SOLICITUD 2015**

Válida hasta el 15 de diciembre de 2015





Estimado solicitante:

Gracias por contactar al programa Hear Now de la Fundación Auditiva Starkey (The Starkey Hearing Foundation) en busca de asistencia para obtener audífonos. Nuestra intención es proporcionar audífonos a residentes permanentes de los EE. UU. que cumplan con los requisitos y estén aprobados para recibir asistencia. El programa se creó para ayudar a quienes **no disponen de otros recursos**. Hear Now es un programa de último recurso. Otras opciones de asistencia incluyen el apoyo familiar, el seguro, los programas estatales de Medicaid, la rehabilitación profesional, el distrito escolar, el Departamento de Asuntos de los Veteranos (VA), los grupos de la iglesia y los programas estatales o locales. Llame a la oficina del programa Hear Now para averiguar si reúne los requisitos.

La asistencia consiste en regalos de los fabricantes, profesionales de salud auditiva en su área y donantes en todo EE. UU. Los profesionales de salud auditiva no reciben reembolsos por trabajar en el programa Hear Now. Valoramos profundamente el tiempo, el esfuerzo y la generosidad que brindan a los clientes de Hear Now. Confiamos en que apreciará la dedicación y el compromiso de estas personas tan generosas.

**Si tiene apoyo familiar o dispone de fondos** en cuentas del mercado monetario, fondos de pensiones, planes 401(k), cuentas individuales de jubilación (IRA), certificados de depósito (CD), cuentas corrientes o de ahorro, acciones, bonos, títulos del tesoro estadounidense (T-Bill) o propiedades, **es probable que este programa no sea para usted**. Para determinar la elegibilidad, Hear Now considera todas las posibles fuentes de financiación. Solo calificarán para recibir asistencia aquellas personas que cumplan con las pautas de ingresos, activos e hipoacusia (pérdida auditiva) del programa. La tarifa para procesar la solicitud es de US\$125 por audífono solicitado. En caso de rechazarse una solicitud se devolverá la tarifa de procesamiento.

El profesional de salud auditiva ayudará al solicitante a determinar la cantidad de audífonos que necesita para oír mejor. Dado que hay que esperar cinco años para volver a solicitar asistencia, debe decidir con cuidado la cantidad de audífonos, ya que esta no podrá modificarse una vez que se apruebe la solicitud. Todos los solicitantes deben llamar a Hear Now para analizar su elegibilidad para el programa. Llame al 1-800-328-8602 (pida que le comuniquen con Hear Now) para evaluar su elegibilidad con un representante del programa.

\* En caso de rechazarse una solicitud se devolverá la tarifa de procesamiento.

\*\* Solo el personal de Hear Now verá la documentación de la solicitud.

\*\*\* Una vez que se determina la elegibilidad, se destruyen todos los papeles financieros.

\*\*\*\* Jamás se venden o divulgan el nombre y la dirección de los solicitantes.

**INFORMACIÓN A CONSIDERAR ANTES DE LLENAR UNA SOLICITUD DE HEAR NOW**

**1. Pautas de ingresos:** todos los ingresos son NETOS. Ingreso NETO es la cantidad que usted recibe realmente en su(s) cheque(s) independientemente de la fuente.

**Pautas de ingresos para 2015**

NÚMERO DE MIEMBROS DE LA FAMILIA	48 ESTADOS CONTIGUOS Y D. C.	ALASKA	HAWAII
1	US\$21 589	US\$26 973	US\$24 827
2	US\$29 100	US\$36 371	US\$33 466
3	US\$36 611	US\$45 769	US\$42 106
4	US\$44 122	US\$55 167	US\$50 745
5	US\$51 633	US\$64 565	US\$59 385
6	US\$59 144	US\$73 963	US\$68 024
7	US\$66 655	US\$83 361	US\$76 664
8	US\$74 166	US\$92 759	US\$85 303
CADA MIEMBRO ADICIONAL	US\$4060	US\$5080	US\$4670

**2. Tarifa de procesamiento de la solicitud y el pedido:** US\$125 por un (1) audífono **O** US\$250 por dos (2) audífonos.

**3. Para determinar la elegibilidad, Hear Now toma en cuenta** los fondos disponibles de todas las fuentes, los activos y la hipoacusia (pérdida auditiva).

**a. Tamaño de la familia** (la familia se define como las personas que viven juntas o dependen unas de otras)

**b. Ingreso neto mensual o anual** de todos los miembros de la familia que tengan ingresos

**Las posibles fuentes de ingreso son las siguientes:**

- Seguro social e ingreso complementario de seguridad (SSI)
- Pensión del Departamento de Asuntos de Veteranos (VA)
- Cuota alimentaria
- Asistencia pública
- Pensión alimenticia
- Asistencia social
- Ayuda para familias con hijos a cargo (AFDC)
- Discapacidad
- Pensión del trabajo
- Sueldos
- Pensión para personas mayores
- Pagos para mineros
- Intereses de acciones, cuentas individuales de jubilación (IRA), 401(k)

**c. Activos** (incluyen, entre otras cosas)

- Cuentas corrientes
- Cuentas del mercado monetario
- Anualidades
- Cuentas individuales de jubilación (IRA)/401(k)
- Hipoteca inversa
- Ahorros
- Certificados de depósito (CD)
- Préstamo sobre el valor acumulado de la vivienda
- Acciones/Bonos
- Cuentas de sepelio
- Propiedad

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

## CÓMO REALIZAR EL PROCESO

1. **Lea toda la solicitud.**
2. **Llame a Hear Now para averiguar si es elegible para el programa.**
  - El número al que debe llamar es 1-800-328-8602 (pida que le comuniquen con Hear Now).
  - Dígale al representante que quiere averiguar si es elegible para el programa.
3. **Busque a un profesional de salud auditiva de su área que trabaje con Hear Now.**
  - Hear Now no hace derivaciones a consultorios locales.
  - Busque audífonos en las páginas amarillas.

Elija los consultorios que queden más cerca de su casa.

  - Llame a esos consultorios y pregunte si alguno de sus profesionales trabaja con el programa Hear Now.
  - Programe una cita para hacerse una audiometría.
  - Pídale al médico que complete las páginas 8 y 9 de la solicitud.
  - Pídale al médico una copia de los resultados de su audiometría. (Envíe la copia con la solicitud).
4. **Complete las páginas 4, 5 y 6 (debe firmar en la página 6).**
5. **Complete la página 10; se requiere la firma del médico de cabecera en la parte superior de la página o de lo contrario, la firma del solicitante en la parte inferior de la página.**
6. **Envíe los comprobantes de ingreso de todos los miembros de la familia.** (Los ingresos incluyen todos los fondos de todas las fuentes).
7. **Saque copias de los estados de cuenta del banco (solo copias en papel, no discos de computadoras).**
  - Se requieren los estados de cuenta de los últimos seis (6) meses de cada cuenta perteneciente a cada miembro de la familia.
  - Envíe una copia de cada página de cada uno de los estados de cuenta (si el estado de cuenta del banco incluye copias de sus cheques, también debe enviarlas).
8. **Envíe toda la otra documentación probatoria necesaria que se menciona en la página 5.**
9. **Incluya un giro postal o un cheque bancario para la tarifa de procesamiento (US\$125 por audífono) a la orden de: Starkey Hearing Foundation.** (Adjunte el cheque bancario o el giro postal a la [página 4](#) de la solicitud). **(No se aceptan cheques personales).**

Si se rechaza una solicitud, se devolverá la tarifa de procesamiento.
10. **NO ENVÍE DOCUMENTOS ORIGINALES, YA QUE NO SE LE DEVOLVERÁN.**
11. **Envíe todo el material por correo a:**

Hear Now Program  
6700 Washington Avenue South  
Eden Prairie, MN 55344, EE. UU.
12. **Una vez que haya enviado la solicitud a Hear Now, espere al menos cinco (5) semanas antes de llamar para verificar el estado de su solicitud.**

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

\*\* Hear Now se reserva el derecho de cambiar los criterios en cualquier momento sin previo aviso por escrito.

## INFORMACIÓN GENERAL

(Escriba en letra de imprenta clara)

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

Nombre del solicitante: Primer nombre: \_\_\_\_ Segundo nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Número de seguro social: \_\_\_\_\_  Hombre  Mujer

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

Número de miembros de la familia: \_\_\_\_\_ (La familia se define como todas las personas que viven juntas o dependen unas de otras).

Dirección postal:

Calle: \_\_\_\_\_ Departamento n.º: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono particular: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Si el solicitante es menor de edad, nombre(s) del padre/la madre/el tutor: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona que completa la solicitud, si no es el solicitante. Si es menor, anote la información del padre/la madre/el tutor.

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

Teléfono: \_\_\_\_\_

## INGRESO

Si el solicitante es menor de edad, anote la información del ingreso del padre/la madre/el tutor.

Anote todas las fuentes de ingreso (como sueldo, seguro social, pensión alimenticia, cuota alimentaria, pensión, acciones, bonos, etc.) de todos los miembros de la familia.

Solicitante:

A. \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ mensual o anual  
Fuente de ingreso (marque con un círculo)

B. \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ mensual o anual  
Fuente de ingreso (marque con un círculo)

Cónyuge/Otro(a):

C. \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ mensual o anual  
Fuente de ingreso (marque con un círculo)

D. \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ mensual o anual  
Fuente de ingreso (marque con un círculo)

**INFORMACIÓN ADICIONAL:**

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

**MARQUE UNA (1) CASILLA PARA CADA PUNTO.** No responder a todas las preguntas retrasará el proceso.

<b>¿Actualmente tiene:</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	
cuenta corriente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si tiene, proporcione todas las páginas de seis (6) meses de estados de cuenta bancaria actuales
cuentas de ahorro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si tiene, proporcione todas las páginas de seis (6) meses de estados de cuenta bancaria actuales
certificados de depósito?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si tiene, proporcione los últimos estados de cuenta
acciones/bonos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si tiene, proporcione los últimos estados de cuenta
anualidades?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si tiene, proporcione los últimos estados de cuenta
IRA/401(k)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si tiene, proporcione los últimos estados de cuenta
cuentas del mercado monetario?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si tiene, proporcione los últimos estados de cuenta
cuenta de sepelio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si tiene, proporcione los últimos estados de cuenta
¿Es beneficiario de Medicaid?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	

¿Qué compañía de seguros médicos le brinda cobertura?

Nombre de la compañía: \_\_\_\_\_

¿Su seguro médico ofrece un beneficio para audífonos?  Sí Si ofrece, ¿qué beneficio? \_\_\_\_\_

No

No sé

**INFORMACIÓN SOBRE LA FAMILIA:**

**(La familia se define como todas las personas que viven juntas o dependen unas de otras).**

Número de miembros de la familia: \_\_\_\_\_

Anote los nombres de los miembros de la familia.

<b>Nombre</b>	<b>Edad de la persona</b>
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Situación laboral:     Empleado     Otro     Jubilado

Nombre del empleador actual: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ ¿Hace cuánto trabaja allí? \_\_\_\_\_ (años/meses)

**DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN**

Entiendo que la información que envío a HEAR NOW relacionada a mi ingreso anual, número de miembros de mi familia, recursos familiares, seguros, antecedentes médicos y toda la información financiera, está sujeta a verificación por parte de HEAR NOW o sus agentes. Esta verificación se efectuará por teléfono, carta, correo electrónico o verificación de crédito. **Entiendo que si intencionalmente omito o envío 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 padre/la madre/el tutor).**

**Si se firma a través de un poder legal (POA), envíe una copia del poder.** La transacción resultante y cualquier reclamo o disputa que surjan de tal transacción se registrarán por las leyes del estado de Minnesota.



Estimado profesional de salud auditiva:

Hear Now, el programa de los EE. UU. de la Fundación Auditiva Starkey, está abocado a ayudar a personas de bajos ingresos que carecen de recursos para obtener los audífonos que necesitan. Como el programa solo se maneja con la ayuda de profesionales generosos y dedicados que se preocupan por los miembros de su comunidad, apreciamos profundamente su apoyo a los clientes de Hear Now. Se pide a los profesionales que renuncien a sus honorarios habituales por la adaptación y seguimiento del primer año de la cobertura de garantía, pero pueden cobrar su tarifa normal por la evaluación inicial.

Si bien 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 audífonos para que los adapten en su consultorio. La hoja de datos del cliente (CDS) forma parte de la solicitud del cliente. El archivo de un solicitante no está completo sin la CDS (páginas 8 y 9). La solicitud se revisa cuando se reciben la hoja de datos del cliente, el audiograma, la solicitud del cliente y los documentos de apoyo en la oficina de Hear Now. Es conveniente enviar todos los documentos a la vez.

Los médicos que están dispuestos a renunciar a sus honorarios habituales por la adaptación y seguimiento del primer año y tienen licencia para entregar audífonos en su estado son aptos para trabajar con el programa. Es necesario que Hear Now tenga registro de la información de la licencia del profesional. Proporcione esta información en la hoja de datos del cliente y el formulario de selección del audífono para cada cliente. Si es aprobado para que lo ayudemos a obtener el audífono, Hear Now se comunicará con usted y le dará instrucciones sobre el proceso de pedido. Es preferible que las impresiones queden en el consultorio del profesional hasta que se reciba la autorización de Hear Now para pedir los audífonos/moldes.

Hear Now solo proporciona audífonos retroauriculares (BTE) y con receptor en el canal (RIC). Se proporcionan moldes a quienes los necesiten. Todos los audífonos proporcionados a través del programa tienen al menos un año de garantía para reparación. **Se recomienda enfáticamente que se contraten coberturas de garantía extendida para reparación a través del consultorio del profesional. Si bien el programa Hear Now no cubre los audífonos contra pérdidas y daños, dicha cobertura puede adquirirse a través del consultorio del profesional.**

El programa ha crecido considerablemente con los años. Seguramente lo descubrirán cada vez más personas y se multiplicarán las solicitudes de asistencia. Se pide a los clientes que esperen por lo menos cinco (5) años antes de volver a solicitar nuevos audífonos.

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



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

**COMPLETE ESTA SECCIÓN PARA CADA CLIENTE.**

Cada punto solicitado tiene un propósito. Esta información se usa para comunicar al paciente y al profesional la aprobación de la solicitud y el envío de los audífonos y los moldes.

Enviar a la cuenta n.º: \_\_\_\_\_

Nombre del profesional: \_\_\_\_\_ Sexo (marque con un círculo):    F    M

Nombre del consultorio: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

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

N.º de licencia/matrícula estatal: \_\_\_\_\_

N.º de ASHA: \_\_\_\_\_ N.º de F-AAA: \_\_\_\_\_ N.º de IHS: \_\_\_\_\_ N.º de BC-HIS: \_\_\_\_\_

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

1. No cobraré honorarios por adaptación de audífonos a los clientes aprobados por Hear Now. Puedo cobrar los honorarios habituales por la evaluación auditiva.
2. Brindaré servicios de seguimiento durante el primer año de la cobertura de garantía. Cuando venza la garantía de un año, todos los cargos asociados a reparaciones/servicios serán responsabilidad del cliente.
3. Enviaré los resultados de la prueba audiológica y el resto de la información solicitada en el formulario para el profesional de salud que se necesiten para determinar la elegibilidad auditiva, el pronóstico de mejora, la marca/el modelo del/de los instrumento(s) recomendado(s) para los solicitantes.
4. Seguiré las pautas estatales/federales relativas a la obtención de autorización médica/renuncia a la autorización médica para adaptar los instrumentos auditivos de los clientes de Hear Now.

Certifico que estoy autorizado y registrado en mi estado para entregar audífonos.

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

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

Enviar a la cuenta n.º: \_\_\_\_\_

Hear Now no provee audífonos a medida.

No tenemos audífonos inalámbricos disponibles.

Estilo de audífono requerido para este paciente (marque con un círculo)	<b>BTE</b>	<b>RIC</b>
Número de audífonos requeridos para este paciente (marque con un círculo)	<b>1</b>	<b>2</b>
<u>Si se recomienda un solo audífono</u> , ¿para qué oído es? (marque con un círculo)	<b>Derecho</b>	<b>Izquierdo</b>

**Opciones de audífonos (marque el audífono de su elección) (Marque con un círculo — Nivel tecnológico)**

____ Serie 3 Mini BTE (mini-Retroauricular) (ganancia: 65)	<b>90</b>	<b>110</b>
____ Serie 3 BTE (Retroauricular)13 (ganancia: 65)	<b>90</b>	<b>110</b>
____ Serie 3 Power Plus BTE (Retroauricular) 13 (ganancia: 80)	<b>90</b>	<b>110</b>
____ Serie 3 RIC (Receptor en el canal) 312	<b>90</b>	<b>110</b>

**Opciones de receptor para los audífonos con receptor en el canal (RIC)**

Estándar (marque con un círculo)	<b>50</b>	<b>60</b>			
Superpotente (Interno) (marque con un círculo)	<b>60</b>	<b>70</b>			
Longitud del cable (marque con un círculo)	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

Número de moldes requeridos (marque con un círculo) **1** **2**

**Solo para fines de autorización. Para solicitar moldes se debe llenar un formulario de pedido.**

Color requerido (marque con un círculo) **Champaña** **Bronce** **Marrón oscuro** **Gris plata** **Gris pizarra** **Negro**

Otros artículos requeridos (estos artículos solo se envían si se solicitan aquí):

- Software**  **Cables**  **Botas ("boots")**
- Tubo fino** — Indique la longitud \_\_\_\_\_
- Tapones:** **Pequeño** \_\_\_\_\_ **Mediano** \_\_\_\_\_ **Grande** \_\_\_\_\_  
**Abierto** \_\_\_\_\_ **Cerrado** \_\_\_\_\_
- Muestra de color**
- Instrumento de adaptación**

Uno de los siguientes espacios DEBE completarse y enviarse con la solicitud.

### AUTORIZACIÓN MÉDICA PARA EL USO DE AUDÍFONO

#### Espacio para que firme el médico de cabecera del paciente

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

Nombre del paciente (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_

El paciente mencionado anteriormente se ha sometido a un examen médico y se le puede considerar candidato al uso de audífono(s).

Nombre del médico (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_

Firma del médico: \_\_\_\_\_



### RENUNCIA A LA AUTORIZACIÓN MÉDICA PARA EL USO DE AUDÍFONO

#### Espacio para que complete y firme el paciente

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

Nombre del paciente (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_

Entiendo que realizarme un examen médico antes de adquirir audífonos es en mi propio beneficio y está recomendado por Hear Now y la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA). Decido no someterme a un examen médico antes de adquirir el/los audífono(s).

Firma del paciente: \_\_\_\_\_



Starkey Hearing Foundation  
Hear Now Program  
6700 Washington Avenue South  
Eden Prairie, MN 55344, EE. UU.

Tel.: 800.328.8602  
Fax: 952.947.4997  
Correo electrónico: [hearnow@starkeyfoundation.org](mailto:hearnow@starkeyfoundation.org)  
[www.starkeyhearingfoundation.org](http://www.starkeyhearingfoundation.org)