



Estimado solicitante,

Gracias por su aplicación a los servicios de Asistencia de Audición y de Aparatos Auditivos por medio de Children's Hearing Aid Texas (CHAT). Nuestra misión es de proveer servicios auditivos y aparatos auditivos a los infantes y niños del centro de Texas con pérdida del audio permanente sin ninguna ayuda financiera alterna.

Para solicitar ayuda, por favor llene y firme esta aplicación, anexe copias de prueba de ingresos como también toda la información que pedimos abajo. La aplicación debe estar completa y debe incluir todos los siguientes documentos:

- Aplicación llena
- Prueba de Ingresos
- Reporte del examen Auditivo firmado por el doctor.
- Una copia del examen Auditivo o el reporte Auditivo indicando el tipo y severidad de la pérdida de audición.
- (Opcional) Información adicional en cuanto a la situación económica del aplicante.

Una vez recibamos la aplicación completa, CHAT determinará si el aplicante llena los requisitos para nuestro programa. Luego que se determine si es elegible, CHAT le notificará refiriéndolo a un Audiólogo por teléfono y/o por correo.

Es muy importante recordar que cualquier cargo por algún servicio profesional sin la aprobación previa de CHAT no será re-embolsado. Si el audiólogo no es parte de los proveedores de servicios de CHAT, CHAT tiene la opción de referir al niño a una clínica participante de los servicios de CHAT.

Por favor envía la aplicación a:

Any Baby Can: Children's Hearing Aid Texas (CHAT)
1121 East 7th Street/Austin, TX 78702
CHAT phone & fax (512) 828-0510
MonicaA@abcaus.org
www.abcaus.org

Children's Hearing Aid Texas (CHAT) Aplicación para el Programa

Fecha: _____

Quien lo refirio a CHAT? _____

Número de Telefono: _____

Información del Apicante

Nombre Legal del Apicante: _____

Fecha de Nacimiento del Apicante: _____ Genero: Maculino Femenino

Dirección del Apicante : _____

Ciudad, Estado, Codigo Postal: _____

El aplicante tiene seguro medico? Si No

Por favor indique el nombre la compañía o el programa: _____

El aplicante tiene cobertura de Medicaid ? Yes No

EL aplicante ha tenido alguna vez cobertura de Medicaid ? Yes No

Por favor indique cuando el aplicante tuvo cobertura de Medicaid y por cuanto tiempo: _____

Por que fue terminada la cobertura de Medicaid? _____

El aplicante tiene un Audiologo ú Otorrinolaringologo (ENT)? Si No

Por favor complete esta información:

Audiologo/ENT: _____

Dirección: _____

Número de telefono: _____

Podemos contactar al audiologo? Si No

Información de los Padres / Guardian

Nombre del Padre del aplicante: _____

Dirección del Padre: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Número de Telefono del Padre: _____

Podemos contactar al Padre? Si No

El Padre tiene cobertura de seguro? Si No

Por favor indique la compañía / programa: _____

Nombre la Madre del aplicante: _____

Dirección de la Madre: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Número de Telefono del Padre: _____

Podemos contactar a la Madre? Si No

La Madre tiene cobertura de seguro? Si No

Por favor indique la compañía / programa? _____

Verificación de Ingresos

Por favor indique el ingreso de la familia anual: _____

(Anexe la forma W2 o una copia del talonario se pago. Si no tiene disponible la copia del talonario de pago, su empleador puede escribir una nota con el salario y los contactos de su supervisor.)

Cuantos dependientes viven con el aplicante? _____

Información Audiologica

Acualmente el aplicante tiene algun aparato auditvo? Si No

Cuanto tiempo tiene con el aparato auditivo? _____

Si no usa algun aparato auditivo actualmente, cunato tiempo hace que el aplicante no ha usado uno? _____

El aplicante tiene un implante ? Si No

El aplicante actualmente asiste a la escuela? Si No

Si el aplicante va a la escuela por favor llenar los siguientes datos:

Nombre de la escuela: _____

Distrito escolar o ciudad: _____

Grado: _____ Maestro/a: _____

Número de teléfono: _____

Podemos contactar a la escuela/maestro/enfermera? Si No

Como el Padre/Madre/guardian/persona a cargo/trabajador social del aplicante, yo entiendo que estoy completando la aplicación para obtener un aparato auditivo de CHAT para uso únicamente del individuo mencionado anteriormente.

Yo entiendo que la información que estoy dando de mi ingreso anual, número de personas en mi familia, recursos familiaresm seguro, historial medico y toda información financiera esta sujeta a ser verificada por CHAT.

Yo entiendo que si esta aplicación contiene alguna información falsa o que se preste a malinterpretación, CHAT tiene la opción de negar la elegibilidad del aplicante.

Firma de Padre/Madre/o Persona a cargo

Fecha

Any Baby Can: Children's Hearing Aid Texas (CHAT)

1121 East 7th Street/Austin, TX 78702

CHAT phone & fax (512) 828-0510

MonicaA@abcaus.org

www.abcaus.org

Page 3 of 3