



Estimado solicitante,

Gracias por su solicitud 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 solicitud, anexe copias de prueba de ingresos como también toda la información que pedimos abajo. La solicitud debe estar completa y debe incluir todos los siguientes documentos:

- Solicitud 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 solicitud 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) Solicitud para el Programa

Fecha: _____

Quien lo refirio a CHAT? _____

Número de Telefono: _____

Información del Solicitante

Nombre Legal del Solicitante: _____

Fecha de Nacimiento del Solicitante: _____ Genero: M F

Dirección del Solicitante : _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

El solicitante tiene seguro medico? Si No

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

El solicitante tiene cobertura de Medicaid ? Yes No

EL solicitante ha tenido alguna vez cobertura de Medicaid ? Yes

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

Por que fue terminada la cobertura de Medicaid? _____

El solicitante 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

¿Cuales son las necesidades del niño(a) ahora? (nuevos audífonos, exámen audiológico, nuevos moldes del oido, etc): _____

Información de los Padres / Guardian

Nombre del Padre del aplicante: _____

Dirección del Padre: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Número de Telefono del Padre: _____

Correro electrónico del padre: _____

Podemos contactar al Padre? Si No

Come quire ser contactado: teléfono correo electrónico

El Padre tiene cobertura de seguro? Si No

Por favor indique la compañía / programa: _____

Nombre de la Madre del aplicante: _____

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

Dirección de la Madre: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Número de Telefono de la Madre: _____

Correro electrónico de la Madre: _____

Podemos contactar a la Madre? Si No

Como quiere ser contactado: teléfono correo electrónico

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 de 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 Audiológica

Acualmente el solicitante tiene algun aparato auditvo? Si No

Cuanto tiempo tiene con el aparato auditivo? _____

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

El solicitante tiene un implante ? Si No

El solicitante actualmente asiste a la escuela? Si No

Si el solicitante 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/guardián/persona a cargo/trabajador social del solicitante, yo entiendo que estoy llenando la solicitud 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 familiares, seguro, historial médico y toda información financiera está sujeta a ser verificada por CHAT.

Yo entiendo que si esta solicitues 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 4

Consentimiento para ANY BABY CAN programa de Children's Hearing Aid Texas (CHAT) entregar/divulgar información

Fecha de Hoy: _____

Nombre del solicitante: _____ Fecha de nacimiento: _____

A QUIEN CORRESPONDA:

Por la presente autorizo a Any Baby Can Family Resource Center programa de Children's Hearing Aid Texas (CHAT) entregar/divulgar solicitud de los siguientes documentos (marque todas las que apliquen):

- _____ Información sobre la evaluación/reportes
- _____ Prueba de audición / Informes de evaluación
- _____ Registros Médicos
- _____ Último examen físico
- _____ Comunicación continua verbal y escrita
- _____ Otros, por favor describa _____

A _____ con el fin de _____

Limitaciones: _____

Soy consciente de que este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento y, a menos que solicite lo contrario, permanecerá en efecto durante un año a partir de la fecha que se indica a continuación. También soy consciente de que puedo negarme a firmar este formulario de consentimiento. Tenga en cuenta que la negativa a firmar este formulario de consentimiento se traducirá en una negación de servicios a través de Any Baby Can programa de Children's Hearing Aid Texas (CHAT).

Firma del Padre / Tutor

Fecha