



Solicitud de Servicios de Audición Pediátrica

The Lighthouse es una organización no gubernamental sin fines de lucro 501 (c) (3) que brinda servicios de audición con dignidad y respeto a las personas sin seguro y con bajos ingresos en Georgia.

El paquete de audífonos para su niño no es gratis. Usted tendrá un copago. Los padres o tutores legales pueden solicitar una vez cada tres (3) años para los servicios para su hijo (nacimiento – 18 años) en función de los fondos del programa.

POR FAVOR SEPARA LA APLICACIÓN (PÁGINAS 5-11) Y ENVÍE CON TODA LA DOCUMENTACIÓN. El tiempo estimado para procesar su solicitud es de 1-2 semanas.

Si no puede o no desea proporcionar la documentación solicitada para usted y su hijo, la solicitud de su hijo no será aprobada. Si no se recibe la documentación completa en un plazo de 3 meses, la solicitud de su hijo se considerará abandonada y tendrá que comenzar el proceso de solicitud nuevamente.

Por favor envíe su solicitud SOLAMENTE POR CORREO O FAX:

CORREO: The Lighthouse, 5582 Peachtree Road Chamblee, Georgia 30341

FAX: (770) 406-6558

Horas de operación para el Departamento de Audición en The Lighthouse:

Lunes a viernes | 9:00 A.M. – 4:00 P.M.

Teléfono: 404-325-3630

Requerimientos de Aplicación

Además de una solicitud completa, debe presentar la documentación de respaldo para demostrar los ingresos de su hogar, la identificación de usted y su hijo, su residencia en Georgia y la prueba de audición no vencida de su hijo con un proveedor de The Lighthouse.

Por favor envíe SOLAMENTE COPIAS, no documentos originales.

Se DEBE presentar lo siguiente para que se considere esta solicitud: El hecho de no incluir estos documentos demorará su solicitud y aumentará el tiempo que lleva obtener la aprobación. Los pacientes son individualmente responsables de proporcionar los documentos requeridos que se enumeran a continuación.

- 1. Prueba de residencia en Georgia durante al menos 12 meses para 1 padre o tutor legal.**
- 2. Acta de nacimiento de Georgia o identificación válida de Georgia del solicitante/niño.**
- 3. Completar la Recomendación del proveedor de audición aprobada por Lighthouse (página 8).**
- 4. Drima medical waiver o medical clearance (página 8)**
- 5. Copia de una prueba de audición actual, menos de 3 meses, con un proveedor de The Lighthouse (página 9).**
- 6. Solicitud completa con la documentación de respaldo adjunta.**
- 7. Resumen de los beneficios del seguro (aseguranza del niño) que muestre la denegación o la falta de cobertura para audífonos y dispositivos relacionados con la audición.**

DOCUMENTACIÓN DE APOYO

1) IDENTIFICACIÓN: TODAS LAS TARJETAS DE IDENTIFICACIÓN DEBEN ESTAR ACTUALIZADAS (NO EXPIRADAS) Y MOSTRAR CLARAMENTE SU FOTO.

- Licencia de conducir válida de Georgia O tarjeta de identificación válida de Georgia (1 padre o tutor legal)
- Acta de nacimiento de Georgia, licencia de conducir válida de Georgia o tarjeta de identificación válida de Georgia (niño / solicitante)

2) **RESIDENCIA:** *(Por favor elija una)*

- Copia del contrato de alquiler actual incluyendo la página de la firma.
- Copia de la declaración de hipoteca más reciente
- Carta del refugio, hogar de transición o asilo de ancianos que indique que vive en ese lugar (en papel membretado y firmado por el refugio o el empleado de vivienda de transición)
- Copia de la factura de servicios públicos más reciente, incluido el nombre del solicitante y la dirección del servicio, del solicitante o miembro de la familia (los servicios públicos solo incluyen: gas, agua y electricidad)

1) **INGRESOS:**

Envíe **TODOS** los artículos de esta lista a continuación que se **apliquen a los padres/tutores legales Y a todos en el hogar.**

- Declaración de impuestos del año pasado *
- Dos (2) talones de cheques de pago consecutivos actuales para pago quincenal; o 4 talones de cheques consecutivos actuales para pago semanal
- Carta actual de Social Security/Disability
- Carta actual de adjudicación de cupones de alimentos del Departamento de Servicios para Familias y Niños (DFACS)
- Carta del refugio (en papel con membrete y firmada por el empleado del refugio)
- Pagos regulares de pensión alimenticia, desempleo, fondos sindicales, jubilación/pensión u otros fondos de programas gubernamentales
- Becas de colegio/universidad

IMPORTANTE: Tenga en cuenta que podemos solicitar documentación de respaldo adicional, como una transcripción de impuestos oficial. Comuníquese con el Servicio de Impuestos Internos (IRS) al 1-800-908-9946 para solicitar un formulario 4506-T para presentar la transcripción.

* Si es propietario o tiene ingresos de un negocio, proporcione una copia de la parte C de su declaración de impuestos.

Esta página está en blanco intencionalmente



Solicitud de Servicios de Audición Pediátrica

(POR FAVOR IMPRIMA CLARAMENTE CON UN LÁPIZ OSCURO)

Información del solicitante/Niño

Apellido: _____ Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: Georgia Código postal: _____

Condado de residencia: _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Género: Hombre Mujer

Raza: Blanco, no Hispano o Latino Negro afroamericano Asiático

Indio Americano o Nativo de Alaska Nativo de Hawai o de otras Islas del Pacífico

Otra raza Rechazar para especificar

Origen étnico: Hispano o Llatino No Hispano o Latino Se Niegan a Especificar

Información Principal del Padre/Tutor Legal

Apellido: _____ Nombre: _____

Dirección (si es diferente de la anterior): _____

Teléfono de la casa: _____ Teléfono móvil: _____

Correo electrónico: _____

Estado civil: Soltero Casado Divorciado Legalmente separado Viuda
(Debe proporcionar documentación oficial de la corte si está divorciado o separado legalmente)

¿Está usted empleado? Sí No ¿Eres un veterano? Si no

Si está desempleado, indique el motivo: Deshabilitado (recibir SSI/SSDI) Retirado
 No se puede perder Trabajo Estudiante Otro

Por favor seleccione el tipo de cobertura de seguro que tiene:

Medicaid Medicare PeachCare Privado Otro Ninguno

¿Cuántos años ha sido residente de Georgia? _____

¿Cómo te enteraste de The Lighthouse? The Lighthouse Mi Audiólogo

Publicidad o redes sociales Otra organización Otro

*** Complete TODAS las preguntas anteriores para que la solicitud se considere completa. ***

Información Financiera del Padre/Tutor Legal

En la tabla a continuación, **haga una lista de TODOS, incluido usted mismo, que viven en su dirección. Incluya comprobante de ingresos para TODOS los miembros del hogar.** Adjunte a miembros adicionales de la familia en una hoja o lista separada atrás de esta página.

| Nombre | Edad | Relación | Dependiente (si o No) | Fuente (s) de Ingresos | Cantidad de Ingreso Mensual |
|---|------|---|--------------------------|---|-----------------------------------|
| | | Yo | No | | \$ |
| | | | | | \$ |
| | | | | | \$ |
| | | | | | \$ |
| | | | | | \$ |
| | | | | | \$ |
| Número Total de Personas en el Hogar | | Número Total de Dependientes en el Hogar | | Ingreso Mensual Total del Hogar (Ingreso combinado para todos los miembros del hogar) | \$ |

Medical Condition & Clearance

Child's Primary Diagnosis: _____

I recommend the following treatment(s): _____

Are there any medical barriers to treatment? Yes No

If yes, please list: _____

I certify that _____ (applicant name) was medically examined on ___/___/___ and may be considered a candidate for hearing aid use. ****Must be signed and dated by a licensed physician (M.D.)***

Signature of M.D.

___/___/___
Date

Name of M.D. (Please Print)

Name of Physician's Practice

Provider Recommendation

This section must be completed by the hearing professional who performed the hearing test.
You must include a copy of that current hearing test (audiogram).

The Lighthouse does not pay for hearing tests.

Business Name: _____

Name and Title of Hearing Professional: _____

Phone Number: _____ Fax Number: _____

Address: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Email Address: _____

Please specify degree of hearing loss: Mild Moderate Moderately Severe Severe Profound

Circle the type of hearing aids recommended:

Right Ear: None RIC/BTE ITE BI CROS

Left Ear: None RIC/BTE ITE BI CROS

Is this facility a Lighthouse Provider? Yes No

If no, patient needs to follow instructions on Page 9.

If no, are you interested in becoming a Lighthouse Provider? Yes No

Contact us at 404.325.3630 or visit www.LighthouseGeorgia.org for more information.

Los Proveedores de Audición Aprobados por The Lighthouse

Hay ciertos proveedores de audición que trabajan con el programa de audición The Lighthouse. Esto significa que aceptan el pago de The Lighthouse en su nombre. También significa que cumplen con las pautas del programa. El programa The Lighthouse y aceptan proporcionar los servicios incluidos en su paquete de audífonos.

Por esta razón, **DEBE** ser paciente de un proveedor de audición aprobado por Lighthouse. Puede encontrar una lista en nuestro sitio web, www.LighthouseGeorgia.org o llamando al 404-325-3630.

¿Qué significa esto si ya tiene una prueba de audición? ¿Puedes usarlo?

Tal vez. Todas las pruebas de audición deben ser actuales. Según la ley de Georgia, eso significa que debe tener 6 meses o menos. Además, si su prueba de audición no proviene de un proveedor aprobado por The Lighthouse, nuestros proveedores de The Lighthouse pueden solicitarle que se haga una nueva prueba antes de que pueda ser su paciente. Si tiene una prueba actual que desea usar, deberá preguntarle a su nuevo proveedor de Lighthouse si la aceptará.

¿Cómo encontrar un proveedor de audición aprobado por Lighthouse?

Puede encontrar una lista actualizada de proveedores en www.LighthouseGeorgia.org, o puede llamar a la Fundación Lighthouse al 404-325-3630 para solicitar una lista.

Una vez que tenga la lista de proveedores, siga estos tres pasos:

1. Elija un proveedor de The Lighthouse de la lista provista.
2. Llame al proveedor que ha elegido. Dígales que está solicitando asistencia de audífonos en The Lighthouse y que necesita un proveedor aprobado por Lighthouse.
 - * Si **tiene** un examen de audición que es **menos de 3 meses** , pregúnte si lo aceptarán.
 - * Si **no tiene** una prueba de audición, dígales que la necesita.
3. Pregúntele al proveedor si está dispuesto a aceptarlo como nuevo paciente. Si el proveedor acepta aceptarlo como paciente, verá a este proveedor para sus citas auditivas aprobadas por Lighthouse.
 - * Si el proveedor no está dispuesto a aceptarlo como paciente nuevo, elija otro proveedor de la lista que se encuentre en su área y repita los pasos anteriores.

Escriba el nombre y la dirección de su proveedor de audición aprobado por The Lighthouse aquí:

Declaración Lighthouse Por favor, lea y firme

“Entiendo perfectamente que los servicios de Lighthouse se limitan a los residentes que no pueden pagar o recibir de otras fuentes, esta asistencia. En consideración a estos servicios, libero y descargo a todas las personas que prestan dichos servicios de cualquier reclamo que pueda surgir de los servicios prestados. Soy consciente de que el Lighthouse no pagará los anteojos que me facturaron antes de la aprobación de esta solicitud. También entiendo que mi solicitud será revisada por un proveedor de Lighthouse y / o el personal de Lighthouse. TODA LA INFORMACIÓN QUE SE ENCUENTRA Y ADJUNTA A ESTA APLICACIÓN ES VERDADERA Y CORRECTA A LO MEJOR DE MI CONOCIMIENTO.



Firma del Solicitante (persona que solicita los servicios)

Fecha

Testigo (si el solicitante firma con una “X”)

Fecha

Acuerdo de HIPAA

Entiendo que la Regla Federal de Privacidad ("HIPAA") no protege la privacidad de la información si se vuelve a divulgar y, por lo tanto, solicito que toda la información obtenida por esta persona o agencia sea estrictamente confidencial y no sea revelada por el destinatario. Además, entiendo que mi elegibilidad para los servicios de Lighthouse no está condicionada a mi disposición de esta autorización. Pretendo que este documento sea una autorización válida que cumpla con todos los requisitos de la Regla de privacidad y entiendo que mi autorización permanecerá vigente durante un año.



Firma del Solicitante (persona que solicita los servicios)

Fecha

Complete esta parte solo si desea darnos permiso para hablar con otra persona en su nombre con respecto a sus servicios o los de su hijo.

Nombre: _____ **Telefono:** _____

Relación con el solicitante niño: _____

Una vez completado, envíenos su solicitud y copias de todos los documentos requeridos por correo o FAX. Si tiene alguna pregunta, llámenos al 404-325-3630 y

"Al enviar esta solicitud, acepto estar sujeto a los términos, condiciones y decisiones de The Lighthouse con respecto a la aprobación o denegación. Entiendo que soy responsable de enviar oportunamente todos los materiales de apoyo y que, si dichos materiales no se reciben dentro de los noventa (90) días calendario posteriores a la presentación de la solicitud, mi solicitud se considerará abandonada, por lo que será necesario enviar una nueva aplicación. También estoy de acuerdo en permitir el uso de mi imagen o la imagen de mi hijo en cualquier forma de comercialización futura del programa y entiendo que, si no deseo dar mi consentimiento para el uso de dicha imagen, debo presentar por escrito un formulario firmado en efecto que se incluirá en mi archivo de solicitud ".