



Solicitud de Servicios de Audición para Adultos

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 no es gratis. Usted tendrá un copago. Las personas mayores de 20 años o más pueden solicitar una vez cada tres (3) años para servicios basados en el financiamiento del programa.

El ingreso mensual del hogar antes de impuestos debe estar dentro del 200% de la Pauta Federal de Pobreza (página 4).

POR FAVOR SEPARA LA APLICACIÓN (PÁGINAS 5-11) Y ENVÍE CON TODA LA DOCUMENTACIÓN. El tiempo estimado para procesar su solicitud es de 4-6 semanas.

Si no puede o no desea proporcionar la documentación solicitada, su solicitud no será aprobada. Si no se recibe la documentación completa dentro de los 3 meses posteriores a la presentación inicial, su solicitud se considerará abandonada y tendrá que comenzar nuevamente el proceso de solicitud. Debe esperar 6 meses para volver a aplicar.

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 la solicitud **completa**, debe presentar la documentación de respaldo para demostrar el ingreso de su hogar, la identificación, su residencia en Georgia y la prueba de audición no vencida con un proveedor de 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.**
- 2. Completar la Recomendación por el proveedor de audición aprobada por Lighthouse (página 8).**
- 3. Firmar Medical Waiver o Medical Clearance (página 8)**
- 4. Copia de una prueba de audición actual, menos de 6 meses, con un proveedor de Lighthouse**
- 5. Solicitud completa con la documentación de respaldo adjunta.**

DOCUMENTACIÓN REQUERIDA

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

- Valida Licencia de conducir de Georgia O tarjeta de identificación de Georgia
- (Excepción: tarjeta de Medicaid/Medicare de Georgia solo se acepta si tiene más de 80 años y está en un asilo de ancianos)

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)

3) INGRESOS:

Envíe **TODOS** los documentos de esta lista a continuación que se **apliquen a usted Y a todos los miembros de la familia.**

- Declaración de impuestos del año pasado * (incluir todas las páginas)
* Si es propietario o tiene ingresos de un negocio, proporcione una copia de la parte C de su declaración de impuestos.
- 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 asilo de ancianos (con membrete y firmada por un empleado del asilo de ancianos)
- 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.

4) SEGURO:

SI su seguro brinda cobertura para audífonos Y usted está parcial o totalmente asegurado por un plan de seguro con deducible alto * envíe lo siguiente:

- Copia de la Declaración de cobertura de su seguro, incluido el deducible

* La definición del Servicio de Impuestos Internos (IRS) de un "Plan de seguro con deducible alto" se define como cualquier plan de salud con un deducible de al menos \$ 1,350 para una persona o \$ 2,700 para una familia.

El ingreso mensual del hogar antes de impuestos debe estar dentro del 200% de la pauta Federal de Pobreza

Cuadro de elegibilidad de ingresos 2019

(De acuerdo con la Guía Federal de Pobreza)

Household Size	0-100%	101-150%	151-200%
1	\$1,014	\$1,561	\$2,082
2	\$1,409	\$2,114	\$2,818
3	\$1,778	\$2,666	\$3,555
4	\$2,146	\$3,219	\$4,292
5	\$2,514	\$3,771	\$5,028
6	\$2,883	\$4,324	\$5,765
7	\$3,251	\$4,876	\$6,502
8	\$3,619	\$5,429	\$7,238
Add For Additional	\$369	\$553	\$736

* Hogar se define como una unidad social compuesta por cónyuges, padres, hijos o familiares que viven en la misma vivienda.

Solicitud de Servicios de Audición para Adultos

(POR FAVOR IMPRIMA CLARAMENTE CON UN LÁPIZ OSCURO)

Apellido: _____ Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: Georgia Código postal: _____ Condado: _____

Teléfono de la casa: _____ Telefono móvil: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Fecha de nacimiento: / / Género: Masculino Femenino Estado civil: Solo Casado Divorciado Separado Viudo

(Debe proporcionar documentación oficial de la corte si está divorciado o separado legalmente)

¿Está usted empleado? Sí No ¿Eres un veterano? Sí No Si está desempleado, indique el motivo:

Discapacitado (recibir SSI SSDI) Retirado No se Puede Perder Trabajo Estudiante Otro

Raza: Blanco, no Hispano o Latino Negro o Afro Americano Asiático

Indio Americano o Nativo de Alaska Nativo de Hawai o de otras Islas del Pacífico Otra raza Rechazar para especificar

Origen Etnico: Hispano o Latino No Hispano o Latino Se Niegan a Especificar

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

Medicaid Medicare PeachCare Privado Otro Ninguno

¿Su plan de seguro incluye cobertura de audífonos? Sí No

En caso afirmativo, ¿está asegurado parcial o totalmente por un plan de seguro con deducible alto *? Si No

* La definición del Servicio de Impuestos Internos (IRS) de un "Plan de seguro con deducible alto" se define como cualquier plan de salud con un deducible de al menos \$ 1,350 para una persona o \$ 2,700 para una familia.

¿Cuántos años ha sido residente de Georgia? _____

¿Cómo te enteraste de The Lighthouse? The Lighthouse Mi Audiólogo
 Publicidad o Redes Sociales Otra Organización Otra

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

Información financiera

En la tabla a continuación, **haga una lista de TODOS, incluyéndose 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)	\$

Provider Recommendation for: _____

Print Patient's Name

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

Do you require Medical Clearance for this patient? Yes No

If no, patient needs to sign medical waiver on the bottom of this page.

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.

Medical Waiver

I have been advised by _____ (audiologist/hearing aid dispenser) that the Food and Drug Administration has determined that my best health interest would be served if I had a medical evaluation by a licensed physician (preferably a physician who specializes in disease of the ear) before obtaining a hearing aid. I choose not to have a medical evaluation before obtaining a hearing aid.

_____/_____/_____
Signature of Applicant Date

Medical Clearance

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

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 nuestra sitio web www.LighthouseGeorgia.org o llamando al 404.325.3630.


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 6 meses** , pregúnteles 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:

NECESARIO

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

NECESARIO

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.

Nombre: _____ **Telefono:** _____

Relación con el solicitante: _____

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 escuche el aviso

"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 ".