



# 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 – 19 años) en función de los fondos del programa.

El ingreso mensual del hogar después de impuestos debe estar dentro del 400% de la Pauta Federal de Pobreza (página 4).

---

POR FAVOR SEPARA LA APLICACIÓN (PÁGINAS 5-12) 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.**

### Necesita ayuda con la aplicación?

Sound Waves asociado Georgia Hands & Voices ofrece asistencia, Guide By Your Side, para padres que necesitan ayuda para completar la aplicación Sound Waves. Pongase en contacto con Scarlett Giles, directora del programa GA H&V GBYS en [sgiles@doe.k12.ga.us](mailto:sgiles@doe.k12.ga.us) o (470)991-9187.



**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 consecutivos para 1 padre/tutor legal.**
2. **Acta de nacimiento de Georgia o identificación válida de Georgia del solicitante/ niño.**
3. **Completar la Recomendación del Proveedor aprobada por Lighthouse (página 8).**
4. **Firma Medical Waiver o Medical Clearance (página 8).**
5. **Completer Insurance Affidavit por un proveedor de The Lighthouse (página 9).**
6. **Copia de una prueba de audición actual, menos de 3 meses, con un proveedor de The Lighthouse.**
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.**
8. **Copia de su carta pendiente de Medicaid.**
9. **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. *(Elija uno para el padre o tutor legal y uno para el niño/solicitante)***

- Licencia de conducir válida emitida por el estado, tarjeta de identificación válida emitida por el estado, pasaporte o tarjeta de identificación del consulado (1 padre o tutor legal)
- Acta de nacimiento, licencia de conducir válida emitida por el estado, tarjeta de identificación válida emitida por el estado, pasaporte, tarjeta de identificación del consulado o tarjeta de identificación de la escuela (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)

### **RESIDENCIA: (continuación)**

- Copia de la factura de servicios públicos más reciente, incluido el nombre del pariente del solicitante y la dirección del servicio, del pariente o miembro de la familia (los servicios públicos solo incluyen: gas, agua y electricidad)

### **3) 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.**

- Copia de su carta pendiente de Medicaid.

### **4) INGRESOS:**

Envíe **TODOS** los documentos 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 \* (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 semenal
- 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.

El ingreso mensual del hogar después de impuestos debe estar dentro del 400% de la Pauta Federal de Pobreza

**Programa de Audición Infantil 2020 Tabla de Elegibilidad del ingresos (De Acuerdo con la Guía Federal de Pobreza)**

<b>Household* Size</b>	<b>0-100%</b>	<b>101-150%</b>	<b>151-200%</b>	<b>201-250%</b>	<b>251-300%</b>	<b>301-350%</b>	<b>351-400%</b>
1	\$1,063	\$1,595	\$2,127	\$2,658	\$3,190	\$3,722	\$4,253
2	\$1,437	\$2,155	\$2,873	\$3,592	\$4,310	\$5,029	\$5,747
3	\$1,810	\$2,715	\$3,620	\$4,525	\$5,430	\$6,335	\$7,240
4	\$2,183	\$3,275	\$4,367	\$5,458	\$6,550	\$7,641	\$8,733
5	\$2,557	\$3,835	\$5,113	\$6,392	\$7,670	\$8,949	\$10,227
6	\$2,930	\$4,395	\$5,860	\$7,325	\$8,790	\$10,255	\$11,720
7	\$3,303	\$4,955	\$6,607	\$8,258	\$9,910	\$11,561	\$13,213
8	\$3,677	\$5,515	\$7,353	\$9,192	\$11,030	\$12,869	\$14,707
9	\$4,050	\$6,075	\$8,100	\$10,125	\$12,150	\$14,175	\$16,200
10	\$4,423	\$6,635	\$8,847	\$11,058	\$13,270	\$15,481	\$17,693
Agregar cada persona adicional	\$373	\$560	\$747	\$933	\$1,120	\$1,306	\$1,494

\* 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 Pediátrica

(POR FAVOR IMPRIMA CLARAMENTE CON UN PLUMA OSCURO)

### Información del solicitante/Niño

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: Georgia Código postal: \_\_\_\_\_

Condado de residencia: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Género:  Masculino  Femenino

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: \_\_\_\_\_

No tengo una dirección de 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

**¿Su plan de seguro incluye cobertura de audífonos?**  Si  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  Otro

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

Política de Privacidad

The Lighthouse se compromete a proteger la privacidad de nuestros solicitantes. Al enviar la solicitud a Lighthouse, usted acepta los formularios de contacto y las prácticas de datos de información de identificación personal descritos en esta declaración.

Recolectamos información de identificación personal que nos proporcionan voluntariamente, como nombre, número de teléfono y dirección de correo electrónico, de todos los solicitantes, lo que nos permite comunicarnos con usted. No vendemos ni alquilamos nuestra lista de clientes a terceras personas. A menos que recibamos este formulario firmado y con fecha por el solicitante o el padre/tutor legal del solicitante, la información de identificación personal se puede compartir con los socios de Lighthouse que brindan soporte y servicios adicionales.

Si desea no recibir asistencia y servicios adicionales, como asistencia para completar la solicitud, firme y con la fecha y devuelva este formulario a Lighthouse. Si no se devuelve el formulario completo, el consentimiento estará implícito.

\_\_\_\_\_  
Nombre completo

\_\_\_\_\_  
Fecha

Firma \_\_\_\_\_

## **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)	\$

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.

### 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 for: \_\_\_\_\_

Print Child's name

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 10.



*\*\* Esto debe ser completado por un proveedor de The Lighthouse*

## **Insurance Affidavit**

This insurance affidavit must be completed by the hearing professional who performed the hearing test.

I, \_\_\_\_\_ (full printed name), declare under penalty of perjury that the following is true and correct to the best of my knowledge, information and belief.

Name of Practice: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Signature of Provider: \_\_\_\_\_

I confirm that the following has been verified on the patient listed below:

Name of Patient: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ The patient does not carry medical insurance

\_\_\_\_\_ The patient does carry medical insurance\*

\*Insurance: (Circle all that apply):    Medicaid    Peachcare    Private Insurance

\_\_\_\_\_ The patient carries medical insurance, but Hearing services are not covered in the policy

A copy of this affidavit is being filed with The Lighthouse in the designated Hearing Program

electronic patient filing system. Patient information will be kept on record for a minimum of three years. The Lighthouse accepts the affidavit in good faith.

Provider Print Name: \_\_\_\_\_

Provider Signature: \_\_\_\_\_

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 nuestro sitio web, [www.LighthouseGeorgia.org](http://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](http://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.

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 audífonos 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 o los de su hijo.**

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

**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 posterior 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".