



# Programa HEAR NOW

## APLICACIÓN



Starkey  
**Hearing**  
Foundation

So the World May Hear



So the World May Hear

Estimado Solicitante:

Gracias por contactarse con el programa HEAR NOW de Starkey Hearing Foundation para lograr asistencia en audífonos. Esperamos poder brindarles audífonos a aquellas personas que residen de manera permanente en los Estados Unidos, que reúnen los requisitos y que están autorizados para ser asistidos. El programa fue diseñado para asistir a los que no tienen otros recursos disponibles para ellos. HEAR NOW es un programa como último recurso. Otras opciones de ayuda incluyen: subsidio familiar, seguro, programa estatal Medicaid, rehabilitación vocacional, distrito escolar, VA, grupos de la iglesia, programas locales y estatales. Por favor llame a la oficina de HEAR NOW para averiguar sobre su elegibilidad.

La asistencia proviene de los obsequios del fabricante, de los prestadores del cuidado de la salud en su área y de los donantes en los Estados Unidos. El prestador del cuidado de la salud no cobra por su trabajo con el programa HEAR NOW. Profundamente agradecemos el tiempo, esfuerzo y generosidad que dedican para los pacientes de HEAR NOW. Confiamos en que valorará la dedicación y entrega de estos generosos individuos.

Si el solicitante contara con un subsidio familiar o fondos disponibles en una cuenta del mercado monetario, fondos mutuos, planes 401(k), IRAs, certificados de depósito (CDs), cuentas corrientes o de ahorros, reservas, bonos o bonos del Tesoro, **este no es el programa adecuado para usted**. HEAR NOW considera todo esto al determinar la elegibilidad. Si los solicitantes no estuvieran dentro de estas normas, o no se los considerara elegibles debido a los bienes que poseen o factores relacionados, se les negará la asistencia.

**Se les pide a todos los solicitantes que llamen a Hear Now para averiguar sobre la elegibilidad del programa.**

**La cuota por solicitud/procesamiento no es reembolsable y no se reintegrará bajo ninguna circunstancia.**

The Starkey Hearing Foundation  
Programa HEAR NOW  
6700 Washington Avenue South, Eden Prairie, MN 55344

**Llame a HEAR NOW al 1-800-648-4327 para averiguar sobre su elegibilidad.**

## CÓMO COMPLETAR EL PROCESO

1. Revise la información para considerar, antes de completar la siguiente solicitud de HEAR NOW.
2. Busque un profesional del cuidado de la salud auditiva. El paciente es el responsable de hallar un profesional del cuidado de la salud auditiva que tenga la voluntad de trabajar con ellos y con el Programa HEAR NOW. **HEAR NOW no brinda una lista de profesionales del cuidado de la salud auditiva ni hace derivaciones para ningún médico.** Verifique los listados en su guía telefónica local en "Audiólogos" y/o "Audífonos" y llame para preguntar si son proveedores de HEAR NOW. Si fueran proveedores, pregúnteles si pueden hacerse cargo de usted como paciente.  
**El paciente es el responsable de los costos de la evaluación/examen y del honorario no reembolsable por el procesamiento para el programa HEAR NOW.** Una vez que se suministren los audífonos, el paciente es el responsable por la compra de las pilas y de la cobertura de garantía extendida para los audífonos.
3. Revise la Lista de comprobación final para conocer los pasos y documentación necesarios. **Por favor, envíe todos los materiales de la solicitud al mismo tiempo a:**

The Starkey Hearing Foundation Programa HEAR NOW  
6700 Washington Avenue South  
Eden Prairie, MN 55344-3405

Las solicitudes se procesan a medida que se reciben. **Una vez que haya enviado la solicitud, por favor espere al menos 6 semanas antes de llamar para solicitar la comprobación del estado.**

## INFORMACIÓN PARA CONSIDERAR ANTES DE COMPLETAR LA SOLICITUD DE HEAR NOW

1. **Normas de ingresos:** Para 48 estados contiguos y D.C SOLAMENTE. Para obtener las normas para Alaska y Hawaii, por favor llame al 800-648-4327. **Todas las cifras por ingresos son NETAS. NETAS significan las cantidades percibidas por todos los integrantes del núcleo familiar.**

Tamaño de unidad familiar	HEAR NOW Norma de ingresos	Tamaño de unidad familiar	HEAR NOW Norma de ingresos
1	\$17,867	5	\$42,227
2	\$23,957	6	\$48,317
3	\$30,047	7	\$54,407
4	\$36,137	8	\$60,497

*NOTA: Para las unidades familiares con más de 8 miembros, agregar \$6.090 por cada miembro adicional.*

2. **Honorario de solicitud y procesamiento de pedido:** \$100 por (1) audífono ó \$200 por (2) audífonos.
3. **Para determinar la elegibilidad, HEAR NOW considera lo siguiente:**
  - a. **Tamaño del núcleo familiar** (Por núcleo familiar se entiende aquellos que dependen financieramente del otro).
  - b. **Ingresos netos mensuales o anuales provenientes** de todo el núcleo familiar que tiene ingresos. Las posibles fuentes de ingreso son:
    - Seguridad Social y SSI
    - Asistencia pública
    - Incapacidad
    - Pagos por enfermedad pulmonar
    - Pensión VA
    - Pensión alimenticia
    - Pensión laboral
    - Intereses por reservas, IRAs, 401Ks
    - Mantenimiento de hijos
    - Asistencia social
    - Sueldos
    - Jubilación
    - AFDC
  - c. **Bienes**
    - Arqueo
    - Rentas vitalicias
    - Seguro de vida
    - CDs
    - Cuentas por sepelio
    - Cuentas del mercado monetario
    - IRA/401(k)
    - Ahorros
    - Reservas/Bonos

**LISTA DE COMPROBACIÓN FINAL**

Todos los artículos crean una solicitud completa. Si faltaran artículos se demoraría el proceso.

<p><b>NO ENVIAR DOCUMENTOS ORIGINALES; NO SE DEVOLVERÁN.</b></p>
--

- \_\_\_\_\_ Complete las páginas 4, 5 y 6 - se requiere que firme en la página 6
- \_\_\_\_\_ Provea una prueba de sus ingresos proveniente de todas las fuentes (Ingresos NETOS del año en curso)
- \_\_\_\_\_ Envíe las copias de todas las páginas de los estados de cuenta del banco (todas las cuentas) de los últimos 9 meses
- \_\_\_\_\_ Halle un profesional del cuidado de la salud auditiva que esté dispuesto a trabajar con el Programa HEAR NOW
- \_\_\_\_\_ Entregue la hoja de datos del paciente (página 9) completa y firmada por el profesional del cuidado de la salud auditiva.
- \_\_\_\_\_ Envíe el presente audiograma (con menos de 9 meses de antigüedad) proveniente del profesional del cuidado de la salud auditiva.
- \_\_\_\_\_ Complete la autorización médica (Página 10) de remisión (firmada por el médico de atención primaria) o de excepción (firmada por el paciente)
- \_\_\_\_\_ Envíe los honorarios de procesamiento de \$100 por audífono solicitado
- \_\_\_\_\_ Esto debe hacerse con **GIRO POSTAL** a la orden de **STARKEY HEARING FOUNDATION**
- \_\_\_\_\_ El honorario por procesamiento **NO ES REEMBOLSABLE**
- \_\_\_\_\_ Suministre la copia más reciente de todos los estados de cuenta de su tarjeta de créditos
- \_\_\_\_\_ Entregue los estados de cuenta de todos los CDs, cuentas del mercado monetario, cuentas por sepelio, IRA, 401k, rentas vitalicias
- \_\_\_\_\_ Reservas y bonos que posea
- \_\_\_\_\_ Envíe una copia de nota de autorización de la vivienda subsidiada (si correspondiera)
- \_\_\_\_\_ Envíe el formulario de identificación de Medicaid (si fuera beneficiario de Medicaid)

\*\*Puede necesitar suministrar información adicional después de que se complete la revisión inicial de la solicitud.

HEAR NOW se reserva el derecho de cambiar los criterios en cualquier momento sin previo aviso escrito.

**Envíe por correo todos los artículos al mismo tiempo a:**

The Starkey Hearing Foundation  
Programa HEAR NOW  
6700 Washington Avenue South, Eden Prairie, MN 55344

**Programa HEAR NOW - Solicitud de Asistencia Auditiva**

**INFORMACIÓN GENERAL**

(Por favor escriba en imprenta de manera clara)

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Solicitante: Primer \_\_\_\_\_ Segundo nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

Fecha de Nac: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Número de Seguridad Social: \_\_\_\_\_  Masculino  Femenino

Estado Civil:  Casado  Soltero  Divorciado  Viudo  Separado

Número del núcleo familiar: \_\_\_\_\_ (Se define al núcleo familiar como aquellos que dependen financieramente del otro)

Dirección postal:

Calle \_\_\_\_\_ Apt. # \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_ Estado/Provincia \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono del hogar: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Si fuese menor de edad, nombre(s) del padre/tutor: \_\_\_\_\_

Si la persona fuese otra que no sea el solicitante, completando este formulario; si fuese menor de edad, brinde información del padre/tutor:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación existente con el solicitante: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

**INGRESO**

Si el solicitante fuese menor de edad, brindar información de los ingresos del padre/tutor:

Mencione todas las fuentes de ingreso (ej. salario, seguridad social, cuota de manutención, subsidio de menores, pensión, reservas, bonos, etc.)

**FUENTE:** \_\_\_\_\_ **CANTIDAD:** \_\_\_\_\_

Solicitante:

A. \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ Mes del año (ciclo uno)

B. \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ Mes del año (ciclo uno)

Cónyuge/Otro:

C. \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ Mes del año (ciclo uno)

D. \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ Mes del año (ciclo uno)

**Programa HEAR NOW - Solicitud de Asistencia Auditiva****Página 5-8****INFORMACIÓN ADICIONAL:**

Nombre del Solicitante: \_\_\_\_\_

**RESPONDA TODAS LAS PREGUNTAS.** Las preguntas sin contestar demorarán el proceso.

<b>¿Posee usted actualmente:</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	
Una cuenta bancaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si así fuera, brinde los estados de cuenta de los últimos 9 meses
Cuenta de ahorros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si así fuera, brinde los estados de cuenta de los últimos 9 meses
Tarjeta de crédito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si así fuera, brinde el estado de cuenta más reciente
CD(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si así fuera, brinde el estado de cuenta más reciente
Reservas/Bonos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si así fuera, brinde el estado de cuenta más reciente
Anualidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si así fuera, brinde el estado de cuenta más reciente
IRA / 401K	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si así fuera, brinde el estado de cuenta más reciente
Cuenta del mercado monetario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si así fuera, brinde el estado de cuenta más reciente
Cuenta de sepultura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si así fuera, brinde el estado de cuenta más reciente
¿Vive en una vivienda subsidiada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si así fuera, suministre la documentación de la nota de autorización y cantidad de renta

Si fuese propietario de su vivienda, ¿cuánto paga de impuestos inmobiliarios? \_\_\_\_\_ Envíe la declaración actual.

¿Es beneficiario de Medicaid?  Sí  No Si así fuera, suministre una copia del Formulario de Identificación de Medicaid.

**Se les pide a todos los solicitantes que llamen a Hear Now para averiguar sobre la elegibilidad del programa. Llame al 800-648-4327.**

**Programa HEAR NOW - Solicitud de Asistencia Auditiva****Página 6-8****INFORMACIÓN DEL NÚCLEO FAMILIAR:****(Se define al núcleo familiar como aquellos que dependen financieramente del otro)**

Número del núcleo familiar: \_\_\_\_\_

Mencione los nombres de los individuos que componen el núcleo familiar que dependen financieramente del otro (ej. Si fuese un menor de edad, mencione al padre(s); mencione al dependiente(s); mencione al cónyuge; mencione al familiar; mencione al amigo; etc.).

**Nombre****Edad de la persona**

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Estado laboral:       Empleado       Otro       Jubilado

Nombre del empleador actual: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ ¿Cuánto hace que es empleado allí? \_\_\_\_\_ (Años/Meses)

**PUBLICACIÓN DE LA INFORMACIÓN**

Comprendo que la información que entrego a HEAR NOW acerca de mi ingreso anual, núcleo familiar, recursos familiares, seguro, historia clínica y toda la información financiera están sujetos a la verificación por parte de HEAR NOW o de sus agentes. Esta verificación se realizará por teléfono, carta, correo electrónico o investigación del crédito. **Comprendo que si deliberadamente omitiese o entregase información falsa, se me negará en cualquier momento del proceso toda consideración de asistencia.**

**Comprendo que la cuota de solicitud/procesamiento no es reembolsable y que no se me reintegrará bajo ninguna circunstancia.**

Nombre del Solicitante: \_\_\_\_\_ Nombre del Cónyuge: \_\_\_\_\_

Fecha de Nac: \_\_\_\_\_ Fecha de Nac: \_\_\_\_\_

Firma del Solicitante: \_\_\_\_\_ Firma del Cónyuge: \_\_\_\_\_

**(Si fuese menor de edad, se necesitará la firma del Padre/Tutor)**

**Si es firmado por poder notarial (POA), por favor envíe una copia del poder notarial (POA).** Las leyes del estado de Minnesota registrarán la transacción resultante y cualquier tipo de reclamo o disputa que surgiera de dicha transacción.





So the World May Hear

Estimado proveedor del cuidado de la salud auditiva:

HEAR NOW, el programa de en los Estados Unidos, de Starkey Hearing Foundation, está abocado a ayudar a los individuos con bajos ingresos que carecen de recursos para obtener los audífonos que necesitan. Ya que el programa trabaja solo con la ayuda de profesionales médicos generosos y dedicados, quienes se preocupan por los miembros de su comunidad, su ayuda a los pacientes de HEAR NOW es sumamente valorada. Se solicitará a los médicos que renuncien a sus honorarios de costumbre para la adaptación y el seguimiento de la cobertura de garantía del primer año. Usted puede cobrar sus honorarios normales para realizar la evaluación inicial.

Mientras que se les solicita a los médicos que donen su tiempo y servicios para realizar las adaptaciones y seguimientos del primer año de cobertura de la garantía, HEAR NOW suministra los audífonos para que los pueda colocar en su consultorio. La hoja de datos del paciente (CDS) constituye una parte integral en la solicitud del paciente. El archivo del solicitante no estará completo sin la CDS (Página 9). La solicitud es revisada cuando la hoja de datos del paciente, Audiograma, Solicitud del paciente y documentos de respaldo sean recibidos en la oficina de HEAR NOW. Es conveniente que los documentos se envíen al mismo tiempo.

Los médicos que renuncien a sus honorarios de costumbre para la adaptación y el seguimiento de la cobertura de garantía del primer año y que posean la certificación profesional para dispensar audífonos en sus estados, son elegibles para trabajar en este programa. Es necesario tener la información de la certificación profesional del médico registrada en HEAR NOW. Por favor, suministre esta información en la Hoja de Datos del paciente para cada paciente. Si el paciente estuviera autorizado a recibir asistencia auditiva, será contactado por HEAR NOW para brindarle instrucciones sobre los procesos de pedido. Es preferible que se guarden las impresiones en el consultorio del médico hasta que se reciba la autorización proveniente de HEAR NOW para pedir los audífonos/moldes auditivos.

HEAR NOW brinda los audífonos/moldes auditivos cuando se eligen los audífonos BTE. Los audífonos podrían ser instrumentos de tipo: ITE, ITC, BTE, de caja y de Conducción ósea. **Los CICs no se encuentran disponibles en el programa.** Todos los instrumentos que están en el programa vienen con una garantía de un año para realizar reparaciones. Se recomienda encarecidamente que se compre la cobertura de garantía extendida en el consultorio del médico. Si tuviera alguna duda con respecto a los audífonos y sus opciones, por favor llame a HEAR NOW en el número que aparece debajo.

El programa ha crecido de manera significativa a través del tiempo. Se espera que, a medida que el programa se siga descubriendo, las solicitudes de asistencia continuarán aumentando. Se les solicita a los pacientes que esperen al menos (5) años antes de volver a solicitar nuevos instrumentos de audición.

**HEAR NOW se reserva el derecho de cambiar los criterios en cualquier momento sin previo aviso escrito.**

**Programa HEAR NOW - Solicitud de Asistencia Auditiva****Página 9-8****HOJA DE DATOS DEL PACIENTE - INFORMACIÓN MÉDICA/AUDITIVA****Para ser completado por el médico AUDÍFONOS DE ADAPTACIÓN PARA EL PACIENTE** (Por favor imprima de manera clara)

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nac: \_\_\_\_\_

**POR FAVOR ADJUNTE:** Audiograma de Conducción ósea y aérea, SRTs, MCLs y UCLs.¿El cliente ya posee audífonos?  Sí  NO Sí así fuera, mencione la marca/modelo y antigüedad. \_\_\_\_\_

Número de audífonos solicitados: \_\_\_\_\_

**Si estuviera colocando audífonos en un oído (1)** ¿qué oído estaría adaptando? (marque uno)  IZQUIERDO  DERECHO

¿Por qué? \_\_\_\_\_

Haga un círculo alrededor del estilo de elección (**los CICs no constituyen una opción válida**)

Hecho a medida    BTE    DE CAJA    Conducción Ósea    # de moldes auditivos (si usara BTEs) \_\_\_\_\_

Color del estuche (marque uno):  Beige  Marrón  Marrón  Gris  Rosa    Otro: \_\_\_\_\_

Audífono BTE sugerido por Starkey: \_\_\_\_\_

Tecnología requerida: (marque una)  Digital Programable  Digital No ProgramableSi estuviera colocando audífonos BTEs, ¿necesita algo de lo siguiente? Por favor, verifique sus necesidades:  Software  Cables  Botas

**Estoy de acuerdo en convertirme en asociado de HEAR NOW para este paciente.** Estoy de acuerdo en brindar servicios conforme a las normas estatales/federales. Comprendo que los asociados que reciben audífonos de HEAR NOW para sus pacientes están de acuerdo en brindar servicios relacionados a la colocación y seguimiento sin cobrarle al paciente durante el primer año de cobertura de la garantía. HEAR NOW no les solicita a los asociados que renuncien a ninguno de sus honorarios de examen auditivo/evaluación. Los cargos relacionados con la evaluación auditiva inicial constituyen responsabilidad exclusiva del paciente.

**POR FAVOR COMPLETE ESTA SECCIÓN PARA CADA PACIENTE. GRACIAS.**Enviar a la Cuenta # de **Starkey**: \_\_\_\_\_ **O** Enviar a la Cuenta # de **Audibel**: \_\_\_\_\_

Nombre del Profesional: \_\_\_\_\_

Nombre del Negocio: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Registro/Certificación Profesional Estatal #: \_\_\_\_\_

ASHA # \_\_\_\_\_ F-AAA # \_\_\_\_\_ IHS # \_\_\_\_\_ BC-HIS # \_\_\_\_\_

 No poseo mi CCC-A. Supervisado por: \_\_\_\_\_ Estado #: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Se DEBE completar y entregar uno de los siguientes artículos con la solicitud:**

**AUTORIZACIÓN MÉDICA PARA EL USO DE AUDÍFONOS**

**Para ser firmado por el médico primario del paciente**

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente (por favor, imprima): \_\_\_\_\_

El paciente arriba mencionado ha sido examinado clínicamente y puede ser considerado como un candidato para el uso de audífonos..

Nombre del Médico (por favor, imprima): \_\_\_\_\_

Firma del Médico: \_\_\_\_\_

0

**RECHAZO DE AUTORIZACIÓN MÉDICA PARA EL USO DE AUDÍFONOS**

**Para ser completado y firmado por el paciente**

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente (por favor, imprima): \_\_\_\_\_

Comprendo que es de mi mayor interés, y recomendado por HEAR NOW y por la administración de Drogas y Alimentos, recibir un examen médico antes de lograr la adquisición de los audífonos. Elijo no recibir un examen médico antes de adquirir audífonos.

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_



So the World May Hear

The Starkey Hearing Foundation  
HEAR NOW Program  
6700 Washington Avenue South  
Eden Prairie, MN 55344  
Phone: 800.648.4327  
Fax: 952.947.4997  
E-mail: [nonprofit@starkey.com](mailto:nonprofit@starkey.com)  
Web site: [www.sotheworldmayhear.org](http://www.sotheworldmayhear.org)