

Sección Para Padres/Tutores Legales

Gracias por solicitar participar en Hear for Kids, un programa benéfico que ofrece servicios a niños que cumplen con los requisitos económicos y necesitan evaluaciones auditivas, audífonos, reparaciones de implantes cocleares o autorización médica para la adaptación de audífonos. La elegibilidad se basa en criterios de ingresos y en la disponibilidad de fondos. Hear for Kids es posible gracias a la generosa financiación de la *Vitalyst Health Foundation*.

Nombre del niño(a): _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección del hogar: _____ Código Postal: _____

Correo electrónico: _____ Teléfono: _____

Persona responsable: _____ Relación: ☐ Padre/Madre ☐ Tutor Legal

- ¿Es su hijo elegible para AHCCCS o está inscrito en el programa? ☐ Sí ☐ No
- ¿Es su hijo elegible para KidsCare o está inscrito en el programa? ☐ Sí ☐ No
- ¿Es su hijo elegible para los Servicios de Salud para Indígenas? ☐ Sí ☐ No
- ¿Está su hijo asegurado bajo algún plan de salud? ☐ Sí ☐ No

- En caso afirmativo, ¿quién proporciona la cobertura?: _____
- Por favor, explique los límites de cobertura para audífonos, moldes auditivos, adaptación y/o reparaciones.

Ingreso

Ingreso total del hogar durante los últimos 12 meses: \$ _____

- Incluya: sueldo o salario, pensión, Seguridad Social, manutención de hijos y cualquier otro ingreso.

Número de miembros de la familia que viven en el hogar: _____

Responsabilidad del padre/madre o tutor legal

Si su hijo reúne los requisitos y hay fondos disponibles, recibirá un vale para utilizar en los servicios. Se enviará una autorización para la adquisición de los dispositivos al audiólogo encargado de la adaptación. Es posible que se solicite un comprobante de ingresos en cualquier momento. Hear for Kids no asumirá responsabilidad económica alguna por pruebas, tratamientos o consultas adicionales. Al firmar este formulario, usted autoriza la divulgación de información a Desert Voices. La información específica sobre su hijo(a) y su pérdida auditiva podrá compartirse con otros profesionales o agencias de medicina, audiología y intervención temprana a través de correo postal, teléfono, correo electrónico o fax. La información que no identifique específicamente a su hijo(a) podrá publicarse, revisarse para fines de evaluación de uso o garantía de calidad, o utilizarse para gestionar fondos para el programa.

Firma del padre/madre o tutor legal: _____ Fecha: _____

Envíe las solicitudes por correo electrónico a hearforkids@desert-voices.org o por fax a Desert Voices al 602-224-2460.

Audiologist/Referring Provider Section

Child's Name: _____ Date of Birth: _____

Audiologist/Referring Provider: _____ Facility: _____

Email: _____ Phone Number: _____

Eligibility is based on the family income being at or below 250% of the Federal Poverty Level for the number of family members in the household. If the family is eligible and there is funding available, a voucher will be emailed to the audiologist or referring provider via secure email. If the family does not qualify based on income but there are special circumstances, please contact Desert Voices.

A chart outlining the current eligible income levels is available on the Desert Voices Hear for Kids website. By signing below, you attest to trusting the family's household income is at or below 250% of the Federal Poverty Level as listed on the Desert Voices Hear for Kids website, and agree to the following:

- Follow best practices for determining eligibility, performing diagnostic hearing evaluation, selecting and fitting hearing aids, and programming cochlear implants.
- Provide Hear For Kids with patient records and proof of income, if requested.
- Provide appropriate follow up as needed for **one year** after fitting at no additional charge.
- Agree to accept Hear for Kids voucher as payment in full and not bill family any additional amount.
- Inform the family of recommended specialty care for newly identified hearing losses.

Provider Signature: _____ Date: _____

Request

☐ Diagnostic Hearing Test

Type of testing: ☐ Natural Sleep BAER ☐ Sedated BAER ☐ VRA/CPA ☐ Conventional

☐ Hearing Aids

Number of Hearing Aids Requested: ☐ 1 ☐ 2

HA Manufacturer: ☐ Cochlear ☐ Oticon ☐ Oticon Medical ☐ Phonak ☐ Resound

Device Model/Level: _____

Earmold Manufacturer: ☐ All American ☐ Emtech ☐ Microsonic ☐ Westone

Fitting and Follow-Up Fee: ☐ Yes ☐ No

☐ Medical Clearance for Hearing Aid Fitting

☐ Cochlear Implant Repair/Service

Cochlear Implant Company: ☐ Advanced Bionics ☐ Cochlear ☐ MED-EL

Part(s) Needed: _____

Programming Fee: ☐ Yes ☐ No

Email applications to hearforkids@desert-voices.org or fax to Desert Voices at 602-224-2460