



## Solicitud de Servicios de Audición para Adultos

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

**El paquete de audífonos no es gratuito. Tendrá que hacer un copago.** Las personas de 20 años o más pueden solicitar servicios cada tres (3) años según la financiación del programa. El ingreso neto mensual del hogar debe estar dentro del 200% de la línea de pobreza federal (página 4).

**POR FAVOR, DESPRENDA LA SOLICITUD (PÁGINAS 5-13) Y ENVÍE ÚNICAMENTE LA SOLICITUD CON LA DOCUMENTACIÓN COMPLETA. NO DEVUELVA LAS PÁGINAS 1-4.**

El tiempo estimado para procesar su solicitud es de 4-6 semanas.

Si no puede o no está dispuesto a proporcionar la documentación solicitada, su solicitud no será aprobada. Si no recibimos la documentación completa en un plazo de 3 meses desde la presentación inicial, su solicitud se considerará abandonada y deberá comenzar el proceso de solicitud nuevamente. Deberá esperar 6 meses para volver a presentar una solicitud.

**Por favor, envíe su solicitud por CORREO O FAX SOLAMENTE:**

**Correo: The Georgia Charitable Care Network,  
2897 N. Druid Hills Rd., #116, Atlanta, GA 30329  
FAX: 866-329-8147**

**Si envía por correo, NO envíe por correo certificado o prioritario.**

**Horario del Programa de Audífonos:  
Lunes - Viernes | 9:00 A.M. - 4:00 P.M.  
Teléfono: 888-551-1231**

### **Requisitos de Solicitud**

Además de una solicitud **completa**, debe presentar documentación de respaldo para comprobar sus ingresos familiares, identificación, residencia en Georgia y una prueba de audición no vencida con un proveedor de GCCN.

**Envíe COPIAS SOLAMENTE, no documentos originales. No engrape las páginas juntas.**

**Se DEBE presentar lo siguiente para que esta solicitud sea considerada: La falta de estos documentos retrasará su solicitud y aumentará el tiempo necesario para la aprobación.** Los pacientes son responsables individualmente de proporcionar los documentos requeridos que se enumeran a continuación.

- 1. Prueba de residencia en Georgia durante al menos 12 meses consecutivos.**
- 2. Recomendación del proveedor de audición aprobado por GCCN (página 8) completada.**
- 3. Autorización médica firmada o renuncia médica (página 8).**
- 4. Copia de una prueba de audición actual, con menos de 6 meses de antigüedad, realizada por un proveedor de GCCN.**
- 5. Solicitud completa con documentación de respaldo adjunta.**

## **DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO**

### **1) IDENTIFICACIÓN: TODAS LAS TARJETAS DE IDENTIFICACIÓN DEBEN SER ACTUALES (NO VENCIDAS) Y MOSTRAR CLARAMENTE SU FOTO. (Elija una opción)**

- Licencia de conducir válida emitida por el estado
- Tarjeta de identificación válida emitida por el estado
- Pasaporte
- Tarjeta de identificación escolar
- Tarjeta de identificación consular
- (Excepción: se acepta la tarjeta de Georgia Medicaid/Medicare solo si tiene 80 años o más y está en una residencia de ancianos con licencia).

### **2) RESIDENCIA: (Elija una opción)**

- Copia del contrato de alquiler actual que incluya la página de firma
- Copia del estado de cuenta de la hipoteca más reciente
- Carta del refugio, hogar de transición o residencia de ancianos que indique que usted vive en esa ubicación (en papel con membrete y firmada por un empleado del refugio o hogar de transición)
- Copia de una factura de servicios públicos más reciente, que incluya el nombre del solicitante y la dirección del servicio, ya sea del solicitante o de un miembro del hogar (Los servicios públicos solo incluyen: gas, agua y electricidad)
- Identificación válida que muestre la dirección actual

### **3) SEGURO:**

**SI** su seguro cubre audífonos **Y** usted está parcial o completamente asegurado por un plan de seguro con deducible alto\*, envíe lo siguiente:

- Copia de la Declaración de Cobertura de su seguro, incluyendo 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 un individuo o \$2,700 para una familia.**

### **4) INGRESOS:**

Envíe **TODOS** los elementos de la siguiente lista **que correspondan a usted y a todos los miembros del hogar.**

- Declaración de impuestos del año pasado (Formulario 1040)
- Dos (2) recibos de sueldo consecutivos actuales para pago quincenal; o 4 recibos de sueldo consecutivos actuales para pago semanal
- Carta de adjudicación de la Seguridad Social/Incapacidad actual
- Carta de adjudicación de Cupones de Alimentos actual del Departamento de Familia y Servicios Infantiles (DFACS)
- Carta del hogar de ancianos (en papel con membrete y firmada por un empleado del hogar de ancianos)
- Carta del refugio (en papel con membrete y firmada por un empleado del refugio)
- Pagos regulares de pensión alimenticia, manutención de menores, desempleo, fondos sindicales, jubilación/pensión u otros programas gubernamentales
- Beca universitaria, subvención, beca o asistente universitario

***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 la transcripción de presentación o no presentación.***

El ingreso neto mensual del hogar del solicitante no puede superar el 200% de la Guía Federal de Pobreza.

### Tabla de Elegibilidad de Ingresos 2023 (Según la Guía Federal de Pobreza)

Tamaño del Hogar	0-100%	101-150%	151-200%
1	\$1,215	\$1,823	\$2,430
2	\$1,643	\$2,465	\$3,287
3	\$2,072	\$3,108	\$4,143
4	\$2,500	\$3,750	\$5,000
5	\$2,928	\$4,393	\$5,857
6	\$3,557	\$5,035	\$6,713
7	\$3,785	\$5,677	\$7,570
8	\$4,213	\$6,320	\$8,427
9	\$4,142	\$6,962	\$9,383
10	\$5,070	\$7,605	\$10,140

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

**NO ENVÍE LAS PÁGINAS 1-4 AL PRESENTAR SU SOLICITUD**



**Solicitud de Servicios de Audición para Adultos**  
**(POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE CON UN BOLÍGRAFO OSCURO)**

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

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

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

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_  No tengo correo electrónico

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

Estado civil:  Soltero(a)  Casado(a)  Divorciado(a)  Legalmente separado(a)  Viudo(a)  
*(Debe proporcionar documentación oficial del tribunal si está divorciado o legalmente separado)*

¿Está empleado(a)?  Sí  No ¿Es veterano(a)?  Sí  No

**Si está desempleado(a), proporcione el motivo:**

Discapacitado(a) (recibe SSI/SSDI)  Jubilado(a)  No puede  Perdió trabajo  Estudiante  
 Niño(a)  Otro

Raza:  Blanco(a), no hispano(a) ni latino(a)  Negro(a) o afroamericano(a)  Asiático(a)

Indio(a) americano(a) o nativo(a) de Alaska  Nativo(a) de Hawái u otro isleño del Pacífico

Otra raza  Prefiero no especificar

Origen étnico:  Hispano(a) o latino(a)  No hispano(a) o latino(a)  Prefiero no especificar

**Seleccione el tipo de cobertura de seguro que tiene:**

Medicaid    Medicare    PeachCare    Privado    Otro    Ninguno

**¿Incluye su plan de seguro cobertura para audífonos?**    Sí    No

**Si es así, ¿está parcial o completamente asegurado por un plan de seguro con deducible alto?**

Sí    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 un individuo o \$2,700 para una familia.**

**¿Hace cuántos años es residente de Georgia?** \_\_\_\_\_

**¿Cómo se enteró de Georgia Charitable Care Network?**

Georgia Charitable Care Network    Mi Audiología    Publicidad, marketing o redes sociales

Otra organización    Otra fuente \_\_\_\_\_

***Complete TODAS las preguntas anteriores para que la solicitud sea considerada completa.***

## Información Financiera

En la tabla a continuación, **enumere a TODAS las personas, incluido usted, que viven en su dirección. Incluya comprobantes de ingresos de TODOS los miembros del hogar.** Adjunte a los miembros adicionales del hogar en una hoja por separado o enumérelos en la parte posterior de esta página.

Nombre	Edad	Parentesco	Dependiente (Si or No)	Fuente de Ingresos	Cantidad de Ingresos Mensuales
		Yo	No		\$
					\$
					\$
					\$
					\$
					\$
					\$
					\$
					\$
					\$
<i>Total de personas en el hogar</i>		<i>Total de dependientes en el hogar</i>		<i>Ingreso Neto Mensual Total (Ingresos combinados de todos los miembros del hogar)</i>	\$

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 Georgia Charitable Care Network 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 and if an ear mold is required:

Right Ear:    None    RIC/BTE    ITE    BI CROS    CROS    Ear Mold:  Yes  No

Left Ear:    None    RIC/BTE    ITE    BI CROS    CROS    Ear Mold:  Yes  No

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 GCCN Provider?  Yes  No

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

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

Contact us at 678-389-3333 or visit [www.charitablecarenetwork.org](http://www.charitablecarenetwork.org) for more information.

### Medical Waiver

He sido informado por \_\_\_\_\_ (audiólogo/dispensador de audífonos) que la Administración de Alimentos y Medicamentos ha determinado que mi mejor interés de salud sería atendido si tuviera una evaluación médica por un médico con licencia (preferiblemente un médico que se especialice en enfermedades del oído) antes de obtener un audífono. Elijo no hacerme una evaluación médica antes de obtener un audífono.

\_\_\_\_\_  
Fecha de firma del solicitante

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Fecha

## 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*

Signature of M.D.

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Name of M.D. (Please Print)

**Declaración de la Red Caritativa de Cuidado de Georgia** Léase y firme.

REQUERIDO

“Entiendo completamente que los servicios de Georgia Charitable Care Network están limitados a residentes que no pueden pagar o recibir de otras fuentes esta asistencia. En consideración a estos servicios, libero y eximo a todas las personas que prestan dichos servicios de cualquier reclamo que pueda tener derivado de los servicios prestados. Estoy consciente de que la Georgia Care Charitable Care Network no pagará por ningún audífono facturado antes de la aprobación de esta solicitud. También entiendo que mi solicitud será revisada por un proveedor de GCCN y/o personal de la Red Caritativa de Cuidado de Georgia. **TODA LA INFORMACIÓN EN Y ADJUNTA A ESTA SOLICITUD ES VERDADERA Y CORRECTA A MI MEJOR CONOCIMIENTO.**”

\_\_\_\_\_  
**Firma del solicitante** (persona que presenta la solicitud) Fecha

\_\_\_\_\_  
**Testigo** (si el solicitante firma con una "X") Fecha

**Acuerdo 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 se mantenga estrictamente confidencial y no sea divulgada por el destinatario. Además, entiendo que mi elegibilidad para los servicios de GCCN no está condicionada a la provisión de esta autorización. Tengo la intención de 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 presenta la solicitud) Fecha

REQUERIDO

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

Nombre: \_\_\_\_\_ teléfono: \_\_\_\_\_

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 888-551-1231.

## Proveedores de Audición Aprobados por la Red Caritativa de Georgia

Existen ciertos proveedores de servicios auditivos que trabajan con el programa de distribución de audífonos de Georgia Charitable Care Network (GCCN). Esto significa que aceptan el pago de Georgia Charitable Care Network en su nombre. También significa que cumplen con las pautas del programa de la Red Caritativa de Georgia y se comprometen a proporcionar los servicios incluidos en su paquete de audífonos.

Por esta razón, DEBE ser paciente de un proveedor de servicios auditivos aprobado por GCCN. Puede encontrar una lista en nuestro sitio web, [www.charitablecarenetwork.org](http://www.charitablecarenetwork.org) o llamando al 888-551-1231.

### *¿Qué significa esto si ya tiene una prueba de audición? ¿Puede usarla?*

Tal vez. Todas las pruebas de audición deben estar actualizadas. Según la ley de Georgia, esto significa que debe tener una antigüedad de 6 meses o menos. Además, si su prueba de audición no proviene de un proveedor aprobado por GCCN, nuestros proveedores de GCCN podrían requerir que obtenga una nueva prueba de ellos antes de poder ser atendido por ellos. Si tiene una prueba actual que desea utilizar, deberá preguntar a su nuevo proveedor aprobado por GCCN si la aceptará.

### *¿Cómo encuentra un proveedor de servicios auditivos aprobado por GCCN?*

Puede encontrar una lista actual de proveedores en [www.charitablecarenetwork.org](http://www.charitablecarenetwork.org) o puede llamar a Georgia Charitable Care Network al 888-551-1231 para solicitar una lista.

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

1. Elija un proveedor GCCN de la lista proporcionada.
2. Llame al proveedor que ha elegido. Dígalos que está solicitando asistencia con audífonos a The Georgia Charitable Care Network y que necesita un proveedor aprobado por GCCN.
  - \* Si tiene una prueba de audición que tiene menos de 3 meses de antigüedad, pregúnteles si la aceptarán.
  - \* Si no tiene una prueba de audición, dígalos que necesita una
3. Pregúntele al proveedor si está dispuesto a aceptarlo como paciente nuevo. Si el proveedor está de acuerdo para aceptarlo como paciente, verá a este proveedor para sus citas de audiencia aprobadas por GCCN.
  - \* Si el proveedor no está dispuesto a aceptarlo como paciente nuevo, elija otro proveedor de la lista que esté en su área y repita los pasos anteriores.

Escriba el nombre y la dirección de su proveedor de servicios auditivos aprobado por GCCN aquí:

“Al enviar esta solicitud, acepto estar sujeto a los términos, condiciones y decisiones con respecto a la aprobación o denegación de Georgia Charitable Care Network. Entiendo que soy responsable de presentar de manera oportuna 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, lo que requerirá la presentación de una nueva solicitud. También acepto permitir el uso de mi imagen y / o la de mi hijo (fotografía) 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 una declaración firmada a tal efecto para incluirla en mi archivo de solicitud ”.

---

**Firma del solicitante** (persona que presenta la solicitud)

Fecha