



Solicitud de Servicios de Audición Pediátrica

¿NECESITA AYUDA CON LA SOLICITUD?

El socio de GCCN, Georgia Hands & Voices, ofrece un servicio de asistencia llamado "Guide by Your Side" para los padres que podrían necesitar un poco de ayuda para completar la solicitud. Comuníquese con Scarlett Giles, Directora del Programa GA H&V GBYS, en sgiles@doe.k12.ga.us o al 470-991-9187.

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 para su hijo no es gratuito. Tendrás un copago. Los padres o tutores legales pueden solicitar una vez cada tres (3) años servicios para su hijo (nacimiento – 18 años) según el financiamiento del programa. El ingreso neto mensual del hogar debe estar dentro del 400% de la directriz federal de pobreza (página 4).

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. Devolver solo las páginas 5-13. No engrepe las páginas juntas.

Lo siguiente DEBE ser presentado para que esta solicitud sea considerada: La falta de estos documentos retrasará su solicitud y aumentará el tiempo necesario para su aprobación. Los padres o tutores legales son responsables de proporcionar estos documentos requeridos:

- 1. Recomendación del proveedor de audición aprobado por GCCN (página 8) completada.**
- 2. Autorización Médica Firmada o Exención Médica (página 8).**
- 3. Copia de una prueba de audición actual, con menos de 3 meses de antigüedad, realizada por un proveedor de GCCN.**
- 4. Resumen de beneficios del seguro que muestre la negación o falta de cobertura para el (los) audífono(s) y lo relacionado (página 9).**

DOCUMENTACIÓN DE APOYO

1) IDENTIFICACIÓN: TODAS LAS TARJETAS DE IDENTIFICACIÓN DEBEN ESTAR VIGENTES (NO CADUCADAS) Y MOSTRAR CLARAMENTE LA FOTO DEL PADRE/TUTOR LEGAL. (Elija una para los padres o tutores legales y una para el niño/solicitante)

- 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 (1 padre o tutor legal).
- Certificado de nacimiento.

2) RESIDENCIA: (Elija uno)

- Copia del estado de cuenta hipotecario más reciente.
- Carta de un refugio o hogar de transición que indique que vive en esa ubicación (en papel con membrete y firmada por un empleado del refugio o vivienda de transición).
- Identificación válida que muestre la dirección actual.

4) INGRESOS:

Envíe los documentos de la lista a continuación que **correspondan a los padres/tutores legales Y a todas las personas en el hogar.**

- Declaración de impuestos del año pasado (formulario 1040).
- Carta actual de premio de Seguro Social/Discapacidad.
- Carta de premio de cupones de alimentos actual del Departamento de Servicios Familiares y para Niños (DFACS).
- Carta de refugio (en papel con membrete y firmada por un empleado del refugio).
- Pagos regulares de pensión alimenticia, manutención de hijos, desempleo, fondos sindicales, jubilación/pensión u otros programas gubernamentales.
- Beca, subvención, beca o asistente universitario.

IMPORTANTE: Tenga en cuenta que es posible que solicitemos 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 obtener una transcripción de presentación o no presentación.

Los ingresos netos mensuales del hogar del padre/tutor legal no pueden exceder el 400% de la Línea de Pobreza Federal.

Cuadro de Elegibilidad de Ingresos 2023 (Según la Línea de Pobreza Federal)

Tamaño del Hogar	400%
1	\$ 4,860
2	\$ 6,573
3	\$ 8,286
4	\$ 10,000
5	\$11,713
6	\$13,426
7	\$15,140
8	\$16,853
9	\$18,566
10	\$20,280

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



Solicitud de Servicios de Audición Pediátrica
(POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE CON UNA PLUMA OSCURA)

Información del Niño

Apellido: _____ **Primer Nombre:** _____ **2do Nombre:** _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ **Estado:** ___ Georgia ___ **Código Postal:** _____

Condado de Residencia: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ **Género:** Masculino Femenino

Raza: Blanco, no hispano o latino Negro o afroamericano Asiático

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

Otra Raza Prefiero no especificar

Origen étnico: Hispano o latino No hispano o latino Prefiero no especificar

Información del Padre/Tutor Legal Principal

Apellido: _____ **Primer Nombre:** _____ **2do Nombre:** _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ **Estado:** ___ Georgia ___ **Código Postal:** _____

Condado de Residencia: _____

Teléfono de Casa: _____ **Teléfono Móvil:** _____

Correo Electrónico: _____ No tengo correo electrónico

Estado Civil: Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Separado(a) Legalmente Viudo(a)
(Debe proporcionar documentación judicial oficial en caso de divorcio o separación legal)

¿Está empleado(a)? Sí No ¿Es usted Veterano(a)? Sí No

Si está desempleado(a), proporcione el motivo:

Discapacitado(a) (recibe SSI/SSDI) Jubilado(a) Incapaz Perdió el trabajo Estudiante
 Otro

Seleccione el tipo de cobertura de seguro que tiene:

Medicaid Medicare PeachCare Privado Otro Ninguno

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

¿Hace cuántos años es residente de Georgia? _____

¿Cómo se enteró de la Georgia Charitable Care Network?

Georgia Charitable Care Network Mi Audiologo Publicidad, Marketing o Redes Sociales
 Otra Organización Otra Fuente

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

Información Financiera del Padre/Tutor Legal

En la tabla a continuación, **enumere a TODOS, incluido usted mismo, que viven en su dirección. Incluya comprobante de ingresos para TODOS los miembros del hogar.** Adjunte los miembros adicionales del hogar en una hoja separada o en la parte posterior de esta página.

Nombre	Edad	Relationship	Dependent e (Si or No)	Fuentes de Ingreso	Monto de Ingreso Mensual
		Yo	No		\$
					\$
					\$
					\$
					\$
					\$
					\$
					\$
					\$
					\$
<i>Número Total de Personas en el Hogar</i>		<i>Número Total de Dependientes en el Hogar</i>		<i>Ingreso Neto Total Mensual (Ingreso combinado 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).

La Georgia Charitable Care Network no paga por las pruebas de audición.

Medical Waiver

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. _____/____/____

Name of M.D. (Please Print)

Print Patient'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 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

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 for more information.

**Insurance Affidavit
(Please PRINT)**

This insurance affidavit must be completed by the hearing professional who performs 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: _____

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

Name of Patient: _____

- The patient is not covered by medical insurance.
- The patient is covered by medical insurance, but hearing services are not covered in the policy.
- Insurance summary of benefits.

A copy of this affidavit is being filed with GCCN in the designated hearing aid program filing system. Patient information will be kept on record for a minimum of three years. GCCN accepts the affidavit in good faith.

Signature of Provider

_____/_____/_____
Date

Declaración de Georgia Charitable Care Network

Léase y firme.

REQUERIDO

"Entiendo completamente que los servicios 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 Georgia 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 Georgia Charitable Care Network. TODA LA INFORMACIÓN EN Y ADJUNTA A ESTA SOLICITUD ES VERDADERA Y CORRECTA A MI MEJOR CONOCIMIENTO."

Firma del Padre/Tutor Legal Principal

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 Padre/Tutor Legal Principal

Fecha

REQUERIDO

Al enviar esta solicitud, acepto estar sujeto a los términos, condiciones y decisiones de Georgia Charitable Care Network con respecto a la aprobación o denegación. 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 ser incluida en mi archivo de solicitud.

Firma del Padre/Tutor Legal Principal

Fecha

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, 2897 N. Druid Hills Rd., #116, Atlanta, GA 30329 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 la Red Caritativa de Georgia (GCCN). Esto significa que aceptan el pago de la Red Caritativa de Georgia 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 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 o puede llamar a la Red Caritativa de Georgia 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. Dígales 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, dígales 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. 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