



221 Yale Ave N, Suite 450 Seattle, WA 98109 Tel.: 206-838-7194 Fax: 206-838-7195 Llamadas gratuitas: 1-877-AUDIENT

Estimado Solicitante de AUDIENT,

Le agradecemos su interés por AUDIENT, una alianza accesible de cuidados auditivos, afiliada a la Northwest Lions Foundation for Sight & Hearing. Encontrará adjunta la solicitud de AUDIENT de dos páginas. Envíe por correo o fax el formulario completo y firmado a AUDIENT con pruebas de ingresos para verificar que puede ser admitido al programa.

Una vez que se hayan corroborado sus ingresos, **abonará entre 760 y 1400 dólares por un audífono y cuidados auditivos relacionados, o bien, entre 1290 y 2400 por dos audífonos y cuidados auditivos relacionados, si los solicita al mismo tiempo***. Esto incluye una prueba, tres ajustes durante el primer año y audífonos totalmente digitales. No se incluye una evaluación auditiva. El costo se basa en los tipos de audífonos que satisfagan sus necesidades auditivas. Un otólogo de AUDIENT trabajará con usted para ayudarle a comprender qué audífonos disponibles a través de AUDIENT resultan mejores para satisfacer sus necesidades auditivas.

Puede reunir los requisitos de admisión si cuenta con un ingreso inferior a los siguientes ingresos anuales:

Tabla de requisitos de ingresos de AUDIENT			
Tamaño de la unidad familiar	48 estados continentales y distrito federal	Alaska	Hawai
1	\$26,000	\$32,500	\$29,900
2	\$35,000	\$43,750	\$40,250
3	\$44,000	\$55,000	\$50,600
Por cada persona adicional, agregue:	\$9,000	\$11,250	\$10,350

Complete el formulario adjunto y envíelo con una prueba de ingresos (por ejemplo, una copia de su declaración de impuestos del año pasado; una copia de la carta de beneficiario del seguro social; y, si corresponde, un estado de la cuenta bancaria que indique ingresos por jubilación o por inversiones). Envíelos por FAX a AUDIENT al 206-838-7195, o bien, por correo a:

AUDIENT
221 Yale Ave N, Suite 450
Seattle, WA 98109

Una vez que haya sido admitido, le contactaremos para coordinar su remisión a un otólogo que participe en el Programa de AUDIENT. Si tiene alguna inquietud, llámenos al 1-877-AUDIENT (1-877-283-4368).

Cordialmente,

Marsha Rastatter
Coordinadora de Servicios del Programa

Este programa es posible gracias a la dedicación de los profesionales y proveedores de AUDIENT que trabajan para servir a los pacientes de AUDIENT que reúnen los requisitos.

*Costos sujetos a cambio sin notificación previa.



221 Yale Ave N, Suite 450 Seattle, WA 98109 Tel.: 206-838-7194 Fax: 206-838-7195 Llamadas gratuitas: 1-877-AUDIEN

Formulario de Solicitud al Programa de AUDIENT

Complete este formulario *de dos hojas* y envíelo con una copia de prueba de ingresos a:

AUDIEN
221 Yale Ave N, Suite 450
Seattle, WA 98109
O por fax al: **206-838-7195**

Información del paciente:

Nombre completo: (en letra imprenta) _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: (_____) _____ Fax: (_____) _____

Correo electrónico: _____

Masculino___ Femenino___

Fecha de nacimiento _____

Información del cuidador/orientador: (complete esta sección si el solicitante presenta dificultades para comunicarse telefónicamente o si es remitido por un orientador).

Nombre completo: (en letra imprenta) _____

Relación con el solicitante: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: (_____) _____ Fax: (_____) _____

Correo electrónico: _____

Información del otólogo *Opcional*

Si tomó conocimiento acerca del programa de AUDIENT a través de su otólogo, proporcione su información aquí:

Nombre de la clínica: (en imprenta) _____

Nombre del otólogo: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: (_____) _____ Fax: (_____) _____

Información adicional (realice un círculo alrededor de Sí o No)

¿Utiliza o cuenta con audífonos actualmente?	Sí	No
¿Se ha realizado una prueba auditiva/audiograma recientemente?	Sí	No

¿Dónde tomó conocimiento acerca de AUDIENT? _____

Método de pago preferido

Si reúne los requisitos para el Programa de AUDIENT, luego de completar la evaluación auditiva y la recomendación de audífonos por parte del profesional, ¿qué método de pago prefiere? (Escoja uno)

Cheque certificado Tarjeta de crédito

Prueba de ingreso anual neto para la familia del solicitante, marque los documentos adecuados.

Incluya una copia de una o cualquiera de las pruebas de ingresos cuando envíe por correo o fax su solicitud a AUDIENT.

Formulario de impuestos sobre la renta Carta de beneficiario de Seguridad Social

Pruebas de pensiones, rentas vitalicias, intereses, etc.

Número de familiares que dependen de los ingresos: (usted incluido) _____

Certificado de ingreso total (paciente, tutor legal o poder notarial, corrobore y firme a continuación)

A través de la firma a continuación, acuerdo lo siguiente:

Certifico que la prueba de ingresos adjunta refleja mis **ingresos netos anuales totales**.

Si reúno los requisitos para el programa, **me haré responsable de pagar los costos totales asociados con los cuidados auditivos**. Según el tipo de audífono que recomiende el otólogo de AUDIENT, el costo de un audífono y cuidados relacionados varía entre los 760 dólares y los 1,400 dólares, el costo de dos audífonos y cuidados relacionados, si se solicitan al mismo tiempo, varía entre los 1,290 dólares y los 2,400 dólares. * Este costo cubre los honorarios por colocación del otólogo de AUDIENT, tres ajustes durante el primer año, audífonos totalmente digitales y un año de garantía limitada del fabricante. Este costo se basa en los audífonos que sean adecuados para mis necesidades auditivas de acuerdo con la recomendación del otólogo de AUDIENT. Las visitas en exceso al consultorio pueden ocasionar un cargo que el profesional cobrará directamente. La garantía limitada de un año del fabricante cubre reparaciones y una pérdida o daño. El pago de un cargo de tramitación de 200 dólares por el reemplazo de cada audífono correrá por mi cuenta*. Acuerdo responsabilizarme por cualquier gasto profesional relacionado perteneciente al reemplazo de audífonos. Esos gastos me los facturará el profesional directamente. Comprendo que los honorarios están sujetos a cambios sin notificación previa.

Los audífonos devueltos por no beneficiar mi pérdida auditiva pueden reembolsarse si se devuelven al otólogo de AUDIENT en buenas condiciones, antes de finalizar el período de prueba de 30 días. En caso de comprar dos audífonos al mismo tiempo y devolver uno solo en buenas condiciones al otólogo de AUDIENT, antes de finalizar el período de prueba de 30 días, el monto que se me reembolsará, o que se reembolsará a la persona que pagó por los audífonos, será la diferencia entre el costo de compra de un audífono por vez, en lugar de la mitad del costo de dos audífonos que se compraran al mismo tiempo.

Comprendo que AUDIENT es un administrador externo de los asociados profesionales de AUDIENT.

Nombre: (en imprenta) _____

Firma: _____

Fecha: _____

Cuando haya completado todo lo anterior, envíe el formulario con una copia de prueba de ingresos a:

AUDIENT
221 Yale Ave N, Suite 450
Seattle, WA 98109
O por fax al: **206-838-7195**

Si tiene alguna inquietud, póngase en contacto con nosotros a través del número gratuito. **1-877-AUDIENT (1-877-283-4368).**