



Georgia Lions Lighthouse Foundation

*Better vision. Better hearing. **Better Georgia.***

Gracias por haber contactado el programa de escuchar del Georgia Lions Lighthouse Foundation para asistencia con audífonos. El Lighthouse sólo es una oficina administrativa. Los audiólogos, los negocios que ofrecen audífonos, y nosotros formamos una sociedad que ofrece servicios a los que no oyen bien.

El Lighthouse ofrece un audífono, el molde, y tres citas con el audiólogo. (Favor de leer el folleto para más información). El costo de todo esto depende en los ingresos familiares mensuales y el tipo del molde que se requiere. Sí el Lighthouse determina que el candidato se califica, la carta que indica tal cosa incluirá el costo de todo.

Los que no tienen 21 años pueden obtener los audífonos con GA Medicaid al 1-866-211-0950 o 770-570-3373. Los niños también pueden obtener los audífonos con Children's Miracle Ear Foundation al 1-800-234-5422. Si tu no eres un ciudadano del estado de Georgia, surgerimos que contacte HEAR NOW, el Banco Nacional de Audífonos (National Hearing Aid Bank) al número 1-800-648-HEAR para asistencia. Si sus ingresos son más que 200% de los límites gubernales de pobreza, surgerimos que contacte AUDIENT al número 1-877-283-4368 para más información.

Llene la aplicación completamente, incluyendo todos los documentos requeridos. Cualquier formulario que no este completo o documento que no este incluido puede causar demoras en este proceso o puede resultar en que la aplicación sea rechazada. Haga un copia de la aplicación para usted mismo y mande el original a:

**Georgia Lions Lighthouse Foundation
1775 Clairmont Rd
Decatur, GA 30033**

1. Identificación (Incluye uno de los siguientes):

- a. Una licencia de manejar del estado de Georgia
- b. Una tarjeta de indentificación del estado de Georgia
- c. Certificado de nacimiento del estado de Georgia o
- d. Un registro de votar

2. Tener Pruebas de Residencia (Incluye uno de los siguientes):

- a. Contrato de Vivienda (si esta rentando)
- b. Papeles Hipotecarios o Titulo de Propiedad (si es dueño/a de la casa)
- c. Referido de un refugio
- d. Referido de un hogar de envejecientes

3. Tener Pruebas de Ingresos: Los ingresos familiares tienen que incluir todas las personas viviendo en la casa.

Favor de incluir la información siguiente para cada persona viviendo en la casa con el candidato:

La declaración de impuestos del año pasado y cualquiera de los que le aplica:

- a. Los tres últimos recibos de pago
- b. Una carta que indica la asignación de dinero del Social Security Administration
- c. Los papeles de Food Stamp de Family & Children Services (un resumen de la asignación)
- a. El salarial del desempleado, si no está empleado –el resumen del pedido de salario del GA Dept. of Labor
- b. Información que indica si el candidate está recibiendo TANF, Social Security Disability, Pension, Retirement, Veterans Administration Benefits, o cualquier otro fuente de ingresos
- c. Los resúmenes del banco de los últimos tres meses
- d. Un carta de una casa de ancianos indicando los beneficios que recibe

4. Una Copia del Examen de Audición (Audiograma). No aceptamos un exámen desde hace 6 meses o más. El Lighthouse no paga por el examen de audición (audiograma). Normalmente, Medicaid y Medicare paga por un examen anual de audición.

5. Autorizando el Compartir de Información: Llene ésta forma solamente si usted quiere que alguien contacte el Lighthouse Foundation para averiguar el estado de ésta aplicación de audífonos. Por ejemplo, puede ser el esposo del candidato u otro familiar.

Información General del Candidato

1. El Nombre del Candidato: _____
Primer Segundo Apellido
2. El Nombre del Padre (si el candidato es un niño): _____
Primer Segundo Apellido
3. Dirección: _____
4. Ciudad, Estado, Código Postal: _____
5. Condado: _____ 6. Sexo (V or H): _____
7. Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____ 8. Fecha de Nacimiento _____ / _____ / _____
MM DD
9. Número Telefónico: _____ 10. Número Telefónico de Emergencia: _____
11. Correo Electrónico: _____
12. ¿Trabaja? (Sí o No): _____ 13. ¿Si no, está buscando empleo activamente? (Sí o No) _____
14. Si el candidato no trabaja, favor de escoger todos los que le aplique.
 Descapacitado (sólo si recibe SSDI) / No Se Puede / Retirado / Perdió su Trabajo / Otro
15. ¿Desde hace cuanto tiempo ha sido ciudadano del estado de Georgia? _____
**** (Favor de incluir prueba de identificación)****
16. Raza (Blanco, Americano-Africano, Hispano, Otro): _____
17. Favor de decir los razones que no le permite pagar por los audífonos _____
-
18. Estado Civil: (Casado, Soltero, Divorciado, Separado, Viudo) _____
19. Los Nombres de la gente que viven con el Candidato. **** (Favor de tener prueba de residencia como dicen las instrucciones)****
- | Nombre | Relación | Nombre | Relación |
|----------|----------|----------|----------|
| 1) _____ | _____ | 2) _____ | _____ |
| 3) _____ | _____ | 4) _____ | _____ |
| 5) _____ | _____ | 6) _____ | _____ |

Información Financial

20. Ponga los ingresos mensuales que gana usted y su familia y toda la gente que viven con el candidato. **** (Favor de tener prueba de cada uno de los ingresos mensuales) **** Si una persona está empleado, escriba el empleador y el salario mensual. Indica todos los beneficios que reciben todas las personas en la casa: Supplemental Security Income (SSI), Social Security Disability (SSDI), Social Security, Food Stamps, Welfare, Veteran's Benefits (VA), Pension, Retirement Benefits, Child Support, o Otro Ingreso.

	Nombre	Fuente de Ingreso Mensual	Cantidad de Ingreso Mensual
1)	_____	_____	_____
2)	_____	_____	_____
3)	_____	_____	_____
4)	_____	_____	_____

21. Escriba los Gastos Mensuales:

- | | | |
|---|--------------------------|---------------------------------|
| a) Renta o Hipoteca \$ _____ | b) Gas(casa): \$ _____ | c) Electricidad: \$ _____ |
| d) Agua: \$ _____ | e) Comida \$ _____ | f) Medicina \$ _____ |
| g) Teléfono: \$ _____ | h) Pago de Auto \$ _____ | i) Tarjetas de Crédito \$ _____ |
| j) Seguro (Vida, Salud, Automóvil):\$ _____ | k) Otros Gastos:\$ _____ | l) Deuda Medical: \$ _____ |

22. ¿Cómo se dió cuenta de esta program de odífonos del Lighthouse?

- | | | | |
|------------------|------------------------|------------------------|--------------------------|
| Periódico _____ | DFCS _____ | Hearing Provider _____ | Centro de Ancianos _____ |
| Lions Club _____ | Casa de Ancianos _____ | Internet _____ | Otro _____ |

El Comunicado del Lighthouse

El Candidato tiene que leer y firmar este comunicado:

"Entiendo totalmente que los servicios que ofrece el Lighthouse están limitados a los ciudadanos del Georgia que no pueden pagar por esta ayuda ni la reciben de otro fuente. Debido que estos servicios son gratis, absuelvo a la gente que me dan servicios en cuanto a cualquier queja que pueda resultar de los servicios recibidos. Me doy cuenta de que el Lighthouse no está responsable de pagar cualquier cuenta que resulte antes de que yo recibo la carta aprobatoria. También, entiendo que mi aplicación puede ser examinada por un Lions Club, Public Service Commission, Lighthouse Provider, y/o los empleados del Lighthouse. A mi entendimiento, toda la información incluida en esta aplicación está verdadera. También entiendo que el Lighthouse Foundation tiene el derecho de denegar servicios a cualquier candidato.

Firma del Candidato (un padre si el candidate es un niño)

Fecha

Testigo (si el candidate firma con un "X")

Fecha

Recomendación del Audiólogo/Dispenser

El profesional de audición debe llenar esta sección. **** (Favor de tener prueba del audiograma incluida)**

Nombre del negocio _____

Nombre y título del profesional: _____

Número telefónico: _____ Número de fax: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Correo Electrónico: _____

¿Cuáles cosas contribuyó a la pérdida de audición del candidato?

Herencia Herido del trabajo Edad Otro

Favor de indicar el nivel de la pérdida de audición del candidato:

Ligero Moderado Más Moderado Grave Profundo

Favor de indicar el tipo y el número de los audífonos que recomienda el audiólogo:

Oído Derecho: Ninguno BTE ITE **Oído Izquierdo:** Ninguno BTE ITE

¿Es este negocio un socio del Lighthouse? Sí No

Si no, está interesado en ser socio del Lighthouse? Sí No

Para más información, contáctenos al número 404-325-3630 Ext 305 o visite nuestra página de web,
www.lionslighthouse.org.

Información Médica

Si Ud. nunca ha llevado audífonos antes, le sugerimos que visite a un audiólogo para revisar la presencia los siguientes problemas:

1. Deformación traumática o congénita del oído
2. En los últimos 90 días, el tener líquido saliendo de la oreja
3. En los últimos 90 días, la pérdida rápida del oído o que el oído se está empeorando rápidamente
4. El mareo crónico o agudo
5. En los últimos 90 días, la pérdida repentina o reciente del oído
6. Un espacio del aire/hueso audiométrico que equivale o es más que 15 decibeles al frecuencia de 500(Hz), 1000(Hz), y 2000(Hz).
7. Si hay cera de los oídos visible o cualquier otra cosa extranjera en el canal de la oreja
8. El dolor o la incomodidad en la oreja.

Favor de consultar con un audiólogo primero si usted tiene cualquiera de estos problemas. Si no quiere tener un examen, la ley federal permite que un adulto que ha sido informado puede firmar una renuncia que declina el examen médico.

Permiso Médico para el Uso de los Audífonos

Solamente un médico puede firmar el Permiso Médico

Tiene que completar y afirmar ésta párrafo un médico licenciado (M.D.). Si quiere, el candidato puede afirmar la renuncia médica abajo.

“Yo verifico que examiné a _____ (nombre del candidato) en _____ (fecha) y puede ser considerado un candidato para el uso de los audífonos.

Firma del médico

Fecha

Nombre del médico (favor de escribir con letra de imprenta)

Renuncia Médica

Recibí consejo de _____ (Audiólogo/Dispenser) que la Administración de Comida y Drogas (FDA) ha declarado que será más saludable recibir una evaluación médica de un médico (se prefiere que el médico sea un audiólogo) antes de obtener un audífono. Yo he decidido no tener una evaluación médica antes de obtener un audífono.

Firma del candidato

Fecha

Testigo (Si el candidato firma con un “X”)

Fecha

Encuesta

Gracias por completar esta encuesta. Los resultados de esta encuesta nos permitirán evaluar los servicios que le ofrecemos. Tomará aproximadamente 10 minutos para completar esta encuesta.

Nombre: _____ **Fecha de Nacimiento** _____

Para las preguntas 1-8, favor de escoger Sí o No:

- | | | |
|---|-----------|-----------|
| 1. ¿Será la primera vez que Ud. ha llevado un audífono? | Sí | No |
| 2. ¿Lleva usted audífono(s) ahora? | Sí | No |
| 3. ¿Si lleva audífonos ahora, funcionan bien?
Por cuanto tiempo los ha llevado? _____ Años _____ Meses | Sí | No |
| 4. ¿Ha recibido audífonos antes de un servicio de rehabilitación? | Sí | No |
| 5. | | |
| 6. ¿Ha recibido audífonos antes del Lighthouse Foundation? | Sí | No |
| 7. ¿Tiene usted un trabajo? | Sí | No |
| 8. ¿Está usted buscando trabajo? | Sí | No |
| 9. ¿Hace cuanto tiempo que se ha empeorado el oído? _____ Años | | |

Para las preguntas 9-10, favor de escoger todas las respuestas que le apliquen:

10. ¿Si usted lleva ahora un audífono, que fuente usó usted para comprarlos?

- a. Familia b. Organización Benéfica (Nombre): _____ c. Casa de Ancianos
d. Seguro, HMO, Beneficios del VA e. Dinero Efectivo f. Programa de Crédito
g. Lighthouse Foundation

11. ¿Cómo conoció usted al Lighthouse Foundation?

- a. Department of Family and Children Services b. APS Healthcare c. United Healthcare
d. Especialista de Medicaid/Medicare e. Casa de Ancianos f. Centro de los Mayores
g. Vocational Rehabilitation Services h. Lions Club i. Audiólogo/Negocio de Audífono
j. Internet k. Un periódico l. Otro _____

Para las preguntas 11-20, favor de escoger Sí, No, o A veces:

12. ¿Le da vergüenza la pérdida de oído cuando se conoce a personas nuevas? **Sí** **No** **A veces**

13. ¿Su frustra usted la pérdida de oído al hablar con sus familiares? **Sí No A veces**
14. ¿Es difícil escuchar a alguien cuando el/ella habla en un susurro? **Sí No A veces**
15. ¿Se siente usted discapacitado por la pérdida de oído? **Sí No A veces**
16. ¿Le causa problemas la pérdida de oído al visitar a sus amigos, vecinos, o familiares? **Sí No A veces**
17. ¿Asiste usted menos frecuentemente a los servicios religiosos por causa de la pérdida de oído? **Sí No A veces**
18. ¿Discute usted con su familia por causa de la pérdida de oído? **Sí No A veces**
19. ¿Le hace más difícil escuchar al radio o al tele la pérdida de oído? **Sí No A veces**
20. ¿Cree usted que los problemas de oído impiden su vida personal o social? **Sí No A veces**
21. ¿Le causa problemas su audífono al estar en un restaurante con sus familiares or amigos? **Sí No A veces**

Para las pregunta 21-25, favor de escoger la respuesta mejor

22. Los miembros de mi familia se molesta con mi pérdida del oído.
- a. Lo rechazo b. Lo discuto c. Ninguno d. Más o menos e. Es Cierto
23. Mayormente, estoy negative en cuanto a la vido por causa de mi pérdida del oído.
- a. Lo rechazo b. Lo discuto c. Ninguno d. Más o menos e. Es Cierto
24. Debido a que no oígo bien, yo vacilo al conocer a gente nueva
- a. Lo rechazo b. Lo discuto c. Ninguno d. Más o menos e. Es Cierto
25. No disfruto mi trabajo tanto despues de que empezé a perder mi oído.
- a. Lo rechazo b. Lo discuto c. Ninguno d. Más o menos e. Es Cierto
26. Me impide el comunicar los cuartos ruidosos.
- a. Lo rechazo b. Lo discuto c. Ninguno d. Más o menos e. Es Cierto

Autorización de Hacer Pública la Información

Solamente debe de cumplir esta forma si el candidato quiere que otra persona contacte al Lighthouse en cuanto a la aplicación de los audífonos.

Le doy mi permiso a:

_____ (Nombre de la persona que el candidato quiere obtener su información de salud privada)

_____ Dirección de la persona arriba

_____ Ciudad, Estado, Código Postal

Para obtener del:

Georgia Lions Lighthouse Foundation
1775 Clairmont Rd
Decatur, GA 30033

la siguiente información de mis documentos (y cualquier parte específica):

Para el fin de: _____

Entiendo que el Federal Privacy Rule ("HIPPA") no protege la privacidad de información si ha sido re-declarado, y debido a eso, pido que toda la información obtenida por esta persona o agencia sea guardada confidencialmente y que ellos no puedan revelar esa información. Además, entiendo que mi candidatura para los servicios del Lighthouse no depende en esta autorización. Este documento debe ser autorización válida para todos los requisitos de la Regla de Privacidad y entiendo que esta autorización será válida para: (Favor de escoger uno)

____noventa (90) días o hasta que decido una fecha de vencimiento más temprano aquí: _____

____un (1) año

____hasta que se cumpla todas las acciones necesarias en cuanto a los servicios que me ofrecieron. Entiendo que a menos que el gobierno del estado o federal lo limita o el extento que ya ha ocurrido, puedo retirar esta autorización en cualquier momento.

Firma del candidato (La persona pidiendo audífonos)

Fecha

Firma del testigo (Relación al candidato)

Firma del representante autorizado
(La persona con el derecho a la información privada de salud del candidato)