

El Programa de los Audífonos de los Niños de Wyoming (WYCHAP)

Estimado Padre/Guardián;

El Programa WYCHAP es un fondo que fue establecido en 2012 por la Legislatura de Wyoming. El objetivo de WYCHAP es suministra acceso a los audífonos de forma oportuna (se adapta usando las mejores recomendaciones) para los niños, del nacimiento hasta el fin de la escuela secundaria, identificados con la pérdida de la audición que no tienen el seguro médico o tienen seguro insuficiente. Las solicitudes se tramitarán de una base por orden de llegada; sin embargo, en el evento de que los fondos se limitan, las solicitudes pueden ser priorizado basado en las necesidades de un/a niño/a. La disponibilidad de los fondos es dependiente en la acción legislativa del futuro. **Por favor revise “Factores de Tener en Cuenta Antes de Solicitar para los Fondos de WYCHAP” en la página 9 con el audiólogo antes de llenar la solicitud.**

Los padres/guardianes son los mejores defensores de sus hijos, por esto WYCHAP está poniendo la responsabilidad principal en ustedes para asegurar de que la solicitud sea completa. Por favor comparta esta página con su audiólogo y trabaja con él/ella para estar seguro de que todos los materiales son entregados de manera oportuna. Obtenga los datos audiométricos necesarios de la audiología y entrega todos los materiales de la solicitud al mismo tiempo.

A proporcionar acceso al sonido a través del uso de la tecnología de los audífonos sólo aborda un aspecto de la pérdida auditiva. Es imperativa que su familia recibe servicios de intervención apropiados proporcionados por personas calificadas. También es importante establecer contactos con otras familias, como en la organización de *las Familias para Manos & Voces de Wyoming (Wyoming Families for Hands and Voices)*, porque ellos pueden ofrecer apoyo necesario a su familia. Usted se fijará que el formulario de Consentimiento para Liberación/Intercambio de Información incluye una liberación al Programa de la Detección Auditiva e Intervención Temprana (EHDI) de Wyoming (para los bebés, niños pequeños y preescolares) y al Departamento de Educación de Wyoming con Servicios de Outreach para las personas sordas y con dificultades de la audición (para los niños en la escuela primaria y secundaria). Estas dos agencias ayudan a las familias, las escuelas y los jardines de infantes del desarrollo en la facilitación de las necesidades educativas para los niños con pérdida auditiva.

Se requiere que los audífonos se adaptan por un audiólogo con licencia, usando las recomendaciones mejores practicadas del Comité Mutuo de la Audición de los Infantes (the Joint Committee on Infant Hearing-JCIH)¹ y/o las Líneas Directrices para la Amplificación Pediátrica de la Academia Americana de la Audiología (the American Academy of Audiology-AAA)² lo que requiere la tecnología de la verificación de micrófono de sonda (e.j., Verifit). PIDA A SU AUDIÓLOGO SI ÉL/ELLA PUEDE PROVEER LA VERIFICACIÓN DE MICRÓFONO DE SONDA o póngase en contacto con las Familias para Manos & Voces de Wyoming para ayuda en encontrarse este servicio audiología obligatoria.

LOS REQUISITOS PARA INICIAR ESTA SOLICITUD:

1. Formulario de Pre-Aprobación– página 4
2. Datos audiométricos del audiólogo
3. Contrato de Compromiso de los Padres/Guardianes – página 5
4. Consentimiento para Liberación/Intercambio de Información –página 6
5. Contrato de Compromiso del Audiólogo – página 7
6. Hoja de trabajo de Seguro Médico (si el solicitante tiene cobertura) – página 10

**Presente estos materiales al mismo tiempo --
La solicitud tiene que ser completa antes de la tramitación**

Cuando las Familias para Manos & Voces de Wyoming reciben la solicitud completa, se revisará. Después de la revisión, los padres y el audiólogo serán notificados por correo electrónico con respecto a su aprobación o no-aprobación de la solicitud.

Cuando los audífonos han sido puestos, el audiólogo tiene que entregar el **Formulario de Solicitud de Pago del Audiólogo** y la documentación de apoyo requerida para que reciba el pago.

TENGA EN CUENTA

- Los recipientes **NO SERÁN** considerados por conjunto consecutivo de audífonos más de cada cinco años.
- Este Programa no es para los niños quienes audífonos pueden ser comprados por seguro médico privado, Medicaid (Cuidado de Niño/CHIP), Los Niños con las Necesidades de Salud Especiales, El Departamento de la Rehabilitación Vocacional (DVR) u otros lugares disponibles.
- Se requiere que los solicitantes con el seguro médico que cubre una cantidad parcial de los audífonos completen la página 10. Estas solicitudes serán revisados y manejados caso por caso. Deducibles, coaseguro, etc. se tendrán en cuenta. Toma Nota: La revisión de estas solicitudes puede tardar más.
- Se debe incluir al menos una garantía de dos años que cubra una sola pérdida/daño y cualquier reparación de los audífonos. Al término de la garantía inicial, la familia será responsable de comprar garantías nuevas. La familia también será responsable de comprar los siguientes audífonos y/o las garantías si la garantía sea abusada (e.d., los audífonos fueron perdidos o dañados más de una vez).
- Se recomienda fuertemente que una vez que la garantía de pérdida/daño expire o ya no esté en efecto, la familia debe comprar su propio seguro de audífonos.
- Se solicita que los audífonos comprados para bebés antes de la implantación coclear sean devueltos al programa WYCHAP una vez que el niño he hecho implantado.

Gracias por su interés en este programa. Si tiene unas preguntas, por favor contacte:

Las Familias para Manos & Voces de Wyoming

Wendy Hewitt

307-780-6476

wychap@wyhandsandvoices.org

Envíe por correo o mande por fax todos los formularios y documentación a:

Wyoming Families for Hands & Voices

P.O. Box 1033

Mountain View, WY 82939

Fax: 307-333-0546—*Nuestro Fax es asegurado por HIPPA y este proceso de solicitud es lo más fácil*

¹www.jcih.org

²www.audiology.org

El Programa de los Audífonos de los Niños de Wyoming (WYCHAP)

Estimado Audiólogo,

El WYCHAP es un fondo establecido en 2012 por la Legislatura de Wyoming. El objetivo de WYCHAP es suministrar acceso a los audífonos de forma oportuna (se adapta usando las mejores recomendaciones) para los niños, del nacimiento hasta el fin de la escuela secundaria, identificados con la pérdida de la audición que no tienen el seguro médico o tienen seguro insuficiente. Los fondos se limitan, distribuido por orden de llegada, y la disponibilidad de los fondos es dependiente en la acción legislativa del futuro. **Por favor revise “Factores de Tener en Cuenta Antes de Solicitar para los Fondos de WYCHAP” en la página 9 con los padres antes de llenar la solicitud.**

TENGA EN CUENTA:

Se requiere que los audífonos se adaptan usando las mejores recomendaciones practicadas del Comité Mutuo de la Audición de los Infantes (the Joint Committee on Infant Hearing-JCIH)¹ y/o las Líneas Directrices para la Amplificación Pediátrica de la Academia Americana de la Audiología (the American Academy of Audiology-AAA)² lo que requiere la tecnología de la verificación de micrófono de sonda (e.j., Verifit). Si no tiene esta tecnología disponible, Las Familias para Manos & Voces de Wyoming puede ayudar a la familia en encontrarse este servicio.

Se recomienda fuertemente que los audífonos son adaptados a los participantes de WYCHAP (a la excepción de los bebés que recibirán implantes cocleares) esté compatible con dispositivos de asistencia auditiva (e.d. FM, ROGER tecnología).

Los padres son los principales responsables de asegurar de que los materiales de la solicitud se entreguen de manera oportuna. **Por favor provea los padres los datos audiométricos requisitos en el Formulario de Pre-Aprobación** para acelerar el proceso de solicitud.

El audiólogo dispensador será reembolsado por:

- Importe facturado del fabricante de los audífonos, no debe exceder \$2000 por cada audífono con la inclusión de una garantía de a lo menos dos años que cubra una sola pérdida/daño y cualquier reparación de los audífonos, no debe exceder \$4000 por un dispositivo de conducción ósea.
- \$550 en total para la adaptación de los audífonos.
- El pago de un juego inicial de moldes de oídos no debe exceder \$100 por cada molde.

Los padres/guardianes u otros pagadores no pueden ser facturados por el precio no cubierto por el reembolso de WYCHAP.

LOS REQUISITOS DE PRE-APROBACIÓN DEL AUDIÓLOGO:

- Todos los datos audiométricos
 - **Para los bebés/niños pequeños/preescolares:** (OAE/ABR/ASSR/BOA/VRA/Juego Condicional, STR/Word Reconocimiento (cuando un/a niño/a es capaz de realizar la tarea), Immittance con AR; declaración sobre la inspección otoscópica. Los resultados deben ser dentro de los últimos doce meses.
 - **Para los niños de edad escolar:** (A/C y B/C umbrales, SRTs, WRS (teléfonos/inserte teléfonos), Immittance con AR; declaración sobre la inspección otoscópica. Los resultados deben ser dentro de los últimos doce meses.

Cuando las Familias para Manos & Voces de Wyoming reciben la solicitud completa, se revisará, y los padres y audiólogo serán notificados por correo electrónico con respecto a la aprobación o no-aprobación de la solicitud.

Cuando los audífonos han sido puestos, el audiólogo tiene que entregar el **Formulario de Solicitud de Pago del Audiólogo** y la documentación de apoyo requerida para que reciba el pago.

Si tiene unas preguntas, por favor contacte:

Wendy Hewitt

(307) 780-6476 o wychap@wyhandsandvoices.org

Formulario de Pre-Aprobación de WYCHAP

INFORMACIÓN DE LOS PADRES

Nombre de el/la Niño/a que recibe los audífonos: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Padre/guardián de el/la niño/a: _____

Dirección Postal: _____

Nombre de Contacto Principal: _____ Número de Teléfono: _____

Nombre de Contacto Secundario: _____ Número de Teléfono: _____

Dirección de Correo Electrónico: _____

Compañía de Seguro Médico: _____

Cobertura de Medicaid en Wyoming: ____ Sí ____ No

Por favor describa la pérdida auditiva de su niño/a (grado de pérdida; tipo de pérdida –ej: leve a moderado hipoacusia neurosensorial, bilateral) _____

HISTORIA AUDITIVA

Edad de su niño/a cuando se identificó la pérdida auditiva _____

¿Su niño/a usa los audífonos actualmente? ____ Sí ____ No Si se usan:

- Oído Derecho: Marca/Modelo actuales de los audífonos _____
Edad del audífono (años) _____

- Oído Izquierdo: Marca/Modelo actuales de los audífonos _____
Edad del audífono (años) _____

Si el/los audífono(s) actual tiene menos de 5 años o sigue funcionando, por favor explique por qué está solicitando nuevos audífonos/nueva tecnología _____

EDUCACIÓN/INTERVENCIÓN

Si su niño/a va a la escuela pública, ¿cómo se llama el distrito escolar? _____

Si su niño/a va a un Centro de Desarrollo Infantil, ¿cómo se llama el Centro? _____

¿Tiene su niño/a un IFSP? ____ Sí ____ No; ¿un IEP? ____ Sí ____ No, o ¿un Plan de 504? ____ Sí ____ No

INFORMACIÓN DEL AUDIÓLOGO

Nombre de Audiólogo: _____

*Número de Licencia de Audiólogo: _____

Dirección Postal: _____

Número de Teléfono de la Oficina: _____ Otro Número de Teléfono: _____

Número de Fax: _____ Dirección de Correo Electrónico: _____

¿Utiliza el audiólogo la tecnología de verificación de micrófono de sonda (e.j. Verifit)? ____ Sí ____ No

¹ www.jcih.org

² www.audiology.org

El Programa de los Audífonos de los Niños de Wyoming (WYCHAP)

Contrato de Compromiso de los Padres/Guardianes

Nombre de el/la Niño/a: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Al firmar sus iniciales en los espacios proporcionados usted esté de acuerdo con cada declaración.

- _____ 1. Yo convengo devolver los audífonos al Programa de los Audífonos de los Niños de Wyoming cuando/si mi niño/a recibe uno(s) implante(s) coclear(es).
- _____ 2. Yo certifico que mi niño/a no es elegible para recibir cobertura médica para los audífonos por seguro médico privado, Medicaid (Cuidado de Niño/CHIP), Los Niños con las Necesidades de Salud Especiales, El Departamento de la Rehabilitación Vocacional (DVR) u otros lugares disponibles que pagan por los audífonos.
- _____ 3. Los gastos de los audífonos no están cubierto o están cubierto mínimamente por mi compañía de seguro médico.
- _____ 4. Yo entiendo que WYCHAP **no cubrirá** audífonos más de cada cinco años y que los audífonos tendrán al menos una garantía de dos años que cubre una sola pérdida/daño y cualquier reparación de los audífonos. Yo estoy responsable de cualquier garantía futura y/o de la compra de nuevos audífonos si se incumple dicha garantía (e.j. los audífonos se pierden o se dañan más de una vez). Yo entiendo que esta recomiendo que compro seguro de los audífonos cuando la garantía inicial ya no está en efecto.
- _____ 5. Mi niño/a será visto por un audiólogo con licencia quien usará las mejores recomendaciones practicadas del Comité Mutuo de la Audición de los Infantes (JCIH) y/o las Líneas Directrices para la Amplificación Pediátrica de la Academia Americana de la Audiología (AAA) lo que requiere la usa de la verificación de micrófono de sonda (e.j. Verifit).
- _____ 6. Yo entiendo que el pago de un juego inicial de moldes de oídos estará cubierto por el Programa de los Audífonos de los Niños de Wyoming y soy responsable de comprar todos los moldes de oídos posteriores, así como las citas de seguimiento con el audiólogo después de la cita inicial de los moldes.
- _____ 7. Yo entiendo que toda la información de los datos audiométricos, la historia auditiva, y la historia educacional de esta solicitud será compartida con El Programa del Detección Auditiva e Intervención Temprana (EHDI) de Wyoming (para los bebés, niños pequeños y preescolares) **O** con el Departamento de Educación de Wyoming con Servicios de Outreach para las personas sordas y con dificultades de la audición (para los niños en la escuela primaria y secundaria).

Mi firma indica que estoy de acuerdo con los términos anteriores del Programa de los Audífonos de los Niños de Wyoming.

Firma del Padre/Guardián: _____

Fecha: _____

El Programa de los Audífonos de los Niños de Wyoming (WYCHAP) Consentimiento para Liberación/Intercambio de Información

Nombre de el/la Niño/a: _____ Fecha de Nacimiento: _____

*Al **firmar sus iniciales** en los espacios proporcionados usted esté de acuerdo con la liberación /intercambio de información entre las siguientes agencias. **Fracaso de consentir podría negar la solicitud.***

PARA LOS NIÑOS EN EDAD ESCOLAR

<div style="background-color: yellow; display: inline-block; padding: 2px 10px;">_____ Firme</div>
<p>El Departamento de Educación de Wyoming</p> <p>Los Servicios de Outreach para las Personas Sordas y Dificultades de la Audición</p> <p>Número de Teléfono: (307) 777-6376</p>

Y

<div style="background-color: yellow; display: inline-block; padding: 2px 10px;">_____ Firme</div>
<p>Escuela/Distrito de el/la niña/o _____</p> <p>Dirección _____</p> <p>_____</p> <p>Número de Teléfono _____</p> <p>Dirección de E-mail _____</p>

PARA LOS BEBÉS, NIÑOS PEQUEÑOS Y PREESCOLARES

<div style="background-color: yellow; display: inline-block; padding: 2px 10px;">_____ Firme</div>
<p>El Programa del Detección Auditiva e Intervención Temprana (EHDI) de Wyoming</p> <p>1771 Centennial Drive</p> <p>Laramie, WY 82070</p> <p>Número de Teléfono: (307) 721-6212</p>

Y

<div style="background-color: yellow; display: inline-block; padding: 2px 10px;">_____ Firme</div>
<p>Centro Local de Desarrollo Infantil _____</p> <p>_____</p> <p>Dirección _____</p> <p>_____</p> <p>Número de Teléfono _____</p> <p>Dirección de E-mail _____</p>

PARA TODOS LOS SOLICITANTES

<div style="background-color: yellow; display: inline-block; padding: 2px 10px;">_____ Firme</div>
<p>Las Familias para Manos & Voces de Wyoming</p> <p>P.O. Box 1033</p> <p>Mountain View, WY 82939</p> <p>Teléfono: (307) 780-6476 Fax: (307)333-0546</p> <p>wychap@wyhandsandvoices.org</p>

AND

<div style="background-color: yellow; display: inline-block; padding: 2px 10px;">_____ Firme</div>
<p>Audiólogo _____</p> <p>Dirección _____</p> <p>_____</p> <p>Número de Teléfono _____</p> <p>Dirección de E-mail _____</p>

Recordatorio: Este formulario tiene que ser incluido con los materiales de la solicitud de pre-aprobación.

Como el padre/guardián de el/la niño/a mencionado anteriormente, autorizo la liberación/intercambio de información contenida en esta solicitud entre las agencias identificadas anteriormente.

Firma del Padre/Guardián: _____ **Fecha:** _____

El Programa de los Audífonos de los Niños de Wyoming (WYCHAP)

Contrato de Compromiso del Audiólogo

Nombre de el/la niño/a: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Al *firmar sus iniciales* en los espacios proporcionados usted esté de acuerdo con cada declaración.

- _____ 1. Yo convengo a adaptar los audífonos de los participantes de WYCHAP usando las mejores recomendaciones practicadas del Comité Mutuo de la Audición de los Infantes (JCIH) y/o las Líneas Directrices para la Amplificación Pediátrica de la Academia Americana de la Audiología (AAA) lo que requiere la tecnología de la verificación de micrófono de sonda (e.j., Verifit).
- _____ 2. Yo entiendo que es fuertemente recomiendo adaptar los audífonos de los participantes de WYCHAP para que son compatibles con otros dispositivos de asistencia auditiva (es decir, FM, tecnología ROGER).
- _____ 3. Para los niños en edad escolar, yo convengo proveer un informe escrito que incluye datos audiométricos funcionales (asistida SRT, asistida SF WRS en silencio y en ruido, respuestas asistidas a NBN o WPT) y comentarios sobre el impacto/beneficio de los audífonos.
- _____ 4. Yo convengo proveer la verificación generada por el equipo (registrador de banda) indicando que se ha utilizado la tecnología del micrófono de sonda (e.j., Verifit).
- _____ 5. He adquirido autorización medica o renuncia para que este/a niño/a use dispositivos de amplificación.
- _____ 6. Me he puesto en contacto con la compañía de seguro médico y verifico que el seguro del/la niño/a:
____ No cubre el costo de los audífonos o dispositivos de conducción ósea.
____ Cubre el costo de los audífonos hasta \$_____ por los audífonos o dispositivos de conducción ósea.
- _____ 7. Como el audiólogo dispensador, entiendo que será reembolsado por:
 - Importe facturado del fabricante de los audífonos, no debe exceder \$2000 por cada audifono con la inclusión de una garantía de a lo menos de dos años que cubra una sola pérdida/daño y cualquier reparación de los audífonos, no debe exceder \$4000 por un dispositivo de conducción ósea.
 - \$550 en total para la adaptación de los audífonos.
 - El pago de un juego inicial de moldes de oídos no debe exceder \$100 por cada molde.
- _____ 8. Como el audiólogo dispensador entiendo que los padres/guardianes u otros pagadores no pueden ser facturados por el precio no cubierto por el reembolso de WYCHAP. **(e.j. Los audiólogos dispensadores entienden que ellos deben dispensar audífonos a tasas de reembolso de WYCHAP y no facturarán los padres u otros pagadores por fondos adicionales.)**
- _____ 9. Yo entiendo que los Formularios de Solicitud de Pago y otra documentación de apoyo deben ser presentados a WYCHAP dentro de los seis meses de la fecha de adaptación o podría perder el pago. A menos que se hayan arreglos previos.

Mi firma indica que estoy de acuerdo con los términos anteriores del Programa de los Audífonos de los Niños de Wyoming.

Firma del Audiólogo: _____

Fecha: _____

Estoy recomendando: _____ ajuste monaural; _____ ajuste biaural

La Marca/El Modelo del audifono(s) siendo recomendado para este/a niño/a _____

El Programa de los Audífonos de los Niños de Wyoming (WYCHAP)
Formulario de Solicitud de Pago del Audiólogo

Nombre del Audiólogo: _____

Número de Licencia del Audiólogo: _____

Dirección Postal: _____

Número de Teléfono de la Oficina: _____ Otro Número de Teléfono: _____

Número de Fax: _____

Dirección de Correo Electrónico: _____

Nombre de el/la Niño/a que recibe los audífonos: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Padre/guardián de el/la niño/a: _____

Fabricante de los Audífonos: _____

Modelo de los Audífonos: _____

Número de Serie, Audífono Derecho: _____ Audífono Izquierdo: _____

Fecha de vencimiento de la garantía de pérdida/daño: Audífono Derecho: _____ Audífono Izquierdo: _____

**DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA ESTAR INCLUIDOS CON
ESTE FORMULARIO**

1. Una factura creada por usted para la tarifa de ajuste no debe exceder un total de \$550.
2. Una factura creada por usted para el costo de un juego inicial de moldes de oídos no debe exceder \$100 por cada molde.
3. **Importe facturado del fabricante de los audífonos, no debe exceder \$2000 por cada audífono con la inclusión de una garantía de a lo menos dos años que cubra una sola pérdida/daño y cualquier reparación de los audífonos, no debe exceder \$4000 por un dispositivo de conducción ósea.**
4. Verificación generada por el equipo (registrador de banda) indicando que se ha utilizado la tecnología del micrófono de sonda (e.j., Verifit).
5. Para los niños en edad escolar, incluye un informe escrito con:
 - a. Datos funcionales (asistida SRT, asistida SF WRS en silencio y en ruido, respuestas asistidas a NBN o WPT).
 - b. Comentarios sobre el impacto/beneficio de los audífonos.

Firma del Audiólogo _____ Fecha _____

Envíe por correo o mande por fax todos los formularios y documentación a:

Wyoming Families for Hands & Voices

P.O. Box 1033

Mountain View, WY 82939

Fax: 307-333-0546 – *Nuestro Fax es asegurado por HIPPA y este proceso de solicitud es lo más fácil*

Tras la recepción de todos los documentos completados arriba, el audiólogo recibirá el pago dentro de 45 días.

Factores de Tener en Cuenta Antes de Solicitar para los Fondos de WYCHAP

*Los audífonos actuales de el/la niño/a deben tener al menos 5 años para ser considerados para los fondos.

*Si un solicitante es aprobado, el juego inicial de los audífonos tendrán al menos una garantía de dos años que cubre una sola pérdida/daño y cualquier reparación de los audífonos. Cuando la garantía inicial expira o ya no está en efecto, se recomienda comprar una garantía adicional de pérdida y daño. Hay varias opciones para comprar este seguro. Su Audiólogo o WYCHAP pueden ayudarse cuando busque por seguro adicional.

*Los fondos del WYCHAP son designados para niños con pérdida auditiva educativa significativa. La pérdida auditiva educativa significativa es definida así:

- Una pérdida auditiva bilateral de al menos 20 dB PTA en el mejor oído
- Una pérdida auditiva unilateral de al menos 35 dB PTA en el oído afectado
- Una pérdida auditiva bilateral de alta frecuencia promediando al menos 35 dB PTA en cualquiera dos frecuencias por 2000 Hz, 4000 Hz, o 6000 Hz
- Una pérdida auditiva conductiva fluctuante que cumpla con uno de los criterios anteriores durante al menos 3 meses (acumulativo) durante el año escolar o 4 meses al año
(DeConde Johnson, C, Benson, P, & Seaton, J. (1997) Educational Audiology Handbook.)

*Los fondos del WYCHAP no se pueden asignar para comprar equipo/dispositivos para tratar el Trastorno del Procesamiento Auditivo.

*Los fondos de WYCHAP se utilizan para comprar audífonos tradicionales. Los fondos no están disponibles para accesorios no tradicionales (audífonos de canal profundo, amplificadores personales con respuestas genéricas planas o máscaras de tinitus). Accesorios como receptores FM/ROGER, FM/ROGER transmisores, dispositivos de transmisión, y micrófonos también están excluidos.

*Los fondos de WYCHAP se pueden utilizar para un dispositivo auditivo de conducción ósea, (e.d. softbands) cuando un accesorio de audífono tradicional no es factible. El Audiólogo será reembolsado por uno dispositivo. El reembolso es hasta, pero no debe exceder \$4000.00 por uno. A los audiólogos se les reembolsará el recio de la factura del fabricante y una tarifa de adaptación de \$550. Los fondos no se pueden usar para dispositivos implantados (e.d. cirugía del dispositivo de conducción ósea).

Hoja de Trabajo de Seguro Médico

Esta página debe ser llenada si el solicitante tiene cobertura de seguro médico privado.

Fecha _____

Nombre del Solicitante _____ Fecha de Nacimiento _____

Compañía de Seguro Médico _____

Cobertura de los Audífonos– Sí _____ No _____

En la Red – Sí _____ No _____

Fecha Efectiva _____

Deducible – Individual _____/Cantidad Pagada _____

Familia _____/Cantidad Pagada _____

Coaseguro _____

Su Desembolso Máximo- Individual _____/Cantidad Pagada _____

Familia _____/Cantidad Pagada _____

Se Requiere Certificación Previa- Sí _____ No _____

Como el padre/guardián de el/la niño/a mencionado, autorizo el intercambio y la liberación de la información del Seguro Médico contenido en esta forma a Las Familias para Manos & Voces de Wyoming, y la Oficina del Audiólogo. Yo verifico que la información de este formulario es correcta. También, entiendo que un formulario de Explicación de Beneficios de Seguros podría ser necesario antes del pago.

Firma del Padre/Guardián _____ Fecha _____

Como el audiólogo de ajuste de el/la niño/a mencionado, yo verifico que la información de este formulario es correcta. También, entiendo que un formulario de Explicación de Beneficios de Seguros podría ser necesario antes del pago.

Firma del Audiólogo _____ Fecha _____