



aidthesilent
APLICACIÓN DE RECURSOS

aidthesilent

Querido solicitante,

Aid the Silent esta dedicado a equipar a niños y adolescentes con problemas de audición y sordera con las herramientas y recursos necesarios para ayudarles a encontrar el éxito personal. Si usted ha sido diagnosticado con pérdida auditiva y está buscando ayuda en forma de audífonos, sistema de FM, terapia del habla o clases de ASL, su padre o tutor debe completar esta solicitud y proporcionar los documentos necesarios para ser considerado.

Tenga en cuenta que la evaluación de esta aplicación no comienza hasta que todos los documentos hayan sido entregados. Una vez recibidos, el proceso de aprobación puede tardar varias semanas. Usted sera notificado por correo electrónico y carta oficial sobre el estado de su solicitud.

Aplicación de Recursos

(Audífonos, sistema FM, clases de ASL, terapia del habla)

Requisitos de elegibilidad

- El solicitante que vuelvan a aplicar no pueden hacerlo dentro de los 5 años de haber recibido los recursos.
- El solicitante debe de estar entre las edades de 2 y 18 años.
- El solicitante debe de estar médicamente diagnosticado con pérdida auditiva bilateral moderada a profunda.
- Ingreso anual máximo en el hogar de de ser como se determina a continuación:

Número de Dependientes	Ingreso total (NETO)
1	\$22,980
2	\$31,020
3	\$39,060
4	\$47,100
5	\$55,140
6	\$63,180
7	\$71,220
8	\$79,220
Cada persona adicional	\$4,060

POSIBLES FUENTES DE INGRESOS:

- Seguro Social y SSI
- Asistencia pública
- Pensión VA
- Manutención de hijos
- AFDC
- Jubilación
- Discapacidad
- Pensión alimenticia
- Prestaciones sociales
- Pensión de trabajo
- Interés de acciones, IRAs, 401(k)s
- Pagos por pulmón negro

ACTIVOS (incluyen pero no se limitan a):

- Cuantías de cheques
- Ahorros
- Inversiones
- Anualidades
- IRA/401(k)
- Hipoteca opuesta
- CDs
- Préstamos con garantía hipotecaria
- Acciones/Bonos
- Cuentas de entierro
- Propiedades

Al determinar elegibilidad, Aid the Silent considerará todas las fuentes de ingresos.

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha

Primer Nombre del Solicitante

Segundo Nombre del solicitante

Apellido del Solicitante

Fecha de Nacimiento

Edad

Dirección

Calle

Apto#

Ciudad

Estado

Código Postal

Nombre del Padre o Tutor (nombre completo)

Teléfono de Casa

Teléfono Celular

Email

Etnicidad:

- Afroamericano
- Nativo americano
- Asiático Americano
- Blanco (no de origen hispano)
- Negro (no de origen hispano)
- Latino / Hispano
- Hawaiano / Islas del Pacífico
- Otro _____

Nombre de la persona que no sea el solicitante, completando este formulario

Primer Nombre

Apellido

Relación con el Solicitante

Email

Información del Audiólogo

Nombre del Audiólogo _____

Email del Audiólogo _____

Teléfono del Audiólogo _____

Nombre de la Práctica del Audiólogo _____

Por favor, indique lo que solicita:

- Audífonos
- Sistema FM
- Terapia del habla
- Lecciones ASL
- Campamento (Para campamento, por favor llene la solicitud de campamento únicamente)

NOTA: En la mayoría de las circunstancias, Aid the Silent sólo puede financiar un recurso en el momento de la solicitud. Si se necesitan servicios adicionales, indíquelo en el campo de Información Adicional en la parte inferior de la aplicación.

Importe solicitado _____

Los fondos aprobados se distribuirán directamente al proveedor de servicios.

¿Usa actualmente audífonos?

- No Si

En caso afirmativo, indique a continuación:

Marca _____

Modelo _____

Fecha recibido _____

¿Está participando en terapia del habla?

- No Si
- Privada
- Sistema Escolar

¿Cuánto tiempo ha recibido la terapia del habla?

¿Cuánto duraron las sesiones de terapia del habla?

Nombre de la escuela que atiende el solicitante _____

- Pública Privada

¿Utiliza actualmente un sistema FM? No Si

¿Es usted el dueño? No Si

En caso afirmativo, indique a continuación:

Marca _____

Modelo _____

Fecha recibido _____

¿Está participando en las clases de ASL?

- No Si
- Privada
- Sistema Escolar

¿Cuánto tiempo ha recibido clases de ASL?

¿Cuánto duraron las clases de ASL?

INFORMACIÓN FAMILIAR Y FINANCIERA

La información es de los padres o tutores del solicitante.

de Dependientes: _____ Ingreso Anual del Hogar (NETO): _____

Si es seleccionado, se le pedirá que muestre un comprobante de ingresos.

Enumere todas las fuentes de ingresos: (sueldo, manutención de hijos, pensión alimenticia, seguro social, etc.)

Padre o Tutor:

- A. Fuente de ingreso _____
Cantidad \$ _____ mensual.
- B. Fuente de ingreso _____
Cantidad \$ _____ mensual.
- C. Fuente de ingreso _____
Cantidad \$ _____ mensual.

Otro Padre o Tutor:

- A. Fuente de ingreso _____
Cantidad \$ _____ mensual.
- B. Fuente de ingreso _____
Cantidad \$ _____ mensual.
- C. Fuente de ingreso _____
Cantidad \$ _____ mensual.



Por favor adjunte una copia de las primeras 10 páginas de su declaración de impuestos más reciente. Si no presenta impuestos y recibe beneficios del gobierno, envíe una copia de su declaración de beneficios.

Tiene actualmente:

Cuenta de Cheques: No Si
(En caso afirmativo, proporcione los últimos 6 meses de los estados de cuenta).

Cuenta de Ahorro: No Si
(En caso afirmativo, proporcione los últimos 6 meses de los estados de cuenta).

CD(s): No Si
(En caso afirmativo, proporcione el estado de cuenta más reciente.)

Acciones/Bonos: No Si
(En caso afirmativo, proporcione el estado de cuenta más reciente.)

Anualidad: No Si
(En caso afirmativo, proporcione el estado de cuenta más reciente.)

IRA/401(k): No Si
(En caso afirmativo, proporcione el estado de cuenta más reciente.)

Cuenta de Mercado Monetario: No Si
(En caso afirmativo, proporcione el estado de cuenta más reciente.)

Cuenta Funeraria: No Si
(En caso afirmativo, proporcione el estado de cuenta más reciente.)

¿Tiene alguna propiedad?: No Si

Información Adicional:

¿Es usted un beneficiario de Medicaid? No Si

¿Cuál es su cobertura de seguro médico actual?

¿Su seguro médico cubre los audífonos?

No lo sé

No

Si

En caso afirmativo, ¿qué beneficios? _____

Grupo #:

Número de identificación # (solicitante):

Nombre del titular de la póliza:

Fecha de nacimiento del titular de la póliza:

No lo sé

Acuerdo de Participación del Programa Aid the Silent

Entiendo que la información que presento sobre el nivel de pérdida auditiva del solicitante, la historia médica, los ingresos anuales de los padres o tutores, el tamaño de la familia, los recursos de la familia, los seguros y toda la información financiera está sujeta a verificación por Aid the Silent. Entiendo que si omito o envío información falsa, se me negará la consideración.

Nombre Completo del Solicitante

Firma del Padre o Tutor Fecha

Autorización para Uso y Divulgación de Información

Autorizo a Aid the Silent a usar la información y la foto de mi hijo para ayudar a concienciar a otras familias necesitadas. Las imágenes y la información serán utilizadas para los materiales de publicidad, que incluyen materiales impresos, campañas de medios sociales, estaciones de radio, televisión, periódicos, boletines, boletines corporativos y otros medios.

Nombre Completo del Solicitante

Firma del Padre o Tutor Fecha

INFORMACIÓN AUDITIVA

Por favor adjunte el audiograma. Para que cualquier patrocinio sea considerado, el audiograma debe acompañar la solicitud.

Edad cuando se diagnosticó la pérdida auditiva: _____

Si es aplicable, edad en la que el solicitante recibió su(s) audífono(s): _____

Si es aplicable, edad en la que el solicitante recibió implante(s) cocleare(s): _____

El solicitante utiliza el lenguaje hablado y escuchado como su principal método de comunicación: No Si

¿Qué otro(s) método(s) de comunicación o servicios de apoyo educativo utiliza en su comunicación diaria y en el entorno educativo? **Marque todos las que apliquen.**

- Lectura de labios
- Discurso con claves (Cued)
- Toma notas
- Traducción en tiempo real (CART / Caption)
- Intérprete(s) orales
- Intérprete(s) de lenguaje de señas
- Dispositivo de escucha auditiva, como el sistema FM
- Sistema de Lenguaje de Signos (ASL, inglés en señas, ortografía de dedos, etc.)

Usa el lenguaje de señas con: **Marque todos las que apliquen.**

- Maestros/Profesores
- Amigos que son sordos
- Amigos con audición típica
- Otro, por favor describa:

¿Por qué debería ser elegido para este programa? _____

(Adjunte documentos adicionales si es necesario).

Cualquier información adicional que se debe considerar? (Adjunte documentos adicionales si es necesario). _____

