SERTOMA SPEECH & HEARING FOUNDATION OF FLORIDA, INC.
SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE AUDÍFONOS PARA NIÑOS/AS

INFORMACIÓN DEL NIÑO/A: POR FAVOR IMPRIMA

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____Edad: _____

Género:
Masculino Femenino

Dirección _____Condado _____

Ciudad: _____ Código Postal:_____

INFORMACION DEL PADRE/MADRE O TUTOR

Guardián Uno: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Código Postal: ____

Número de Teléfono: _____

Correo Electrónico: _____

¿Podemos enviarle actualizaciones por correo electrónico sobre este programa y otra información sobre Sertoma Speech & Hearing Foundation?

Si No

Guardián Dos: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ CódigoPostal _____

Número de Teléfono _____ _____ ____

Correo Electrónico: _____

¿Podemos enviarle actualizaciones por correo electrónico sobre este programa y otra información sobre Sertoma Speech & Hearing Foundation?

Si No

Si lo envía electrónicamente, cargue la declaración de impuesto presentada más recientemente aquí:

Si se envía electrónicamente, cargue un comprobante de la edad del niño/a aquí:
Si se presenta de forma electiva, envíe una prueba de la residencia de los padres en Florida aquí:
Si tiene problemas con la solicitud o está enviando una copia impresa, incluya una copia con su solicitud enviada por correo, o envíe un correo electrónico a chap@familyhearinghelp.org o envíe un fax al 727-807-6172.

¿Cómo se enteró de este programa?

_____

¿Su hijo tiene un audiólogo actual? Si es así, imprima su nombre y número de teléfono a continuación. De lo contrario, se le proporcionará una lista con todos los proveedores activos actuales bajo este programa.

Nombre del Proveedor: _____ Numero de Teléfono: _____ _____-_____

ESTADO FINANCIERO PERSONAL DEL GARANTIZADOR

Nombre del Paciente: .....
Apellido Nombre Inicial

Yo,_____certifico que mi ingreso familiar bruto (antes de impuestos y otras deducciones)

ha estado $ _____durante los últimos doce (12) meses y que hay

_____(#) personas en mi hogar.

Entiendo que la información de ingresos que he proporcionado puede ser verificada por:

Sertoma Speech & Hearing Foundation of Florida, Inc.

**Se require documentación, consulte la página 7 para obtener más detalles.

Al firmar a continuación, certifico que toda la información proporcionada y adjunta con la presentación de esta solicitud es verdadera y precisa.

Padres/Tutor Firma: _____ Fecha: _____

SERTOMA SPEECH & HEARING FOUNDATION OF FLORIDA, INC.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PARA FINES EDUCATIVOS, PROMOCIONALES Y DE RECAUDACIÓN DE FONDOS

Yo (nosotros) entendemos que la divulgación de información sobre el cuidado y tratamiento de mi (nuestro) hijo puede ayudar a otros en capacitación, educación o investigación. SERTOMA SPEECH & HEARING FOUNDATION OF FLORIDA, INC. nos ha pedido permiso para usar todos y cada uno de los registros de la atención y el tratamiento de mi (nuestro) hijo que puedan usarse para fines de atención al paciente, en capacitación, educación e investigación.

Además, entiendo que se pueden tomar fotografías, películas o cintas de video del cuidado y tratamiento de mi (nuestro) hijo y autorizo el uso de dichas fotografías, películas o cintas de video con fines de capacitación, educación e investigación, siempre que no se divulgue mi (nuestro) nombre o el nombre de mi (nuestro) hijo en ninguna presentación o publicación.

Por la presente entiendo que la información sobre el cuidado y tratamiento de mi (nuestro) hijo y las fotografías, películas y cintas de video tomadas del cuidado y tratamiento de mi (nuestro) hijo pueden ser utilizadas por SERTOMA SPEECH & HEARING FOUNDATION OF FLORIDA, INC. en materiales promocionales y para publicidad.

Por la presente autorizo a SERTOMA SPEECH & HEARING FOUNDATION OF FLORIDA, INC. a utilizar los registros, fotografías, películas o cintas de video de mi hijo con fines publicitarios y además autorizo a los mismos a publicar la totalidad o parte de dichos registros, fotografías, películas y cintas de video para dichos fines. Yo (nosotros) autorizamos, con fines de publicidad, la divulgación del nombre de mi (nuestro) hijo y la información sobre la atención y el tratamiento.

Además, entiendo que SERTOMA SPEECH & HEARING FOUNDATION OF FLORIDA, INC. al divulgar esta información para los fines establecidos anteriormente NO tendrá ninguna responsabilidad por el uso de dicha información por parte de SERTOMA SPEECH & HEARING FOUNDATION OF FLORIDA, INC. de cualquier y toda responsabilidad o reclamo que pueda surgir en la comprensión de cualquier filmación o en el uso de los registros, fotografías, películas o cintas de video de mi (nuestro) hijo,

_____

(Escriba el nombre y apellido del niño)

ESTOY DE ACUERDO CON TODO LO ANTERIOR

Fechado este _____día de_____, 20_____

_____ _____

Padre/tutor Nombre impreso Firma del padre/tutor

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE

Autorización para divulgar registros de pacientes a individuos.
Muchos de nuestros pacientes permiten que miembros de la familia, como su cónyuge, pareja, padres o hijos, llamen y soliciten el resultado de las pruebas, los procedimientos y la información financiera. Bajo los requisitos de HIPAA, no se nos permite proporcionar ninguna información del paciente a nadie sin el consentimiento del paciente. Si desea que su información médica y/o financiera sea divulgada a cualquier persona, debe completar y firmar este formulario.
Tiene derecho a revocar este consentimiento, por escrito, excepto cuando ya hayamos realizado divulgaciones en función de su consentimiento previo. Autorizo a Sertoma Speech & Hearing Foundation of Florida, Inc. (Sertoma), a divulgar mis registros y cualquier información solicitada a las siguientes personas:
1. Relación con el paciente: _____
2. Relación con el paciente: _____
3. Relación con el paciente: _____
4. Relación con el paciente: _____
Además, autorizo a Sertoma a divulgar información sobre mi participación en el costo de los servicios a las siguientes personas, grupos o individuos asociados con los siguientes grupos:

_____

Autorización con respecto a los mensajes (marque todas las que correspondan)

_____Autorización con respecto a los mensajes (marque todas las que correspondan)
_____Autorizo a Sertoma a dejar un mensaje detallado en el siguiente número de teléfono con respecto a las citas.
_____Autorizo a Sertoma a dejar un mensaje detallado en mi número de teléfono a continuación con respecto al tratamiento médico, la atención, los resultados de las pruebas o la información financiera.
_____Autorizo a Sertoma a dejar un mensaje con cualquier persona que conteste el teléfono de abajo.
_____Autorizo a Sertoma a enviar un mensaje de texto al número a continuación con información sobre la atención al paciente.

Sertoma solo puede dejar mensajes en el siguiente número de teléfono con las siguientes personas:

Número(s) de teléfonos autorizado(s): _____
Nombre impreso del paciente: _____

Firma del paciente/tutor legal: _____ Fecha: _____

Nombre impreso: _____

SERTOMA SPEECH & HEARING FOUNDATION OF FLORIDA, INC.
5211 US HWY 19, STE 200
NEW PORT RICHEY, FL 34652
TEL: 727-312-3881
FAX: 727-807-6172
WWW.FAMILYHEARINGHELP.ORG

Solicitud de acceso y autorización para uso y/o divulgación de Información médica protegida

Yo, _____, padre/tutor de _____, autorizo a Sertoma
(nombre y apellido) *(nombre y apellido del niño/a)*

Speech & Hearing Foundation of Florida, Inc. para:

Para Obtener Nombre y número de teléfono del Audiólogo:

Acceso y/o divulgación de los siguientes registros para las fechas de servicio:
_____ / ____ / ____ to ____ / ____ / ____.

Marque las Casillas correspondientes a continuación:

X Registro de facturación

X Otros: Audiograma y registro cronológico, autorización para que el personal de Sertoma Speech & Hearing Foundation discuta los registros financieros y/o médicos

He leído y entiendo las siguientes afirmaciones:

1. Entiendo que Sertoma Speech & Hearing puede ser autorizado por ley para negarse a permitir el acceso o la divulgación de toda o parte de mi información médica protegida. Si se niega o rechaza el acceso o la divulgación, Sertoma Speech & Hearing no divulgará la información según lo solicitado en esta Autorización, y se me notificará la denegación / rechazo por escrito.

2. Entiendo que autorizar la divulgación de esta información de salud es voluntario. Puedo negarme a firmar esta autorización.

3. Entiendo que Sertoma Speech & Hearing no condicionará el tratamiento, el pago, la inscripción en ningún plan de salud o mi elegibilidad para los beneficios si decido no firmar este formulario.

4. Entiendo que puedo revocar esta Autorización en cualquier momento notificando a Sertoma Speech & Hearing en escribiendo, pero si lo hago, no tendrá ningún efecto en ninguna acción que Sertoma Speech & Hearing haya tomado antes de recibir la revocación.

5. Entiendo que existe la posibilidad de que la información divulgada basada en esta autorización esté sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y ya no esté protegida por la Regla de privacidad.

6. Entiendo que puedo ver y copiar la información descrita en este formulario si la solicito, y que recibiré una copia de este formulario después de firmarlo si la solicitud de divulgación fue iniciada por Sertoma Speech & Hearing.

Ref: 45 CFR 164.524(c)(2)(i) https://www.hhs.gov/hipaa/for-professionals/privacy/guidance/access/index.html

7. Entiendo que esta Autorización expirará el _____o el siguiente evento o cuando ocurra:

Si no se observa ninguna fecha de vencimiento, evento o condición, esta autorización expirará 1 año a partir de la fecha firmada.

Esta autorización es válida para la información creada dentro de los 12 meses posteriores a la fecha en que se firma esta autorización, así como para la información pasada. Entiendo que es mi responsabilidad notificar a Sertoma Speech & Hearing para iniciar solicitudes de seguimiento basadas en esta autorización permanente.

.

_____	_____	_____
Firma del paciente o persona autorizada	Nombre del paciente o persona autorizada	Fecha

_____

Relación con el paciente

Ref: 45 CFR 164.524(c)(2)(i) https://www.hhs.gov/hipaa/for-professionals/privacy/guidance/access/index.html

Sertoma Speech & Hearing Foundation, Inc.
5211 US Hwy 19, Ste 200, New Port Richey, FL 34652
Office: 727-312-3881 Fax: 727-807-6172

Lista de verificación de la solicitud del programa de audífonos para niños ANTES DE ENVIAR, ¿LO HA INCLUIDO?

1. La solicitud firmada y completada.
2. Una copia de una tarjeta de seguro y la documentación aplicable que muestre que el niño que figura en la solicitud está cubierta en la póliza (si está asegurado).
3. La documentación que demuestre que el niño para el que se presenta esta solicitud no tiene cobertura o se le ha negado la cobertura para obtener un dispositivo auditivo (si está asegurado).
    1. Dicha documentación puede ser una EOB denegada, un documento de la compañía de seguros del niño con membrete que indique que el dispositivo solicitado no está cubierto.
        1. Tenga en cuenta que este programa no está diseñado para pagar grandes deducibles, y el El propósito de este programa es solo proporcionar asistencia cuando los dispositivos no están cubiertos por la compañía de seguros.
4. El formulario de declaración de impuestos del IRS presentado más recientemente 1040 presentado por los padres / tutores que tienen la custodia del niño.
    1. Si la familia no presentó un formulario de declaración de impuestos del IRS 1040, se requiere otra prueba de ingresos basada en el tipo de ingreso que recibe la familia. Comuníquese con nosotros para obtener ayuda por correo electrónico a CHAP@familyhearinghelp.org o llame al 727-312-3881 para obtener ayuda.

5. Una copia clara de la identificación de todos los padres y tutores enumerados en la página 3. La documentación debe ser una licencia de conducir de Florida, una tarjeta de identificación con foto de Florida obtenida del Departamento de Seguridad de Carreteras y Vehículos Motorizados de Florida, o un registro de vehículos de Florida.

6. Prueba de edad para el niño que recibe asistencia. La prueba puede ser una identificación con foto o un certificado de nacimiento.

Recuerde completar y **devolver todos los formularios y documentos solicitados. De lo contrario, se retrasará el procesamiento de su solicitud.**

El tiempo de **procesamiento** actual **para las solicitudes enviadas es de 2** días **laborable.**

¡Gracias!