

Estimado Futuro Cliente,

La Fundacion Sertoma de Habla y Audicion de Florida tiene fondos limitados y debe ser considerado como ultima opcion. Siga los siguientes pasos recomendados antes de aplicar:

Contacte a su proveedor de salud para verificar si ellos cubren el costo de los exámenes y/o el aparato auditivo. Porfavor confirme cuanto le cubre su asistencia de salud.

Paciente-Nino - Contactar Servicios Medicos para ninos donde le pueden asistir con ninos entre 0-21 anos de edad. Su numero es 1-800-336-1612. Si el nino es menor de 3 anos de edad, el programa Early Steps le presta asistencia.

Paciente de Edad Laboral- contacte su centro de Readaptacion Profesional.

Veteranos- contact la oficina de VA para recibir asistencia.

Si usted ya ha tomado esos pasos y ha sido negado, porfavor llene la aplicacion para asistencia financiera y enviela de alguna de las siguientes formas (prueba de denegacion es requerida):

1. Envie por correo a: Sertoma Speech & Hearing Foundation, 5211 US Hwy 19, Ste 200, New Port Richey, FL 34652
2. Envíe la solicitud completa por correo electrónico a clinic@familyhearinghelp.org
3. Imprima y envíe la aplicación electrónicamente junto con los documents requeridos en un adjunto.
4. Envie por fax la aplicación y los documentos al numero: 727-807-6172.

A pesar de que el proceso es mas rapido enviando los documentos por fax o correo electronico, es también necesario que envíe la aplicación original por correo. De acuerdo con los reglamentos HIPPA, la Autorización del Paciente es una parte obligatoria. Tenga en cuenta que si usted opta por no firmar esta parte, Sertoma Speech & Hearing Foundation no podra prestarle asistencia económica. Nuestra ayuda está disponible pero supone de un proceso que requiere mucho tiempo. No dude en llamarme al 727-312-2881 si tiene alguna pregunta o inquietud sobre este tema o si necesita más asistencia.

Atentamente,

Debra J. Golinski, Executive Director

Sertoma Speech & Hearing Foundation of Florida, Inc.
5211 US Hwy 19, Ste 200, New Port Richey, FL 34652
Phone: (727) 312-3881 Fax: (727) 807-6172
Website: www.familyhearinghelp.org

Sertoma Speech & Hearing Foundation, Inc.

5211 US Hwy 19, Ste 200, New Port Richey, FL 34652
(727) 312-3881

Guia de Verificacion para la Aplicación para Asistencia Económica

ANTES DE ENVIAR LOS DOCUMENTOS, YA INCLUYO:

- _La aplicación llenada completa y correctamente ? (2 paginas)
- _El Estado Financiero Personal del Garante completo y correcto?
- _Carta de voluntario de Sertoma Foundation ?
- _El Permiso para Divulgación de Información?
- _Forma de Oportunidad Igual?
- _Fecha y firma en donde sea indicado?
- _Firma de testigo con fecha donde sea indicado?
- _Copia de su prueba de ingresos? Incluyendo copias de cualquier otra fuente de ingreso?
- _Copia de todas las tarjetas de seguro de salud? Incluyendo MediCare, MediCaid, MediPass, HMO, PPO, etc.
- _ Comprobante de Denegación de Medicaid (mayores de 21)? Medicaid ahora cubre aparatos auditivos, por la tanto usted **tiene que ser negado por medicaid** antes de poder ser considerado para recibir asistencia nuestra.

Por favor recuerde de llenar los documentos completamente y entregarlos a tiempo. Falta de hacer esto causa retraso en el proceso.

Gracias

SERTOMA SPEECH AND HEARING FOUNDATION OF FLORIDA, INC
APLICACIÓN PARA ASISTENCIA ECONÓMICA

INFORMACIÓN DEL PACIENTE: USAR LETRA DE MOLDE

Nombre: _____
Direccion: _____
Ciudad: _____ Zip: _____
Email: _____

Fecha de Nacimiento: _____
Numero de Telefono: _____
No. de Tel. alternativo: _____

INFORMACIÓN PADRES/PAREJA/TUTOR

Madre/Tutor: _____
Direccion: _____
Ciudad: _____ Zip: _____

Padre/Tutor: _____
Direccion: _____
Ciudad: _____ Zip: _____

INFORMACION ECONOMICA

Empleador: _____
Direccion: _____
Ciudad: _____ Zip: _____
Posicion: _____

Empleador: _____
Direccion: _____
Ciudad: _____ Zip: _____
Posicion: _____

HOGAR Y BIENES

Ingreso Mensual Bruto: \$ _____
Cuenta Corriente: \$ _____
Cuenta Ahorros: \$ _____

Ingreso Mensual Bruto: \$ _____
Cuenta Corriente: \$ _____
Cuenta Ahorros: \$ _____

(Verificación de ingresos es obligatorio al enviar esta aplicación. IRS Tax return, talones de pago, o
comprobante de empleo por parte del empleador)

OTROS INGRESOS

Manutencion: \$ _____
Comisiones: \$ _____
Ingreso Co-Arrendatario: \$ _____
Incapacidad: \$ _____
Acciones, Bonos, etc: \$ _____

Pension: \$ _____
Ingresos de Alquiler: \$ _____
Pension Alimenticia: \$ _____
Intereses: \$ _____
Otro: \$ _____

AUTO (S): Año/MARCA/MODELO

_____	_____
_____	_____
_____	_____

GASTOS MENSUALES

	MENSUAL	ESTADO DE CUENTA
Casa/Apartamento:	\$ _____	\$ _____
Auto/Transporte:	\$ _____	\$ _____
Medico/Dental:	\$ _____	\$ _____
Prestamos:	\$ _____	\$ _____
Utilidades:	\$ _____	
Guarderia:	\$ _____	
Seguros:	\$ _____	
Comida:	\$ _____	
TOTAL GASTOS MENSUALES:	\$ _____	TOTAL BALANCE: \$ _____

CERTIFICACION

Certifico que la información en esta aplicación y revisión económica es veracita a lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que la Fundación puede verificar la información necesaria con mi permiso y yo ayudare en donde sea necesario. Entiendo que la Fundación mantiene el derecho a cancelar la asistencia y recolectar el total de los gastos de servicios en caso que exista información fraudulenta durante el curso de cualquiera de los programas. Entiendo que las revisiones serán realizadas a discrecion de la Fundación.

Firma (Paciente/Tutor)

Fecha

ESTADO FINANCIERO PERSONAL DEL GARANTE

Nombre del paciente: _____

Yo, _____, certifico que mi ingreso anual bruto (antes de impuestos) ha sido de \$ _____ en los últimos doce (12) meses y que hay _____ (#) de personas viviendo en mi hogar.

Entiendo que la información proporcionada en esta aplicación podrá ser verificada por:

Sertoma Speech & Hearing Foundation of Florida, Inc.

Los gastos del paciente aquí nombrado son un total de \$ _____ en los últimos doce (12) meses.**

**Documentacion requerida

Entiendo que, en acuerdo con Estatuto de Florida 817.50, proporcionar información falsa con intención de defraudar la clinica y recibir servicios o bienes es un delito de segundo grado.

Garante: _____

Fecha: _____

Testigo: _____

Fecha: _____

SERTOMA SPEECH & HEARING FOUNDATION OF FLORIDA, INC.

INSTRUCCIONES

POR FAVOR LEER ANTES DE LLENAR EL FORMULARIO

Completar y firmar este formulario es esencial para poder procesarlo y poder calificar para recibir asistencia de Sertoma.

Por favor no raye en ninguna sección, parte, o frase. Llame al 1-866-999-2443 si tiene preguntas o necesita ayuda en completar el formulario.

INFORMACIÓN PERSONAL DEL PACIENTE

Ser completado por el paciente

Nombre del Paciente	Fecha de Nacimiento	Identificación (Licencia, etc)
Dirección del Paciente		

Numero de Telefono	Numero de Celular	E-Mail
--------------------	-------------------	--------

Ser completado por el Tutor o Representante Legal

Nombre	Relación al Paciente	Identificación (licencia, etc)
--------	----------------------	--------------------------------

Dirección

Fonn de Representante Legal	Comprobante de Representante Legal
-----------------------------	------------------------------------

Numero de Telefono	Numero de Celular	E-mail
--------------------	-------------------	--------

**SERTOMA SPEECH & HEARING FOUNDATION OF FLORIDA, INC.
SERTOMA SPEECH LANGUAGE HEARING CENTER**

Podemos contar con su apoyo en reclutar fondos para ayudar a niños y adultos que tengan dificultad de audición?

Nosotros estamos constantemente reclutando voluntarios que estén dispuestos ayudar con los proyectos del año para poder continuar dando calidad de servicios de rehabilitación y desarrollo, productos de educación (sobre todo para niños) a través de todo Florida, dentro de un ambiente de compasión y cariño sin dejar que la inhabilidad de pago impida esta ayuda.

Nombre: _____
Direccion: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____
Numero de Telefono: _____ Email: _____

Yo puedo dedicar _____ (#) horas para asistir a Sertoma Speech & Hearing Foundation de las siguientes formas:

Eventos Especiales	_____
Proyectos en Casa	_____
Correo	_____
Pruebas de Audición	_____
Otro	_____

Gracias por su apoyo en mantener la vision y mision de Sertoma Speech and Hearing Foundation.

Debra Golinski
Directora Ejecutiva

FORMULARIO DE OPORTUNIDAD POR IGUAL

La información solicitada en este formulario es usada únicamente para propósitos del gobierno y es confidencial. Por favor complete la información que le aplique a usted.

Nombre del Paciente: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Numero de Seguro Social: _____ / _____ / _____

Sexo: ___ Masculino ___ Femenino

RAZA/GRUPO

_Blanco. (sin origen Hispano) Todas las personas con origen en cualquiera de las gentes de Europa, Norte de Africa, y el Medio Oriente.

_Negro (sin origen Hispano). Todas las personas que tiene origen en los grupos negros de Africa.

_Hispano. Todas las personas de Mexico, Puerto Rico, Cuba, Centro y Sud America, u otra cultura de origen Espanol, sin importar raza.

_Asiatico o Islandero. Todas las personas que tiene origen en cualquiera de las gentes del Este, Asia SurEste, subcontinente de India, o las Islas Pacificas. Esto incluye, China, Japon, Korea, Filipino, y Samoa.

_Indio Americano o Nativo de Alaska. Todas las personas que tengan origen en la gente que origina de Norte America, y que mantienen identificación cultural a traves de tribus o comunidades de esa región.

**SERTOMA SPEECH & HEARING FOUNDATION OF FLORIDA, INC.
PERMISO DE DIVULGACION DE INFORMACION PARA EL CUIDADO FISICO, EDUCACIONAL,
PROMOCIONAL, Y PROPÓSITOS DE RECAUDACIÓN DE FONDOS.**

Yo (nosotros) entiendo que la divulgación de la información del cuidado de mi (nuestro) hijo puede ayudar a otros en su entrenamiento, educación, e investigación. **SERTOMA SPEECH & HEARING FOUNDATION** me ha pedido permiso para usar cualquier y todo archivo del cuidado de mi (nuestro) hijo para avanzar este entrenamiento, educación, e investigación.

Yo (nosotros) entiendo que fotografías, videos, o grabaciones serán posiblemente tomadas del cuidado de mi hijo y de su tratamiento, y autorizamos el uso de estas fotografías, videos o grabaciones con tal de que no se divulgue el nombre de mi (nuestro) hijo ni que se use en publicación o en presentaciones.

Yo (nosotros) entiendo que la información juntada en videos, grabaciones, y fotografías que hacen parte del tratamiento de mi (nuestro) hijo podrán ser usadas para material promocional y publicidad.

Yo (nosotros) le doy autorización a **SERTOMA SPEECH & HEARING FOUNDATION** de usar fotografías, videos, y grabaciones de mi (nuestro) hijo para razones de publicidad y por lo tanto autorizamos la publicación de las mismas para uso de publicidad. Yo (nosotros) autorizamos el uso del nombre de mi (nuestro) hijo para publicidad en cuanto al tratamiento de el.

Yo (nosotros) estoy de acuerdo que cuando **SERTOMA SPEECH & HEARING FOUNDATION** publique o use la información anteriormente mencionada, sera libre de toda responsabilidad y obligación legal que se pueda presentar en el uso de videos, grabaciones, o fotografías de mi (nuestro) hijo _____.

Estoy de acuerdo con lo anterior,

Fechado este _____ Dia de _____ de, 20____

Testigo

Padre/Tutor