



HEAR for Kids es un programa para niños que, como resultado de una evaluación auditiva, han sido identificados como necesitados de asesoría médica o de asesoría audiológica. HEAR for Kids se ha hecho posible gracias al patrocinio de St.Luke's Health Initiatives.

Padre/Audiólogo/Enfermera/Personal de Salud Escolar por favor llene esta sección

Nombre del(a) Niño(a): \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Persona Responsable por el(la) niño(a): \_\_\_\_\_

Parentesco con el(la) niño(a):  Madre  Padre  Tutor Teléfono: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

¿Niño e nina es elegible para el programa de comida gratis o de costo reducido program?

Sí  No  Es desconocido/a (Si es desconocido/a o menor de 3 años de edad, llene la sección de Ingresos y Gastos de la solicitud)

Número de miembros de la familia que viven en su casa \_\_\_\_\_

### Ingresos

Total de ingresos de la casa en los últimos 12 meses: \$ \_\_\_\_\_

*Incluya: Sueldo/salario, Pensión, Seguro Social, Manutención y cualquier otro ingreso.*

### Gastos

Total de Deducciones Permitidas en los últimos 12 meses: \$ \_\_\_\_\_

*Incluya: Total de gastos médicos/dentales no cubiertos por la aseguranza o tercera instancia, renta anual o pago de hipoteca, pagos anuales por vehículo primario, cuidado de dependientes. Para cuidado de dependientes, use los siguientes cálculos:*

Número de niños en childcare \_\_\_\_\_ x \$200 x número de meses \_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_

Número de adultos incapacitados que reciben cuidado \_\_\_\_\_ x \$100 x número de meses \_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_

### Responsabilidad de los padres

Si su niño es elegible, y hay fondos disponibles, usted recibirá un volante para ser usado como pago por una consulta. *The EAR Foundation of Arizona* no aceptará responsabilidad financiera por ningún examen adicional, tratamiento o consultas.

Al firmar esta forma, yo estoy de acuerdo en dar información a *The EAR Foundation of Arizona HEAR for Kids® Program* que se va usar para determinar elegibilidad, certeza de calidad, y revisión de uso.

Padre o Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

# HEAR for Kids – Audiology Voucher Request

**Audiologist/Nurse/School Health Staff Please Complete this Section**

1. Specify which Voucher is being requested:

- Audiology Assessment     Unsedated ABR/ASSR     Sedated ABR/ASSR

2. If the child is eligible or enrolled in any of the following, that will provide the services, they will not be eligible for this program:

- AHCCCS                             Yes    No                            KidsCare                             Yes    No  
 Indian Health Services     Yes    No                            Other Health Insurance     Yes    No

3. Determine eligibility by subtracting amount in the **Expenses** section from the amount in the **Income** section and reviewing the following chart (current as of 8/07).

Number in Family	Annual Income	Number in Family	Annual Income	Number in Family	Annual Income
1	\$15,315	3	\$25,755	5	\$36,195
2	\$20,535	4	\$30,975	6	\$41,415

For each additional person, add \$5,220

*If the family income is at or below the listed amount for the number of family members the child will be eligible. If money is available, a voucher will be faxed to you to be given to the family. If the family does not meet the qualifications but there are special circumstances, please call Lylis Olsen at (602) 690-3975.*

4. Fax *both* sides of this form to HEAR for Kids at (602) 296-0425.  
 5. If you have questions you can call Lylis Olsen at (602) 690-3975 or email [lylisolson@msn.com](mailto:lylisolson@msn.com)  
 6. HEAR for Kids will fax a voucher to the number listed, usually within 48 hours. Call or email if you do not receive a voucher within 5 days.  
 7. When you receive the voucher, give it to the family and assist them (as needed) to make an appointment with an appropriate provider.

**Referring person responsibility:**

By submitting this form, I acknowledge that I have verified income and expenses, believe that this family is eligible and that all other resources have been explored. The EAR Foundation's HEAR for Kids Program is the payor of last resort and cannot replace insurance, other public or private programs.

Child's Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_  
 Name of Referring Person: \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
 School/Agency/Facility \_\_\_\_\_  
 Address: \_\_\_\_\_ zip code: \_\_\_\_\_  
 Phone Number: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ Fax Number: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Please keep a copy of this application and the proof of income and deductions.  
 The EAR Foundation of Arizona may request this documentation to verify eligibility.