



HEAR for Kids es un programa para niños que necesitan aparatos y moldes auditivos y que cumplen cierto criterio financiero. Se ha hecho posible gracias al patrocinio de St. Luke's Health Initiatives.

Padre/Tutor por favor llene esta sección

Nombre del(a) Niño(a): _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Dirección: _____
 Hospital donde nació: _____
 Persona Responsable por el(la) niño(a): _____ Teléfono: ____-____-____
 Parentesco con el(la) niño(a): Madre Padre Tutor
 Especifique si el(la) niño(a) es elegible o está inscrito en cualquiera de los siguientes:
AHCCCS Solicitó Inscrito Negado Esperando Resultados No Aplica
KidsCare Solicitó Inscrito Negado Esperando Resultados No Aplica
 ¿Es elegible su niño(a) para **Indian Health Services**? No Sí
 ¿Está su niño(a) asegurado(a) con algún **plan de seguros**? No Sí
 Aseguranza provista por _____ Por favor explique las restricciones de la aseguranza para aparatos y moldes auditivos y ajuste _____

Ingresos

Total de ingresos de esta casa en los últimos 12 meses: \$ _____

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

Gastos

Numero de miembros de la familia que viven en su casa: _____

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 hipotecario, 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 ayuda _____ x \$100 x el número de meses _____ = _____

Responsabilidades de los padres

Si su niño(a) es elegible, y hay fondos disponibles, usted recibirá aparatos y moldes auditivos. *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* para ser usada para determinar elegibilidad, certeza de calidad, y revisión de uso.

Padre o Tutor: _____ Fecha _____

Hearing Aids/CI Processer or Repairs

Audiologist Please Complete this Section

Child's Name: _____ Date of Birth: _____
 Date of Request: _____ Audiologist's Name: _____
 Facility/Agency _____ Address _____
 Phone Number: ____-____-____ Fax Number: ____-____-____ Email: _____

Audiologist Responsibility:

- Follow the current Arizona Pediatric Audiology guidelines for eligibility and fitting.
- Provide HEAR for Kids® with patient records and proof of expense and income, if requested.
- Provide appropriate follow up as needed for one year after fitting at no additional charge.
- Inform the family on recommended specialty care for newly identified hearing losses.

Determine eligibility by subtracting amount in the **Expenses** section from the amount in the **Income** section and reviewing the following chart (current as of 4/11).

Number in Family	Annual Income	Number in Family	Annual Income	Number in Family	Annual Income
1	\$16,335	3	\$27,795	5	\$39,255
2	\$22,065	4	\$33,525	6	\$44,985

For each additional person, add \$5,730

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 authorization will be emailed to the audiologist. Order using EFAz Purchase Order and Account # but ship to you. If the family does not meet the qualifications but there are special circumstances, call Lylis Olsen at (602) 690-3975.

1. Review the list of Vendors currently on contract with HEAR for Kids®.
HEARING AIDS: AVR Sonavation, Oticon, Phonak, Siemens, Starkey, Unitron, Widex
EARMOLDS: All American, Emtech, Pacific Coast Labs, Westone, Cochlear
Note: Contracts have been established only with the previously listed vendors. If an off-contract vendor is required to appropriately fit the child, please call to discuss alternatives.
2. Complete the following information for the child's hearing aids.
Number of Hearing Aids Requested 1 2
 Hearing Aid/CI: _____ (Manufacturer) _____ (Model)
 Earmolds _____ (Manufacturer)
 Repairs to Hearing Aids or Cochlear Implant parts to be ordered _____
3. Request \$150 fitting fee? Yes No *(Fee only allowed if not covered by other payor or agency.)*
4. Fax *both* sides of this form to HEAR for Kids at (602) 296-0425.
5. If you have questions call Lylis Olsen at (602) 690-3975 or email lylisolsen@msn.com
6. HEAR for Kids® will fax or email authorization with account and PO numbers, usually within 48 hours.