



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

- Specify which Voucher is being requested:
 Audiology Eval. Unsedated ABR/ASSR Sedated ABR/ASSR CI Programming
- 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 Enrolled KidsCare Yes No
 Indian Health Services Yes No Other Health Insurance Yes No
- 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, 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.

- Fax *both* sides of this form to HEAR for Kids at (602) 296-0425.
- If you have questions you can call Lylis Olsen at (602) 690-3975 or email lylisolson@msn.com
- 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.
- 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.