

## HEARING AID ASSISTANCE PROGRAM APPLICATION

El Programa de Asistencia de Aparatos Auditivos (HAAP, en inglés) del Distrito de Columbia proporciona a los habitantes del Distrito de Columbia un reembolso de hasta \$500 para compensar el costo de comprar un aparato auditivo que no esté cubierto por el seguro.

Para ser elegible para este reembolso, los solicitantes deben:

- Proporcionar prueba de residencia en el Distrito de Columbia;
- Cumplir con al menos uno de los siguientes criterios:
  - Tener de 0 a 14 años
  - Tener 65 años o más
  - Tener una discapacidad
- Tener un ingreso bruto anual del hogar de menos de \$100,000 (consulte las pautas a continuación);
- Proporcionar un recibo de un aparato auditivo de un proveedor autorizado de dispositivos médicos; y
- Proporcionar una declaración escrita de un médico que confirme la necesidad médica de obtener un aparato auditivo o tener la Sección de autorización médica llena y firmada por un médico.

Persona(s) en el hogar	Lineamientos de pobreza del D.C. (Anual)					
	100%	133%	138%	150%	200%	250%
1	\$12,760	\$16,971	\$17,609	\$19,140	\$25,520	\$31,900
2	\$17,240	\$22,929	\$23,791	\$25,860	\$34,480	\$43,100
3	\$21,720	\$28,888	\$29,974	\$32,580	\$43,440	\$54,300
4	\$26,200	\$34,846	\$36,156	\$39,300	\$52,400	\$65,500
5	\$30,680	\$40,804	\$42,338	\$46,020	\$61,360	\$76,700
6	\$35,160	\$46,763	\$48,521	\$52,740	\$70,320	\$87,900
7	\$39,640	\$52,721	\$54,703	\$59,460	\$79,280	\$99,100
8	\$44,120	\$58,680	\$60,886	\$66,180	\$88,240	\$100,00

Para ser considerado para el reembolso de HAAP, se debe presentar la solicitud completa con la documentación de respaldo necesaria. Las solicitudes se pueden enviar por correo electrónico a [tmoses@smsllcgroup.com](mailto:tmoses@smsllcgroup.com) o por correo postal a Strategic Management Services, LLC, 137 National Plaza, Suite, 300, National Harbor, MD 20745.

**SECCIÓN I: Información general (escriba con claridad)**

Fecha de solicitud: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del solicitante: \_\_\_\_\_ Edad del solicitante: \_\_\_\_\_

Género del solicitante:  Masculino  Femenino  Otro \_\_\_\_\_

Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Dirección postal del solicitante en el DC: \_\_\_\_\_ N.º de apto: \_\_\_\_\_

Ciudad: Washington Estado: DC Código postal: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono celular/móvil: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Raza del solicitante:

Indio americano o nativo de Alaska

Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico

Asiático

Blanco

Negro o afroamericano

Otra \_\_\_\_\_

Etnia del solicitante:  Hispano/latino  No hispano/latino

¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor el nivel más alto de educación alcanzado por el solicitante?

Nunca asistió a la escuela o solo asistió al kindergarten  Grado 12 o Examen de desarrollo de educación

Grados 1 a 8 (primaria)  general (GED) (graduado de secundaria)

Grados 9 a 11 (parte de estudios en escuela secundaria)  1 a 3 años de universidad (parte de estudios universitarios o educación técnica)

4 años o más (graduado universitario)

Prefiere no responder

¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor la situación laboral del solicitante?

Empleado asalariado

Amo/a de casa

Trabajador independiente

Estudiante

Desempleado por menos de 1 año

Jubilado

Desempleado por 1 año o más

Incapaz de trabajar

Nombre del empleador actual del solicitante:  
\_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo lleva empleado allí el solicitante? \_\_\_\_\_ (años) \_\_\_\_\_ (meses)

Nombre del padre/madre/tutor: \_\_\_\_\_

**SECCIÓN I.A: Información del padre/madre/tutor. Si el solicitante es menor de 18 años, complete esta sección para el padre/madre/tutor (escriba con claridad).**

Relación con el solicitante: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono celular/móvil: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor la situación laboral del **padre/madre/tutor**?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Empleado asalariado            | <input type="checkbox"/> Estudiante           |
| <input type="checkbox"/> Trabajador independiente       | <input type="checkbox"/> Jubilado             |
| <input type="checkbox"/> Desempleado por menos de 1 año | <input type="checkbox"/> Incapaz de trabajar  |
| <input type="checkbox"/> Desempleado por 1 año o más    | <input type="checkbox"/> Se rehúsa a informar |
| <input type="checkbox"/> Amo/a de casa                  |   |

Nombre del empleador actual del **padre/madre/tutor**:

\_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo lleva el **padre/madre/tutor** empleado allí? \_\_\_\_\_ (años) \_\_\_\_\_ (meses)

**Sección II: Información financiera y del hogar**

Número de personas que viven en el hogar del solicitante: \_\_\_\_\_

(El hogar se define como todos aquellos que viven juntos o dependen los unos de los otros).

¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor los ingresos anuales del hogar?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Menos de \$10,000      | <input checked="" type="checkbox"/> De \$30,001 a \$35,000 |
| <input type="checkbox"/> De \$10,000 a \$15,000 | <input type="checkbox"/> De \$35,001 a \$50,000            |
| <input type="checkbox"/> De \$15,001 a \$20,000 | <input type="checkbox"/> De \$50,001 a \$75,000            |
| <input type="checkbox"/> De \$20,001 a \$25,000 | <input type="checkbox"/> De \$75,001 a \$100,000           |
| <input type="checkbox"/> De \$25,001 a \$30,000 |  |

Cantidad de personas que dependen de este ingreso y sus respectivas edades:

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Sección III: Información de salud**

¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor la situación del solicitante en cuanto a seguro?

- Asegurado
- Sin seguro
- Desconocido

Si está asegurado, ¿qué tipo de seguro médico tiene el solicitante?

- Alliance
- Medicaid
- Medicare
- Otro seguro público \_\_\_\_\_
- Seguro privado
- Ninguno/No tiene seguro médico
- Desconocido

¿El solicitante tiene una discapacidad actualmente?

- Sí
- No
- Desconocido

En caso afirmativo, ¿cuál de las siguientes opciones describe mejor la discapacidad del solicitante?

- Sistema musculoesquelético
- Sentidos especiales y habla
- Trastornos respiratorios
- Sistema cardiovascular
- Sistema digestivo
- Trastornos genitourinarios
- Trastornos hematológicos
- Otro \_\_\_\_\_
- Trastornos de la piel
- Trastornos endocrinos
- Trastornos congénitos
- Trastornos neurológicos
- Trastornos mentales
- Cáncer (enfermedad neoplásica maligna)
- Trastornos del sistema inmunitario

¿El solicitante tiene diagnosticada actualmente alguna enfermedad crónica?

- Sí
- No
- Desconocido

En caso afirmativo, seleccione cuál afección o afecciones crónicas tiene de las siguientes

opciones:

- Enfermedad cardíaca
- Cáncer
- Diabetes
- Otra(s) (indique a continuación): \_\_\_\_\_
- Presión arterial alta
- Obesidad

## HEARING AID ASSISTANCE PROGRAM APPLICATION

- Sí  
 No

¿El solicitante tiene actualmente un aparato auditivo?

- Sí  
 No

En caso afirmativo, mes/año en que recibió el aparato: \_\_\_\_\_ Costo:

\_\_\_\_\_  
(Adjunte el recibo)

¿Cómo se enteró el solicitante sobre HAAP? \_\_\_\_\_

### Sección IV: Autorización médica (*debe ser completada por un médico*)

He evaluado a (*escriba el nombre del solicitante*): \_\_\_\_\_  
y encontré que el solicitante tiene una pérdida auditiva que lo hace candidato para un aparato auditivo, y que no existen contraindicaciones médicas para la amplificación.

Nombre del médico (*en letra de imprenta*): \_\_\_\_\_

Dirección del médico: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_

Número de teléfono del médico: \_\_\_\_\_ N.º de NPI: \_\_\_\_\_

Firma del médico: \_\_\_\_\_

**Sección V: Certificación**

Por medio de la presente certifico que, a mi leal saber y entender, la información en esta solicitud con respecto a mi información financiera y recursos, tamaño de familia y seguro, es verdadera y correcta. Autorizo a DC Health a verificar esta información, y entiendo que cualquier declaración que se considere falsa puede resultar en que yo o mi dependiente, seamos descalificados de recibir el reembolso.

Nombre del solicitante (*en letra de imprenta*): \_\_\_\_\_

Firma del solicitante (*padre/madre/tutor si es menor de 18 años*): \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**Sección VI: Archivos adjuntos**

- Prueba de residencia
- Prueba de ingresos
- Recibo de compra del aparato auditivo
- Nota del médico