Querido Paciente,

Gracias por contactar a Escuchando la Llamada - Colorado (Hearing the Call - Colorado) para recibir asistencia con salud auditiva. Estamos muy contentos de que Usted haya aprendiendo acerca de nuestro programa, y estamos emocionados de comenzar a servirle durante todas sus necesidades de salud auditiva.

Escuchando la Llamada - Colorado (Hearing the Call - Colorado) es una organización sin fines de lucro 501c3 establecida para satisfacer las necesidades auditivas de residentes de Colorado de bajos ingresos. Nosotros proveemos servicios de audición por un precio reducido que se determinará a base de un sistema de escala móvil basado en el tamaño del hogar y los ingresos. Nuestro objetivo es lograr mejorar la salud auditiva a un bajo precio y mas accesible para nuestros pacientes. Esta asistencia viene de donaciones de audiólogos y donadores de todo Colorado y Los Estados Unidos. Les pedimos a todos los participantes repaguen la generosidad a través del compromiso de horas de voluntariado en la organización benéfica de su elección.

Para calificar a nuestro programa, debe cumplir con ciertos criterios financieros basados en las Polizas de Pobreza Federal. Por favor tómese unos minutos para revisar este paquete que incluye la solicitud. Se adjunta una copia de nuestro formulario de admisión de pacientes, divulgación de HIPAA, formulario de elegibilidad y consentimiento, y lista de documentos requeridos.

Por favor complete el formulario de admisión (ambos lados), el formulario de divulgación, elegibilidad y consentimiento de HIPAA, y envíe una copia de la documentación requerida dentro de los próximos 90 días. Su privacidad es de suma importancia para nosotros y estos documentos solo seran analizados para determinar su elegibilidad. Una vez que los documentos hayan sido revisados y aceptados por nuestra junta, recibirá una notificación de que podrá comenzar su proceso de salud auditiva. Si tiene alguna pregunta sobre este proceso o sobre el papeleo obligatorio, no dude en llamarnos. También estaremos encantados de hacer una preselección por teléfono para determinar si cumple o no con los criterios de ingresos antes de devolver la documentación. Puede comunicarse con nosotros dejando un mensaje en nuestra línea directa al: 720-593-0898. También puede comunicarse con nosotros por correo electrónico en colorado@hearingthecall.org

Sinceramente,

Conectando personas a personas y personas a la comunidad

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento Mes/Día/Año\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección de Hogar\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono de Casa # \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono Móvil # \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono del Trabajo # \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número de Seguridad Social\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sexo M F

Correo Electrónico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ocupación\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numero de familiars en el Hogar (por favor marque) 1 2 3 4 5 6 7 8 9+ \_\_\_

Estado Civil\_\_ Casado \_\_ Soltero \_\_Divorciado \_\_ Viudo \_\_ Asociación Doméstica

Cómo calificaría su audición en una escala del 1 a 10 con 1 el peor y 10 el mejor?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Contacto de emergencia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número de teléfono # \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Relación con el paciente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Médico de atención primaria \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número de teléfono # \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Referido por \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tipo de seguro: Ninguno Medicaid Otro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Poliza de no discriminación: Es la obligación y la poliza de todas las oficinas de Entheos Audiology Cooperative Colorado participantes y de Escuchando la Llamada - Colorado (Hearing the Call - Colorado), que no discriminamos a ninguna persona por motivos de raza, edad, sexo, religión, identidad o expresión de género, orientación sexual, origen nacional, y / o discapacidad física o mental en la admisión, participación o recepción de servicios y beneficios de cualquiera de sus programas y actividades o para el empleo.

POR FAVOR LEA DETENIDAMENTE Y FIRME ABAJO

\_\_ Doy permiso a mi Centro de Audiología y Audición para divulgar información, verbal y escrita, contenida en mi registro médico. y otra información relacionada, a mi compañía de seguros, enfermera de rehabilitación, administrador de casos, abogado, empleador, proveedores de atención médica relacionados, cesionarios y / o beneficiarios y todas las demás personas relacionadas. La información sin identificadores de pacientes se puede utilizar con fines de calidad, investigación o informes a los financiadores.

\_\_ Reconozco que he recibido y revisado la Poliza de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) de esta oficina.

\_\_ Entiendo y acepto que soy responsable en última instancia del saldo de mi cuenta por servicios profesionales o compras prestados. Entiendo que puedo solicitar documentación para presentarla a mi seguro o plan de salud por mi cuenta y que Escuchando la Llamada - Colorado no enviará esto por mí.

\_\_ He leído toda la información en esta hoja y he completado las respuestas anteriores, certifico que esta información es verdadera y correcta para lo mejor de mi conocimiento y por la presente le doy permiso a mi Centro de Audiología y Audición para tratar mis inquietudes.

\_\_ La FDA ha determinado que lo mejor para mi salud es tener una evaluación médica por parte de un médico autorizado (preferiblemente un médico que se especializa en enfermedades del oído) antes de comprar audífonos, he estado aconsejado por mi audiólogo y Centro de Audición y / o sus agentes sobre esta determinación y por la presente renuncio a este requisito.

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

Información Demográfica

Gracias por tomarse el tiempo para completar la siguiente encuesta. La información recopilada será confidencial (consulte nuestro divulgación de HIPAA). La información obtenida a continuación no se utilizará para determinar la elegibilidad para nuestros servicios, pero puede ser utilizada estrictamente en la recopilación de datos generales y / o informes sobre la naturaleza y el alcance de nuestro trabajo como organización sin fines de lucro. Esta información nos ayuda a identificar las disparidades en nuestra comunidad y a ayudar a hacer esfuerzos informados de mejorar calidad. Debido a que nuestra organización es sin fines de lucro, confiamos en fuentes de financiamiento público para que podamos continuar a proveer servicios y atención médica auditiva a los residentes de nuestra comunidad con seguro insuficiente, de bajos ingresos y sin seguro. Al completar nuestra encuesta, nos ayuda a determinar la necesidad y a ayudarnos a proveerle mejor estos servicios y otros en nuestra comunidad. Gracias por su tiempo. Encierre en un círculo las respuestas correspondientes a continuación:

¿Tiene alguna discapacidad física y / o mental diagnosticada? Sí o No

En caso afirmativo, describa brevemente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Cuál es su identidad de género? M F

¿Cuál es su edad? 18-24 25-34 35-44 45-55 56-65 66-79 Más que 80

¿Cuál es su nivel más alto de educación completado?

Menos que Colegio Diploma/GED Alguna Universidad Título de 2 Años Título de 4 Años Maestría Doctorado

Ingreso Anual del Hogar (marque) menos que $10,000 $10,000 a $18,000 $19,000 a $25,000 más que $26,000 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Cuál es su idioma principal? Ingles Español Lenguaje de Signos Americano (ASL) Birmano

¿Cuál es su idioma secundario (si corresponde)?

Ingles Español Lenguaje de Signos Americano (ASL) Birmano

¿Utiliza un intérprete para sus visitas médicas o visitas de bienestar? Sí No A veces

Si respondió que sí o a veces, ¿qué tipo de intérprete? Lenguaje de Signos Americano (ASL) o Idioma hablado

¿Cómo llega a sus visitas médicas o visitas de bienestar? Coche Compañero Transporte público Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Cuál es su identidad racial principal? (Encierre en un círculo todas las que correspondan)

Africano Afroamericano Birmano/Karino Asiático Caucásico Hispano Medio este

Nativo Americano Otra raza no listada: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No especificado

Elijo proporcionar solo información parcial arriba.

Elijo no proporcionar ninguna información arriba.

Inicial \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Revisado el 8 de septiembre 2020

Formulario de elegibilidad y consentimiento

Para ser completado por el solicitante:

Escuchando la Llamada - Colorado (Hearing the Call - Colorado) está disponible para niños y adultos en Colorado que han sido diagnosticado con pérdida auditiva.

Se deben cumplir los siguientes requisitos de elegibilidad para inscribirse en este proyecto:

Diagnosticado con pérdida auditiva en uno o ambos oídos

Ingresos que no excedan el 250% por encima de la línea de pobreza

Vive dentro del estado de Colorado

Capacidad para completar un total de 10 horas de servicio comunitario

Al firmar este formulario, certifico que:

1. Cumplo con todos los requisitos de elegibilidad de Escuchando la Llamada - Colorado (Hearing the Call - Colorado) enumerados anteriormente.
2. Toda la información financiera que presenté para la elegibilidad del programa era veraz y precisa para lo mejor de mi conocimiento.
3. No retengo ninguna información financiera solicitada que se solicitó como parte de la solicitud del programa.
4. Doy mi consentimiento para inscribirme y recibir servicios a través de Escuchando la Llamada - Colorado (Hearing the Call - Colorado), en colaboración con Escuchando la Llamada (Hearing the Call), una organización 501 (c) (3).
5. Doy mi consentimiento para permitir que Escuchando la Llamada - Colorado (Hearing the Call - Colorado) vea mi información financiera personal para el propósito de determinar si cumplo con los requisitos de elegibilidad financiera de Escuchando la Llamada - Colorado (Hearing the Call - Colorado).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de Paciente/Guardián Fecha

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma de Paciente/Guardián

Lista de verificación de documentos de elegibilidad

Por favor haga copias de los siguientes elementos que se apliquen a usted y a su hogar, y

reenvielos a nuestra oficina dentro de 90 días. Incluya documentos para todos los adultos mayores de 18 años viviendo en el hogar. Incluya solo comprobante de ingresos de seguridad social / discapacidad si el niño es menor de 18 años.

Nombre del solicitante Fecha de Nacimiento

Artículo Notas

Formulario de Admisión (ambos lados) Sí No

Copia de Licencia de Conducir o Identificación Estatal Sí No

Identificación de Medicaid / Información del Seguro Sí No Aplica

Recibos de Pago Más Recientes (se necesitan al menos 2) Sí No Aplica

Comprobante de Ingresos de Manutención de Hijos / de Esposo Sí No Aplica

Declaración de Impuestos Sobre los Ingresos Más Reciente (últimos dos años) Sí No Aplica

Extracto Bancario (de los últimos 60 días) Sí No Aplica

IRA / Ingresos por Inversiones / 401K / Acciones / Bonos o Otros Activos Sí No Aplica

Comprobante de Residencia (factura de servicios públicos, arrendamiento u otro) Sí No Aplica

Comprobante de Ingresos del Seguro Social o Por Discapacidad

Comprobante de Ingresos por Desempleo

Comprobante de TANF, Ingresos por Asistencia Financiera o Cupones de Alimentos

Comprobante de Circunstancia Atenuante y / o Dificultades (como pagos de facturas médicas)

\*Para calificar para el programa, los ingresos de su hogar no deben exceder el 250% encima de las Directrices de Pobreza Federal 2020

Hogar de 1: $31,900.00 Hogar de 5: $76,700.00

Hogar de 2: $43,100.00 Hogar de 6: $87,900.00

Hogar de 3: $54,300.00 Hogar de 7: $99,100.00

Hogar de 4: $65,500.00 Hogar de 8: $110,300.00

\* No puede tener más de $ 10,000 en reservas de efectivo y / o ahorros

\* No puede tener más de $ 50,000 en finanzas accesibles en jubilación y / o inversions

\* Se requiere comprobante de ingresos y bienes del hogar. "Hogar" se define como cualquier persona que viven juntos en la misma residencia (independientemente de la relación familiar) que compran, comparten y / o preparar la comida juntos. Si un adulto mayor de 18 años vive en la casa y paga la renta / gastos compartidos (debe estar documentado), él / ella puede ser clasificado como huésped y su parte de la renta solo será atribuido como ingreso al hogar.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con nosotros por correo electrónico a colorado@hearingthecall.org

\* Los materiales de la solicitud solo los pueden ver los miembros de la Junta de Solicitud de Escuchando la Llamada - Colorado (Hearing the Call - Colorado).

\* Cuando se determina la elegibilidad, se tritura todo el papeleo financiero y de solicitud.

\* Los nombres y direcciones de los solicitantes nunca se venden ni se comparten con otros.

\* Se puede solicitar un informe de crédito.

Autorización de HIPAA para el uso y divulgación de información médica

Nombre del Paciente: \_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_

Solicito y autorizo ​​a Escuchando la Llamada - Colorado (Hearing the Call - Colorado) a divulgar mi información médica protegida como se describe a continuación. Entiendo que si la persona / organización autorizada para recibir y usar la información no es un plan de salud o proveedor de atención médica, como fabricantes de aparatos auditivos, empresas de moldes auditivos o grupos de compra, es posible que la información divulgada ya no esté protegida por la privacidad federal

regulaciones. Doy mi consentimiento para que Escuchando la Llamada - Colorado (Hearing the Call - Colorado) libere la salud protegida como se detalla a continuación.

Mi información médica protegida puede ser utilizada o divulgada a los siguientes medios:

1. ¿Enviar recordatorios de citas a su casa / correo electrónico? Sí \_\_ No \_\_
2. ¿Dejar la siguiente información en el correo de voz de su casa, celular o trabajo?

Información de la Cita Sí \_\_ No \_\_

Información de la Facturación Sí \_\_ No \_\_

Información Médico Sí \_\_ No \_\_

Doy mi permiso para compartir la siguiente información con las personas que se enumeran a continuación:

Nombre: \_\_\_ Relación: \_\_\_

Cita: Sí \_\_ No \_\_ Facturación: Sí \_\_ No \_\_ Médico: Sí \_\_ No \_\_

Reconozco que recibí una copia de Aviso de Prácticas de Privacidad de Escuchando la Llamada - Colorado (Hearing the Call - Colorado). Además, reconozco que una copia del aviso actual se publicará en el área de recepción de cada oficina participante individual, en Escuchando la Llamada - Colorado (Hearing the Call - Colorado) página web y que se me ofrecerá una copia de cualquier aviso de prácticas de privacidad enmendado en cada cita.

Este Aviso me informa cómo Escuchando la Llamada - Colorado (Hearing the Call - Colorado) utilizará mi información médica para los fines de mi tratamiento y / o pago por mi tratamiento. Este Aviso explica con más detalle cómo Escuchando la Llamada - Colorado (Hearing the Call - Colorado) puede usar y compartir mi información médica para otras operaciones que no sean de tratamiento, pago y atención médica. Escuchando la Llamada - Colorado (Hearing the Call - Colorado) también usar y compartir mi información médica según lo requiera / permita la ley.

Entiendo que tengo derecho a solicitar restricciones sobre cómo mi información médica protegida puede ser utilizada o divulgada por Escuchando la llamada – Colorado (Hearing the Call - Colorado). Entiendo que esta autorización está en vigor hasta que se reciba una notificación por escrito de revocación. Yo puedo revocar esta autorización en cualquier momento proporcionando un aviso de revocación por escrito a por Escuchando la llamada – Colorado (Hearing the Call - Colorado), 195 S. Main St. Suite 8, Longmont, CO 80501. Entiendo que la revocación de esta autorización no afectará ninguna acción que tomó la entidad antes mencionada confianza en esta autorización antes de que la entidad antes mencionada reciba mi notificación por escrito de revocación.

Autorizo ​​a por Escuchando la llamada – Colorado (Hearing the Call - Colorado) el uso y la divulgación de mi información médica protegida como se describe anteriormente. Entiendo que

esta autorización es voluntaria y que por Escuchando la llamada – Colorado (Hearing the Call - Colorado) no puede condicionar mi tratamiento, servicios, etcétera a la firma de este

autorización. Entiendo que si firmo en nombre de un niño menor, esta autorización vencerá cuando el niño alcance el 18 años, a menos que exista prueba de la tutela legal.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_

Nombre impreso del paciente o representante personal Fecha

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_

Firma del paciente o representante personal Fecha

Para obtener ayuda para completar el formulario de autorización, comuníquese con info@longmonthearing.com