



Estimado Paciente,

Gracias por comunicarse con Hearing the Call - Delaware Valley (HTC-DV) para obtener asistencia para el cuidado de la audición. Estamos muy contentos de que haya aprendido sobre nuestro programa y esperamos poder brindarle servicios para su salud auditiva.

PA Center for Hearing and Balance se ha asociado con Hearing the Call - Delaware Valley. Una organización sin fines de lucro 501c3 establecida para satisfacer las necesidades auditivas de los residentes de Pensilvania de bajos ingresos. Brindamos servicios de audición por una tarifa reducida que se determinará según el tamaño del hogar y los ingresos. Nuestro objetivo es ayudar a que la atención auditiva sea más asequible y accesible para nuestros pacientes. Esta ayuda proviene de donaciones de audiólogos y donantes de Pensilvania y Estados Unidos. Pedimos a todos los participantes que paguen esta generosidad a través del compromiso de horas de voluntariado en la organización benéfica que elijan.

Para calificar para nuestro programa, debe cumplir con ciertos criterios financieros basados en las Pautas Federales de Pobreza. Tómese unos minutos para revisar este paquete que incluye los requisitos de documentación.

- Formulario de admisión de pacientes
- Formulario de divulgación
- Elegibilidad y lista de de documentos requeridos
- Consentimiento de Video y Fotografía
- HIPAA

Su privacidad es de suma importancia para nosotros y estos documentos solo son para determinar su elegibilidad. Una vez que los documentos hayan sido revisados y aceptados, recibirá una notificación. Si tiene alguna pregunta sobre este proceso o sobre la documentación requerida, no dude en comunicarse con nosotros.

Entrega en persona: 905 W. Sproul Road Suite 201, Springfield PA 19064

Por Correo: 130 S. State Rd Suite 201, Springfield PA 19064

Correo Electrónico: info@Pacenterforhearing.com

Fax: 484-470-6001

Hearing the Call - Delaware Valley
info@pacenterforhearing.com

Connecting People to People and People to Community



Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____
mes/día/año

Domicilio _____
Calle Ciudad, Estado, Código Postal

Número de Teléfono: _____ Teléfono móvil: _____

Seguro Social: _____ Sexo: M F Correo Electrónico: _____

Empleo: _____ Número de personas viviendo en su hogar: _____

Estado Civil: Casado(a) _____ Soltero(a) _____ Divorciado(a) _____ Viudo(a) _____ Pareja Doméstica _____

¿Cómo calificaría su audición en una escala del 1 al 10. Siendo 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: _____

Cómo se enteró de nuestro programa: _____

Seguro Medico: Ninguno Medicaid Medicare Otro: _____

Política de no discriminación: Es el compromiso y la política de Hearing the Call-Delaware Valley no discriminar 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.

****POR FAVOR LEA DETENIDAMENTE Y FIRME ABAJO ****

___ Doy permiso al PA Center for Hearing and Balance y HTC - DV para divulgar información, verbal y escrita, contenida en mi historial médico y otra información relacionada, a mi compañía de seguros, administrador de casos, abogado, empresa, atención médica relacionada proveedores, 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 patrocinadores.

___ Reconozco que he recibido y revisado la política 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. Entiendo que puedo solicitar documentación para enviarla a mi seguro o plan de salud por mi cuenta y que HTC -DV no la enviará por mí.

___ He leído toda la información en este formulario y he contestado las respuestas anteriores, certifico que esta información es verdadera y correcta según mi saber y entender y por la presente doy permiso a PA Center for Hearing and Balance y HTC-DV a brindarme tratamiento.

___ El FDA ha determinado que lo mejor para mi salud es tener una evaluación médica por parte de un médico (preferiblemente un médico que se especialice en enfermedades del oído) antes de comprar audífonos. Mi audiólogo, PA Center for Hearing and Balance, HTC-DV y / o sus agentes me han informado acerca de esta determinación y por la presente renuncio a este requisito.

He leído y entiendo toda la información anterior.

Firma : _____ Fecha: _____

Información Demográfica

La siguiente información será confidencial (consulte nuestra divulgación de HIPAA). La información obtenida a continuación no se utilizará para determinar la elegibilidad para nuestros servicios, pero puede usarse 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 disparidades en nuestra comunidad y a realizar esfuerzos informados para mejorar la calidad. Debido a que nuestra organización es sin fines de lucro, dependemos de fuentes de financiamiento público para poder continuar brindando servicios y atención médica auditiva a los residentes de nuestra comunidad, sin seguro médico y de bajos ingresos. Al completar nuestra encuesta, nos ayuda a determinar la necesidad y a brindarnos mejor estos servicios a usted y a otras personas de nuestra comunidad. Gracias por tu tiempo.

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

En caso afirmativo, describa brevemente: _____

¿Cuál es tu identidad de género? Hombre Mujer Otro: _____

¿Edad? 18-24 25-34 35-44 44-55 56-65 66-79 80+

¿Cuál es su nivel de educación? Escuela Primaria Escuela Secundaria/GED
Escuela Superior/Community College (2 años) Escuela Superior/Universidad (4 años) Maestría Doctorado

Ingreso Anual del Hogar: Menos de \$10,000 \$10,000 - \$18,000 \$19,000-\$25,000 \$26,000+

Primer Idioma: _____ **Segundo Idioma::** _____

¿Utiliza un intérprete para sus visitas médicas? Si No Otro: _____

¿Cómo llega a sus visitas médicas? Auto Amigo Transporte Publico Otro: _____

¿Cuál es su identidad racial? Negro o Afroamericano Blanco Hispano o Latino Asiático
Nativo de Hawaii o Islas del Pacífico Indígena de las Américas o Nativo de Alaska
Otro: _____

Prefiero no contestar _____

INICIALES _____

Revised November 01, 2022



Formulario de elegibilidad y consentimiento

Solicitante:

Hearing the Call Delaware Valley está disponible para niños y adultos en Pensilvania a quienes se les haya diagnosticado una 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 del umbral de pobreza.
- Vive en el estado de Pensilvania.
- Capacidad para completar un total de 10 horas de servicio comunitario.

Al firmar este formulario, certifico que:

- 1) Cumpro con todos los requisitos de elegibilidad de HTC-DV enumerados anteriormente.
- 2) Toda la información financiera que presenté para la elegibilidad del programa fue veraz y precisa a mi saber y entender.
- 3) Si NO se presentó documentación financiera, certifico que NO existe dicha documentación.
- 4) No retengo ninguna información financiera solicitada que se solicitó como parte de la solicitud del programa.
- 5) Doy mi consentimiento para inscribirme y recibir servicios a través de Hearing the Call Delaware Valley, en colaboración con Hearing the Call, una organización 501 (c) (3).
- 6) Doy mi consentimiento para permitir que Hearing the Call Delaware Valley vea mi información financiera personal con el fin de determinar si cumpro con los requisitos de elegibilidad financiera de HTC-DV.

Paciente/Tutor/Responsable

Fecha



Lista de documentos de elegibilidad

Por favor haga copias de los siguientes documentos que se apliquen a usted y su hogar, y entreguelos a nuestra oficina. Incluya los documentos de todos los adultos mayores de 18 años que viven en el hogar. Incluya solo comprobante de ingresos del seguro social / discapacidad si el paciente es menor de 18 años.

Nombre del Solicitante: _____ **Fecha de Nacimiento** _____

| | SI | NO |
|--|-----------|-----------|
| Copia de la licencia de conducir o identificación estatal | _____ | _____ |
| Identificación de Medicaid/Seguro Médico | _____ | _____ |
| Recibos de pago más recientes (se necesitan al menos 2) | _____ | _____ |
| Prueba de manutención de los hijos o manutención conyugal | _____ | _____ |
| Declaración de impuestos más reciente (últimos dos años) | _____ | _____ |
| Balance de cuentas bancario (de los últimos 60 días) IRA / | _____ | _____ |
| Ingreso de inversiones / 401K / Acciones / Bonos o | _____ | _____ |
| o otros activos. | _____ | _____ |
| Comprobante de residencia (factura de servicios públicos, | _____ | _____ |
| arrendamiento, etc.) | _____ | _____ |
| Comprobante de ingresos del Seguro Social o por discapacidad | _____ | _____ |
| Comprobante de ingresos por desempleo | _____ | _____ |
| Comprobante ingresos por asistencia financiera o | _____ | _____ |
| cupones para alimentos | _____ | _____ |
| Prueba de circunstancias atenuantes y / o dificultades | _____ | _____ |
| (como pagos de facturas médicas) | _____ | _____ |

Para calificar para el programa, los ingresos de su hogar no deben exceder el 250% por encima de las Pautas federales de pobreza

Número de personas en el hogar:

| | | | |
|-----------|-------------|-----------|--------------|
| 1: | \$33,975.00 | 5: | \$81,175.00 |
| 2: | \$45,775.00 | 6: | \$92,975 |
| 3: | \$55,575.00 | 7: | \$104,775 |
| 4: | \$69,375.00 | 8: | \$116,575.00 |

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

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

** Se requiere comprobante de ingresos y bienes del hogar. "Hogar" se define como cualquier individuo que viven juntos en la misma residencia (independientemente de la relación familiar) que compran, comparten y / o preparan alimentos juntos. Si un adulto mayor de 18 años vive en la casa y paga el alquiler / gastos compartidos (debe estar documentado), puede ser clasificado como huésped y su parte del alquiler sólo se atribuye como ingreso al hogar.*

Si tiene alguna pregunta, contáctenos por correo electrónico a info@pacenterforhearing.com

** Los materiales de la solicitud solo los pueden ver los miembros de la Junta de Solicitud de Hearing the Call - Delaware Valley.*

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

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

** Se puede solicitar un informe de crédito.*



HIPAA -Autorización para el uso y divulgación de información médica

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Con el fin de diagnosticar o brindarme atención y tratamiento auditivos, doy mi consentimiento para el uso o divulgación de mi información médica protegida (incluidos los audiogramas) a los siguientes:

- PA CENTER FOR HEARING AND BALANCE
- HEARING THE CALL
- _____
- _____
- _____

Entiendo que el diagnóstico o tratamiento por parte de los Proveedores puede estar condicionado a mi consentimiento como lo demuestra mi firma en este documento.

También doy mi permiso para compartir información con las siguientes personas::

Nombre: _____ Relación: _____

Reconozco que recibí una copia de las prácticas de privacidad de Hearing the Call - Delaware Valley. Además, reconozco que se publicará una copia del aviso actual en el área de recepción de cada oficina participante individual, en la página de internet PA Center for Hearing and Balance y que se me ofrecerá una copia de cualquier Aviso de prácticas de privacidad enmendado en cada cita.

Este Aviso me informa cómo Hearing the Call - Delaware Valley utilizará mi información médica para los fines de mi tratamiento y / o el pago de mi tratamiento. Este Aviso explica con más detalle cómo Hearing the Call - Delaware Valley. puede usar y compartir mi información médica para otros fines que no sean el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica. Hearing the Call - Delaware Valley también usará y compartirá mi información médica según lo requiera / permita la ley.

Entiendo que tengo derecho a solicitar restricciones en cuanto a cómo Hearing the Call - Delaware Valley puede utilizar o divulgar mi información médica protegida. Entiendo que esta autorización está en vigor hasta que se reciba una notificación por escrito de la revocación. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento proporcionando una notificación por escrito de la revocación a Hearing the Call - Delaware Valley, 130 S. State Rd. Suite 201, Springfield PA 19064. Entiendo que la revocación de esta autorización no afectará ninguna acción que la entidad antes mencionada haya tomado en base a esta autorización antes de que la entidad antes mencionada reciba mi notificación de revocación por escrito.

Autorizo a Hearing the Call - Delaware Valley el uso y la divulgación de mi información médica protegida como se describe anteriormente. Entiendo que esta autorización es voluntaria y que Hearing the Call - Delaware Valley no puede condicionar mi tratamiento, servicios, etc. a la firma de esta autorización. Entiendo que si firmo en nombre de un niño menor de edad, esta autorización vencerá cuando el niño cumpla los 18 años, a menos que exista prueba de la tutela legal.

Nombre del paciente o representante personal Fecha

Firma del paciente o representante personal Fecha



PA Center for Hearing and Balance and Hearing the Call - Delaware Valley 905 W. Sproul Road Suite 201, Springfield PA, 19064

P (610) 438-5203 Fax (484) 470-6001

CONSENTIMIENTO Y DIVULGACIÓN DE VIDEO Y FOTOGRAFÍA

Yo, _____, por la presente doy permiso a PA Center for Hearing and Balance - Hearing the Call Delaware Valley (HTC-DV) para usar y reproducir mi imagen, semejanza, voz y nombre (colectivamente, "Imagen") y para autorizar a otros a usar mi Imagen de cualquier manera que HTC-DV elija en todos y cada uno de los medios ahora conocidos o en el futuro que se descubran o desarrollen, a perpetuidad, en todo el universo, incluyendo, entre otros, la reproducción de mi Imagen en publicaciones impresas, sitios web y transmisiones audiovisuales. Entiendo y acepto que HTC-DV será el propietario de todos los derechos sobre mi imagen, incluidos todos los derechos de autor.

Renunció expresamente a cualquier derecho que pueda tener de aprobación previa sobre cómo y dónde se usa mi Imagen y compensación y todos los derechos de privacidad y bajo cualquier estatuto federal o estatal que pueda aplicarse. Libero y despido para siempre a HTC-DV, y a sus respectivos funcionarios, empleados, agentes y otras personas que actúan dentro del alcance de su autoridad de todas y cada una de las reclamaciones o causas de acción, ahora conocidas o descubiertas más tarde, relacionadas con el uso o que surjan de él de mi Imagen, incluidos, entre otros, reclamos por invasión de la privacidad o apropiación indebida, derecho de publicidad y difamación que surjan del uso y explotación de mi Imagen.

Declaro que soy mayor de 18 años, que he leído este permiso, estoy completamente familiarizado con su contenido y significado, y se me ha dado la oportunidad de consultar a un abogado de mi elección antes de firmar este permiso y autorización.

Nombre del paciente o representante personal

Fecha

Firma del paciente o representante personal

Fecha