



Departamento de Servicios Humanos de New Jersey
 División para la Ceguera y Discapacidad Auditiva
PROYECTO DE AUDÍFONOS DE NEW JERSEY
Solicitud de elegibilidad, Formulario A



IMPORTANTE: Esta solicitud deber ser usada por solicitantes que son miembros del Programa de Asistencia Farmacéutica a Personas Mayores y con Discapacidades (PAAD, por sus siglas en inglés)

El Proyecto de Audífonos de New Jersey ofrece audífonos reacondicionados gratuitos a las personas que cumplen los requisitos del programa. El Proyecto de Audífonos es una iniciativa innovadora puesta en marcha por la División para la Ceguera y Discapacidad Auditiva (DDHH, por sus siglas en inglés) de New Jersey, en colaboración con la Universidad estatal de Montclair.

Elegibilidad del Programa:

- Debe tener una pérdida auditiva
- Debe ser mayor de 65 años O tener una discapacidad y recibir el Seguro por incapacidad de Seguro Social (SSDI, por sus siglas en inglés)
- Deber ser residente de New Jersey

LÍMITE DE INGRESOS PARA EL AÑO 2024:

Soltero: ser inferior a \$52,142

Casado: ser inferior a \$59,209

SECCIÓN 1: DEBE SER COMPLETADO POR EL SOLICITANTE

Este formulario se escaneará para la captura informatizada de datos. Siga las instrucciones para que la solicitud se tramita con rapidez y precisión.

- Solo use tinta azul o negra.
- Escriba claramente, en letras mayúsculas.
- Corregir los errores con corrector blanco líquido

Número de PAAD: _____

Apellido: _____ Sufijo (Jr., Sr., etc.): _____

Primer nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____
 Mes Día Año

Número de seguro social: _____ - _____ - _____

División para la Ceguera y Discapacidad Auditiva
 Proyecto de audífonos de New Jersey

Número de teléfono: _____ - _____ - _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

SECCIÓN 2: DEBE SER COMPLETADO POR UN DOCTOR.

This form will be scanned for computerized data capture. Please follow the instructions to ensure that the application is processed quickly and accurately.

- Use blue or black ink only.
- Print clearly, in uppercase letters.
- Correct errors with white correction fluid.

I HAVE EXAMINED THIS APPLICANT AND HAVE DETERMINED THE NECESSITY OF A HEARING AID.

Physician (Print Name) License Number: _____

Signature of Physician Date: _____

Business Address of Physician

Telephone Number: (_____) _____

SECCIÓN 3: DEBE SER COMPLETADO POR EL SOLICITANTE

CERTIFICACIÓN Y RENUNCIA DE LOS SOLICITANTES

Certifico que la información anterior es verdadera y exacta a mi leal saber y entender. Entiendo que, si se determina que se me ha concedido una prestación de forma indebida, se me exigirá el reembolso de dicha prestación. Entiendo que para verificar mi elegibilidad para el NJHAP puede ser necesario obtener cierta información de los registros del Programa de Asistencia Farmacéutica a Personas Mayores y con Discapacidades (PAAD, por sus siglas en inglés), y autorizo la divulgación de esa información. Por la presente, cedo al Estado de New Jersey cualquier derecho a la cobertura de dispositivos auditivos a la que pueda tener derecho en virtud de cualquier otro plan de asistencia o seguro de cualquier otro tercero responsable.

Certifico que actualmente no poseo un audífono apropiado para mi pérdida auditiva.

_____ Fecha: _____

Firma del solicitante

IMPORTANTE: Si está ayudando a otra persona a completar esta solicitud, rellene la parte siguiente.

Este formulario se escaneará para la captura informatizada de datos. Siga las instrucciones para que la solicitud se tramita con rapidez y precisión.

- Solo use tinta azul o negra.
- Escriba claramente, en letras mayúsculas.
- Corregir los errores con corrector blanco líquido

1. Marque una de las siguientes casillas en relación con el solicitante.

- | | |
|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Familiar | <input type="checkbox"/> Defensor |
| <input type="checkbox"/> Amigo | <input type="checkbox"/> Trabajador social |
| <input type="checkbox"/> Abogado | <input type="checkbox"/> Otro (especificar): _____ |
| <input type="checkbox"/> Agencia | |

Apellido: _____ Sufijo (Jr., Sr., etc.): _____

Primer nombre: _____ Inicial de segundo nombre: _____

Dirección postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Firma del preparador: _____ Número de teléfono: _____

**SECCIÓN 4: FOR OFFICIAL USE ONLY
NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA**

FOR OFFICE USE ONLY:

YES

VERIFIED BY: _____

NO

DATE: _____

ENVÍE EL FORMULARIO POR:

CORREO POSTAL:

Division of the Deaf and Hard of Hearing
New Jersey Hearing Aid Project
PO Box 074
Trenton, NJ 08625-0074

CORREO ELECTRÓNICO:

DDHH.communications2@dhs.nj.gov

O FAX:

(609) 588-2528

PARA MÁS INFORMACIÓN, LLAME AL:

(609) 588-2648

(800) 792-8339

(609) 503-4862 videollamada