

Departamento de Servicios Humanos de New Jersey
División para la Ceguera y Discapacidad Auditiva
**Asistencia de Audífonos para Personas
Mayores y con Discapacidades**



La Asistencia de Audífonos para Personas Mayores y con Discapacidades (HAAAD, por sus siglas en inglés) ofrece un reembolso para compensar el costo de los audífonos. Un reembolso de hasta \$1,000 – \$500 por audífono, está disponible a solicitantes elegibles.

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
- Debe ser residente de New Jersey

LÍMITE DE INGRESOS PARA EL AÑO 2026:

Soltero: inferior a \$54,943

Casado: inferior a \$62,390

SECCIÓN 1: DEBE SER COMPLETADO POR EL SOLICITANTE

Responda a las siguientes preguntas marcando la casilla correspondiente. Seleccione una casilla.

1. ¿Ha comprador audífonos?

☐ SÍ

☐ NO

Si su respuesta a la primera pregunta es NO, no complete esta solicitud. Las personas que aún no ha comprado audífonos no son elegibles para el HAAAD.

2. ¿Ha recibido audífonos a través del Proyecto de Audífonos de New Jersey (NJHAP, por sus siglas en inglés) de la División para la Sordera y Discapacidad Auditiva (DDHH, por sus siglas en inglés) en el último año natural?

☐ SÍ

☐ NO

Si ha respondido “Sí” a la pregunta 2, no complete esta solicitud. Las personas que hayan recibido audífonos a través del programa NJHAP de la DDHH durante el último año natural no pueden optar al programa de HAAAD.

SECCIÓN 2: DEBE SER COMPLETADO POR EL SOLICITANTE

Número de PAAD: _____

Primer Nombre: _____ Inicial del Segundo Nombre: _____

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

Pronombre(s): ☐ Ella ☐ Él ☐ Elle

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

Número de seguro social: ____ - ____ - ____

Número de teléfono: (____) - ____ - ____

Correo electrónico: _____

Método de contacto preferido: ☐ Teléfono ☐ Correo electrónico

Dirección: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____

Estoy solicitando un reembolso para el(los) siguiente(s) audífono(s):

☐ Izquierdo ☐ Derecho ☐ Ambos

SECCIÓN 3: ESTA SOLICITUD DEBERÁ IR ACOMPAÑADA DE LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN:

☐ Un recibo de la compra del audífono.

IMPORTANTE El recibo debe tener la fecha de aprobación de la Asistencia Farmacéutica a Personas Mayores y con Discapacidades (PAAD, por sus siglas en inglés) para poder ser reembolsado.

☐ Una declaración escrita por un médico tratante que acredite la necesidad médica de obtener un audífono. El solicitante puede obtener la firma de su médico a continuación o adjuntar una copia de la receta del audífono.

IMPORTANTE Debe firmar la solicitud de elegibilidad para el HAAAD.

SECCIÓN 4: CERTIFICACIÓN Y RENUNCIA DEL SOLICITANTE

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

Departamento de Servicios Humanos de New Jersey
División para la Sordera y Discapacidad Auditiva

el reembolso de dicha prestación. Entiendo que para verificar mi elegibilidad para el NHHAP puede ser necesario obtener cierta información de los registros del Programa de Asistencia Farmacéutica a Personas Mayores y con Discapacidad (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.

Firma de solicitante

Fecha: _____

SECCIÓN 5: Si está ayudando a otra persona a completar esta solicitud, complete la siguiente parte.

IMPORTANTE: Para autorizar la comunicación entre la DDHH y otras partes en nombre del solicitante, este debe completar el formulario de autorización HIPAA para divulgar información médica protegida (véase adjunto).

Indique la relación con el solicitante marcando una de las siguientes opciones:

- | | |
|-----------------------------------|--|
| ☐ Familiar | ☐ Defensor |
| ☐ Amigo | ☐ Trabajador social |
| ☐ Abogado | ☐ Otro (especificar): _____ |
| ☐ Agencia | |

Primer Nombre: _____ Sufijo (Jr., Sr., etc.): _____

Apellido: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: (_____) _____ - _____

Correo electrónico: _____

Método de contacto preferido: ☐ Teléfono ☐ Correo electrónico

Firma del preparador: _____

SECCIÓN 6: DEBE SER COMPLETADO POR EL MÉDICO TRATANTE.

HE EXAMINADO A ESTE SOLICITANTE Y HE DETERMINADO LA NECESIDAD DE UN AUDÍFONO.

Médico (letra imprenta) Número de licencia: _____

Firma del médico Fecha: _____

Dirección de la oficina del médico

Número de teléfono: (_____) _____ - _____

SECCIÓN 7: SOLO PARA USO OFICIAL
NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA

SOLO PARA USO DE LA OFICINA:

☐ ELEGIBLE ☐ INELEGIBLE, MOTIVO: _____

VERIFICADO POR: _____ Fecha: _____

ENVÍE EL FORMULARIO POR:

CORREO POSTAL:

Hearing Aid Assistance to the Aged and
Disabled
PO Box 715
Trenton, NJ 08625-0715

O FAX:

(609) 588-7171

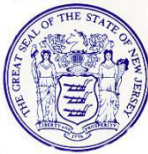
PARA MÁS INFORMACIÓN:

LLAME AL:

1 (800)792-9745

O ESCRIBA A:

Hearing Aid Assistance to the Aged and
Disabled
PO Box 715
Trenton, NJ 08625-0715



Estado de New Jersey
Departamento de Servicios Humanos
Oficina de Asuntos Legal y Reglamentarios
P.O. BOX 700
Trenton NJ, 08625

Autorización HIPAA para Divulgar Información Médica Protegida

Yo, _____ (nombre en letra imprenta),
Fecha de nacimiento: _____ entiendo que mi información, que está en poder del
Departamento de Servicios Humanos de New Jersey (NJ DHS, por sus siglas en inglés) y/o una de sus
divisiones/comisiones, no puede ser divulgada a terceros sin mi autorización expresa por escrito, a menos
que lo permita o lo exija la ley. Por el presente, autorizo al NJ DHS a divulgar mi información a:

Nombre de la persona o clase de personas _____

Organización/Entidad (si aplica): _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Número de fax: _____

Correo electrónico: _____

Especifique la(s) división(es) de la(s) que desea obtener información:

- ☐ Comisión para la Ceguera y Discapacidad Visual
- ☐ División del Adulto Mayor
- ☐ División de Discapacidades del Desarrollo
 - ☐ Centro del Desarrollo de Green Brook
 - ☐ Centro del Desarrollo de New Lisbon
 - ☐ Centro de Desarrollo de Woodbine
 - ☐ Centro de Desarrollo de Hunterdon
 - ☐ Centro de Desarrollo de Vineland
- ☐ División para la Sordera y Discapacidad Auditiva
- ☐ División de Servicios de Discapacidad
- ☐ División del Desarrollo Familiar
- ☐ División de Asistencia Médica y Servicios de Salud
- ☐ División de Salud Mental y Adicciones

Identifique la información que se va a divulgar. (Marque todas las opciones que correspondan):

☐ Historial médico¹ completo

☐ Historial médico parcial: especifique el intervalo de fechas y/o el subconjunto de registros que se solicitan.

☐ Otra información (nivel de detalle que se divulgará). Especifique:

☐ Registros de psicoterapia

☐ Registros de trastorno por consumo de sustancias (SUD, por sus siglas en inglés)

Si la solicitud incluye la divulgación de información/registros sobre SUD, identifique explícitamente la información sobre SUD que se puede divulgar. Utilice páginas adicionales si es necesario.

☐ Información relacionada con el VIH/SIDA

Si la solicitud incluye la divulgación de información relacionada con el VIH/SIDA, identifique explícitamente la información relacionada con el VIH/SIDA que puede divulgarse. Utilice páginas adicionales si es necesario.

Forma de Divulgación:

☐ Copia electrónica

☐ Copia impresa

Finalidad de esta divulgación (por ejemplo, legal/litigiosa, escolar, etc.):

Especifique: _____

Duración de la divulgación: Esta autorización estará en vigor hasta:

_____ (Fecha o evento de vencimiento), momento en el que caducará esta autorización. Entiendo que, una vez transcurrida esta fecha de vencimiento, el NJDHS dejará de proporcionar mi información a la persona o personas mencionadas anteriormente y que, si deseo que esta persona o personas sigan recibiendo información, debo firmar otra autorización.

¹ Los registros médicos se refieren al “conjunto de registros designados” tal y como se define en 45 CFR 164.501. Los registros médicos no incluyen notas de psicoterapia.

Entiendo que:

- Tengo derecho a revocar (retirar) esta autorización, por escrito, en cualquier momento, excepto en la medida en que el NJDHS haya tomado medidas basándose en esta autorización, enviando una notificación por escrito al Departamento de Servicios Humanos, a la atención de: HIPAA Privacy Officer, PO Box 700, Trenton, NJ 08625. Las excepciones a la revocación se detallan completamente en el Aviso de prácticas de privacidad del DHS. La fecha de entrada en vigor de la revocación es la fecha en que un empleado del Departamento recibió la revocación. Si la información ya se ha divulgado basándose en esta autorización, su revocación solo impedirá su divulgación futura.
- La información utilizada o divulgada de conformidad con esta autorización puede ser objeto de una nueva divulgación por parte del destinatario y puede dejar de estar protegida por el Departamento de Servicios Humanos, la legislación federal o la legislación estatal.
- La información o los registros sobre trastornos por consumo de sustancias (SUD, por sus siglas en inglés) no pueden ser divulgados por la persona o entidad mencionada anteriormente sin una autorización adicional, ya que la parte 2 del título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR, por sus siglas en inglés) prohíbe la divulgación no autorizada de estos registros. (42 CFR 2.32)
- La información relacionada con el VIH/SIDA no puede ser divulgada por la persona o entidad mencionada anteriormente sin el consentimiento o la autorización por escrito de la persona, de conformidad con la ley N.J.S.A. 26:5C-11. Ver también N.J.S.A. 26:5C-8.
- NJDHS y sus agencias no condicionarán el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para recibir beneficios a que yo firme esta autorización.

Al firmar a continuación, reconozco y acepto plenamente los términos anteriores.

Firma de la persona o representante personal _____

Fecha _____

Nombre en letra imprenta _____

Autoridad del representante personal (proporcione una copia de las cartas de tutela, poder notarial, certificado de nacimiento, orden de custodia, etc.)

Si desea presentar una queja ante nuestra agencia u obtener más información sobre cómo presentar una queja ante el Departamento de Servicios Humanos, comuníquese con el Oficial de Privacidad de la Oficina de Asuntos Legales y Regulatorios, P.O. Box 700 Trenton, NJ 08625, o con la Oficina de Derechos Civiles, Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, 26 Federal Plaza- Suite 3312, New York, NY 10278.