



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



IMPORTANTE: Esta solicitud deber ser usada por solicitantes que **NO** 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 de 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 2025:

Soltero: ser inferior a \$53,446

Casado: ser inferior a \$60,690

SECCIÓN 1: Por favor, responda a las siguientes preguntas marcando las casillas correspondientes, para determinar la elegibilidad.

1. ¿Tiene una pérdida auditiva?

SÍ

NO

Si su respuesta para la primera pregunta es NO, no complete esta solicitud. Individuos que no tengan una pérdida auditiva, no son elegibles para el NJHAP.

2. ¿Posee actualmente un dispositivo auditivo que funcione correctamente para su pérdida auditiva? (Marque una casilla)

SÍ

NO

Si su respuesta es Sí, no complete esta solicitud. Individuos con audífonos que estén funcionando, no son elegibles para el NJHAP.

3. ¿Es usted mayor de 65 años?

SÍ

NO

4. ¿Tiene una discapacidad y recibe el Seguro por Incapacidad de Seguro Social (SSDI, por sus siglas en inglés)?

SÍ

NO

Si su respuesta para la pregunta 3 y 4 es NO, no complete esta solicitud. Individuos que no sean mayores de 65 años de edad o que no tengan una discapacidad y reciben SSDI, no son elegibles para el NJHAP.

5. ¿Es usted un recipiente del Programa de Asistencia Farmacéutica a Personas Mayores y con Discapacidades (PAAD)?

SÍ

NO

6. Si su respuesta a la pregunta 5 es Sí, escriba su número de PAAD a continuación:

SECCIÓN 2: Proporcione una copia de UN (1) documento de la Lista A O DOS (2) documentos de la Lista B para comprobar la edad.

Lista A

- Acta de nacimiento
- Certificado de bautismo
- Registro del Seguro Social que indique su fecha de nacimiento
- Registros de jubilación ferroviaria que incluyan la fecha de nacimiento

Lista B

- Licencia de conducir
- Certificado de nacimiento retrasado
- Estado de los registros del Censo Federal
- Registro escolar
- Pasaporte extranjero
- Registro de votación
- Registro de matrimonio

SECCIÓN 3: Proporcione una copia de DOS (2) documentos de la siguiente lista para establecer una prueba de residencia.

IMPORTANTE: La prueba de residencia debe ser actual y fechada dentro de los últimos seis (6) meses, la fecha debe estar claramente visible:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Tarjeta de ID del municipio o NJ | <input type="checkbox"/> Declaración de impuestos del últimos dos años |
| <input type="checkbox"/> Licencia de conducir de NJ | <input type="checkbox"/> Registros del Seguro Social (ej. consulta a terceros, Formulario SSA-2458, etc.) |
| <input type="checkbox"/> ID de estudiante de NJ | <input type="checkbox"/> Registros de la oficina de correos |
| <input type="checkbox"/> Registros y recibos de servicios públicos (ej. electricidad, recibo de teléfono, etc.) | <input type="checkbox"/> Facturas de negocios o profesionales (ej. doctores, farmacias, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Estados bancarios | |
| <input type="checkbox"/> Recibos de hipoteca | |
| <input type="checkbox"/> Contrato de arrendamiento | |

IMPORTANTE: No presente documentos originales. No se devolverán los documentos originales.

IMPORTANTE: La tramitación se podría retrasar si no se envían todos los documentos necesarios junto con este formulario. En algunos casos, se puede requerir documentación adicional.

SOLICITUD:

SECCIÓN 4: 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

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

Primer nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____

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

Número de seguro social: _____ - _____ - _____

Estado civil (Marque UNA casilla):

- Soltero
- Casado
- Viudo

- Separado *
- Divorciado

¿Ha habido algún cambio en su estado civil en el último año? (Marque UNA casilla).

- SÍ
- NO

Si la respuesta es SÍ, indique la fecha del cambio: _____ / _____ / _____
Mes Día Año

IMPORTANTE: *Si ha contestado "Separado", complete el formulario de "Declaración Jurada de Separación", que DEBE acompañar esta solicitud. Si necesita una "Declaración Jurada de Separación", llame al (800) 792-9745 para solicitar.

SECTION 5: Si ha respondido "Casado", complete la siguiente sección relativa a su cónyuge. Siga las instrucciones que figuran en la "**SECCIÓN 4**". Debe responder a todas las preguntas si está casado y vive con su cónyuge.

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

Primer nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____

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

Número de seguro social: _____ - _____ - _____

SECCIÓN 6: Complete la siguiente sección sobre su dirección residencial. Siga las instrucciones detalladas en la "**SECCIÓN 3**".

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____

Código postal: _____

1. ¿Es esta su residencia principal? (Marque una casilla)

- SÍ
- NO

IMPORTANTE: La residencia estacional o temporal en New Jersey NO se considera su lugar de residencia principal para el Proyecto de Dispositivos Auditivos de New Jersey.

2. Escriba su dirección postal, si es diferente de la anterior.

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____

Código postal: _____

SECCIÓN 7: Responda la siguiente pregunta marcando una casilla.

¿Usted y/o su cónyuge presentaron una declaración impuestos federal o estatal el año pasado?

SÍ

NO

Si respondió que SÍ, debe presentar copias firmadas de cada declaración, incluir todos los anexos, junto con esta solicitud.

SECCIÓN 8: Si usted (o su cónyuge, si están casados y conviven), reciben ingresos de alguna de las fuentes que se indican a continuación, por favor introduzca el total de los ingresos anuales actuales en las casillas correspondientes. NO INDIQUE LOS CÉNTIMOS. Si usted o su cónyuge no reciben ingresos de ninguna de las fuentes enumeradas a continuación, marque la casilla NINGUNA.

IMPORTANTE: Deberán adjuntarse a la solicitud copias de todos los documentos justificativos pertinentes. El ingreso debe estar actualizado y con fecha de los últimos (6) meses. La fecha debe estar claramente visible.

1. Beneficios de seguro social (Neto)	<input type="checkbox"/> USTED <input type="checkbox"/> CÓNYUGE	<input type="checkbox"/> NINGUNO <input type="checkbox"/> NINGUNO	\$ _____ \$ _____
2. Prima de la Parte B de Medicare (si se deduce del cheque de seguro social)	<input type="checkbox"/> USTED <input type="checkbox"/> CÓNYUGE	<input type="checkbox"/> NINGUNO <input type="checkbox"/> NINGUNO	\$ _____ \$ _____
3. Prima de la parte D de Medicare (si se deduce del cheque de seguro social)	<input type="checkbox"/> USTED <input type="checkbox"/> CÓNYUGE	<input type="checkbox"/> NINGUNO <input type="checkbox"/> NINGUNO	\$ _____ \$ _____

4. Intereses (incluidos los exentos de impuestos)	<input type="checkbox"/> USTED <input type="checkbox"/> CÓNYUGE	<input type="checkbox"/> NINGUNO <input type="checkbox"/> NINGUNO	\$ _____ \$ _____
5. Dividendos	<input type="checkbox"/> USTED <input type="checkbox"/> CÓNYUGE	<input type="checkbox"/> NINGUNO <input type="checkbox"/> NINGUNO	\$ _____ \$ _____
6. Distribuciones de IRA	<input type="checkbox"/> USTED <input type="checkbox"/> CÓNYUGE	<input type="checkbox"/> NINGUNO <input type="checkbox"/> NINGUNO	\$ _____ \$ _____
7. Jubilación ferroviaria	<input type="checkbox"/> USTED <input type="checkbox"/> CÓNYUGE	<input type="checkbox"/> NINGUNO <input type="checkbox"/> NINGUNO	\$ _____ \$ _____
8. Veteranos	<input type="checkbox"/> USTED <input type="checkbox"/> CÓNYUGE	<input type="checkbox"/> NINGUNO <input type="checkbox"/> NINGUNO	\$ _____ \$ _____
9. Otras pensiones	<input type="checkbox"/> USTED <input type="checkbox"/> CÓNYUGE	<input type="checkbox"/> NINGUNO <input type="checkbox"/> NINGUNO	\$ _____ \$ _____
10. Anualidades	<input type="checkbox"/> USTED <input type="checkbox"/> CÓNYUGE	<input type="checkbox"/> NINGUNO <input type="checkbox"/> NINGUNO	\$ _____ \$ _____
11. Salario (bruto, antes de las deducciones de la nómina)	<input type="checkbox"/> USTED <input type="checkbox"/> CÓNYUGE	<input type="checkbox"/> NINGUNO <input type="checkbox"/> NINGUNO	\$ _____ \$ _____
12. Otros ingresos no mencionados anteriormente: (especificar) <input type="checkbox"/> Alquiler neto <input type="checkbox"/> Indemnizaciones laborales <input type="checkbox"/> Manutención <input type="checkbox"/> **Otro	<input type="checkbox"/> USTED <input type="checkbox"/> CÓNYUGE	<input type="checkbox"/> NINGUNO <input type="checkbox"/> NINGUNO	\$ _____ \$ _____
** Identifique la fuente de "otros" ingresos: _____			

SECCIÓN 9: Complete la siguiente certificación y renuncia del solicitante.

Certifico que, a mi leal saber y entender, cumplo con los requisitos de elegibilidad del Programa y que notificaré al Programa inmediatamente si mis ingresos superan el límite legal, si me mudo de New Jersey o si cumplo los requisitos de Medicaid. Autorizo la divulgación de la información necesaria para determinar mi elegibilidad a partir de los registros en posesión de la Administración del Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés), el Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés), la División de Impuestos de New Jersey, la División de Asistencia Médica y Servicios de Salud, empleadores, bancos, compañías de servicios públicos y otros, según sea necesario. Se entiende que puedo ser responsable del reembolso de cualquier beneficio o pago que se determine que ha sido dado incorrectamente. Autorizo al Proyecto de

Dispositivos Auditivos de New Jersey (NJHAP, por sus siglas en inglés) a revelar a otras agencias estatales la información financiera mencionada anteriormente, la información de los servicios públicos y otra información individualmente identificable de mi archivo, como mi nombre, fecha de nacimiento y número de seguro social para iniciar el proceso de solicitud de los programas USF/LIHEAP, Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés), y Programa de Asistencia Farmacéutica a Personas Mayores y con Discapacidades (PAAD, por sus siglas en inglés).

Si no puede firmar, puede hacerlo un representante.

Firma de solicitante: _____

Número de teléfono: _____

Fecha: _____

Firma del cónyuge: _____

Fecha: _____

SECCIÓN 10: Si está ayudando a otra persona a rellenar esta solicitud, complete la siguiente parte e incluya el Formulario de Autorización de Información.

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

Miembro de familia

Defensor

Amigo

Trabajador social

Abogado

Otro (especificar): _____

Agencia

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

Primer nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Firma del preparador: _____ Número de teléfono: _____

SECCIÓN 11: La siguiente sección debe ser completada por un docto. The following portion of this application is to be completed by the treating Physician. Please use CAPITAL LETTERS.

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

Physician or Licensed Audiologist (Print Name)

License Number: _____

Signature of Physician or Licensed Audiologist

Date: _____

Business Address of Physician or Licensed Audiologist

Telephone Number: (_____) _____

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

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



Departamento de Servicios Humanos de New Jersey
División para la Ceguera y Discapacidad Auditiva
PROYECTO DE AUDÍFONOS DE NEW JERSEY
LISTA DE REQUISITOS PARA LA SOLICITUD



Una **copia** de UN (1) documento de la **Lista A** para comprobar su edad. **(SECCIÓN 2)**

O una **copia** de DOS (2) documentos de la **Lista B** para comprobar su edad.

Copias de DOS (2) documentos para comprobar su edad. **(SECCIÓN 3)**

IMPORTANTE: La prueba de residencia debe estar actualizada y con fecha de los últimos seis (6) meses. La fecha debe estar claramente visible.

Una **copia** de la “Declaración jurada de separación”, SI ESTÁ separado. **(SECCIÓN 4)**

Una **copia firmada** de la declaración impuestos federal o estatal del año pasado, incluyendo todos los anexos, si respondió que Sí. **(SECCIÓN 7)**

IMPORTANTE: No presente documentación original. No se devolverán los documentos originales.

IMPORTANTE: La tramitación se puede retrasar si no se envían todos los documentos necesarios junto con esta solicitud. En algunos casos, se puede requerir documentación adicional.

Informe de ingresos está completo **(SECCIÓN 8)**

IMPORTANTE: La prueba de ingreso debe estar actualizada y con fecha de los últimos seis (6) meses. La fecha debe estar claramente visible.

Certificación y renuncia del solicitante está firmado por solicitante **(SECCIÓN 9)**

Certificación y renuncia del solicitante está firmado por el cónyuge, SI está casado **(SECCIÓN 9)**

Firma del preparador, SI el solicitante recibió ayuda completando la solicitud. **(SECCIÓN 10)**

Formulario de Autorización de Información está incluido, SI el solicitante recibió ayuda completando la solicitud. **(SECCIÓN 10)**

Firma de un médico tratante o audiólogo profesional. **(SECCIÓN 11)**