



Departamento de Servicios Humanos de New Jersey
División para la Sordera 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 (NJHAP, por sus siglas en inglés) 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:

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

LÍMITE DE INGRESOS PARA EL AÑO 2026:

Soltero: inferior a \$54,943

Casado: inferior a \$62,390

SECCIÓN 1: 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. Los 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 beneficiario de Medicaid?

☐ SÍ

☐ NO

Si su respuesta a la pregunta 5 es SÍ, por favor *no* rellene esta solicitud. Los individuos con Medicaid *no* son elegibles para el NJHAP.

6. ¿Ha recibido algún reembolso por audífonos a través del Programa de Asistencia para Audífonos para Personas Mayores y Discapacitadas (HAAAD) de la DDHH durante el último año natural?

☐ SÍ

☐ NO

Si su respuesta a la pregunta 6 es SÍ a la pregunta 6, no complete esta solicitud. Las personas que hayan recibido algún reembolso por audífonos a través del HAAAD de la DDHH durante el último año natural no pueden optar al NJHAP.

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

☐ SÍ

☐ NO

Si su respuesta a la pregunta 7 es SÍ, no complete esta solicitud. Los beneficiarios del PAAD deben rellenar el [formulario A de la solicitud de NJHAP](#).

SECCIÓN 2: SE DEBE INCLUIR UNA COPIA DE LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN CON ESTA SOLICITUD

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

IMPORTANTE: la prueba de edad debe ser actual, si aplica, y se debe incluir la fecha de nacimiento

Lista A

- ☐ Acta de nacimiento
- ☐ Certificado de bautismo
- ☐ Registro del Seguro Social
- ☐ Registros de jubilación ferroviaria

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: SE DEBE INCLUIR UN COPIA DE LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN CON ESTA SOLICITUD

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:

- | | |
|---|---|
| ☐ Tarjeta de ID del municipio o NJ | ☐ Declaración de impuestos del últimos dos años |
| ☐ Licencia de conducir de NJ | ☐ Registros del Seguro Social (ej. consulta a terceros, Formulario SSA-2458, etc.) |
| ☐ ID de estudiante de NJ | ☐ Registros de la oficina de correos |
| ☐ Registros y recibos de servicios públicos (ej. electricidad, recibo de teléfono, etc.) | ☐ Facturas de negocios o profesionales (ej. doctores, farmacias, etc.) |
| ☐ Estados bancarios | |
| ☐ Recibos de hipoteca | |
| ☐ 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: SE DEBE COMPLETAR POR EL SOLICITANTE

Primer nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____

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

Pronombre(s): ☐ Ella ☐ El ☐ Elle

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

Número de seguro social: _____ - _____ - _____

Número de teléfono: (_____) _____ - _____

Correo electrónico: _____

Método de comunicación preferido: ☐ Teléfono ☐ Correo electrónico

Estado civil (Marque UNA casilla):

☐ Soltero

☐ Separado *

☐ Casado

☐ Divorciado

☐ Viudo

¿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: SE DEBE COMPLETAR POR EL SOLICITANTE

Si ha respondido "Casado", complete la siguiente sección relativa a su cónyuge. Debe responder a todas las preguntas si está casado y vive con su cónyuge.

Primer nombre: _____ Inicial del segundo nombre _____

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

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

Número de seguro social: _____ - _____ - _____

SECCIÓN 6: SE DEBE COMPLETAR POR EL SOLICITANTE

Por favor, complete la siguiente sección con su dirección física:

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: SE DEBE COMPLETAR POR EL SOLICITANTE

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, incluyendo todos los anexos, junto con esta solicitud.

SECCIÓN 8: SE DEBE COMPLETAR POR EL SOLICITANTE

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)	☐ USTED ☐ CÓNYUGE	☐ NINGUNO ☐ NINGUNO	\$ _____ \$ _____
2. Prima de la Parte B de Medicare (si se deduce del cheque de seguro social)	☐ USTED ☐ CÓNYUGE	☐ NINGUNO ☐ NINGUNO	\$ _____ \$ _____
3. Prima de la parte D de Medicare (si se deduce del cheque de seguro social)	☐ USTED ☐ CÓNYUGE	☐ NINGUNO ☐ NINGUNO	\$ _____ \$ _____
4. Intereses (incluidos los exentos de impuestos)	☐ USTED ☐ CÓNYUGE	☐ NINGUNO ☐ NINGUNO	\$ _____ \$ _____
5. Dividendos	☐ USTED ☐ CÓNYUGE	☐ NINGUNO ☐ NINGUNO	\$ _____ \$ _____
6. Distribuciones de IRA	☐ USTED ☐ CÓNYUGE	☐ NINGUNO ☐ NINGUNO	\$ _____ \$ _____
7. Jubilación ferroviaria	☐ USTED ☐ CÓNYUGE	☐ NINGUNO ☐ NINGUNO	\$ _____ \$ _____
8. Veteranos	☐ USTED ☐ CÓNYUGE	☐ NINGUNO ☐ NINGUNO	\$ _____ \$ _____

9. Otras pensiones	☐ USTED ☐ CÓNYUGE	☐ NINGUNO ☐ NINGUNO	\$ _____ \$ _____
10. Aualidades	☐ USTED ☐ CÓNYUGE	☐ NINGUNO ☐ NINGUNO	\$ _____ \$ _____
11. Salario (bruto, antes de las deducciones de la nómina)	☐ USTED ☐ CÓNYUGE	☐ NINGUNO ☐ NINGUNO	\$ _____ \$ _____
12. Otros ingresos no mencionados anteriormente: (especificar) ☐ Alquiler neto ☐ Indemnizaciones laborales ☐ Manutención ☐ **Otro	☐ USTED ☐ CÓNYUGE	☐ NINGUNO ☐ NINGUNO	\$ _____ \$ _____
** Identifique la fuente de "otros" ingresos: _____			

SECCIÓN 9: SE DEBE COMPLETAR POR EL SOLICITANTE
CERTIFICACIÓN Y RENUNCIA DEL SOLICITANTE

Certifico que la información mencionada anteriormente es verdadera y exacta a mi leal saber y entender. Certifico que no poseo ningún audífono que sea apropiado para la pérdida auditiva y que reúno los requisitos de elegibilidad del programa.

Entiendo que, para verificar mi elegibilidad para el NJHAP, puede que sea necesario para la DDHH obtener cierta información. 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 haya otorgado 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 de Ahorro de Medicare, 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: _____ Fecha: _____

Firma del cónyuge: _____

Fecha: _____

SECCIÓN 10: SI PROCEDE, DEBE SER COMPLETADA POR LA PERSONA QUE ASISTE AL SOLICITANTE.

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 su relación con el solicitante seleccionando una de las siguientes opciones:

☐ 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: _____

Número de teléfono: (_____) _____ - _____

Correo electrónico: _____

Método de comunicación preferido: ☐ Teléfono ☐ Correo electrónico

Firma del preparador: _____

SECCIÓN 11: TO BE COMPLETED BY THE TREATING PHYSICIAN OR AUDIOLOGIST.

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: (_____) _____ - _____

SECCIÓN 12:

**PARA USO OFICIAL ÚNICAMENTE. NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA.
FOR OFFICIAL USE ONLY. DO NOT WRITE BELOW THIS LINE.**

FOR OFFICE USE ONLY:

☐ ELIGIBLE ☐ INELIGIBLE, REASON: _____

VERIFIED BY: _____ DATE: _____

VERIFIED BY: _____ 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

O FAX:

(609) 588-2528

PARA MÁS INFORMACIÓN, LLAME AL:

(609) 588-2648

(800) 792-8339

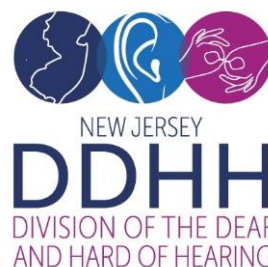
(609) 503-4862 videollamada

CORREO ELECTRÓNICO:

DDHH.communications2@dhs.nj.gov



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 procede. **(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)**

☐ Si el solicitante desea autorizar la comunicación entre la DDHH y otras partes en su nombre, deberá completar el formulario de autorización HIPAA para divulgar información médica protegida (véase adjunto). **(SECCIÓN 10)**

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



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.