



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

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 2: 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 3: 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 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 4: Si está ayudando a otra persona a completar esta solicitud, complete la siguiente parte.

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 letra mayúsculas.
- Corregir los errores con corrector blanco líquido.

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

- ☐ Familiar
☐ Amigo
☐ Abogado
☐ Agencia

- ☐ Defensor
☐ Trabajador social
☐ Otro (especificar): _____

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 5: DEBE SER COMPLETADO POR EL MÉDICO TRATANTE.

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

 Número de licencia: _____
 Médico (letra imprenta)

 Fecha: _____
 Firma del médico

 Dirección de la oficina del médico

Número de teléfono: (_____) _____ - _____

SECCIÓN 6: 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

¿QUÉ ES LA ASISTENCIA DE AUDÍFONOS PARA PERSONAS MAYORES Y CON DISCAPACIDADES?

Se trata de un programa del estado de New Jersey que reembolsa hasta \$500 a los residentes que reúnan los requisitos necesarios y adquieran un audífono, pero no cubre el costo de las pilas, reparaciones o servicios similares.

¿CÓMO SOLICITO?

Si actualmente está inscrito en el Programa de Asistencia Farmacéutica a Personas Mayores y con Discapacidades (PAAD, por sus siglas en inglés), deberá completar una solicitud de HAAAD y presentar la siguiente documentación:

1. Un recibo del pago íntegro de la compra del audífono. El costo del audífono o audífonos deber ser igual o superior al importe del reembolso.
2. Una declaración escrita de su médico que acredite la necesidad médica de obtener un audífono.
3. Debe firmar la solicitud de elegibilidad para el HAAAD.

Si usted **no** está actualmente inscrito en el programa PAAD, también debe completar una solicitud PAAD. Esto es necesario para verificar su edad o estado de discapacidad, residencia en el estado, y los ingresos anuales. El recibo debe estar fechado el día de o después de ser aprobado para el PAAD para obtener el reembolso.

Las solicitudes se pueden obtener llamando al número gratuito:

1 (800) 792-9745

¿CÓMO SE DEFINE EL TÉRMINO "AUDÍFONO" PARA PROGRAMA?

Se entiende por "audífono" como un dispositivo electrónico corporal, ajustado al oído para mejorar la comunicación de la persona con discapacidad auditiva.

¿EN CUÁNTO TIEMPO RECIBIRÉ MI PAGO DE \$500 DESPUÉS DE PRESENTAR MI SOLICITUD?

Una vez aprobada su solicitud, recibirá el pago en un plazo aproximado de seis a ocho semanas.

¿PODRÍA SOLICITARLO SI TENGO OTRA COBERTURA DE AUDÍFONOS?

Si es beneficiario de Medicaid o tiene otro seguro médico o beneficios de jubilación que le proporcionen una cobertura completa de audífonos, no podrá optar a la ayuda. Si solo tiene una cobertura limitada o parcial, podrá optar a un pago complementario.

¿CÓMO PUEDO SABER SI CUMPLO LOS REQUISITOS?

- Ser residente de New Jersey
- El residente de NJ debe tener al menos 65 años de edad, o estar recibiendo beneficios por incapacidad del seguro social.