



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.

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

- 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.

\_\_\_\_\_  
 Médico (letra imprenta) Número de licencia: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Firma del médico Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 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 debe 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.