

NORTHEASTERN UNIVERSITY
Speech-Language and Hearing Center

503 Behrakis Health Sciences Center
30 Leon Street, Boston, Massachusetts 02115
Tel: 617-373-2492 FAX: 617-373-8756

El Program de Audifonos del Boston Guild Outreach de Northeastern University

Instrucciones para Aplicar

La mision del Programa de Audifonos del Boston Guild es ofrecer un servicio para el cuidado auditivo y adaptar audifonos a personas de la comunidad que necesitan ayuda financiera. Este distinguido programa ofrece evaluaciones auditivas, consulta sobre opciones de audifonos, seleccion y adaptacion de audifonos y secciones gratuitas para enseñar habilidades indispensables para mejorar la comunicacion en personas con problemas de audicion y sus familias.

Para aplicar a este programa, usted debe completar los siguientes pasos y requerimientos:

1. Confirmar que usted NO tiene un seguro medico que cubra los audifonos. Firmar la forma en la pagina 2.
2. Aceptar la cantidad asignada que debe contribuir hacia la compra del audifono o audifonos. Firmar la forma en la pagina 2.
3. Obtener una referencia de una persona de la comunidad que confirme su necesidad financiera (ejemplo: su audiologa, su doctor, otra persona de la salud, trabajadora social) esa persona debe completar y firmar la parte "Referencia de Asistencia Financiera" en la forma de la aplicacion (pagina 3, seccion 2).
4. Obtener alta medica para los audifonos de un profesional de la salud. (ejemplo: Otologo, Otorrinolaringologo, Medico, asistente Medico, o Enfermera) esa persona debe completar el "Alta Medica para Audifonos" en la forma de la Aplicacion (pagina 3, seccion 3).
5. Contacte el Centro de Speech-Language and Hearing Center at Northeastern University y solicite ser adicionado en la lista de espera del program del Boston Guild.
6. Complete y envíe copias de la pagina 2 y 3 de esta aplicacion a:

Speech Language and Hearing Center, 503 Behrakis Health Sciences Center, 30 Leon Street, Boston, MA 02115.

Copias pueden ser enviadas por fax al: 617-373-8756

Por favor recuerde que TODAS las secciones de la aplicacion deben ser completadas para poder ser procesadas. Cuando la aplicacion este aprobada, usted recibira una llamada para hacer la cita de la consulta. Por favor traiga los exámenes y reportes de audicion mas recientes a la cita, o autorice a la clinica que los realizo a mandarlos por fax a este centro. Si usted no ha sido evaluado en los ultimos 6 meses, informenos para hacer una evaluacion auditiva el dia de su cita

Nuestra oficina esta localizada en el Campo de Northeastern University en la direccion que esta arriba. Puede llegar en tren MBTA Green Line (Linea verde, Tren E, parada Northeastern) o Orange Line (Linea naranja, parada Ruggles). Hay parqueadero disponible al lado en el West Village Garage si lo ha solicitado cuando hizo la cita.

NORTHEASTERN UNIVERSITY
Speech-Language and Hearing Center

503 Behrakis Health Sciences Center
30 Leon Street, Boston, Massachusetts 02115
Tel: 617-373-2492 FAX: 617-373-8756

El Programa de Audifonos del Boston Guild Outreach Program de Northeastern University

POLITICAS Y REQUERIMIENTOS

Este programa ofrece audifonos a un costo reducido para pacientes que califican para la ayuda financiera. Para participar y ser aprobado por este programa, el paciente debe completar y entregar las formas de Aplicacion y Politicas y Requerimientos (pagina 2 y 3 de este paquete). TODAS las secciones deben estar completas para poder ser procesadas y aprobadas. Un vez sea aprobada, cada paciente sera puesto en la lista de espera y sera contactado cuando sea el momento de hacer la cita.

El paciente puede recibir ayuda financiera para obtener uno o dos audifonos. Si el paciente esta interesado en obtener un audifono, el paciente debe contribuir \$250.00 al costo del audifono. El Programa Guild Outreach pagara la mayoria del costo del audifono.

Si el paciente esta interesado en obtener 2 audifonos, el paciente debe contribuir \$250.00 por el primer audifono y \$700.00 por el segundo. El paciente debe pagar la totalidad de \$950 para el costo de los dos audifonos y el programa del Guild Outreach pagara el resto del costo de los audifonos.

El Programa del Guild Outreach proveera el cuidado de los audifonos durante la garantia, con la excepcion de costos de mantenimientos como: baterias, domes, moldes y otros accesorios. Una vez el audifono esta fuera de garantia, el paciente es reponsable de los costos de reparacion, reemplazo y extencion de garantia. La tarifa del reemplazo de un audifono por perdida durante la garantia es reponsabilidad del paciente. Es nuestra meta trabajar junto con los pacientes para un exitoso resultado.

Por favor marque lo siguiente:

_____ Yo he leído y aceptado las politicas y requerimientos del programa de audifonos del Programa de Audifonos Boston Guild Outreach de Northeastern University.

Nombre: _____ Firma: _____

Fecha: _____ Telefono: _____

Direccion: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

NORTHEASTERN UNIVERSITY
Speech-Language and Hearing Center

503 Behrakis Health Sciences Center
30 Leon Street, Boston, Massachusetts 02115
Tel: 617-373-2492 FAX: 617-373-8756

El Programa de Audifonos Boston Guild Outreach de Northeastern University

APLICACION

1. INFORMACION DEL APLICANTE

Nombre de la persona que necesita audifono(s): _____

Fecha de Nacimiento: _____ Fecha de hoy: _____

Telefono de la casa: _____ Celular: _____

Direccion: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Nombre y telefono del encargado si es diferente al aplicante: _____

_____ Yo verifico que NO tengo seguro que cubra los audifonos.**Por favor llame a su seguro para confirmar que ellos no cubren el costo de los audifonos antes de aplicar..

2. REFERENCIA DE NECESIDAD FINANCIERA

A mi mejor saber, el individuo nombrado arriba es una persona que necesita ayuda financiera para comprar los audifonos.

Nombre: _____ Firma: _____

Relacion con el paciente: _____ Telefono: _____

Direccion: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

3. ESTADO DE ALTA PARA EL AUDIFONO(S)

Yo he examinado la persona nombrada arriba y certifico que no hay contraindicacion medica para el uso de audifono en: ___ oido izquierdo ___ oido derecho ___ ambos oidos.

Nombre del Medico: _____ Firma: _____

Nombre del Centro Medico: _____ Fecha: _____

*Puede ser un Otologo, Otorrinolaringologo, Medico, Asistente Medico, o Enfermero.