

**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. 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.
5. 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. Una 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 leido 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: \_\_\_\_\_