

SECCIÓN 3: DEBE SER COMPLETADO POR UN DOCTOR O AUDIÓLOGO LICENCIADO

He examinado a este solicitante y he determinado la necesidad de un dispositivo auditivo

_____ Número de teléfono (_____) _____
Nombre del doctor o audiólogo licenciado (letra imprenta)

Dirección postal del doctor o audiólogo licenciado

_____ Fecha _____
Firma del doctor o audiólogo licenciado

CERTIFICACIÓN Y RENUNCIA DE LOS SOLICITANTES

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 NJHAP puede ser necesario obtener cierta información de los registros del Programa de Asistencia Farmacéutica a Personas Mayores y con Discapacidades (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 dispositivo auditivo apropiado para mi pérdida auditiva.

Firma de solicitante

Fecha

NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA

For Office Use only

Yes

No Verified by _____ Date _____

Devolver solicitud a:
DDHH
New Jersey Hearing Aid Project
PO Box 074, Trenton, NJ 08625-0074
O por (609) 588-2528 Fax
Para más información llamar al 609-588-2648; 800-792-8339; 609-503-4862 VP