

Departamento de Servicios Humanos
División de Sordos y con Discapacidades Auditivas
PROYECTO DE DISPOSITIVOS AUDITIVOS DE NEW JERSEY
Solicitud de elegibilidad, formulario B


NOTA IMPORTANTE:

Esta solicitud solo debe de ser usada por solicitantes que **NO** sean miembros del Programa de Asistencia Farmacéutica a Personas Mayores y con Discapacidades (PAAD, por sus siglas en inglés)

Límite de ingresos 2022: Soltero(a): menos de \$38.769; Casado(a): menos de \$45.270

Este formulario será escaneado para la captura informatizada de datos. Por favor, siga las instrucciones para asegurar que su solicitud sea procesada con rapidez y precisión.

- Utilice tinta azul o negra. No utilice tinta roja ni lápiz de grafito.
- Escriba claramente con letras mayúsculas (vea los siguientes ejemplos).
- Escriba sólo un número o una letra en cada casilla.
- Manténgase dentro de las casillas.
- Corrija los errores con corrector líquido blanco.

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M
	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z
	1	2	3	4	5	6	7	8	0	0			

Este formulario debe ser completado y devuelto a:

NJ DHS, Hearing Aid Project
PO Box 715, Trenton, NJ 08625-0715

Debe presentar pruebas con este formulario.

La tramitación se puede retrasar si no se envían todos los documentos necesarios con este formulario.

NO ENVÍE LOS DOCUMENTOS JUSTIFICATIVOS ORIGINALES. ENVÍE COPIAS. LOS ORIGINALES NO SE

Si está solicitando para el Proyecto de Dispositivos Auditivos de New Jersey, (NJHAP, por sus siglas en inglés), proporcionar los siguientes documentos:

- Prueba de edad (debe mostrar la fecha de nacimiento)
- Prueba del lugar de residencia principal, con fecha de los últimos 6 meses
- Declaración de impuestos del último año, si se ha presentado
- Declaración/firma de un médico/audiólogo autorizado que certifique la necesidad de un dispositivo auditivo.

El Proyecto de Dispositivos Auditivos de New Jersey requiere que las personas sean mayores de 65 años.

Si es mayor de 65 años, proporcione una prueba de edad que muestre su fecha de nacimiento.

Presente una COPIA de uno de los siguientes documentos para documentar la FECHA DE NACIMIENTO:

- Certificado de nacimiento
- Registro del Seguro Social que indique su fecha de nacimiento
- Certificado de bautismo
- Registro de jubilación que indique su fecha de nacimiento

Si no puede presentar el/los documento(s) anterior(es), se aceptarán copias de cualquiera de los DOS siguientes que indiquen la FECHA DE NACIMIENTO.

- Licencia de conducir
- Certificado de nacimiento retrasado
- Registro del censo estatal o federal
- Registro escolar
- Pasaporte extranjero
- Registro de votación
- Registro de matrimonio
- Póliza de seguro

Nota: En algunos casos, se puede requerir

Ver el otro lado

Rellenar y devolver el formulario a:

New Jersey Department of Human Services
Hearing Aid Project

Dirección:

PO Box 715
Trenton, NJ 08625-0715
Fax 609-588-7171

Los dispositivos auditivos específicos recetados a una persona puede que no estén disponibles en todo momento. La disponibilidad depende de las donaciones de audífonos usados y de la financiación del reacondicionamiento.

POR FAVOR, ESCRIBA SU NOMBRE EN LA PARTE SUPERIOR DE CADA PÁGINA.

Nota: Debe completar todas las páginas de las solicitudes, incluida la declaración/firma del médico/audiólogo autorizado que acredite la necesidad de un audífono.

1. ¿Posee actualmente un dispositivo auditivo que funcione correctamente para su pérdida auditiva? Sí NO

Si su respuesta es Sí, NO rellene esta solicitud, ya que NO puede participar en este programa.

2. Escribir su nombre, fecha de nacimiento y sexo. Indicar su número de Seguro Social. Utilizar MAYÚSCULAS. Escribir sólo una letra o número en cada casilla. Indicar la fecha de nacimiento verificada por el Seguro Social.

Apellido	<input type="text"/>	Sufijo (Jr., Sr., etc.)	<input type="text"/>
Primer nombre	<input type="text"/>	Inicial de segundo nombre	<input type="checkbox"/>
Número del Seguro Social	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	Sexo Masculino/Femenino	<input type="checkbox"/>
		Fecha de Nacimiento	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

Si está casado y vive con su cónyuge, ambos deben responder todas las preguntas y firmar el formulario, incluso si su cónyuge no este solicitando servicios.

Apellido del Cónyuge	<input type="text"/>	Sufijo (Jr., Sr., etc.)	<input type="text"/>
Primer nombre	<input type="text"/>	Inicial del segundo nombre	<input type="checkbox"/>
Número del Seguro Social del cónyuge	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	Sexo Masculino/Femeni	<input type="checkbox"/>
		Fecha de Nacimiento	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

3. Identificar su estado civil actual. Marcar con sólo una casilla.

Casado(a) Separado(a)* Soltero(a)

Viudo(a) Divorciado(a)

3b. ¿Ha cambiado su estado civil en el último año? Sí NO Indique la fecha del cambio / /
Mes / Día / Año

*Si está separado de su cónyuge, llamar al número gratuito 1-800-792-9745 para solicitar un formulario de "Declaración jurada de separación" que debe acompañar esta solicitud.

Ingreso

7. Si usted (o su cónyuge, si están casados y conviven), recibe ingresos de alguna de las fuentes que se indican a continuación, por favor introduzca el total de los ingresos anuales actuales en las casillas correspondientes. **NO INDIQUE LOS CÉNTIMOS.**

Si usted o su cónyuge no reciben ingresos de ninguna de las fuentes enumeradas a continuación, marque con una X la casilla NINGUNA.

<ul style="list-style-type: none"> • Beneficios de seguro social (red) 	Usted:	Ningún: <input type="checkbox"/>	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Cónyuge:	Ningún: <input type="checkbox"/>	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Prima de la Parte B de Medicare (si se deduce del cheque de Seguro Social) 	Usted:	Ningún: <input type="checkbox"/>	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Cónyuge:	Ningún: <input type="checkbox"/>	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Prima de la Parte D de Medicare (si se deduce del cheque de Seguro Social) 	Usted:	Ningún: <input type="checkbox"/>	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Cónyuge:	Ningún: <input type="checkbox"/>	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Intereses (incluidos los exentos de impuestos) 	Usted:	Ningún: <input type="checkbox"/>	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Cónyuge:	Ningún: <input type="checkbox"/>	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Dividendos 	Usted:	Ningún: <input type="checkbox"/>	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Cónyuge:	Ningún: <input type="checkbox"/>	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Distribuciones de IRA 	Usted:	Ningún: <input type="checkbox"/>	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Cónyuge:	Ningún: <input type="checkbox"/>	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Jubilación ferroviaria 	Usted:	Ningún: <input type="checkbox"/>	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Cónyuge:	Ningún: <input type="checkbox"/>	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Veteranos 	Usted:	Ningún: <input type="checkbox"/>	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Cónyuge:	Ningún: <input type="checkbox"/>	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Otras pensiones 	Usted:	Ningún: <input type="checkbox"/>	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Cónyuge:	Ningún: <input type="checkbox"/>	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Anualidades 	Usted:	Ningún: <input type="checkbox"/>	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Cónyuge:	Ningún: <input type="checkbox"/>	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Salario (bruto, antes de las deducciones de la nómina) 	Usted:	Ningún: <input type="checkbox"/>	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Cónyuge:	Ningún: <input type="checkbox"/>	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Otros ingresos no mencionados anteriormente, incluidos los ingresos netos por alquileres, indemnizaciones laborales, pensiones alimenticias (especificar) Alquiler neto <input type="checkbox"/> Pensiones alimenticias <input type="checkbox"/> Indemnizaciones laborales <input type="checkbox"/> **Otro <input type="checkbox"/>	Usted:	Ningún: <input type="checkbox"/>	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Cónyuge:	Ningún: <input type="checkbox"/>	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

**Identificar la fuente de "otros" ingresos: _____

