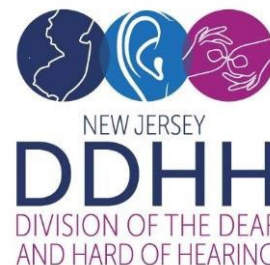


Departamento de Servicios Humanos de New Jersey
División para la Sordera y Discapacidad Auditiva

**PROYECTO DE AUDÍFONOS DE NEW JERSEY
SOLICITUD DE ELEGIBILIDAD, FORMULARIO A**



IMPORTANTE: Esta solicitud debe ser usada por solicitantes que sean miembros del Programa de Asistencia Farmacéutica a Personas Mayores y con Discapacidades (PAAD, por sus siglas en inglés)

El Proyecto de Audífonos de New Jersey ofrece audífonos reacondicionados gratuitos a las personas que cumplen los requisitos del programa. El Proyecto de Audífonos es una iniciativa innovadora puesta en marcha por la División para la Sordera y Discapacidad Auditiva (DDHH, por sus siglas en inglés) de New Jersey, en colaboración con la Universidad estatal de Montclair.

Elegibilidad del Programa:

- Tener una pérdida auditiva
- Ser mayor de 65 años O tener una discapacidad y recibir el Seguro por incapacidad de Seguro Social (SSDI, por sus siglas en inglés)
- 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

Este formulario se escaneará para la captura informatizada de datos. Siga las instrucciones para que la solicitud se tramita con rapidez y precisión.

- Solo use tinta azul o negra.
- Escriba claramente, en letras mayúsculas.
- Corrija los errores con corrector blanco líquido

Número del PAAD: _____

Primer nombre: _____

Inicial del segundo nombre _____

Apellido: _____

Sufijo (Jr., Sr., etc.): _____

Pronombre(s): ☐ Ella

☐ Él

☐ Elle

División para la Sordera y Discapacidad Auditiva
Proyecto de audífonos de New Jersey

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: _____

SECCIÓN 2: DEBE SER COMPLETADO POR UN DOCTOR TRATANTE O AUDIÓLOGO CON LICENCIA

This form will be scanned for computerized data capture. Please follow the instructions to ensure that the application is processed quickly and accurately.

- Use blue or black ink only.
- Print clearly, in uppercase letters.
- Correct errors with white correction fluid

I HAVE EXAMINED THIS APPLICANT AND HAVE DETERMINED THE NECESSITY OF A HEARING AID.

Physician or Licensed Audiologist (Print Name)

License Number: _____

Signature of Physician or Licensed Audiologist

Date: _____

Business Address of Physician or Licensed Audiologist

Telephone Number: (_____) _____ - _____

SECCIÓN 3: DEBE SER COMPLETADO POR EL SOLICITANTE
CERTIFICACIÓN Y RENUNCIA DE LOS SOLICITANTES

Certifico que la información mencionada anteriormente es verdadera y exacta a mi leal saber y entender. Certifico que no poseo ningún audífono que sea apropiado para la pérdida auditiva y que reúno los requisitos de elegibilidad del programa.

Entiendo que, para verificar mi elegibilidad para el NJHAP, puede que sea necesario para la DDHH obtener cierta información. Autorizo facilitar la información que sea necesaria para determinar mi elegibilidad de los antecedentes en posesión de la Administración de Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés), del Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés), de la División de Impuestos de New Jersey, la División de Asistencia Médica y Servicios de la Salud, empleadores, bancos, empresas de servicios públicos y otros, a medida que sea necesario. Entiendo que, puede que esté sujeto a un reembolso por cualquier beneficio o pagos que hayan sido determinados que fueron otorgados incorrectamente. Autorizo al Proyecto de Audífonos de New Jersey (NJHAP, por sus siglas en inglés) a facilitar a otras agencias del estado la información financiera mencionada, al igual que la información de servicios públicos y otro tipo de información identificable de mi expediente, como mi nombre, fecha de nacimiento y número de seguro social, para empezar el proceso de solicitud para el Programa de Ahorros de Medicare, el Fondo de Servicio Universal (USF, por sus siglas en inglés)/el Programa de Asistencia de Electricidad para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP, por sus siglas en inglés), el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés) y el Programa de Asistencia Farmacéutica a Personas Mayores y con Discapacidades (PAAD, por sus siglas en inglés).

Si no puede firmar, un representante puede firmar por usted.

_____ Fecha: _____
Firma del solicitante

SECCIÓN 4: Si está ayudando a otra persona a completar esta solicitud, complete la parte siguiente.

Este formulario se escaneará para la captura informatizada de datos. Siga las instrucciones para que la solicitud se pueda tramitar con rapidez y precisión.

- Solo use tinta azul o negra.
- Escriba claramente, en letras mayúsculas.
- Corrija los errores con corrector blanco líquido

Indique la relación con el solicitante seleccionando una de las siguientes opciones:

- ☐ Familiar
- ☐ Amigo
- ☐ Abogado
- ☐ Agencia

- ☐ Defensor
- ☐ Trabajador social
- ☐ Otro (especifique): _____

Primer nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Apellido: _____ Sufijo (Jr., Sr., etc.): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: (_____) _____ - _____

Correo electrónico: _____

Método de contacto preferido: ☐ Teléfono ☐ Correo electrónico

Firma del preparador: _____

SECCIÓN 5: FOR OFFICIAL USE ONLY
NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA

FOR OFFICE USE ONLY:

☐ ELIGIBLE ☐ INELIGIBLE, REASON: _____

VERIFIED BY: _____ DATE: _____

VERIFIED BY: _____ DATE: _____

LAS SOLICITUDES SE PUEDEN ENVIAR POR:

CORREO:

Division of the Deaf and Hard of Hearing
New Jersey Hearing Aid Project
PO Box 074
Trenton, NJ 08625-0074

CORREO ELECTRÓNICO:

DDHH.communications2@dhs.nj.gov

O FAX:

(609) 588-2528

PARA MÁS INFORMACIÓN CONTACTE A LA DDHH:

(609) 588-2648
(800) 792-8339 línea gratuita
(609) 503-4862 videollamada