

Departamento de Servicios Humanos de New Jersey
Programa de la Asistencia Auditiva para Personas Mayores y con Discapacidades (HAAAD, por sus siglas en inglés)
PO Box 715
Trenton, NJ 08625-0715

SOLICITUD DE ELEGIBILIDAD
ASISTENCIA AUDITIVA PARA PERSONAS MAYORES Y CON DISCAPACIDADES
(HAAAD, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)

Dirigir su respuesta a:
HAAAD Program
PO Box 715
Trenton, NJ 08625-0715

SECCIÓN I: COMPLETAR POR EL SOLICITANTE		
Apellido	Primer nombre	Inicial de segundo nombre
Dirección postal		
Ciudad	Estado	Código postal
Número de seguro social del solicitante	Número del Programa de Asistencia Farmacéutica a Personas Mayores y con Discapacidades (PAAD, por sus siglas en inglés)	
La siguiente documentación debe acompañar a esta solicitud: 1. El recibo de la compra del audífono. 2. Una declaración escrita de su médico que acredite la necesidad médica de obtener un dispositivo auditivo. Puede obtener la firma de su médico a continuación o adjuntar una copia de la receta del dispositivo auditivo.		
CERTIFICACIÓN Y RENUNCIA DEL SOLICITANTE		
Certifico que la información anterior es verdadera y exacta a mi leal saber y entender. Entiendo que, si se determina que los beneficios de la HAAAD se me han concedido indebidamente, se exigirá que devuelva dichos beneficios. Entiendo que, para verificar mi elegibilidad para la HAAD, 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 dicha 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 o de cualquier otro tercero responsable.		
Firma de solicitante	Fecha: (mes, día, año)	
SECCIÓN II: COMPLETAR POR EL DOCTOR		
He examinado a este solicitante y he determinado la necesidad médica de obtener un audífono.		
Nombre y dirección de doctor (letra impresa)		
Firma de doctor	Fecha: (mes, día, año)	

¿QUÉ ES LA ASISTENCIA AUDITIVA PARA PERSONAS MAYORES Y CON DISCAPACIDADES?

Es un programa del Estado de New Jersey que ofrece un reembolso de \$100 dólares a los residentes que reúnan los requisitos para adquirir un dispositivo auditivo.

¿CÓMO PUEDO SOLICITARLO?

Si actualmente está inscrito en el Programa de Asistencia Farmacéutica a Personas Mayores y con Discapacidades (PAAD, por sus siglas en inglés), debe rellenar una solicitud de HAAAD y presentar la siguiente documentación:

1. Un recibo de la compra de su audífono.
2. Una declaración escrita por médico que certifique la necesidad médica de obtener un dispositivo auditivo.

Si no está inscrito en el programa PAAD, también debe completar una solicitud PAAD. Esto es necesario para verificar su edad o discapacidad, su residencia en el estado y sus ingresos anuales.

Las solicitudes pueden obtenerse llamando al número gratuito:

1-800-792-9745

¿CÓMO SE DEFINE EL TÉRMINO "DISPOSITIVO AUDITIVO" A EFECTOS DE ESTE PROGRAMA?

"Dispositivo auditivo" se entiende como un dispositivo electrónico adaptado al oído o al cuerpo para mejorar la comunicación de las personas con discapacidad auditiva.

¿CON QUÉ FRECUENCIA PUEDO RECIBIR EL BENEFICIO DE HAAAD?

Puede recibir un pago de \$100 dólares durante un año natural. Si adquiere otro dispositivo auditivo durante un año natural posterior, puede volver a solicitarlo.

¿EN CUÁNTO TIEMPO RECIBIRÉ MI PAGO DE 100 DÓLARES DESPUÉS DE PRESENTAR LA SOLICITUD?

Una vez que su solicitud haya sido aprobada, debería recibir el pago en un plazo aproximado de seis a ocho semanas.

¿PODRÍA SER ELEGIBLE SI TENGO OTRA COBERTURA DE DISPOSITIVO AUDITIVOS?

Si usted es beneficiario de Medicaid o tiene otra cobertura de seguro médico o beneficios de jubilación que proporcionan una cobertura completa de dispositivos auditivos, no puede ser beneficiario. Si sólo tiene una cobertura limitada o parcial, tendrá derecho a un pago complementario.

¿CÓMO PUEDO SABER SI SOY ELEGIBLE?

Debe tener al menos 65 años o estar recibiendo beneficios de Seguro Social por incapacidad.

Debe ser residente de New Jersey.

Para 2021, debe tener unos ingresos brutos anuales menos de \$28.769 dólares si es soltero(a), o menos de \$35.270 dólares si está casado.

SI TIENE ALGUNA PREGUNTA SOBRE HAAAD, ESCRIBA A:

**HAAAD
PO Box 715
Trenton, NJ 08625-0715**

o llame por teléfono al número gratuito:

1-800-792-9745