



CCHAT

Fundación de Audífonos (Hearing Aid Trust) de Cincinnati Children's
SOLICITUD DE ASISTENCIA
DEBEN COMPLETARLA EL PADRE, LA MADRE O EL TUTOR LEGAL

Requisitos: residente de Ohio, niños desde el nacimiento hasta los tres años, solicita su(s) primer(os) audífono(s)

Nombre del niño(a): _____ Fecha de nacimiento: _____ N.º de Seguro Social: _____

Nombre del padre, la madre o el tutor legal:

Madre: _____ Padre: _____ Tutor: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Código postal: _____ Condado de residencia: _____

N.º de teléfono preferido: _____ N.º de teléfono de respaldo: _____

****Correo electrónico:** _____

Origen étnico: Hispano o latino No hispano ni latino Prefiero no responder

Raza: Indígena estadounidense o nativo de Alaska Asiática Negra o afroamericana

Nativa de Hawái o de otras islas del Pacífico Blanca Otra Prefiero no responder

- 1) ¿Cuándo se le diagnosticó por primera vez una pérdida de audición a su hijo(a)? Indique las fechas aproximadas. _____
- 2) ¿Le hicieron una prueba de pérdida de audición a su hijo(a) cuando nació en el hospital? Sí No
- 3) ¿Su hijo(a) pasó la prueba de audición para recién nacidos? Sí No
- 4) ¿En qué hospital nació su hijo(a)? _____
- 5) ¿Quién le hizo la remisión al programa de la Fundación de Audífonos de Cincinnati Children's (CCHAT)? _____
- 6) ¿Su hijo(a) alguna vez usó audífonos? Sí No
 - a. Si respondió que sí, explique: _____
- 7) ¿Actualmente recibe servicios de un programa de intervención temprana para su hijo(a) (terapia del habla, Help Me Grow)? Sí No
- 8) ¿Actualmente recibe servicios del Programa Regional de Audición Infantil de Ohio (Regional Infant Hearing Program of Ohio)? Sí No
 - a. Si no, ¿podemos referir su nombre al programa? Sí No

Después de la aprobación de esta solicitud de CCHAT, acepto lo siguiente:

- a) Ser fiscalmente responsable del mantenimiento, el cuidado diario, las pilas, las reparaciones, los moldes de los oídos y el reemplazo de los audífonos de mi hijo(a) en el futuro.
- b) Devolver los audífonos adquiridos por CCHAT a CCHAT si mi hijo(a) ya no los necesita. Los audífonos se usarán como préstamo para otros niños.
- c) Notificar al coordinador de CCHAT inmediatamente si ocurre un cambio en cualquier tipo de información o si recibe financiamiento adicional a través de un seguro privado o cualquier otro programa de asistencia financiera de un tercero.

Firma del padre, la madre o el tutor legal: _____ Fecha: _____

*****Después de completar el formulario en su totalidad, adjunte el documento en un correo electrónico y envíelo a: Kelly.Brockman@cchmc.org. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Kelly Brockman llamando al 513-636-CHAT (2428). El formulario también se puede enviar por fax al 513-636-8133, a la atención de Kelly Brockman, o por correo a Cincinnati Children's Hospital Medical Center, a la atención de Kelly Brockman, 3333 Burnet Avenue, MLC 2018, Cincinnati, OH 45229-3039.*****

La Fundación de Audífonos de Cincinnati Children's se reserva el derecho de cambiar los criterios de elegibilidad en cualquier momento sin notificación por escrito. El programa ofrecerá financiación para la amplificación de audífonos mientras los fondos del programa estén disponibles.