



MASSACHUSETTS DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH
BUREAU OF FAMILY HEALTH AND NUTRITION
DIVISION FOR PERINATAL, EARLY CHILDHOOD & SPECIAL HEALTH
NEEDS
250 WASHINGTON STREET, 5TH FLOOR
BOSTON, MA 02108-4619
1-800-882-1435
TTY 617-624-5992

**FORMULARIO DE SOLICITUD Y DETERMINACIÓN DE ELEGIBILIDAD ECONÓMICA
PROGRAMA DE AUDÍFONOS PARA BEBÉS Y NIÑOS**

INSTRUCCIONES: (Favor de leer antes de completar la solicitud.)

El formulario de solicitud adjunto debe ser completado y firmado por un padre o tutor, o por el solicitante (sólo se aplica cuando el solicitante no se declara como persona dependiente en otro formulario de impuestos). **SE DEBE ADJUNTAR DOCUMENTACIÓN DE LOS INGRESOS POR ESCRITO.** Una vez que se hayan revisado los formularios y la documentación apropiada, le enviarán una carta indicando la determinación de elegibilidad económica tomada en su caso. **La carta servirá sólo como aviso de su elegibilidad para el programa, no es una autorización para la compra de audífonos.** Las aprobaciones finales no se pueden hacer hasta que el programa haya recibido informes y recomendaciones completos directamente de un audiólogo con licencia en el estado de Massachusetts, y una cotización del precio de un proveedor de audífonos participante.

La siguiente es una lista de definiciones de los términos usados en esta solicitud. Si necesita ayuda o más información sobre el programa, por favor llame al número gratuito o al número TTY mencionado anteriormente.

DEFINICIONES DE LOS TÉRMINOS USADOS EN ESTA SOLICITUD:

SOLICITANTE: El niño o adulto joven de hasta 21 años de edad que va a usar el audífono.

TAMAÑO DE LA FAMILIA: Las siguientes personas deben incluirse al determinar el tamaño de la familia:

- a. El solicitante;
- b. Todas las personas que dependen de un padre o tutor del solicitante, si dicho padre o tutor vive en el mismo hogar que el solicitante y el solicitante es menor de 18 años de edad;
- c. Si el solicitante tiene 18 años de edad o menos, cada padre o tutor del solicitante que viva en el mismo hogar que el solicitante;
- d. Todas las personas de las que dependa el solicitante;
- e. Si el solicitante está casado y vive en el mismo hogar que su cónyuge, el cónyuge del solicitante.

DEPENDIENTE: Una persona que puede ser declarada legalmente como dependiente en la declaración federal de impuestos de otra persona (es decir, alguien que recibe más del 50% de su apoyo económico de otra persona).

LAS INSTRUCCIONES CONTINÚAN EN LA PRÓXIMA PÁGINA

INGRESOS BRUTOS ANUALES: La suma de todos los ingresos antes de impuestos que se esperan recibir durante el período de doce meses que comienza en la fecha de la solicitud.

1. Los ingresos brutos anuales incluyen, pero no se limitan a:
 - a. sueldos, salarios, propinas y comisiones
 - b. ganancias netas de trabajo por cuenta propia, sociedades o empresas
 - c. ingresos netos de alquiler
 - d. dividendos
 - e. intereses
 - f. anualidades
 - g. pensiones
 - h. regalías
 - i. beneficios del gobierno, incluyendo pero sin limitarse a: Department of Transitional Assistance (Departamento de Asistencia Transicional), Social Security (Seguro Social), Supplemental Security Income (Seguridad de Ingreso Suplementario), Unemployment Compensation (Compensación por desempleo), Workmen's Compensation (Indemnización por accidentes laborales), and Veterans Administration (Administración de veteranos de guerra)
 - j. pagos recibidos por pensión alimenticia y manutención de menores
 - k. becas no usadas para pagar matrículas de estudios

2. Lo siguiente no se cuenta en la determinación de los ingresos brutos:
 - a. regalos y herencias recibidos
 - b. dinero retirado de cuentas bancarias
 - c. dinero prestado
 - d. ganancias de capital procedentes de una sola venta
 - e. pagos de sumas globales
 - f. pago de un seguro de vida efectuado por fallecimiento del asegurado
 - g. becas para el pago de la matrícula

VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN DE LA SOLICITUD

1. El solicitante deberá presentar algún tipo de documentación escrita que indique que las declaraciones hechas en la solicitud con respecto a los ingresos son correctas. La forma preferida de documentación escrita será la declaración federal de impuestos más reciente (incluyendo los formularios W-2) de aquellas personas cuyos ingresos se cuenten al determinar los ingresos totales. Deberá presentarse verificación escrita de los ingresos no incluidos en los formularios de la declaración federal de impuestos.
2. Los solicitantes deberán presentar la verificación en forma de recibos o copias de estados de cuenta de los todos los gastos médicos (incluyendo tratamientos dentales) pagados o incurridos durante los últimos doce meses.

**MASSACHUSETTS DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH
BUREAU OF FAMILY HEALTH AND NUTRITION
DIVISION OF PERINATAL, EARLY CHILDHOOD & SPECIAL HEALTH NEEDS
250 WASHINGTON STREET, 5TH FLOOR
BOSTON, MA 02108-4619**

**PROGRAMA DE AUDÍFONOS PARA BEBÉS Y NIÑOS
1-800-882-1435**

TENGA EN CUENTA QUE: La solicitud no puede procesarse hasta que se haya recibido toda la información y las verificaciones.

NOMBRE DEL SOLICITANTE: _____
APELLIDO NOMBRE

DIRECCIÓN: _____

TELÉFONO: _____

MIEMBROS DE LA UNIDAD FAMILIAR: Especificar la relación con el solicitante: Cónyuge, padre, madre, hermano(a), hijo(a), etc.

NOMBRE	RELACIÓN CON EL SOLICITANTE	FECHA DE NACIMIENTO	OCUPACIÓN	NOMBRE DEL EMPLEADOR O FUENTE DE INGRESOS
	SOLICITANTE			

INGRESOS BRUTOS ANUALES: Incluya los ingresos brutos de cada padre o tutor si se declara al solicitante como dependiente en la declaración federal de impuestos. Incluya los ingresos del solicitante, si los hubiera. Incluya los ingresos del Seguro Social (Social Security), Compensación por desempleo (Unemployment Compensation), etc.

SOLICITANTE: \$ _____
 CÓNYUGE: \$ _____
 PADRE: \$ _____
 MADRE: \$ _____
 OTROS INGRESOS, FAVOR DE ESPECIFICAR: \$ _____
 PAGOS RECIBIDOS POR PENSIÓN ALIMENTICIA (ALIMONY) O MANUTENCIÓN DE MENORES: \$ _____

INGRESOS BRUTOS TOTALES: \$ _____

POR FAVOR, ADJUNTE A ESTA SOLICITUD UNA COPIA DE SU DECLARACIÓN FEDERAL DE IMPUESTOS MÁS RECIENTE.

ATENCIÓN DE SALUD FAMILIAR

Lista de facturas médicas (incluyendo tratamientos dentales) pagadas o incurridas por la familia durante los últimos doce meses. (NO incluya cuentas pagadas por el seguro de salud, MassHealth [Medicaid], etc.). Puede adjuntar páginas adicionales de información sobre los gastos médicos. Por favor, adjunte la documentación de dichos gastos.

FECHAS DE SERVICIO: _____ **NOMBRE DE PROVEEDOR:** _____ **CANTIDAD:** _____

PAGOS DE PENSIÓN ALIMENTICIA (ALIMONY) O MANTENIMIENTO DE MENORES

Por favor incluya los pagos previstos del solicitante, su padre, tutor o cónyuge durante los próximos 12 meses: \$ _____

PÉRDIDAS

La porción de cualquier pérdida causada por incendio, inundación, desastre natural, robo o vandalismo, que exceda los \$1.000 y que no se pueda recuperar por medio de ningún plan o póliza de seguro.

MOTIVO:

CANTIDAD DE LA PÉRDIDA: \$ _____

COSTO DE LAS PRIMAS DE LOS SEGUROS DE SALUD DURANTE LOS ÚLTIMOS DOCE MESES

\$ _____

FIRMA DEL SOLICITANTE O DE UN PADRE O TUTOR

FECHA