



UW Speech and Hearing Clinic

UNIVERSITY OF WISCONSIN-MADISON

Programa de Reciclaje de Audífonos (*HARP*, en inglés) Información y solicitud

Declaración de objetivos

El objetivo del Programa de Reciclaje de Audífonos (*Hearing Aid Recycling Program/HARP*) de la Clínica de Audición y Lenguaje de UW (*UW Speech and Hearing Clinic/UWSHC*) es proporcionar atención médica auditiva a aquellas personas en el área del condado de Dane que no tienen otra forma de permitírsela.

Requisitos y proceso

Requisitos: El *HARP* está financiado con donaciones de la Clínica de Audición y Lenguaje de UW y de los miembros de la comunidad local. También, el *HARP* está disponible para los residentes del condado de Dane y el área circundante.

El *HARP* está diseñado para ayudar a aquellos que no tienen ningún otro recurso financiero a su disposición. Si un solicitante tiene algún otro tipo de ayuda financiera para sus audífonos, entonces ella/él no reúne los requisitos para participar en el *HARP*. Entre esas otras ayudas se incluyen tener un seguro privado, *Medicaid*, *BadgerCare*, beneficios del Departamento de Desarrollo de la Fuerza Laboral (*Department of Workforce Development*) o de la Administración de Veteranos (*Veterans Administration*), ayudas familiares y demás programas estatales o locales. Un solicitante podría no reunir los requisitos para beneficiarse del *HARP* si tiene apoyo familiar o fondos en cuentas de mercado monetario, fondos de inversión, planes de retiro 401 (k), planes de jubilación (*IRAs* por sus siglas en inglés), certificados de depósito (CD), cuentas corrientes/de ahorro, acciones, bonos o bonos del tesoro.

Proceso: Las personas interesadas en poder beneficiarse del *HARP* deben rellenar y enviar la solicitud que se incluye en esta documentación. Cuando el solicitante haya pasado la verificación financiera y geográfica, y los fondos estén disponibles, recibirá una carta comunicándole que debe concertar una cita para realizar una prueba de audición en la *UWSHC*. En esa cita, un audiólogo determinará su candidatura a recibir unos audífonos y le hará recomendaciones. Se dará la máxima prioridad a las personas con una pérdida auditiva considerable en ambos oídos, por el impacto significativo que esto puede tener en su comunicación. El *HARP* financia la evaluación auditiva, incluso en el caso de que luego el solicitante no cumpla los requisitos para recibir los audífonos. Si al solicitante se le recomienda el uso de audífonos, se le dará una cita en la *UWSHC* para hacer el ajuste y las medidas de los audífonos.

El solicitante se convierte en beneficiario del *HARP* después de concluida la cita del ajuste de los audífonos. Durante dicha cita, los beneficiarios del *HARP* reciben audífonos nuevos o audífonos retroauriculares restaurados que son ajustados y verificados de forma individual por un audiólogo autorizado y por estudiantes clínicos de posgrado. El *HARP* cubre el costo total del/los audífono/s junto al ajuste y los servicios de seguimiento iniciales. Los solicitantes que ya cuenten con audífonos y cumplan los criterios financieros y geográficos para el *HARP* serán tomados en cuenta para la

programación, reparación y servicios de atención médica auditiva financiados por el HARP en función de cada caso particular.

Información sobre la Clínica de Audición y Lenguaje de UW (UWSHC) y el HARP

La UWSHC es una clínica docente donde los estudiantes clínicos de posgrado ofrecen sus servicios bajo el asesoramiento y supervisión de audiólogos y patólogos del habla y lenguaje (logopedas) autorizados por el estado y certificados a nivel nacional. La Clínica de Audición y Lenguaje de UW (UWSHC) ofrece servicios de evaluación, tratamiento y consulta accesibles, culturalmente competentes, basados en evidencia para niños y adultos con necesidades del habla, del lenguaje, auditivas y otras necesidades de comunicación. La clínica se encuentra situada en: 1975 Willow Drive, en el campus de UW-Madison.

El HARP proporciona atención médica auditiva y audífonos a aquellos con recursos financieros muy limitados. El HARP tratará de acomodar el mayor número posible de solicitantes que reúnan los requisitos establecidos. Puede dirigir sus preguntas a la directora del HARP, la audióloga Dr. Melanie Buhr-Lawler, al correo electrónico: melanie.buhr@wisc.edu o llamando al 608-890-1504.

INSTRUCCIONES

1. Revise los requisitos financieros y de ingresos en la parte inferior de esta hoja y téngala en cuenta antes de rellenar y enviar el formulario de solicitud.
2. Envíe todos los materiales de la solicitud a:

*Dr. Melanie Buhr-Lawler
HARP Director
UW Speech and Hearing Clinic
1975 Willow Drive
Madison, WI 53706*

Las solicitudes son procesadas según el orden en que son recibidas. **Una vez que haya enviado su solicitud, por favor espere al menos ocho semanas antes de llamar para comprobar el estatus de la misma.** Normalmente hay un periodo de espera de entre 2 y 6 meses dependiendo del número de solicitantes y de los fondos disponibles.

REQUISITOS FINANCIEROS Y DE INGRESOS

Todas las cifras de ingresos son en BRUTO. Los beneficiarios no pueden ganar más del ingreso anual indicado ni tampoco pueden ser elegibles para recibir audífonos a través de algún otro programa. El tamaño de la unidad familiar se define como el número de personas que dependen financieramente los unos de los otros.

La guía de ingresos (abajo) puede ser leída como el siguiente ejemplo: Si el ingreso anual para una familia de 2 está por encima de \$42, 276.00 al año, entonces el solicitante no es elegible para el HARP.

Tamaño de la unidad familiar	Guía de ingresos
1	\$31 224 00
2	\$42 276 00
3	\$53 328 00
4	\$64 380 00
5	\$75 420 00
6	\$86 472 00
7	\$97 524 00
8	\$108 564 00

Para unidades familiares con más de ocho miembros, súmele \$11,052.00 por cada miembro adicional.

De nuevo, le recordamos que las cifras de la guía de ingresos son en bruto. Algunas fuentes de ingresos posibles incluyen:

- Manutención
- *AFDC* (Ayuda para Familias con Hijos dependientes)
- Prestaciones por Enfermedad del Pulmón (*Black lung*)
- Manutención para menores
- Discapacidad
- Intereses de acciones, *IRAs*, 401(k)s
- Pensión por vejez
- Asistencia pública
- Seguro Social y *SSI* (Ingreso
- Suplementario de Seguridad)
- Pensión para veteranos
- Sueldos
- Beneficencia
- Pensión del trabajo

El *HARP* de UW también tendrá en cuenta sus bienes/ahorros. Algunos bienes posibles incluyen:

- Cuentas bancarias
- Anualidades
- Certificados de depósito
- Cuenta corriente
- *IRA/401(k)*
- Seguro de vida
- Mercado monetario
- Cuenta de ahorros
- Acciones/Bonos

Solicitud HARP

Información general

Nombre del solicitante: Primer nombre: _____ Segundo nombre: _____
Apellido(s): _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ [] Hombre [] Mujer [] Otro

Dirección de correo: Calle: _____ Apto. n°: _____

Ciudad: _____ Condado: _____ Estado: _____ Código postal: _____

[] Residencia propia [] Alquiler [] Otro (explique, por favor): _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____ Dirección de correo electrónico (si disponible): _____

Estado civil: [] Casado/a [] Soltero/a [] Divorciado/a [] Viudo/a [] Separado/a

Personas en el hogar: _____ Número de miembros de la familia que dependen del solicitante: _____

Situación laboral: [] Empleado/a [] Otra [] Retirado/a

Nombre de su empleador actual (si corresponde): _____

¿Cuánto tiempo lleva trabajando ahí? _____ (Años/Meses)

¿El solicitante es un beneficiario de Medicaid? [] Sí [] No

¿El solicitante dispone de atención médica suplementaria? [] Sí [] No

¿El solicitante tiene beneficios de salud que cubren los audífonos? [] Sí [] No

En caso afirmativo, ¿qué porcentaje o cantidad en dólares cubre su plan? _____

Persona que completa este formulario, si fuera distinta del solicitante. (Si es un menor de edad, escriba la información del padre/madre/tutor):

Nombre: _____ Relación con el solicitante: _____

Teléfono: _____

Ingresos (Si es menor de edad, proporcione la información del progenitor/tutor)

Asegúrese de incluir todas las fuentes de ingreso (vea la página 2) para todos los miembros de la familia.

INGRESO ANUAL:

Toda la Seguridad Social de la familia \$ _____

Del trabajo: \$ _____

Otros ingresos: \$ _____

TOTAL: \$ _____

PATRIMONIO NETO ACTUAL:

Valor estimado de su residencia: \$ _____

Bienes/Ahorros: \$ _____

Otros: \$ _____

Total: \$ _____

Firma y Autorización

Entiendo que la información presentada sobre mi familia, cobertura tanto médica como del seguro, ingreso anual y patrimonio neto están sujetas a verificación por parte de la UWSHC. Comprendo que si omito o presento información falsa deliberadamente no se me tendrá en consideración para recibir la ayuda.

Firma: _____ Fecha: _____