



CONFIDENTIAL APPLICATION/ SOLICITUD CONFIDENCIAL

MISSION STATEMENT

Working with Miracle-Ear® Centers across the nation, the non-profit Miracle-Ear Children's Foundation provides hearing aids, follow-up care and services to children from qualified families, free of charge.

The Miracle-Ear Children's Foundation also helps to educate families about hearing loss and how it affects children.

DECLARACIÓN DE LA MISIÓN

Al trabajar con Miracle-Ear® Centers en toda la nación, la Miracle-Ear Children's Foundation, una organización sin fines de lucro, proporciona aparatos auditivos, atención de seguimiento y servicios gratis a los niños de familias que reúnen las condiciones.

Asimismo, la Miracle-Ear Children's Foundation ayuda a educar a las familias acerca de la pérdida auditiva y cómo ésta afecta a los niños.

Date/Fecha _____

Name of Hearing-Impaired Child/Nombre del niño con discapacidad auditiva _____

Name of Parent/Guardian/Nombre del padre/tutor _____

Address/Dirección _____

City/Ciudad _____ State/Estado ____ Zip/Código postal _____ County/Condado _____

Telephone/Teléfono: Home/Casa (_____) _____ Work/Trabajo (_____) _____

Child's Birthdate/Fecha de nacimiento del niño _____ M F

School and Grade/Escuela y año escolar _____

Parent/Guardian Employer/Empleador del padre/tutor: _____

Spouse's Employer (if married)/Empleador del cónyuge (si es casado): _____

Present hearing aid user?/¿Usa un aparato auditivo actualmente? Yes/Sí No/No

If yes - date, year received/Año en que lo recibió _____

If yes - make and model for hearing aids. /Si usa - marca y modelo de los aparatos auditivos. _____

Present FM/AudioTrainer user? /¿Usa actualmente un FM/Audio Trainer?

If yes - make and model./Si usa - marca y modelo. _____

Were you ever provided hearing aids by the Children's Foundation?/¿Alguna vez Children's Foundation le ha proporcionado aparatos auditivos? Yes/Sí No/No

If yes, date/En qué fecha _____

Have you applied for assistance to purchase hearing aids through public or community programs?/¿Ha solicitado asistencia para comprar aparatos auditivos a través de programas públicos o de la comunidad?

Yes/Sí No/No

If yes, list contacts—attach letter if declined (example: County Health/Social Services, Community Clinics, Children's Medical Services, Programs for Amplification for Children, other) _____

En caso de haberla solicitado, escriba los contactos. Adjunte la carta si se la negaron (ejemplo: de Servicios Sociales/de Salud del Condado, Clínicas de la Comunidad, Servicios Médicos para Menores, Programas de Amplificación para Niños, otros) _____

Other persons living in home/Otras personas que viven en su casa

1. Name/Nombre _____ 2. Name/Nombre _____

Age/Edad _____

Age/Edad _____

Relationship/Parentesco _____

Relationship/Parentesco _____

Monthly Income \$/Ingreso mensual \$ _____

Monthly Income \$/Ingreso mensual \$ _____

Source of Income/Fuente del ingreso _____

Source of Income/Fuente del ingreso _____

Total Family Income/Ingreso familiar total: _____

Number of persons dependent on this income/Número de personas que dependen de este ingreso:

Ages/Edades: _____, _____, _____, _____, _____, _____, _____, _____

How much does your household have in checking/¿Cuánto dinero tiene su unidad familiar en cuenta de cheques? \$ _____, cash/En efectivo \$ _____, savings/En ahorros \$ _____

Account Number(s)/Número(s) de cuenta(s): _____

Name and address of bank(s)/Nombre(s) y dirección(es) del (los) banco(s): _____

Confidential Financial Information/Información Económica Confidencial

The Miracle-Ear Children’s Foundation’s purpose is to provide hearing aids and services to those children whose parents cannot afford to purchase them. Eligibility for hearing aids and other services requires that you provide complete financial information for you and your family members residing in the same household.

El propósito de Miracle-Ear Children’s Foundation es proporcionar aparatos y servicios auditivos a los niños cuyos padres no tienen posibilidades económicas para comprarlos. Las condiciones que se deben reunir para obtener aparatos y otros servicios auditivos requieren que proporcione información económica completa acerca de usted mismo y de sus familiares que vivan en la misma casa que usted.

A. Sources and Amounts of Monthly Gross Income/Fuentes y cantidades de ingreso bruto mensual

Employment/Empleo	\$ _____
Social Security/Seguro Social	\$ _____
SSI (Supplemental Security Income)/ SSI (Ingreso de Seguridad Suplemental)	\$ _____
Disability/Discapacidad	\$ _____
GA (General assistance)/ GA (Asistencia General)	\$ _____
Pension/Retirement/Pensión/Jubilación	\$ _____
Dividends/Interest/Dividendos/Interés	\$ _____
Other (annuity, trust fund, child support, rental property)/Otros (anualidades, fondos de fideicomiso, manutención de menores, propiedad alquilada)	\$ _____
Total Monthly Income/ Ingreso mensual total	\$ _____

B. Monthly expenses/Gastos mensuales:

Housing/Vivienda	\$ _____
Do you own your own home/ ¿Es usted dueño de su casa?	<input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No/No
Utilities (phone, water, gas, electric)/ Servicios públicos (teléfono, agua, gas, electricidad)	\$ _____
Food/Alimentos	\$ _____
Insurance (auto, home, life, health)/ Seguro (de vehículo, casa, vida, salud)	\$ _____
Transportation (public and/or gas)/ Transporte (público y/o gasolina)	\$ _____
Direct medical expenses/ Gastos médicos directos	\$ _____
Credit card/loan payments/ Pagos de tarjetas de crédito/préstamos	\$ _____
Other expenses (please list, use additional page if necessary)/Otros gastos (por favor escriba una lista; use otra página si es necesario)	\$ _____ \$ _____ \$ _____ \$ _____
Total Monthly Expenses/ Gastos mensuales totales	\$ _____

C. Disposable Income/Ingreso disponible:

Total (A) Less Total (B)/ Total (A) menos total (B)	\$ _____
--	-----------------

(Continue)
(Continúa)

I acknowledge that all resources have been exhausted in trying to seek hearing help for my child. I hereby certify that to the best of my knowledge the above statements are true and correct, and I authorize the Miracle-Ear Children's Foundation to verify this information. I also understand that any statement which is found to be false may result in my disqualification from the services offered by the Miracle-Ear Children's Foundation.

Afirmo que he agotado todos los recursos en la búsqueda de ayuda para la audición de mi hijo. Por la presente certifico que a mi mejor saber y entender, las declaraciones anteriores son verdaderas y correctas y autorizo a Miracle-Ear Children's Foundation a que verifique esta información. También, entiendo que si se determina que cualquier declaración es falsa, podría resultar en que se me descalifique de los servicios ofrecidos por Miracle-Ear Children's Foundation.

Signature/Firma: _____ Date/Fecha: _____

Social security #/Núm. de Seguro Social: _____

NOTE: A physician's medical clearance (enclosed) and audiogram must accompany the application. Both the medical clearance and audiogram must be dated within the last 6 months. If they do not accompany the application, the processing time will be delayed by at least 2 weeks after the additional information is received.

NOTA: Debe presentar la autorización médica de un médico (adjunta) y un audiograma junto con la solicitud. Tanto la autorización médica como el audiograma deben tener fecha no anterior a los últimos 6 meses. Si no los presenta junto con la solicitud, se retrasará el trámite por lo menos 2 semanas una vez recibida la información adicional.

In Emergency Contact/En caso de emergencia, llamar a:

Name/Nombre: _____

Relationship/Parentesco: _____ Phone/Teléfono: (_____) _____

Address/Dirección: _____



P.O. Box 59261
Minneapolis, MN
55429-0261
1-800-234-5422
Fax: 763-268-4295