

Hears4you, Inc.

6017 Pine Ridge Rd, Suite 363

Naples, FL 34119

305-699-3246

Solicitud de audífonos y servicios gratuitos. Por favor complete y llame para una cita.

Nombre _____

Habla a _____ (telefono)

Fecha de nacimiento _____

¿Tiene más de 18 años? S / N

¿Ha tenido una prueba de audición en el último año y le recomendaron audífonos? S / N

¿La pérdida auditiva es en un oído o en ambos? Uno / ambos

Si es un solo oído, ¿cuál? Derecha /Izquierda

¿Tiene seguro médico que incluya Medicaid que pueda cubrir el costo de los audífonos? S / N

¿Necesita ayuda económica con los audífonos? S / N

¿El ingreso anual de su hogar es menor a \$ 40,000? S / N

Yo _____ certifico que la información es correcta y entiendo que el audífono

mencionado anteriormente está siendo donado y está destinado a mi uso personal, ya que los audífonos

son adecuados para las personas con pérdida auditiva y no deben venderse ni entregarse a nadie más

para su uso. Bajo este programa, recibiré uno o dos aparatos auditivos sin costo alguno. Los audífonos

necesitan pilas que se deben cambiar semanalmente, así como limpieza y mantenimiento y será mi

responsabilidad. Si no puedo pagar las baterías, puedo contactar a esta organización para obtener ayuda.

Los audífonos no restauran la audición ni previenen una mayor pérdida auditiva. Este programa no está

destinado a reemplazar el asesoramiento médico y toda la información proporcionada se aplica

únicamente a los audífonos. Acepto firmar una exención de autorización médica y liberar a Hears4you,

Inc. de cualquier responsabilidad con respecto a mi pérdida auditiva. Entiendo que los audífonos donados anteriormente pueden no tener cobertura de garantía y cualquier reparación podría costar desde \$ 200 en adelante. Acepto comunicarme con esta organización si necesito alguna reparación. Acepto cuidar los dispositivos y usarlos para mejorar mis necesidades de comunicación.

Firma del solicitante

Fecha