

WISCONSIN LIONS FOUNDATION, INC.
PROYECTO DE AUDÍFONOS
Solicitud de Asistencia Financiera para Audífonos

Nombre de Solicitante: _____ Fecha Nacimiento: _____
Dirección: _____ Apt. # _____
Ciudad: _____ Estado _____ ZIP _____
Teléfono Diurno: () _____ - _____ Número de Celular: () _____ - _____
Nombres de los padres (cuando se solicita para un niño): _____

¿Es el solicitante residente permanente de Wisconsin (**marque una opción**)? Si No
¿Cuanto tiempo lleva usted en su dirección actual? _____

Seguro: Nombre y números de póliza de todas las pólizas de seguro médico: _____

¿Ha comprobado si su póliza de seguro cubre los audífonos? (Seleccione una opción) Si No

Si respondió sí arriba, ¿cuánto cubrirá su seguro? _____

¿Ha comprobado si califica para Medicaid? Si No N/A

Estado Marital (circule uno): Soltero/a Casado/a Viudo/a Separado/a

Enumere los nombres, las edades y el parentesco de **todos** los miembros del hogar: _____

¿Cuándo fue la última vez que le evaluaron la audición? _____
¿Está trabajando actualmente con un profesional de la audición? (Seleccione una opción) Si No
En caso afirmativo, proporcione lo siguiente::

Nombre _____
Dirección _____
Ciudad _____ Estado _____ ZIP _____ Teléfono () _____ - _____

-----**INFORMACIÓN DEL EMPLEO**-----

La información sobre el empleo de los padres o tutores es necesaria cuando se solicita para un niño o dependiente.

Actualmente estoy (encierra en un círculo una opción): Empleado Desempleado Retirado Incapacitado
Si está empleado, complete lo siguiente:

Empleador Actual: _____
Dirección del Empleador: _____
Ciudad, Estado, ZIP _____
Teléfono: () _____ - _____ Posición: _____
Ingresos Mensuales Brutos \$ _____ Ingresos Netos Mensuales \$ _____

Si está casado, su cónyuge actualmente: Empleado Desempleado Retirado Incapacitado
Si está empleado, complete la información relativa al empleo del cónyuge:

Nombre del cónyuge (Si solicita para un hijo): _____
Empleador Actual: _____
Ciudad, Estado, ZIP _____
Teléfono: () _____ - _____ Posición: _____
Ingresos Mensuales Brutos \$ _____ Ingresos Netos Mensuales \$ _____

Ingresos brutos (Antes Impuestos/Deducciones) e Inversiones		Gastos Mensuales (promedio mensual)	
Beneficios mensuales del Seguro Social	\$	Renta/ Hipoteca (circule)	\$
Beneficios del Seguro Social del Cónyuge	\$	Servicios públicos	\$
Pensión de Jubilación Mensual	\$	Comida	\$
Beneficios mensuales de Cupones de Alimentos	\$	Teléfono	\$
Manutención Infantil Mensual	\$	Medicamentos/Asistencia médica	\$
Otros ingresos	\$	Automóvil/Transporte	\$
	\$	Cuidado de niños	\$
** Requerido		Seguro de hogar	\$
Activos (ahorros, corriente, CD, etc.)	\$	Lista de tarjetas de crédito	\$
	\$		\$
	\$	Otros gastos	\$
Inversiones (IRA, 401-K, etc.)	\$		\$
	\$	Total de Gastos Mensuales	\$

**** INFORMACIÓN FINANCIERA REQUERIDA:**
 Incluya los últimos 3 meses de sus estados de cuenta bancarios y financieros. ADEMÁS, incluya una copia de un comprobante de ingresos, como las declaraciones de impuestos federales y estatales del año pasado, y/o los estados de cuenta del Seguro Social o de beneficios por discapacidad, los estados de cuenta de pensión, el último cheque de pago con los ingresos del año hasta la fecha. Se requiere comprobante de las finanzas de usted, su cónyuge y otras personas que viven en su mismo hogar. Las pautas financieras se basan en el ingreso **TOTAL** del hogar. La información recibida del solicitante se mantiene confidencial y es revisada únicamente por los miembros de los Leones designados que participan en el Proyecto de audífonos.

----- **OTROS PROGRAMAS DE ASISTENCIA** -----

Marque cada uno de los siguientes programas para los que actualmente es elegible o para los que ha solicitado:
 _____ Medicaid (Título 19) **Tenga en cuenta que esto no es lo mismo que Medicare (Título 18)**
 _____ Departamento de Rehabilitación Vocacional (DVR)
 _____ Cuidado de Tejones Plus
 _____ Otro, por favor enliste _____

Entiendo que esta solicitud será revisada por miembros de la organización Lions para determinar el estado de elegibilidad del solicitante. Doy mi permiso al WLF Hearing Project para que entregue esta solicitud a los miembros correspondientes para su revisión. Además, doy mi permiso para que se verifique la información proporcionada en esta solicitud. Certifico que toda la información proporcionada es actual y precisa según mi leal saber y entender. Si alguna información es falsa o si estoy trabajando con otro programa de asistencia, comprendo que me descalificarán del WLF Hearing Aid Project.

----- **- 0 -** -----

 Firma del Solicitante

 Firma del padre, Tutor o Apoderado

 Fecha de Firma

****Nota: Todos los solicitantes deben obtener autorización previa de la Proyecto de audífonos WLF antes de pedir audífonos**

Por favor devuelva este formulario a: Proyecto de Audífonos WLF 3834 County Road A Rosholt, WI 54473
 Teléfono: (877) 463-6953 (Gratuito) Fax: (715) 677-4527