



www.gracehearing.org

Bueno,

Estamos muy contentos de que haya aprendido sobre nuestro programa y estamos emocionados de comenzar a servirle para todas sus futuras necesidades de atención médica auditiva si decide continuar con nosotros. Grace Hearing Center, Inc. es una organización sin fines de lucro 501c3 establecida para satisfacer las necesidades auditivas de niños y adultos de bajos ingresos en Tucson. Brindamos servicios auditivos a tarifa reducida en un sistema de escala móvil según el tamaño del hogar y los ingresos, lo que hace que la atención auditiva sea más asequible y accesible para nuestros pacientes que de otra manera no podrían pagarla. Grace Hearing Center opera con un modelo Circle of Giving que brinda a todos los pacientes la oportunidad de pagar la amabilidad que han recibido participando en horas asignadas de servicio comunitario que ayudan a compensar el costo de los servicios.

Para calificar para nuestro programa, debe cumplir con ciertos criterios financieros basados en las pautas federales de pobreza. Tómese unos minutos para revisar este paquete que incluye la documentación que requerimos para solicitar nuestro programa. Se adjunta una lista de documentos requeridos, una copia de nuestro formulario de admisión del paciente y la divulgación de HIPAA. Lo antes posible, complete el formulario de admisión y envíe una copia de la documentación requerida para solicitar nuestro programa para que pueda comenzar a recibir servicios a medida que los necesite en el futuro. Si tiene alguna pregunta sobre este proceso o sobre la documentación requerida, no dude en llamarnos al (520) 468-9976.

Cuando su solicitud esté completa, puede enviarla en persona en cualquiera de las dos ubicaciones:

2919 E Broadway Blvd, Suite 110
Tucson, Arizona 85716
*Llamenos para horas de
operacion.*

2542 E Vistoso Commerce Loop
Oro Valley, AZ 85755
Abierto de lunes a viernes de 8 a 4 p.m.

O puede enviarnos por correo a:

Atención: Grace Hearing Center
2542 E Vistoso Commerce Loop
Oro Valley, AZ 85755

Sinceramente,

Grace Hearing Center

2919 E Broadway Blvd, Suite 110
Tucson, Arizona 85716
gracehearing@hearintucson.com
Solo por cita.



Hoja de trabajo de ingresos y verificación

Necesitas entregar estos documentos

- o Copia de la licencia o identificación estatal y/o identificación de Medicaid**
 - o Recibos de ingresos por los últimos 2 meses**
 - o Declaración de impuestos sobre la renta del último año o dos años**
 - o Estado de cuenta bancaria por los últimos 60 días**
 - o IRA / Ingreso de inversiones / 401K / Acciones / Bonos u otros activos**
 - o Prueba de residencia (factura de servicios públicos, arrendamiento u otro)**
 - o Comprobante de ingresos del Seguro Social o por discapacidad**
 - o Comprobante de ingresos por desempleo**
 - o Comprobante de TANF, estampias de alimentos u otros ingresos de asistencia financiera**
 - o Carta de recomendación / apoyo o denegación de servicios (por organizaciones benéficas católicas u otras agencias de servicios)**
 - o Carta de denegación de beneficios (Medicaid, seguro u otro)**
 - o Carta de circunstancia pendiente o gastos médicos**
-

For Office Use Only.

Monthly Income _____ **Annual Income** _____

Household Size _____ **Total Assets/Savings** _____

Sliding Scale Discount Percentage: _____ **Volunteer Hours** _____

Patient Signature: _____ **Date:** _____

Grace Hearing Representative: _____ **Date:** _____



Ahorro Máximo/Jubilación/IRA/Verificación de Flujo de Efectivo:

Si no puede proporcionar verificación de ahorros, IRA/Ingresos de inversión/401K/Acciones/Bonos u otros activos, ponga sus iniciales en cada línea y envíelas de vuelta a:

2542 E Vistoso Commerce Loop
Oro Valley Audiology
Oro Valley, AZ 85755

No tener más de \$10,000 en reservas de efectivo y/o ahorros: _____

No tener más de \$50,000 de finanzas accesibles en Jubilación y/o Inversiones: _____

No tener más de \$100,000 de finanzas accesibles en Jubilación y/o Inversiones: _____

No se puede proporcionar prueba de los ingresos y activos del hogar*: _____

*“Hogar” se define como cualquier persona que vive junta en la misma residencia (independientemente de la relación familiar) que compra, comparte y/o prepara alimentos juntos. Si un adulto mayor de 18 años vive en el hogar y paga el alquiler/gastos compartidos (documentado), puede clasificarse como fronterizo y su parte del alquiler solo se atribuirá como ingreso al hogar. Nota: si un adulto que vive en el hogar recibe más del 50 % de su sustento (económico, alimentos, vivienda, etc.) de otras personas en el hogar, se lo considera parte del hogar y, por lo tanto, el apoyo financiero. Se considerarán los ingresos del cabeza de familia al determinar la elegibilidad de los servicios. I, _____ (Imprimir su nombre), hereby attest that the above statements are true.

Firma: _____

Fecha: _____

For Office Use Only:

Total Assets/Savings: _____

Sliding Scale Discount Percentage: _____

Volunteer Hours: _____

Grace Hearing Representative: _____

Date: _____

Forma de Escala Móvil de Tarifas

Información del paciente			Fecha: / /		
Primer nombre:	Segundo nombre:	Apellido:	Otros nombres:		
Domicilio:		Ciudad:	Estado:	Código postal:	
Dirección de Envío:		Ciudad:	Estado:	Código postal:	
# de telefono de casa: () -		# de telefono de celular: () -			
Fecha de nacimiento: / /	Numero de Seguro Social - -		Tienes seguridad ? Si No		
Estado civil:	Soltero En una relación Casado Divorciado Separado Viudo				

Tamaño de casa		
Nombre	Fecha de nacimiento	Numero de Seguro Social
	/ /	- -
	/ /	- -
	/ /	- -
	/ /	- -
	/ /	- -

NOTA: Para cumplir con las regulaciones federales, para poder darle un descuento en nuestros servicios médicos, es necesario que le hagamos algunas preguntas personales. Sus respuestas se mantendrán archivadas y en estricta confidencialidad. Debe verificar sus ingresos al menos una vez al año. Su declaración anual de impuestos sobre la renta, una copia de su formulario W-2, los talones de pago del mes pasado, las copias de sus cheques del seguro social u otros cheques que pueda recibir serán prueba suficiente. Su ingreso anual y el tamaño de su familia se utilizarán para calcular su descuento.

Ingresos de casa			
Nombre	Cantidad	Frecuencia	Empleador
Ud.	\$	Semanal Mensual Anual	
Esposo	\$	Semanal Mensual Anual	
Hijos	\$	Semanal Mensual Anual	
Otro	\$	Semanal Mensual Anual	
	\$	Semanal Mensual Anual	
TOTAL	\$	Semanal Mensual Anual	

Otro Ingresos	Ud.	Esposo	Hijos	Otro	Subtotal
Seguro Social					
Asistencia pública					
Pensión de retiro					
Estampias de alimentos					
Manutención de los hijos, Pensión alimenticia					
Ingreso de interes					
Otro					
				TOTAL	\$

- Escala móvil de tarifas:
- A – Costo Nominal
 - B – 75% Descuento
 - C – 65% Descuento
 - D – 50% Descuento
 - E – 25% Descuento
 - F – 0% Descuento

Por la presente juro o afirmo que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta según mi leal saber y entender. Estoy de acuerdo en que cualquier información engañosa o falsificada y / u omisiones pueden descalificarme de una mayor consideración para el programa de tarifas móviles y me someterán a sanciones bajo las leyes federales que pueden incluir multas y encarcelamiento. Además, acepto informar a Grace Hearing Center si hay un cambio significativo en mis ingresos. Si se obtiene la aceptación para el programa de tarifas variables bajo esta solicitud, cumpliré con todas las reglas y regulaciones de Grace Hearing Center. Por la presente reconozco que leí la divulgación anterior y la entiendo.

Fecha: _____ Nombre: _____

Firma: _____

GRACE HEARING, INC.

Financial Guidelines for Services

	A 100% FPL	B 125% FPL	C 150% FPL	D 175% FPL	E 185% FPL	F MAX 250% FPL
<i>volunteer hours</i>	<i>36</i>	<i>28</i>	<i>20</i>	<i>16</i>	<i>12</i>	<i>8</i>
Used Hearing Aid	\$110	\$155	\$220	\$270	\$360	\$435
High-Used Hearing Aid	\$150	\$195	\$245	\$295	\$395	\$460
New Hearing Aid	\$410	\$435	\$460	\$485	\$510	\$750
Cochlear Accessories						
Up to \$1000/item	50% off	40% off	30% off	20% off	10% off	Cost

** Does not include processor replacement*

Family Size

	<i>*Nominal Fee</i>	<i>75% off</i>	<i>65% off</i>	<i>50% off</i>	<i>25% off</i>	<i>Pay 100%</i>
1	15,650	19,563	23,475	27,388	28,953	39,125
2	21,150	26,438	31,725	37,013	39,128	52,875
3	26,650	33,313	39,975	46,638	49,303	66,625
4	32,150	40,188	48,225	56,263	59,478	80,375
5	37,650	47,063	56,475	65,888	69,653	94,125
6	43,150	53,938	64,725	75,513	79,828	107,875
7	48,650	60,813	72,975	85,138	90,003	121,625
8	54,150	67,688	81,225	94,763	100,178	135,375

Add \$5500/year for every additional person in household over 8.

Maximum Savings/Retirement/IRA/Cash Flow:

If more than \$10,000 in cash reserves and/or savings, patient will self pay at 100% of services & fees.

If more than \$50,000 of accessible finances in Retirement and/or Investments, patient will self pay at 100% of services & fees.

If more than \$100,000 of accessible finances in Retirement and/or Investments, patients will not qualify for the program.

Proof of household income and assets is required. "Household" is defined as any individuals who live together in the same residence (regardless of familial relationship) who purchase, share, and/or prepare food together.

If an adult over age 18 is living in the home and paying rent/sharing expenses (documented), he/she can be classified as a border and their portion of rent only will be attributed as income to the household.

Note: if an adult living in the home is receiving more than 50% of his/her support (financial, food, shelter, etc.)

from others in the home, he/she is considered a part of the household and therefore the financial head

of household's income will be considered when determining eligibility of services.

*Nomial Fee

\$5.00	\$1-50
\$10.00	\$51-100
\$20.00	\$101-150
\$25.00	\$151-200
\$35.00	\$201-250
\$40.00	\$251-300
\$50.00	\$301-350
\$55.00	\$350-\$400
\$60-\$70.00	\$401-\$550
\$70-\$80.00	\$551-\$650

1/29/25



No podemos hacer ningún examen sin la siguiente información:

Datos Del Paciente:

Nombre: _____
Nombre Apellido

Fecha de Nacimiento: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de Casa: _____ Celular: _____ Trabajo: _____

Correo electrónico: _____

Nombre de Padres (si es aplicable): _____

Contacto en caso de emergencia:

Nombre: _____ Telefono: _____

Médico General: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Usa algún dispositivo para oír? _____ Modelo: _____

Número de serie: Derecho: _____ Izquierdo: _____

Recomendado por: _____

Fuente de Referencia:

_____ Examen de audición que fallaste

_____ Médico: _____

_____ Amigo/paciente: _____

_____ Otro (sitio web / carta / periódico) _____

Firma del Paciente

Fecha



Historia médico y auditivo

Es importante que conozcamos su historia clínica. Muchos datos tienen una relación directa con su salud auditiva (incluyendo el estado de sus canales auditivos). Revisaremos el cuestionario y discutiremos en detalle los temas que pueden ser motivo de preocupación. La información que usted comparte con nosotros es estrictamente confidencial y no se publicará sin su aprobación.

NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

Por favor indique su respuesta a las siguientes preguntas:

1. ¿Ha tenido una prueba de audición? Sí No No sé
Fecha _____ ¿Dónde? _____
2. ¿Tiene usted algún problema para escuchar? Sí No No sé
¿Por cuánto tiempo? _____ ¿Cual oído? Derecho __ Izquierdo __ Los dos __
3. ¿Has usado audífonos?..... Sí No
¿Por cuánto tiempo? _____ ¿Cual oído? Derecho __ Izquierdo __ Los dos __
4. ¿Su familia o amigos comentan sobre su dificultad para escuchar? Sí No No sé
5. ¿Alguien en su familia tiene una pérdida de audición? Sí No No sé
¿Quién? _____
6. ¿Está usted expuesto a ruido/trauma acústico hoy en día, o en algún momento en el pasado?
(p.ej. Cacería, disparo de armas, herramientas eléctricas, motocicletas, etc.) Sí No
7. ¿Escucha zumbidos (tinnitus)? Sí No No sé
Derecho __ Izquierdo __ Los dos __ Constantemente __ De vez en cuando
8. ¿Ha tenido infecciones del oído? Sí No No sé
¿Cuándo? _____ ¿En cuál oído? Derecho __ Izquierdo __ Los dos __
9. ¿Ha tenido cirugía del oído? Sí No No sé
¿Cuándo? _____ ¿En cuál oído? Derecho __ Izquierdo __ Los dos __
10. ¿Toma medicamentos regularmente, incluyendo de venta libre y hierbas? Sí No
a. ** ¿Toma usted un anticoagulante?..... Sí No
11. ¿Fuma? Sí No
a. Si la respuesta es Sí, con qué frecuencia _____ Tipo de fumar _____

Por favor, dé la vuelta a la página para llenar este formulario.

Tiene o ha tenido:

- | | | | | |
|-----|--|----|----|-------|
| 1. | Alergias..... | Sí | No | No sé |
| 2. | Artritis..... | Sí | No | No sé |
| 3. | Trastornos de la sangre, como la hemofilia..... | Sí | No | No sé |
| 4. | Enfermedad cardiovascular: arteriosclerosis, infarto de corazón o cerebro, presión alta, insuficiencia u oclusión coronaria | Sí | No | No sé |
| 5. | Quimioterapia o radioterapia..... | Sí | No | No sé |
| 6. | Diabetes..... | Sí | No | No sé |
| 7. | Mareo / problemas de equilibrio..... | Sí | No | No sé |
| 8. | Dolor o presión del oído..... | Sí | No | No sé |
| 9. | Desmayos o convulsiones | Sí | No | No sé |
| 10. | Dolores de cabeza..... | Sí | No | No sé |
| 11. | Ronchas, comezón, o alergias de la piel..... | Sí | No | No sé |
| 12. | Marcapasos..... | Sí | No | No sé |
| 13. | Tos persistente o tos con sangre..... | Sí | No | No sé |
| 14. | Preclamsia (mujeres solamente)..... | Sí | No | No sé |
| 15. | Pérdida de peso significativa en los últimos dos años..... | Sí | No | No sé |
| 16. | Problemas del seno..... | Sí | No | No sé |
| 17. | Fractura o contusión craneal..... | Sí | No | No sé |
| 18. | ¿Ha tenido alguna cirugía (incluyendo reemplazo de cadera)?.....
Si sí, anótelas: _____ | Sí | No | No sé |
| 19. | ¿Ha tenido alguna enfermedad grave?.....
Si sí, anótelas: _____ | Sí | No | No sé |
| 20. | ¿Tiene alguna otra enfermedad o condición no mencionada anteriormente que usted piensa que debemos saber? _____ | | | |

Certifico que he leído y entendido lo anterior. Respondí a la información de una manera que me satisfaga. No hare mi audiólogo, ni ningún otro miembro de este personal, responsable de cualquier error u omisión que yo he hecho en este formulario. También acepto notificar a Grace Hearing Centers Inc. de cualquier cambio en mi estado médico. Estoy de acuerdo en permitir que el/la audiólogo/a practica dentro de los límites de su licencia.

Firma del paciente _____

Fecha



2919 E. Broadway Blvd Ste. 110
Tucson, AZ 85716
(520) 468-9976

Como parte de su historia médica, por favor de escribir sus medicamentos, vitaminas y suplementos que usted está utilizando (dentro de los últimos 6 meses)

Nombre de Medicamentos	Cantidad	Frecuencia	Modo de Usar

Firma: Fecha:

Aviso de Prácticas de Privacidad de Información de Salud Protegida

Este aviso de privacidad es requerido por la Ley Federal y describe nuestras prácticas para salvaguardar información personal y médica de nuestros pacientes.

Guardamos la información que reunimos acerca de usted. Seguimos estándares estrictos de seguridad y procedimientos para ayudar a prevenir acceso no autorizado a la información personal y médica. Solamente los empleados apropiadamente autorizados pueden conseguir acceso a la información que reunimos acerca de usted. Aplicamos estándares rigurosos para proteger la información compartida en todas nuestras entrevistas con usted, incluyendo la información personal compartida a través del Internet.

Cómo reunimos información. Podemos reunir información sobre usted de las siguientes maneras:

- Información que obtenemos a través de visitas a nuestra oficina e historial clínico. Puede proporcionar información a través del teléfono, en persona, y en respuesta a preguntas escritas en la forma de su historial clínico, como su nombre; dirección; número de identificación de su seguro, y su historia de salud.
- Información que obtenemos de terceras Partes. Este tipo de información puede incluir cosas como reclamaciones a compañías de seguros, informes médicos o información similar.

Cómo compartimos información:

Con nuestros afiliados: Podemos compartir información que reunimos acerca de usted y de pacientes anteriores entre Oro Valley Audiology para que puedan visitar cualquiera de nuestras oficinas.

Comunicación con Familiares/Amigos: Utilizando nuestro mejor juicio, nosotros podemos revelar información de salud protegida a un miembro de su familia, pariente, amigo personal, o cualquier otra persona que usted identifique, información de su salud relevante para la participación de esa persona en su cuidado o pago, si usted no se opone o en una emergencia.

Actos Procedimientos Judicial/administrativos: Podemos revelar la información de su salud en el curso de algún acto judicial o administrativo como es permitido o requerido por la ley u ordenado por un mandato judicial apropiado o en respuesta a una demanda legal, con su autorización, o cualquier otro requerimiento legal si ciertos requisitos son cumplidos.

Funciones Especializado del Gobierno: Podemos revelar la información de su salud para funciones especializadas del gobierno como es autorizado por la ley como al personal de Fuerzas Armadas para propósitos nacionales de seguridad, o al personal de programas de asistencia pública.

Otros Usos: Podemos revelar información que reunimos acerca de usted y acerca de pacientes anteriores de la siguiente manera:

- A terceras partes implicadas en el procesamiento de reclamos médicos.
- A terceras partes implicadas en proporcionar productos (como audífonos) o servicios solicitados por el paciente.
- A terceras partes con su consentimiento, por su solicitud o de algún otro modo permitido por la ley.

Información médica. Nosotros no compartimos información médica con filiales ni con terceras partes para ningún otro propósito que no sea proporcionar los servicios requeridos por usted, de acuerdo con las leyes vigentes, protegiendo su privacidad o en circunstancias donde usted lo permite.

La exactitud de la información. Nos esforzamos por llevar registros exactos y hacer correcciones apropiadas cuando usted nos notifica. Avísenos por favor si hay información inexacta en cualquier declaración u otra comunicación que usted recibe de nosotros. Esta oficina no proporciona su información personal, incluyendo su nombre a ninguna compañía para el propósito de crear listas de envío de correos, ni listas que solicite la compra de ningún producto o servicio.

Usted tiene el derecho de formular una queja con respecto a cómo protegemos su información personal o de su salud, al PROPIETARIO de esta compañía Dra. JUDY HUCH al teléfono (520) 825-4770 y a la Oficina de Derechos Civiles, del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, y de Washington, D.C. Si un reclamo es hecho, esta compañía no tomará ninguna acción contra usted.

Usted tiene el derecho de solicitar información adicional y/o clarificación de nuestros procedimientos para proteger su información personal y de salud. Puede hacerlo contactando nuestras oficinas en Oro Valley o Grace Hearing Center.

Nuestras filiales. Nuestras filiales son Oro Valley Audiology y Grace Hearing Center. He leído y comprendo las prácticas de privacidad de Oro Valley Audiology y Grace Hearing Center.

Esta autorización de información es efectiva solamente para asistencia médica y usted puede pedir y recibir una copia de esta autorización. La autorización expirará en la fecha que indica abajo. Usted tiene el derecho de cancelar esta autorización, enviando una petición por escrito a este consultorio o su representante de salud. La revocación de esta autorización será cumplida hasta el punto de que se haya actuado de buena fe mientras se encontraba vigente. Tiene usted el derecho de revisar la información que usted autoriza antes de revelarla. Esta información de salud y otros derechos son sintetizados en nuestro documento de prácticas de privacidad. La información que usted autoriza puede ser revelada por esta clínica. Esta información o las revelaciones adicionales son únicamente las que no son prohibidas por la ley. Nosotros no somos responsables de las acciones que otros puedan tomar como consecuencia de la información revelada en esta autorización. Usted puede negarse a firmar esta autorización y no afectará su capacidad de obtener tratamiento, excepto que la información obtenida puede ayudar a su representante de salud a determinar el tratamiento más apropiado para usted. La negativa a firmar esta autorización no afectará su elegibilidad para beneficios.

FAVOR DE NOTAR: A menos de alguna forma especificada por la ley, nosotros revelamos sólo información que ha sido obtenida por nuestros empleados o agentes, incluyendo notas, resultados de laboratorio, informes de consulta. Los registros creados por otros proveedores, hospitales u otras clínicas deben ser obtenidos directamente de éstos otros proveedores o clínicas.

Es posible que sus registros tengan un costo asociado al momento de copiarlos. Usted tiene el derecho a una copia de su información médica para su uso personal sin costo. Copias adicionales para usted en el futuro, o los requerimientos de su información médica de otros proveedores, personas o clínicas pueden ser susceptibles a un cargo razonable. Contacte al gerente de nuestra oficina para información adicional relacionada a copias y sus costos.

He recibido y leído la información descrita arriba.

Firma del paciente _____

Fecha _____



Poliza Financiera

¡Bienvenidos a nuestra oficina! Nos complace que haya elegido Grace Hearing Center para brindar su atención y servicio. Queremos tomarnos un momento de su tiempo para informarle de nuestras polizas con respecto al pago en nuestra oficina. Aceptamos efectivo, cheques personales, y tarjetas de crédito para el pago en su cuenta.

SEGURO: No aceptamos seguros y esperamos que pague por su visita al momento del servicio.

CHEQUES DEVUELTOS: En caso de que su banco devuelva su cheque a nuestra oficina sin pagar, habrá una tarifa de cheque de devolución de \$25.00 cargada en su cuenta.

FALTA DE PAGO: En caso de que su cuenta se vuelva morosa, usted será responsable no solo de los cargos incurridos sino también de los costos involucrados en el cobro de su cuenta. Se puede utilizar una agencia de cobranza para cobrar cuentas morosas. Usted es el responsable final del pago en su cuenta.

Si tiene alguna pregunta sobre nuestras polizas de pago, consúltenos antes de su visita. ¡Gracias!

He leído y entiendo las polizas de pago establecidas y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas sobre esta poliza. Entiendo mi responsabilidad por el pago de mi cuenta con Grace Hearing Center y he proporcionado lo mejor que he podido la información solicitada de forma precisa y completa.

Firma del Paciente

Fecha



Permiso Para Usar Fotografías

Tema: _____

Ubicación: _____

Otorgo a Grace Hearing Center, Inc., sus representantes, y empleados la derecho a tomar fotografías mías y de mi propiedad en relación con el sujeto identificado anteriormente.

Autorizo a Grace Hearing Center, Inc., su asigna, y transfiere los derechos de autor, usa y publica los mismos en forma impresa y/o electrónicamente. Concedo que Grace Hearing Center, Inc. puede usar esas fotografías mías con o sin mi nombre y para cualquier propósito legal, incluso para ejemplo, con fines tales como publicidad, ilustración, publicidad y Web contenido y redes sociales.

Nombre de la organización: Grace Hearing Center, Inc

Dirección: 2919 E. Broadway Blvd Ste.110 Tucson, AZ 85716

He leído y entendido lo anterior:

Firma: _____

Nombre impreso: _____

Fecha: _____

Firma de padre (si es menor de 18 años): _____