United Way Hearing Aid Bank Application

**instrucciones: complete este formulario y envíelo por correo con su comprobante de ingresos a:**

John W. Keys Speech and Hearing Center

1200 N. Stonewall Ave Oklahoma City, OK 73117

(405) 271-2866  (405) 271-3360 [fax]



 Apellido Primer Nombre Inicial del segundo nombre



 Fecha Direccion



|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ciudad | Condado | Codigo postal |



 Numero Direccion de correo electronico Fecha de nacimento

 # de miembros de la familia (incluyéndote a ti mismo) apoyados por ingresos total mensual

 Como te refirieron a este programa?

Tienes un telefono?

Tienes acceso a una computadora?

Tienes acceso a internet?

Alguna vez ha usado audífonos antes?

Tiene zumbido en el oído??

Tiene alguno de los siguientes?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  Artritis | Si | No |
|  Cancer |  Si | No |
|  Diabetes |  Si | No |
|  Presión arterial alta |  Si | No |
|  Colesterol alto |  Si | No |
|  Problemas visuals |  Si | No |

 Necesitará alojamiento en nuestra clínica? Si No

Si es así, ¿cómo podemos servirle mejor?

Necesitarás un intérprete o traductor?

Si es asi , que tipo?

United Way Hearing Aid Bank es un programa del John W. Keys Speech and Hearing Center en el campus del Centro de Ciencias de la Salud de OU. Este programa ayuda a personas calificadas que recibirán:

* Prueba de audición de diagnóstico gratuita
* Audífonos digitales por $ 400 por audífono (con una garantía de 1 0 2 años) más impuestos
* Citas de seguimiento de dos y cuatro semanas

Los criterios de elegibilidad para este programa incluyen:

* Cumplir con las calificaciones salariales que se describen en la siguiente tabla
* Residir en uno de los condados atendidos por Central Oklahoma United Way (Canadá, Cleveland, Kingfisher, Lincoln, Logan, Oklahoma o Pottawatomie)
* Tener> 18 años

Pautas de ingresos \* Se requiere comprobante de ingresos (es decir, formulario de impuestos o extractos bancarios).Eligibility Criteria

|  |  |
| --- | --- |
| Número de miembros de la familia apoyados por in resos: | Monthly Income: |
| 1 | $1,878 |
| 2 | $2,540 |
| 3 | $3,203 |
| 4 | $3,865 |
| 5 | $4,527 |
| 6 | $5,189 |
| 7 | $5,851 |
| 8 | $6,513 |
|  |

* Income guidelines are based on 175% of the 2021 Department of Health and Human Services (HHS) Annual Poverty Guidelines