



**The W. Paul Biggers MD**  
**Carolina Children's Communicative Disorders Program**

5501 Fortunes Ridge Dr. Suite A  
Durham, NC 27713  
Phone: 919-419-1449 / Fax: 919-419-1399

---

Estimada familia:

Gracias por mostrar interés en Carolina Children's Communicative Disorders Program (CCCDP). El programa de ayuda financiera del CCCDP proporciona fondos para audífonos o procesadores de implante coclear para niños con pérdida auditiva cuyas familias no califican para ningún otro programa público y que no cuentan con los ingresos para obtener o darles mantenimiento a los dispositivos. Desde 1993, la North Carolina General Assembly ha proporcionado esta subvención para ayudar a las familias del estado que tienen niños con pérdida auditiva. Carolina del Norte es el único estado en los EE. UU. que ofrece fondos para los niños con pérdida de audición. No olviden darles las gracias a sus legisladores para que puedan continuar con programas como este.

Los niños inscritos en el programa de subvención deben ser residentes de Carolina del norte y tener menos de 21 años de edad. La aceptación es de acuerdo a los ingresos, tamaño de la familia, otros gastos médicos, y las limitaciones del seguro y otros recursos. El criterio financiero es un tanto flexible para poder servir al mayor número posible de niños.

Tenga en cuenta que, si bien el programa paga las reparaciones de los procesadores de sonido de implante coclear que no están bajo garantía, las pilas y las piezas de repuesto necesarias para mantener la audición de su niño, no cubre el costo de los accesorios como los dispositivos de transmisión, la tecnología de micrófono remoto (Roger), fundas impermeables y productos similares. No paga por la pérdida o daño de los dispositivos. El servicio de actualizaciones para el procesador se considera según sea necesario con un gasto de bolsillo de hasta \$ 5000 por oído para la familia).

Recuerde incluir lo siguiente ya que no se van a considerar las solicitudes incompletas:

- Una copia de la tarjeta(s) del seguro del niño
- La carta de denegación si les denegaron el Medicaid u otro seguro
- Una fotografía reciente del niño
- Su formulario 1040 de los impuestos federales más reciente, firmado (favor de llamarnos si no presentó la declaración de impuestos)
- Su formulario D-400 de los impuestos del estado de Carolina del Norte, más reciente, firmado (favor de llamarnos si no presentó la declaración de impuestos)
- La declaración de idoneidad financiera, la sección de la familia y la sección del audiólogo de la solicitud

Usted puede enviar por correo o por fax la solicitud completada y los documentos a la dirección que aparece en esta carta. Se le avisará por correo, cuando haya sido aceptado al programa. En caso de que su niño necesite una reparación de su procesador de sonido o piezas de repuesto, deberá comunicarse con su audiólogo(a) de implante coclear para que pueda solicitar las piezas necesarias al fabricante del implante coclear y facturarlas al programa de ayuda financiera. Los costos de las citas para la programación del implante coclear y las visitas de seguimiento de otorrinolaringología (ENT, por sus siglas en inglés) los cubrirá el programa de ayuda financiera.

Favor de comunicarse con nosotros si tienen alguna pregunta y gracias una vez más por su interés.

Atentamente,

Erika B. Gagnon, AUD  
Program Director, CCCDP



**The W. Paul Biggers MD**  
**Carolina Children's Communicative Disorders Program**

5501 Fortunes Ridge Dr. Suite A  
Durham, NC 27713  
Phone: 919-419-1449 / Fax: 919-419-1399

**SOLICITUD DE AYUDA DEL CCCDP**

CCCDP GRANT APPLICATION

*Porción Familiar*

Debe llenar completamente

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del niño(a): \_\_\_\_\_

Nombre de los Padres/Guardian Legal: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Género:  Masculino  Femenino No. de expediente médico de UNC: \_\_\_\_\_

Tiene el niño/a seguro de gastos médicos privado? \_\_\_\_\_ Sí  No

Tiene el niño/a cobertura de un seguro de gastos médicos secundario? \_\_\_\_\_ Sí  No

Tiene el niño/a Medicaid o NC Health Choice? \_\_\_\_\_ Sí  No

Ha solicitado Medicaid o NC Health Choice para el niño/a y se lo han negado? \_\_\_\_\_ Sí  No

Pérdida auditiva congénita (nació con ella)  o Pérdida auditiva adquirida

Edad de diagnóstico: \_\_\_\_\_ Edad al inicio de la pérdida auditiva: \_\_\_\_\_

Etiología (causa) si la sabe: \_\_\_\_\_

Modo de comunicación:  Lenguaje Hablado  Lenguaje de Señas  Comunicación Total  
 Palabra complementada

Escuela: \_\_\_\_\_

Tipo:  Casa Residencial  Autonomía  Regular (  completa o  parcialmente)

Fecha de la primera adaptación de aparato auditivo: \_\_\_\_\_

Consistencia en el uso del aparato auditivo:  siempre que está despierto  
 algunas veces cuando está despierto  nunca

Cómo supo del programa de subvención del CCCDP? \_\_\_\_\_

Yo autorizo al CCCDP y a UNC-Chapel Hill a usar fotos, declaraciones u otra evidencia documentaria de la participación de mi hijo/a en el programa de subvención del CCCDP.

Yo autorizo al CCCDP y a UNC-Chapel Hill a compartir los resultados de las evaluaciones audiológicas y otológicas con el audiólogo asignado.

Firma del Padre/Madre o Guardián Legal: \_\_\_\_\_

Para considerar renovar a su hijo para el programa de ayuda económica, debe completar este formulario en su totalidad. Esta información confidencial se mantendrá privada, y se utilizará únicamente para determinar su elegibilidad para el programa. Conteste todas las preguntas lo mejor que pueda. El formulario debe estar firmado por un adulto (padres o fiador). Además, debe presentar los formularios **de impuestos federales IRS 1040 y el formulario D-400 de impuestos del estado de Carolina del Norte** más recientes. Si son muy largas, sólo envíe las dos primeras páginas de cada una. Si usted no presentó sus impuestos el año pasado, por favor llámenos.

**Información demográfica**

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Núm. de expediente médico de UNC (MRN): \_\_\_\_\_ Núm. de seguro social: \_\_\_\_\_  
Nombre del 2.º niño: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Núm. de expediente médico de UNC (MRN): \_\_\_\_\_ Núm. de seguro social: \_\_\_\_\_  
Nombre del padre: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_  
Parent #2 Name: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_  
Nombre de la madre: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Celular(es): \_\_\_\_\_  
Correo(s) electrónico(s): \_\_\_\_\_  
Nombre del fiador: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Estado civil: \_\_\_\_\_ ¿Vive el niño con el fiador? Yes No

**Empleo**

Empleador del padre: \_\_\_\_\_ Por cuánto tiempo: \_\_\_\_\_  
Puesto: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Empleador de la madre: \_\_\_\_\_ Por cuánto tiempo: \_\_\_\_\_  
Puesto: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Familia**

Número de personas en la casa (dependientes), incluyendo a los padres: \_\_\_\_\_  
Nombre del hermano #1: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_  
Nombre del hermano #2: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_  
Nombre del hermano #3: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_  
Nombre del hermano #4: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_

**Ingresos anuales**

Ingresos del padre: \_\_\_\_\_  
Ingresos de la madre: \_\_\_\_\_  
Otros ingresos anuales (explique): \_\_\_\_\_  
Ingresos misceláneos o únicos (explique): \_\_\_\_\_  
Ingresos anuales totales: \_\_\_\_\_

**Casa y bienes inmuebles**

¿Es dueño de su casa o renta?      Dueño:              Renta:  
Saldo de hipoteca: \_\_\_\_\_ Prestamista: \_\_\_\_\_  
¿Es dueño de otros bienes inmuebles?      Si:              No:  
Si contesto que sí, describa: \_\_\_\_\_

**Gastos anuales**

Renta o hipoteca (mensualmente \_\_\_\_\_ por 12) Total: \_\_\_\_\_  
Servicios (luz, agua, internet, teléfonos): \_\_\_\_\_  
Mantenimiento vehicular y cuotas por año: \_\_\_\_\_  
Gastos médicos (del año pasado): \_\_\_\_\_  
Pago de deuda médica mensual ( \_\_\_\_\_ por 12) Total: \_\_\_\_\_  
Saldo de deuda médica: \_\_\_\_\_

**Seguro de gastos médicos**

Seguro médico (cuota por año): \_\_\_\_\_  
Deducible del seguro médico por año: \_\_\_\_\_  
Nombre de la compañía: \_\_\_\_\_  
Nombre del suscriptor: \_\_\_\_\_  
¿Esta cubierto el niño?      Si:              No:              Número de ID del asegurado: \_\_\_\_\_

**Comentarios (Cualquier otra información que desee proporcionar sobre su necesidad de ayuda financiera.)**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Al firmar este formulario, usted certifica que sus respuestas son verdaderas hasta donde usted sabe. Además, comprende que proporcionar información fraudulenta o engañosa lo descalificará para cualquier ayuda financiera. Nos reservamos el derecho de contactar a su empleador o a otros proveedores de información financiera.

Dirija todas las preguntas relacionadas con esta solicitud a:

cccdpgrant@unchealth.unc.edu  
Phone: 919-419-1449; Fax: 919-419-1399