



**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 para niños con pérdida auditiva cuyas familias no califican para ningún otro programa público y que no cuentan con los ingresos para obtener los audífonos. 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. Favor de completar la siguiente solicitud en su totalidad. Para completar este formulario usted va a necesitar la ayuda del audiólogo que le va a colocar los audífonos al niño. Favor de tener en cuenta que el programa paga por los audífonos, pero no paga si se pierden o se dañan, o lo que el audiólogo le cobra por programarlos.

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.
- La prueba de audición más reciente.
- 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. Una vez que lo acepten en el programa, nos comunicaremos con usted para hacer una cita con un audiólogo y el médico de UNC para obtener la aprobación médica. Esta consulta es solo una vez y todas sus citas de seguimiento serán con su profesional médico local. El costo de las consultas en UNC lo cubrirá el programa de subvención.

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

Atentamente,

Erika Gagnon, AuD, CCC-A  
CCCDP Program Director



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



**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

---

**\*\*\*\* Comparta esta carta y la siguiente con su audiólogo(a) local para que la complete. Devuelva la «Sección del audiólogo(a)» con su solicitud de la ayuda financiera de CCCDP completada. \*\*\*\***

Dear NC Audiologist,

Thank you for your participation in the Carolina Children's Communicative Disorders Program (CCCDP). The purpose of the CCCDP is to provide funding for hearing devices for children with hearing loss, whose families do not qualify for other public programs, and who do not have adequate income to obtain devices. Since 1993, the North Carolina General Assembly has provided this grant to assist families in the state who have children with hearing loss.

Children enrolled in the grant program must be North Carolina residents under 21 years of age. Acceptance is also based on income, family size, other medical expenses, and the limitations of insurance and other resources. The financial criteria are somewhat flexible so that as many children as possible are served.

Please fill out the audiology portion of this application in its entirety. Generally we are able to pay for mid-level BTE devices that are personal FM compatible. RIC and open fit devices are considered on an individual basis. The grant program also covers earmolds for children who are enrolled in the grant. Please note that while the program pays for hearing devices, it does not pay for loss or damage of the devices. You may charge a fitting fee at your discretion and the family has been informed that they are responsible for these fees.

Upon acceptance into the program, the child will be seen by an audiologist at CCCDP and a UNC physician for medical clearance. Rest assured that this is strictly a program requirement and that patients are instructed to return to their local caregivers for fitting and follow-up. Following the visit with our staff, we will send you instructions on ordering the hearing aids and/or earmolds.

Please contact us if you have any questions and thank you for participating in this program. Your willingness to assist these children is greatly appreciated!

Sincerely,

Erika Gagnon, AuD, CCC-A  
CCCDP Program Director



**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

**CCCDP GRANT APPLICATION**

*Audiologist Portion*

Must be filled out completely

Date: \_\_\_\_\_

Name of Child: \_\_\_\_\_

Name of Fitting Audiologist: \_\_\_\_\_

Name of Practice: \_\_\_\_\_

Street Address: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_ County: \_\_\_\_\_

Phone Number: \_\_\_\_\_ Email Address: \_\_\_\_\_

Degree of Hearing Loss \_\_\_\_\_ Right: Mild Moderate Severe Profound  
Left: Mild Moderate Severe Profound  
Type of Hearing Loss \_\_\_\_\_ Right: Sensorineural Conductive Mixed  
Left: Sensorineural Conductive Mixed  
Hearing loss has been: Stable Progressive Fluctuating

Most recent hearing aid fitting date: \_\_\_\_\_

Currently wearing BTE Open fit RIC ITE CIC None

Current fit is Bilateral Unilateral CROS or BiCROS

Reason for refit \_\_\_\_\_

Make and model of requested device: Right \_\_\_\_\_

Left \_\_\_\_\_

\*\*\* Please include the child's most recent audiogram with this application. \*\*\*

Audiologist signature: \_\_\_\_\_

**Please note that the family is responsible for any fitting fees that you charge.  
The CCCDP does not replace lost or damaged hearing aids.**